

Artigo Original

Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência

Delivery room: working conditions and assistance humanization

Hilana Dayana Dodou¹, Albertina Antonielly Sydney de Sousa¹, Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa¹, Dafne Paiva Rodrigues¹

Resumo

Introdução: O ambiente do trabalho em saúde compreende espaço físico, tecnologias, equipamentos, materiais, condições de trabalho, seres humanos e relacionamentos interpessoais. **Objetivo:** Conhecer a percepção de profissionais da saúde sobre o ambiente de trabalho da sala de parto e sua interface com a humanização da assistência. **Métodos:** Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, realizada em uma maternidade pública de Fortaleza, no Ceará, em novembro e dezembro de 2012. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** A categoria “Condições de trabalho na sala de parto” revelou as condições favoráveis (integração da equipe, competência dos profissionais e filosofia da instituição) e inadequadas de trabalho (estrutura física deficiente, falta de materiais e manutenção de equipamentos). **Conclusão:** Necessita-se de reorganização do serviço para melhorar as condições de trabalho, a qualidade da assistência à parturiente e o bem-estar dos trabalhadores.

Palavras-chave: ambiente de trabalho; salas de parto; humanização da assistência.

Abstract

Introduction: The work environment in health care includes physical space, technologies, equipment, materials, working conditions, humans and interpersonal relationships. **Objective:** To understand the perception of health professionals about the work environment in delivery room and its interface with the humanization of care. **Methods:** This exploratory, descriptive, qualitative research was conducted in a public maternity in Fortaleza, Ceará, between November and December 2012. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to Bardin’s technique of content analysis. **Results:** The “Working conditions in the delivery room” revealed favorable (teamwork integration, professional competence and philosophy of the institution) and inadequate work conditions (inadequate physical infrastructure, lack of materials and equipment maintenance). **Conclusion:** It is necessary a service reorganization to improve working conditions, the quality of care for women during childbirth and the well-being of workers.

Keywords: working environment; delivery rooms; humanization of assistance.

¹Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil.

Trabalho realizado em uma maternidade pública, de atenção secundária, vinculada à Secretária Executiva Regional VI (SER IV), localizada na cidade de Fortaleza, (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Albertina Antonielly Sydney de Sousa, Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60714-903 – Fortaleza (CE), Brasil – Email: albertina_sousa@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O trabalho pode ser definido como um fenômeno intersubjetivo, que ocorre quando indivíduos estabelecem uma relação direta com o ambiente humano, organizacional e técnico de suas atividades. Não pode ser fundamentado apenas em processos elementares relacionados à eficácia humana, pois o ato de trabalhar significa viver com os outros e engaja o corpo, a mente e a inteligência da pessoa¹.

Merhy² afirma que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, não restrito ao denominado trabalho morto, o qual seria representado pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado. O trabalho em saúde afirma-se nas relações entre os sujeitos, nos encontros entre subjetividades e na troca de afetos, caracterizando os modos de produção do cuidado. Além disso, devem-se considerar também os diferentes espaços de produção desse cuidado e as relações entre aqueles que desempenham o trabalho em saúde.

Dessa forma, compreende-se como ambiente de trabalho o conjunto das condições de sua criação em que, simultaneamente, as forças de trabalho, os instrumentos e o capital se organizam para originar um resultado final. No contexto da saúde, o ambiente de trabalho compreende não só o espaço físico, a infraestrutura e o complexo de tecnologias, equipamentos e materiais, mas também o conjunto composto pelas condições de trabalho, conforto, seres humanos e relacionamentos interpessoais, incluindo as relações com os chefes, superiores e gestores³.

Sendo as condições do ambiente de trabalho os fatores que mais afetam o indivíduo e a saúde dos profissionais, bem como a forma como o trabalho é desenvolvido, faz-se necessário investigar como tais espaços vêm se consolidando no âmbito da saúde, quais as condições de trabalho estão sendo oferecidas e a sua relação com a saúde, motivação e satisfação de seus profissionais, além do impacto sobre a qualidade da assistência à saúde.

Sabe-se que as dificuldades estruturais, a falta de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado e a imprevisibilidade desses recursos, dificultam o planejamento e a execução das ações de assistência à saúde⁴. No que tange ao aspecto humano do trabalho, salienta-se que, para os profissionais de saúde, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e um atendimento precário e desumanizado⁵.

Logo, percebe-se que o trabalho em saúde engloba diversos componentes materiais e imateriais que vão influenciar diretamente no resultado final, que é a assistência à saúde. Esta, por sua vez, deve estar pautada na excelência do cuidado que envolve desde as condições adequadas de trabalho até a formação técnica, científica e humanizada dos trabalhadores.

No contexto do trabalho em saúde pautado na humanização, destaca-se a área da saúde materno-infantil, na qual a qualidade

e humanização da assistência à saúde se tornaram demandas atuais e crescentes, refletindo-se no resgate do sentido humano do parto por meio da criação de projetos governamentais, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Humanização (PNH).

A lógica da humanização da assistência no contexto da saúde materno-infantil atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Nesse contexto, pontos centrais são salientados como orientadores das ações do trabalho em saúde, levando em conta todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, destacando-se: o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários⁶.

Apesar disso, no Brasil, a atenção à saúde durante a gestação e parto permanecem como um grande desafio para a assistência, no que se refere à qualidade e aos princípios filosóficos do cuidado, que ainda é centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático⁷.

Dessa forma, vislumbra-se a necessidade de maiores investimentos no setor da saúde pelas instâncias governamentais, bem como a criação de programas, ações e estratégias que melhorem efetivamente a atenção à saúde, por meio da reorganização dos serviços e da melhoria das condições de trabalho, oferecendo meios necessários para que os trabalhadores desenvolvam seu trabalho com dignidade, contribuindo, assim, para uma assistência de qualidade aos usuários.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo conhecer as percepções de profissionais da saúde sobre o ambiente de trabalho da sala de parto e sua interface com a humanização da assistência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma maternidade pública de atenção secundária, vinculada à Secretária Executiva Regional VI, na cidade de Fortaleza, no Ceará. Participaram do estudo 13 profissionais de saúde (nove médicos e quatro enfermeiras), que atenderam aos seguintes critérios: possuir residência ou especialização em obstetrícia e prestar assistência na sala de parto há, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou licença médica no período da coleta de dados.

Os dados foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2012 por meio de entrevista semiestruturada com questões acerca do perfil dos profissionais e do ambiente de trabalho. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e gravadas mediante autorização dos participantes. Para resguardar o anonimato, cada entrevista foi identificada com a letra E, seguida do número arábico correspondente à ordem em que foi realizada.

Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁸, a qual se constitui no conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Essa técnica é composta por três etapas: 1) pré-análise, que consiste na organização do material a ser analisado com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais; 2) exploração do material, que consiste na definição de categorias e identificação das unidades de registro e de contexto das falas das participantes; e 3) tratamento e interpretação dos resultados, que consiste no destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais.

Os depoimentos foram transcritos na íntegra e sua reunião consistiu no *corpus* da pesquisa, o qual foi composto por 13 entrevistas. A partir da análise das entrevistas e sua categorização, surgiu como categoria temática “Condições de trabalho na sala de parto”, composta pelas duas subcategorias: “condições favoráveis de trabalho” e “condições inadequadas de trabalho”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Parecer nº 24941/2012). Obedeceram-se os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual é embasada nas preconizações da Declaração de Helsinque, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes registraram sua anuência ao estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes do estudo

A idade dos profissionais variou entre 30 e 56 anos, sendo seis do sexo masculino e sete do feminino. O tempo de formação profissional variou entre 6 e 16 anos (cinco profissionais) e de 23 a 32 anos (oito profissionais). Já o tempo de trabalho na sala de parto compreendeu intervalos variados, sendo o mínimo de seis meses (um profissional), de dois a sete anos (quatro profissionais) e de 10 a 22 anos (oito profissionais).

Categoria: Condições de trabalho na sala de parto

Esta categoria temática revelou a percepção dos profissionais acerca das condições de trabalho na sala de parto e na maternidade de uma forma geral, evidenciando fatores que contribuíam e/ou dificultavam o trabalho, além da influência deles sobre a qualidade da assistência prestada. A reunião desses fatores compôs as duas subcategorias “condições favoráveis de trabalho” e “condições inadequadas de trabalho”.

Condições favoráveis de trabalho

Nesta subcategoria, de acordo com o apreendido na análise das falas dos participantes, observaram-se como unidades temáticas mais frequentes: equipe capacitada e trabalho em

equipe, estrutura física adequada, política de humanização da instituição e resolutividade do serviço.

Os discursos a seguir expõem a percepção dos profissionais quanto à importância do trabalho em equipe e de profissionais bem preparados para prestar uma assistência de qualidade. As falas evidenciam que o trabalho desenvolvido de forma integrada com outros profissionais competentes é visto como algo positivo em relação às condições de trabalho, uma vez que facilita e valoriza o trabalho de todos: “*Uma questão facilitadora é o trabalho em equipe [...] isso também beneficia a paciente e melhora a qualidade da assistência*”. (E3)

[...] aqui tem uma grande qualidade que é a formação: tanto os obstetras, como o pessoal da enfermagem, o corpo clínico, as auxiliares, todo mundo tem uma boa formação, boa experiência e algumas pessoas bem empenhadas para que isso aconteça (E11).

No âmbito da assistência à saúde, o trabalho em equipe é uma atividade essencial que deve ser incentivada pela instituição e seus líderes. O cuidado ao ser humano é uma atitude complexa e, por isso, requer o envolvimento de saberes e práticas de diversas categorias profissionais, assim como do que pode ser produzido quando essas profissões interagem, dialogam e compartilham conhecimentos, implicando em novas formas de realizar o cuidado que interfiram efetivamente na saúde dos seres humanos^{9,10}.

A PHPN, adotada pela filosofia do hospital, foi apontada por muitos profissionais como um aspecto positivo e que colaborava para um bom ambiente de trabalho, facilitando a atuação multidisciplinar e contribuindo para a qualidade das relações entre profissionais e usuários: “*O que facilita é que nós conseguimos criar um desenho arquitetônico razoável, já pensando na humanização. E nós realizamos um trabalho nesse sentido há muito anos. Já existe uma cultura nesse sentido*” (E1); “*A coordenadora da gente trabalha muito com o processo de humanização*” (E9); “*Eu acho que, dos locais que eu conheço, aqui é o que tem o melhor atendimento para isso (assistência humanizada). Eu vejo a colaboração de todos pra que isso ocorra*” (E10); “*A política do serviço, o hospital, investe muito na formação do profissional quanto a isso [...] Os profissionais, a grande maioria, são a favor da humanização*” (E13).

Na realidade da parturição, torna-se necessidade imperiosa desenvolver uma prática humanizada, competente e capaz de proporcionar uma assistência de qualidade, com envolvimento e compromisso ético, proporcionando à mulher uma maternidade segura, em que ela possa depositar suas ansiedades, seus medos e receber dos profissionais uma assistência competente e amor humano.

Logo, para a promoção de uma assistência humanizada, é necessário que a equipe de saúde saiba ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando, assim, sua história de vida e os aspectos sociais, psicológicos e emocionais envolvidos,

que podem influenciar, de modo significativo, sua vivência no parto. A comunicação efetiva por parte da equipe de saúde, por meio do reconhecimento de sua dignidade e individualidade, reforça na parturiente o sentimento de existir como pessoa e de ter confiança e segurança naqueles que a estão assistindo. Dessa forma, a participação da mulher é reforçada no processo de parturição, além de possibilitar-lhe uma experiência positiva desse evento¹¹.

Aliado ao cuidado humanizado, foram citados como fatores contribuintes para o trabalho na maternidade os quesitos “estrutura física da maternidade”, a qual oferecia boas condições para o desempenho laboral, e “resolutividade do serviço de saúde”, traduzida no depoimento do profissional como uma satisfação em poder resolver problemas de saúde no âmbito de seu trabalho: “*Em termos de estrutura, eu acho que a maternidade tem condições sim, principalmente porque na sala de pré-parto tem condição de a paciente ficar sozinha*” (E12). “*O que facilita na maternidade é, numa situação de urgência, você conseguir atuar rapidamente*” (E8).

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliarem os serviços a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário e engloba dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado; o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde¹².

Percebe-se que, embora a resolutividade do serviço de saúde esteja relacionada à satisfação do usuário, não se pode desvincular o componente profissional desse contexto, uma vez que o desempenho das atividades de cada trabalhador da saúde está intimamente relacionado à sua realização pessoal com o próprio trabalho, refletindo na qualidade do resultado. Tal realização depende do que a organização oferece ao trabalhador, acrescido do que cada pessoa deseja para si, e do atendimento ou não de suas necessidades, seguindo um parâmetro considerado exequível nos aspectos econômicos, sociais, físicos e mentais¹³.

No que tange à estrutura física do local de trabalho, esta se constitui em elemento fundamental para que o profissional possa desenvolver suas ações adequadamente. Tratando-se do planejamento da estrutura física hospitalar, esta traz um melhor aproveitamento dos espaços, desonera gastos desnecessários e auxilia o processo de cura do paciente¹⁴, além de garantir uma prática assistencial com qualidade esperada¹⁵.

Na perspectiva da PHPN, a estrutura física adequada é elemento imprescindível para o cuidado humanizado, porém não basta somente que haja uma sala de parto bem equipada e funcionante. Tomando-se a definição do conceito de ambiência,

que é definida como “[...] ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana [...]”^{16:51}, percebe-se a interligação entre componentes não só estruturais, mas também de relações e subjetividades para a prestação do cuidado humanizado.

O modelo tradicionalmente adotado na assistência ao parto e ao nascimento induz a ambiência focada na minimização do risco, na patologia e na pouca autonomia e protagonismo da mulher durante os períodos clínicos do parto. Desse modo, privilegiam-se a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher, uma vez que o parto acontece em um ambiente mais acolhedor, confortável e com a presença de acompanhante de sua livre escolha em todos os momentos¹⁷.

Diante disso, cabe aos gerentes dos serviços de saúde implementar estratégias que impactem nas políticas e na dinâmica organizacional, identificando e construindo indicadores de qualidade que permitam subsidiar o trabalho multidisciplinar, proporcionando condições de satisfação no trabalho, o que refletirá na melhor qualidade da assistência aos usuários.

Condições inadequadas de trabalho

As unidades temáticas mais frequentes desta subcategoria refletiram a insatisfação dos profissionais quanto às condições de trabalho, destacando-se: estrutura física inadequada, falta de suprimento de materiais, elevada demanda de usuárias, equipe despreparada e dificuldades para implementar a humanização da assistência.

A estrutura física inadequada da maternidade e da sala de parto foi apontada como uma das principais condições de trabalho que geravam insatisfação nos profissionais, uma vez que impossibilitava o atendimento adequado dos usuários e dificultava o trabalho desenvolvido. Os discursos evidenciaram que a infraestrutura inadequada interferia negativamente na assistência humanizada à parturiente: “*Eu critico de uma forma construtiva a infraestrutura. Deveria ter um apartamento para cada paciente, não deveria ser duas ou três no mesmo quarto. Isso para mim já foge do que é humanização*” (E4); “*Ainda está longe do ideal, falta muita coisa ainda [...] estrutura física, mais pessoas preparadas*” (E5); “*E da condição física: falta espaço, banheiro privativo para essas pacientes, um ambiente mais aberto*” (E9); “[...] *no momento eu acho que a estrutura tá necessitando de alguma reforma, de alguma modificação, mas a demanda é muito grande não sei se dá pra fazer perfeitamente*” (E11);

A questão da estrutura física ainda deixa um pouco a desejar, porque o nosso fluxo de pacientes é bastante grande, então a nossa estrutura ainda é inferior para o tamanho do nosso serviço. Então, fica meio difícil conseguir fazer essa parte da humanização (E13).

Além da estrutura física, outros componentes foram referidos pelos participantes como empecilhos no ambiente de trabalho,

ressaltando-se a falta de materiais e de manutenção nos equipamentos, o que também dificultava a assistência prestada: “[...] falta talvez incentivo, a parte da direção de ter o material, de ter o cavalinho, a bola e fazer o bom uso” (E12).

Algumas coisas da parte física ainda existem [...] necessita de melhores acomodações, como todo hospital público, infelizmente a falta de manutenção de alguns aparelhos. Para a gente fazer um acompanhamento de parto normal tem que ter uma cardiocografia, um sonar [doppler], um ultrassom, que a gente quase não tem aqui acesso direto na sala de parto [...] Eu acho que é mais falta de organização da administração, porque até espaço físico teria, só falta mesmo organizar (E10).

A precariedade das instalações dos serviços de saúde aparece como um problema recorrente. Os estudos apontam problemas de inadequação e manutenção das unidades de saúde ou da infraestrutura do sistema local de saúde, destacando-se a ausência de espaços físicos apropriados nos serviços⁹, além da pouca ou nenhuma disponibilidade de equipamentos e recursos materiais para a prestação do cuidado^{18,19}. Isso repercute negativamente na realização de atividades consideradas essenciais no processo de trabalho em equipe, comprometendo, de modo significativo, a qualidade dos serviços prestados, contribuindo para a desumanização do trabalho e da atenção à saúde, bem como para a insatisfação dos usuários²⁰.

Constata-se também que o enfrentamento cotidiano das carências dos serviços de saúde influencia claramente na condição física e emocional dos trabalhadores e desestimula a adesão a um modelo pautado na integralidade, na promoção da saúde e no enfoque interdisciplinar de atuação⁹. As instalações deficientes parecem dificultar a prestação eficaz dos serviços de assistência à saúde, e o impacto não recai apenas na qualidade do serviço prestado ao usuário, mas também se manifesta em prejuízo à saúde dos trabalhadores revelados a partir de elevados índices de absenteísmo¹⁹ ou comprometimento da qualidade de vida deles^{20,21}.

Outro fator negativo apontado pelos profissionais deste estudo esteve relacionado à elevada demanda apresentada pelo serviço, o que, somado aos outros quesitos, acentuava a insatisfação quanto à prestação da assistência:

A nossa demanda está sendo muito grande, então uma coisa que dificulta é a questão da infraestrutura [...] isso tem dificultado muito a gente exercer essa humanização (E3); Ela (parturiente) entra, quer logo um leito para deitar, mas, muitas vezes, não tem esse leito. A gente não tem como fazer as orientações do trabalho de parto por conta dessa demanda grande que hoje a gente encontra (E9).

Diante disso, percebe-se que as condições de trabalho, bem como a grande demanda que chega aos serviços de saúde, exercem forte influência na qualidade e humanização do cuidado prestado e no bem-estar dos seus profissionais, uma vez que muitos deles se sentem frustrados e impotentes quando não

conseguem atender satisfatoriamente a toda a população que necessita de seus cuidados²¹.

A dificuldade para o trabalho em equipe, o despreparo de alguns profissionais para atuarem na obstetrícia e a resistência de alguns para trabalharem com a humanização da assistência também foram apontadas como causas intervenientes no trabalho de todos os outros profissionais, uma vez que, para se alcançar a tão almejada assistência integral, é necessário desenvolver um trabalho interdisciplinar, e não atuar de forma individualizada ou que comprometa a qualidade do cuidado à parturiente: “A dificuldade é alguns colegas que às vezes tomam certas condutas. Mas cada um tem sua conduta, se você está querendo fazer alguma coisa daquele jeito, você faz, principalmente o parto humanizado” (E6).

A questão da equipe, principalmente, a equipe de enfermagem, às vezes, a gente percebe as auxiliares desmotivadas [...] Então as enfermeiras é que ainda estão mais próximas da paciente, mas também, às vezes, tendo que desviar essa atenção para resolver problemas administrativos, resolver problemas de supervisão, deixando essa paciente, em alguns momentos, no segundo plano para exercer toda essa questão (E3).

[...] a maioria dos profissionais médicos e também a equipe de enfermagem não conseguem entender essa logística da humanização, até mesmo porque o trabalho acontece muito de forma robotizada, muito de forma mecânica. Assim, até a questão de parar e perguntar o nome da paciente não tem, de dar aquele apoio emocional, justificam que não precisa porque ela tem acompanhante [...] o ambiente poderia ser mais um pouco acolhedor (E9).

Embora o trabalho em equipe seja apontado, de forma recorrente, como um elemento importante para a ruptura com o modelo assistencial tradicional, evidencia-se que a concepção de um trabalho interdisciplinar, pautado na articulação entre os diferentes saberes e práticas, constitui ainda um desafio para as equipes deste estudo. Na visão dos profissionais, a falta de compromisso e de interesse de alguns membros em desenvolver uma prática condizente com os princípios da humanização interferia negativamente na qualidade da assistência prestada à parturiente.

Isso evidencia uma das grandes dificuldades observadas frequentemente, que é a superação da fragmentação do trabalho, a qual embasa o processo laboral nos serviços de saúde, evidenciado pela especialização do saber e atuação das corporações profissionais. As dificuldades observadas no entrosamento, no trabalho em equipe e na divisão de tarefas entre profissionais de nível superior e nível médio refletem uma divisão de poder na equipe, sendo a tomada de decisão centrada nos profissionais de nível superior⁹.

É importante salientar que, pelo processo histórico de institucionalização do parto, a gestante passa a sofrer a mecanização desse evento, ou seja, é reduzida a um simples objeto de intervenção, que lhe impõe agir conforme padrões

institucionalmente estabelecidos, em que são promovidas circunstâncias inseguras de cuidado que talvez possam interferir, inclusive, nos primeiros momentos da interação com seu bebê. Essa postura é evidenciada não somente nos obstetras, mas também em alguns residentes da obstetrícia, tornando-se preocupante pela possibilidade de continuar se reproduzindo no cotidiano do atendimento ao parto e dificultando a prática humanizada do nascimento¹¹.

Sob a perspectiva socialmente construída de que o parto seguro deve ser aquele realizado em uma instituição hospitalar, assistido por diversos profissionais, grande parte das gestantes desenvolveu a percepção de que isso é o correto. E uma vez atendidas nessas necessidades, demonstram o seu contentamento. Mesmo se sentindo fragilizadas e com medo, as mulheres entendem que há a necessidade da assistência de um profissional que perpassa seu corpo, que vá além da medicalização ou toque e, até mesmo, apresente resistência a intervenções²².

No que concerne à humanização, os depoimentos apontam que os participantes acreditam que esse quesito é algo intrínseco ao ser humano e, para ser efetivada, depende da vontade e sensibilidade de cada profissional. Além disso, a capacitação e os treinamentos voltados à humanização são sugeridos como opções para sensibilizar os profissionais no contexto da humanização do parto e nascimento, com uma formação que inclua o acolhimento e a formação de vínculo com a gestante e a família²³.

Porém, é preciso atentar para o fato de que a mudança no atendimento à população nos serviços de saúde, visando melhorar a assistência, não requer somente sensibilização e esforço dos trabalhadores, mas também uma organização nos processos de trabalho e melhoria nas condições oferecidas, o que refletirá em uma melhor qualidade da assistência.

A formação de profissionais com base nas práticas humanizadas pode estimular a aquisição de conhecimentos que direcionem a prática obstétrica no sentido de estimular o protagonismo da mulher, a fisiologia do parto, e respeitar a sua privacidade. Em muitas maternidades, essas agentes geraram práticas nas quais a decisão compartilhada e a preservação do corpo feminino assumiram o lugar das relações assimétricas e das intervenções desnecessárias durante o parto²⁴.

Diante do exposto, percebe-se que a humanização em saúde é um processo amplo, complexo e demorado. Aparecem diversas resistências para que a humanização se consolide, pois os padrões de cuidado e assistência à saúde já conhecidos e utilizados são

percebidos como mais cômodos e seguros pelos profissionais de saúde. Para que a humanização esteja presente em todas as práticas de saúde, é necessário que ocorram diversas mudanças nos comportamentos dos profissionais, das instituições de saúde e dos gestores.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a compreensão das condições de trabalho vivenciadas por médicos e enfermeiros da sala de parto de um serviço de referência para o nascimento humanizado. As condições no ambiente de trabalho estudado que favoreciam o desempenho do trabalho e propiciavam bem-estar e satisfação dos profissionais foram: a integração da equipe na sala de parto, a competência dos profissionais e a política de humanização adotada pela instituição para nortear o atendimento.

Em outra vertente, salientaram-se dificuldades associadas principalmente à infraestrutura física deficiente, falta de materiais e manutenção de equipamentos e, em alguns casos, dificuldade para se trabalhar em equipe, além da resistência de alguns profissionais para modificarem a sua postura profissional e agirem de acordo com a política de humanização da instituição.

Portanto, diante de percepções divergentes entre os profissionais em relação a um mesmo ambiente de trabalho, evidencia-se a notória necessidade de um planejamento e uma reorganização da instituição para garantir melhores condições de trabalho aos seus profissionais, de modo que não lhes faltem os meios e instrumentos necessários para prestar assistência dentro dos padrões de qualidade e com dignidade aos usuários.

No que tange à filosofia de humanização da assistência ao parto e nascimento na maternidade estudada, ela pode contribuir, de maneira positiva, para o trabalho da equipe de saúde e, a depender da forma como é instituída, pode ajudar a alcançar maior qualidade no cuidado à mulher no contexto da parturição, proporcionando satisfação para todos os trabalhadores e usuários envolvidos.

Porém, deve-se atentar que a humanização na saúde é um processo complexo que responsabiliza todos os sujeitos envolvidos: não é possível humanizar a assistência se o serviço de saúde e a gestão não tiverem a atenção necessária com os profissionais da saúde e as suas necessidades enquanto seres humanos. Por isso, não adianta somente incentivar o profissional a agir de acordo com tal preceito, mas sim oferecer condições necessárias para que ele se sinta bem no ambiente de trabalho e consiga realizar seu ofício de maneira digna.

REFERÊNCIAS

1. Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: FGV Editora; 1997.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Marsillac JPI, Fincato DP. Meio Ambiente do Trabalho Saudável como Direito Fundamental. In: Anais do XI Salão de Iniciação Científica PUCRS; 2010; Porto Alegre. Porto Alegre: PUCRS; 2010. p. 2242-46.
4. Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(1):151-7.
5. Bertoncini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trabalho. Educação e Saúde*. 2011;9(1 Suppl):157-73.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
7. Moura MAV, Costa GRM, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2010;18(3):429-34.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
9. Trad LAB, Rocha AARB. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1969-80. PMID:21519685. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300031>.
10. Duarte ED, Dittz ES, Madeira LM, Braga PP, Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2012;14(1):86-94.
11. Dornfeld D, Pedro ENR. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2011;13(2):190-8.
12. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011;6(Suppl.):90-102.
13. Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010;12(2):252-7.
14. Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):856-62. PMID:20098877. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600009>.
15. Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(1):52-8. PMID:19377807. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100009>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
18. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):657-64. PMID:20964041. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>.
19. Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Cien Saude Colet*. 2011;16(8):3393-402. PMID:21860938. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900006>.
20. Rodrigues AMS; Duarte MSM, Flach DMAM, Silvino ZR, Andrade M. O impacto das condições e jornada de trabalho na saúde dos trabalhadores de enfermagem. *R de Pesq: cuidado é fundamental Online*. 2012; 4(4): 2867-2873.
21. Bernardes LS, Rocha IC, Barboza MCN. A insatisfação profissional dos enfermeiros de um hospital público no centro oeste. *J Nutr Health*. 2013;3(1):62-73.
22. Santos FRP, Tyrrell MAR. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2005;9(1):46-53.
23. Moreira KAP, Araújo MAM, Fernandes AFC, Braga VAB, Marques JF, Queiroz MVO. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare Enfermagem*. 2009;14(4):720-8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16389>.
24. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013;15(3):648-55.

Recebido em: Abr. 26, 2016
Aprovado em: Ago. 04, 2017