

Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina

Application of Ministry of Health guidelines for humane childbirth in a hospital in Santa Catarina, Brazil

Adriana Elias dos Reis ¹
Zuleica Maria Patrício ²

Abstract *The change in the scenary from home birth to the hospital has created another culture in the care and attendance for woman in labor, leading to a depreciation of the potencial of the human care, in your cultural and affective characteristics and generating discomfort and even aggravating the woman's health and her infant. Looking upon this reality, the Health Department created gruidelines to help the actions of health teams in the process of birth. The focus of this study was to analyze, in a qualitative way, the application of those actions in a obstetric center of a hospital in the State of Santa Catarina. This rese arch had as participants eleven women in labor, their infants and their companions and the health professionals that assisted those women. The analysis of the data, raised through the techniques of participant comment, interview and documentary analysis, showed limitations of the healty team to incorporate the guidelines in a daily basis routine attendance as well as of the pregnant women and companions in stimulating these practices, especially for the lack of knowledge of your rights. This reinforces the importance of those guidelines been worked during the prenatal of preganant women with their relatives.*

Key words *Humanized childbirth, Humanization of the hospital assistance, Collective health*

Resumo *A mudança do cenário domiciliar do nascimento para o hospitalar fez emergir nova cultura de atendimento à mulher parturiente, provocando desvalorização do potencial do cuidado humano, em suas características culturais e afetivas, e gerando desconforto e até agravos à saúde da mulher e do seu recém-nascido. Tendo em vista essa realidade, o Ministério da Saúde criou diretrizes para orientar as ações das equipes de saúde no processo de parir. O foco deste estudo foi analisar, de forma qualitativa, a aplicação dessas ações preconizadas em um centro obstétrico de um hospital do Estado de Santa Catarina. Participaram como sujeitos do estudo onze parturientes e seus recém-nascidos e acompanhantes e os profissionais da equipe de saúde que atenderam essas mulheres. A análise dos dados, levantados por observação participante, entrevista e análise documental, mostrou limitações da equipe de saúde para incorporar as referidas diretrizes no cotidiano da assistência, bem como das gestantes e acompanhantes em estimular essa prática, especialmente pelo desconhecimento que têm de seus direitos. Is to reforça a importância dessas diretrizes serem trabalhadas no pré-natal junto às gestantes e seus familiares.*

Palavras-chave *Parto humanizado, Humanização da assistência hospitalar, Saúde coletiva*

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina. Av. José Acácio Moreira 787, 88704-900, Tubarão SC. adrianar@unisol.br

² Universidade do Sul de Santa Catarina. zucamp@hotmail.com

Apresentação

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos é apenas uma das metas dessa assistência que deverá se consolidar, se construída com foco na atenção mais humanizada.

Os profissionais da equipe de saúde que atendem essa população têm sido apontados como importantes mediadores no trabalho de tornar tal proposta uma realidade. Esse estudo valida essa importância e mostra que, sem a participação efetiva da mulher e de seu acompanhante como agentes que conhecem seus direitos e se envolvem nas decisões referentes a sua própria vida, não será possível alcançar as expectativas do Ministério da Saúde.

A atenção à mulher parturiente vem sendo difundida em todos os níveis de atenção à saúde na rede pública, pois a humanização do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é meta do Ministério da Saúde. Para alcançá-la foram criados alguns incentivos como: Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, a constituição de Comitê de Humanização dos Serviços de Saúde e o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo.

Resultados desses incentivos já se fazem anunciar na rede pública, por exemplo, os índices de 1999: “Do total de partos realizados (...) 2 milhões e 600 mil foram normais e 660 mil cesáreas” (Tanaka *apud* Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2002).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a grande conquista está em disseminar a prática de partos naturais em detrimento do número de cesarianas. Acompanha essa expectativa de incrementar o parto natural o rompimento das práticas desenvolvidas no processo do nascimento, ainda predominantemente centradas na cultura do nascimento segundo a tradição médica, longe de considerar a participação afetiva e cultural da parturiente.

A humanização do parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduzem riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante. De acordo com esse entendimento, a Organização Mundial da Saúde elaborou o documento denominado Assistência ao Parto Normal, no qual estabelece

ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher e de sua família.

Segundo o Ministério da Saúde, a implementação ou extinção dessas ações está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo de parto, devendo ter sua dignidade, individualidade e valores respeitados (Brasil, 2001).

Nesta perspectiva, foi que se desenvolveu o estudo com o objetivo de analisar a aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um Centro Obstétrico de um Hospital-Geral do sul de Santa Catarina.

Como referencial para olhar esta realidade, foram utilizadas as seguintes categorias preconizadas pelo Ministério da Saúde para a humanização da assistência: a) práticas consideradas úteis e que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; d) práticas frequentes usadas de modo inadequado.

Trajectoria metodológica

Tendo em vista a qualidade do objeto investigado, o estudo foi desenvolvido por meio de abordagem qualitativa, especificamente na orientação de “estudo de caso” que, segundo Merriam *apud* Bogdan & Biklen (1994), consiste na observação detalhada de um contexto.

A modalidade de pesquisa qualitativa é adequada para estudar situações sociais que envolvem a complexidade das expressões humanas, verbais e não verbais, tendo como foco, em especial, conhecer e compreender os seus significados e processos de construção, contando com a participação direta desses atores (Minayo, 2000; Bogdan & Biklen, 1994; Patrício, 1995).

Todo o processo de levantamento, registro, análise e devolução dos dados foi guiado por princípios éticos que orientam a pesquisa com seres humanos, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, complementada por componentes do processo de cuidar que costumam aperfeiçoar a interação de seres humanos, mas mantendo o rigor do método estabelecido na pesquisa. Assim, o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Sul de Santa Catarina.

O estudo foi desenvolvido com 11 parturientes em situação de trabalho de parto, 11 acompanhantes, 11 recém-nascidos e 10 profissionais que trabalham no centro obstétrico, sendo eles: auxiliar de enfermagem, enfermeiro obstétrico e médico obstétrico.

As parturientes foram selecionadas seguindo estes critérios: ser, preferencialmente, multigesta e ter parido neste hospital; ter acompanhante em todo o processo; não estar em franco trabalho de parto; apresentar condições clínicas; demonstrar disponibilidade e interesse em participar da pesquisa; e concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os procedimentos metodológicos foram sistematizados segundo concepções de Minayo (2000) e Patrício (1999), em três fases inter-relacionadas, a saber: a) fase exploratória; b) processo de coleta, registro e análise dos resultados; c) análise final e divulgação dos resultados.

A coleta de dados foi desenvolvida por meio das técnicas de observação participante, entrevista e análise documental, para complementação de dados. A observação participante, que teve como objetivo captar todo o processo da assistência à parturiente no centro obstétrico, foi desenvolvida em vários momentos e em turnos de trabalho diferentes.

A entrevista foi realizada com as parturientes, seus familiares e com os trabalhadores da equipe de saúde envolvidos no processo de parturição, com apoio de questões semi-estruturadas, com base também na análise dos registros de observação da assistência.

A análise documental, processada durante a observação participante, foi focalizada nos registros referentes aos atendimentos prestados, os quais, em sua maioria, compunham o prontuário da parturiente. Todos esses dados foram registrados no diário de campo, conforme Patrício (1995), com notas de campo e notas da pesquisadora.

Conforme preconizado na abordagem qualitativa, a análise dos dados realizou-se durante o processo de levantamento dos mesmos, focalizando-se a assistência prestada à parturiente, ao recém-nascido e ao acompanhante, buscando-se a sintonia com as categorias presentes no referencial do Ministério da Saúde para o parto humanizado.

Seguindo-se os princípios preconizados pela ética do estudo, o processo de saída de campo, além daquele que ocorria em cada interação com os sujeitos, caracterizou-se pelos agradecimentos finais e pela devolução (divulga-

ção) dos resultados à Instituição na qual foi desenvolvida a pesquisa.

Condições concretas e em potencial para as práticas do parto humanizado

O hospital no qual foi desenvolvido o estudo é considerado de grande porte. Trata-se de uma entidade filantrópica mantida com recursos provenientes do SUS e outros convênios, e, também, com doativos procedentes da comunidade em geral. Conta com parcerias com entidades voluntárias, como, por exemplo: Pastoral da Saúde, Pastoral da Criança e Associação das Voluntárias da Maternidade (Avoma), além de se caracterizar como um hospital-escola, recebendo alunos de graduação e de pós-graduação da área da saúde.

O centro obstétrico desse hospital é referência regional à gestante de alto risco; em 2000 recebeu o título Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde às instituições que estão em sintonia com a redução da mortalidade materno-infantil por ações de incentivo ao aleitamento materno que reduzem o desmame precoce.

As condições do centro obstétrico para o parto humanizado

A estrutura física do centro obstétrico em questão preenche requisitos necessários ao atendimento da mulher em trabalho de parto. Entretanto, os profissionais que cumprem 12 horas de trabalho não dispõem de espaço físico para o seu descanso de uma hora, obrigando-se a ocupar o espaço da cantina e outros locais do hospital situados fora do centro obstétrico, para restabelecer suas energias e voltar ao trabalho. Além da questão relativa à saúde do trabalhador, esse fato dificulta o atendimento às situações emergenciais que requeiram sua presença na unidade de trabalho.

Durante o ano de 2003 a modalidade de parto cesariano foi praticada nesta Instituição em percentual superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (10 a 15%), totalizando 52,02%. Conforme salienta Pinheiro (1999), a intervenção da Secretaria de Assistência à Saúde, órgão do Ministério da Saúde, ocorreu por causa do aumento indiscriminado do número de cesarianas.

Nesta perspectiva, é conveniente observar que parto humanizado (...) *significa um tipo de assistência que, indo além de buscar o parto normal a qualquer custo, procura resgatar a posição central da mulher no processo de nascimento; uma assistência que respeita a dignidade das mulheres está na sua autonomia e seu controle sobre a situação* (Pel et al. *apud* Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2002).

Os programas de capacitação dos funcionários adotados pelo hospital ainda são carentes de conteúdos nessa temática. Os encontros mensais têm horário restrito e, geralmente, os assuntos tratados são mais relacionados à administração e ao gerenciamento de rotinas do que à qualidade da assistência propriamente dita.

Nos contextos de “transmitir conhecimento”, muitas vezes a questão mais importante é a forma e não o conteúdo. A prática do parto humanizado suporta o desenvolvimento da pessoa do profissional e isso implica “Sensibilizar e capacitar profissionais para o atendimento de mulheres em situação de fragilidade emocional” (Brasil, 2003).

Objetivando a assistência com enfoque humanizado, a administração da Instituição buscou implantar cinco programas no centro obstétrico, os quais foram analisados nesta pesquisa: Programa Mãe-Canguru, no qual o recém-nascido internado no Setor Intermediário à UTI permanece por tempo determinado em contato pele a pele com sua mãe, no Alojamento Conjunto; Programa ABC do acompanhante, ainda não aplicado no Centro Obstétrico; Programa Encantando o Cliente, que, segundo os funcionários que participaram, apresenta proposta relevante; Programa Humanização da Assistência Hospitalar, relativamente novo, está sendo agora difundido em todos os setores do hospital, com boa receptividade pelos funcionários; Programa Vida Nova, que visa melhorar a qualidade de vida dos profissionais da Instituição.

De acordo com a chefia do centro obstétrico, esses programas, mesmo ainda em fase de implantação, já apresentam respostas satisfatórias às expectativas organizacionais, como o engajamento de seus colaboradores no espírito de equipe, contribuindo no andamento das atividades e na efetiva resolução de problemas intra-organizacionais. Da participação dos funcionários nesses programas é esperada mudança de atitude que possa se reverter em melhor qualidade na assistência à população.

Dos conceitos às práticas do parto humanizado

Na percepção dos profissionais da equipe de saúde, parto humanizado envolve relacionamento e comunicação interpessoal, tendo em vista que “são elementos importantes” tanto no processo administrativo de trabalho quanto na assistência propriamente dita. Neste contexto, o simples ato de “ouvir a parturiente e a sua família” e de “orientá-los sobre os procedimentos” representa condição para o parto humanizado. “É sermos mais humanos, tratando a gestante com carinho, pois para nós parir é normal, para elas é novidade”; “temos que tratar a parturiente sempre como se fosse a primeira vez, orientando sobre todos os passos pelos quais irá passar”.

Na imagem geral que se faz de uma assistência humanizada, a comunicação com a população é um meio para a equipe de saúde captar necessidades, anseios, temores e dúvidas. Isso possibilita que se promova atenuação de sintomas que possam desfavorecer o processo e seus resultados no bem-estar e segurança da parturiente, do acompanhante e também do bebê que está chegando.

Segundo o Ministério da Saúde, é pela comunicação que o sentimento empático entre o profissional e a parturiente pode se manifestar. Assim, o tipo de relacionamento que se constrói no processo de trabalho no centro obstétrico poderá sinalizar, para o parto humanizado, o que para alguns dos profissionais deve demonstrar compreensão com os sentimentos que afloram nesse momento. E isso exige a expressão de “empatia e de tratamento carinhoso.”

Parto humanizado, na concepção dos profissionais da equipe, também deve expressar atenção à individualidade da mulher, considerando seus padrões culturais e sentimentos (suas crenças, práticas e seus valores): “É respeitar a individualidade da parturiente, promovendo o parto normal, seguindo as orientações do Ministério da Saúde”.

A parturiente não pode ser considerada apenas uma cliente a mais. Ele deve ser compreendida em toda a sua singularidade, cabendo ao profissional de saúde, no momento em que tenha com ela o primeiro contato, bem como com a sua família, conhecer o que eles trazem de experiência. (Santos *apud* Oliveira et al., 2001).

A participação do acompanhante no processo de parir foi outro componente apontado

pelos profissionais para caracterizar humanização no parto: “Diz respeito à presença de familiar junto da parturiente, desde o momento em que ela entra em trabalho de parto, permitindo e promovendo que o mesmo participe do processo de nascer”; “É deixar que alguém da família fique junto da parturiente, desde o primeiro momento”; “É colaborar para que o acompanhante ajude no parto e manifeste o seu carinho à parturiente”.

(...) a presença de acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. A presença do acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual das cesáreas, a duração do trabalho de parto (Hotimsky apud Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2002).

Na concepção das parturientes, “parto humanizado” implica o fato de o profissional “ser acolhedor e ter carinho pela parturiente”, e também, o “envolvimento de mais pessoas (família)”. No geral, “parto humanizado” diz respeito ao “atender bem a parturiente”.

A definição de “parto humanizado”, na concepção dos acompanhantes, não é explícita. “Nunca ouvi falar” é a expressão que caracteriza a percepção dessa população. Entretanto, implicitamente, respostas do tipo “são tantas as emoções que me apeguei a Deus” mostram, de certa forma, o significado cultural-afetivo da presença do acompanhante no processo de parturição.

Se for adequado afirmar que “falar a mesma língua facilita a comunicação”, ou seja, se há uma certa sintonia entre os significados da equipe de saúde e das parturientes e seus acompanhantes sobre “parto humanizado”, é possível esperar que a assistência naquele contexto expressasse esse atributo, pelo menos teoricamente.

Olhando as práticas desenvolvidas pelos profissionais, sob o ponto de vista do Ministério da Saúde, percebe-se uma variedade de expressões que mostram os atributos que compõem a qualidade da assistência prestada à mulher parturiente.

“Só prestamos cuidado para a gestante na hora do parto”; “Não nos preocupamos com a parturiente só com o momento do parto”; “O maior contato é só na hora do preparo e na hora do parto”; “O atendimento ao recém-nascido é ótimo, prestamos boa assistência. Eu mostro o bebê para o pai e deixo ele ver de perto o banho”.

A presença do acompanhante não era permitida em todos os plantões. Uns aceitam, outros não. Das 11 mulheres pesquisadas, apenas três tiveram permissão para a entrada de acompanhante na sala de partos. A aceitação dessa prescrição do Ministério da Saúde, naquele contexto, fica à mercê da decisão dos profissionais.

O Ministério da Saúde pontua que a mulher e seu acompanhante devem se preparar para o momento do parto, sendo que “(...) o objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família.” (Brasil, 2001). A companhia do acompanhante (familiar ou amigo) pode não somente auxiliar a mulher a relaxar, mas também contribuir para que o serviço prestado seja mais humanizado.

Segundo integrantes da equipe, em bora haja por parte de alguns desses estímulos para a participação efetiva do acompanhante em todo o processo de assistir a mulher, isso nem sempre ocorre em razão de limites colocados por profissionais médicos e rotinas da Instituição.

No caso do profissional médico, ele concentra a autoridade na equipe e rege os procedimentos. Talvez por chegar normalmente ao cenário do parto sem muito tempo para outras cenas, além daquela restrita ao momento da parturição, tenha dificuldade de aceitar o acompanhante.

Quanto à Instituição, é ela quem padroniza as ações ou legitima as rotinas construídas pelos profissionais ao longo dos anos. Muitos desses, mesmo dispondo de competência técnica e autonomia legal para o desempenho da função de atender a parturiente, ficam privados desse direito – ou dever – porque estão vinculados a uma rotina organizacional na qual a atitude de aceitação e passividade é historicamente aceita – às vezes exigida – na orientação de decisões e ações na assistência à população.

Em relação à assistência prestada ao recém-nascido, o estudo evidenciou uma questão que exige especial atenção: “O pediatra presta os primeiros cuidados ao recém-nascido quando chega a tempo de assistir ao nascimento”; “Não estamos preparados para avaliar as condições fisiológicas do bebê”.

Essas expressões, validadas na observação participante, apontam para ausências do pediatra na equipe. Tal situação gera impasses nos demais membros da equipe de saúde, pois

os cuidados que deveriam ser desenvolvidos pelo médico pediatra são assumidos pelos profissionais da enfermagem, cuja maioria entende que esse compromisso não é seu, mas o assume por “consciência à criança.”

Dado ao fato de o médico pediatra atuar também em outros setores da instituição e, quase sempre, também ficar sob sua responsabilidade a assistência ao recém-nascido junto do centro obstétrico, por vezes há impedimentos que não lhe permitem chegar a tempo de acompanhar o nascimento.

De certa forma, esse fato caracteriza um problema administrativo e que não deveria se refletir na qualidade da assistência prestada. No entanto, é conveniente ponderar que, em última análise, a responsabilidade direta é do profissional, posto que ele se comprometeu em assumir a função de assistir ao recém-nascido. Por outro lado, cabe à instituição rever essa situação, no sentido de observar e adotar medidas que efetivamente promovam o que deve ser feito.

Das 11 crianças observadas durante o processo investigativo, apenas três foram apresentadas à mãe logo após o parto, o que contraria as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, segundo o qual o contato entre mãe e recém-nascido deve ser precoce: “O que eu achei de diferente foi o fato de ter meu bebê próximo de mim”.

O contato cutâneo precoce e direto entre mãe e bebê evidencia-se como gesto importante na atenção à saúde da criança e da mãe. Neste sentido, o Ministério da Saúde refere ser esse tipo de ação é uma das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.

Por outro lado, todos os recém-nascidos foram levados posteriormente às mães, para serem amamentados. Todas foram orientadas e auxiliadas nesse processo, conforme preconiza o Programa Hospital Amigo da Criança, título que a instituição já recebeu.

Sob o olhar do nascer saudável, é importante manter logo após o nascimento o vínculo a fetivo entre a mãe, entre o filho e demais membros da família. O Ministério da Saúde pontua: “na assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce” (Brasil, 2001).

O respeito aos direitos da mulher foi indicado pelos profissionais como elemento importante na assistência humanizada. No entanto,

as observações e a própria fala de alguns dos profissionais mostram que os cuidados estão sendo prestados exclusivamente na hora do parto e, mesmo assim, com limitações à qualidade do que é prescrito pelas diretrizes.

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1997) reforça que atender bem e transmitir calma são meios necessários à condução do parto humanizado. Neste sentido, o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) entende que (...) *a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar.*

Algumas das práticas que inibem a “segurança e o bem-estar”, desestimuladas pelo Ministério da Saúde, ainda estão sendo praticadas rotineiramente no local do estudo. Dentre estas constam: indução à tricotomia; lavagem intestinal; exame de toque vaginal (realizado várias vezes por profissionais diferentes); imobilização; posição horizontal durante o trabalho de parto; utilização do soro com o objetivo de punccionar a veia, para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia e a manobra de *kristeller* (pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto). Outra prática não recomendada e que ainda é rotina naquele centro obstétrico, é a administração de *metergim* no quarto período do parto. Mais importante ainda, na perspectiva da humanização, é que dentre as parturientes, três delas não foram comunicadas a respeito do uso desse medicamento.

“O uso indevido da episiotomia e da posterior sutura (epiorrafia) é um exemplo de violação do direito de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes” (Rezend *apud* Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002).

A manobra de *kristeller* é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente (Brasil, 2001).

As condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal. A imposição autoritária e não informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa (Oliveira *apud* Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002).

As puérperas, ao serem interrogadas sobre o que acharam da assistência, costumavam ava-

liar como “boa”. Houve quem a contraindicasse a proibição de tomar líquido. Conforme observado no centro obstétrico, é rotina não oferecer líquido desde o momento de sua chegada até a alta.

Os líquidos durante o trabalho de parto e parto podem ser oferecidos em doses moderadas. As parturientes consideradas de baixo risco podem ingerir pequenas quantidades de café, chá, água, suco de frutas, utilizando-se o bom senso.

Impedir generalizadamente a ingestão de líquidos fere os preceitos do parto humanizado preconizados pelo Ministério da Saúde (2000), porque a ingestão de líquido, na maioria das situações, não altera o processo de trabalho de parto.

Desfavorecendo ainda mais a condição parituriente em cenário não “humanizado”, verificou-se que a mulher era deixada sozinha em ambiente isolado, resultando, por conta disso e da própria evolução do parto, expressões de cansaço excessivo, medo, tensão e dor.

Entre os fatores que aumentam a percepção da dor estão o medo, o estresse mental, a tensão, a fadiga, o frio, a fome, a solidão, o desemprego social e afetivo, a desinformação sobre o que está acontecendo, um meio estranho ao que se está habituado e o início das contrações: “Deveria existir algo para aliviar a dor”.

Esse é o momento em que a equipe precisa promover atitudes que contribuam para a minimização desse quadro, como, por exemplo: estimular, além da presença do acompanhante escolhido pela mulher, o uso de técnicas alternativas, como o método de Dick-Read, de Bradley e o método de Lamaze. Tais métodos pressupõem que sua utilização resulte em redução do medo, da tensão e da dor, contribuindo para o relaxamento, para a evolução do trabalho de parto, por meio da respiração lenta e do relaxamento muscular.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001) preceitua medidas não-farmacológicas e não-invasivas para minimizar o estresse e aliviar a dor, tais como promover ambiente tranquilo e exercícios respiratórios, de relaxamento e deambulação, além de banhos mornos e massagens, que podem ser realizadas por familiares e/ou profissionais.

Verificou-se que, enquanto as mulheres expressavam desespero, os profissionais tentavam obedecer as rotinas, o que impedia ou limitava mais ainda a participação da mulher; por conseguinte, isso gerava perda de autonomia da mulher, que passivamente se submetia às pres-

crições dos profissionais. Ficou evidente a prevalência da autoridade da equipe de saúde sobre a mulher, sobre o recém-nascido e também sobre o acompanhante.

Nas interações que ocorriam nos diferentes processos de trabalho, a autoridade dos integrantes da equipe se sobrepunha a qualquer sinal de atitude das mulheres e dos acompanhantes, estimulando ainda mais o momento de fragilidade e incertezas. Isso costuma fortalecer o sentimento de impotência que possa haver pela situação emergente de parto e de estar fora de seu contexto sociocultural e afetivo. A atitude profissional diferente desta dava sinal de ser uma postura particular, atributo daquele profissional, e não de representar atitude da equipe. Nem mesmo por conta de obediência às diretrizes do Ministério da Saúde.

O fato de a maioria das mulheres referir satisfação quanto à assistência recebida denuncia que elas não têm noção do que é assistência com a qualidade que merecem. A questão é que e todas as mulheres entrevistadas mostraram dificuldades em relação ao entendimento do que é parto humanizado e evidenciaram desinformação acerca de direitos e condições de boa assistência.

Essa realidade se expressa pela pouca ou nenhuma exigência no cumprimento de seus direitos, que não são apenas relacionados à especificidade da parturição, mas que dizem respeito aos direitos de qualquer cidadão que necessita, nos diversos momentos da vida, da atenção dos serviços de saúde.

Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (Brasil, 1989).

Há direitos pertinentes ao parto humanizado que nem foram mencionados, como, por exemplo, o fato de que as mulheres tenham assegurado: as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos durante todo o processo de gestação; a satisfação de suas necessidades fisiológicas, de sua privacidade e integralidade física, e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, além de total atenção à saúde do recém-nascido.

Uma das puérperas relatou ter ido ao hospital buscar ajuda, mas que não recebeu a atenção necessária, mesmo tendo sido atendida por diferentes profissionais. A evolução desse processo resultou que o bebê nasceu “pós-termo” e

apresentou complicações, necessitando ser internado na UTI Neonatal: *Para mim este parto foi muito difícil. Não entendo por que tive de vir cinco vezes e, mesmo tendo ultra passado as 42 semanas, ninguém ligou para mim. Eu já sabia que alguma coisa errada estava acontecendo.*

Este caso não é fato exclusivo na Instituição, haja vista as estatísticas que mostram a qualidade da assistência prestada à gestante e que têm predisposto a morbimortalidade materno-infantil. Segundo Oliveira (*apud* Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002) (...) *a dificuldade no acesso ao leito, com a peregrinação das gestantes em busca de vagas nos hospitais, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência.*

A razão pode estar na qualidade do atendimento que é prestado à mulher no pré-natal. Neste, talvez, ainda falte dar maior importância às diretrizes do Ministério da Saúde, nas ações de prevenção da mortalidade materna e infantil. Para tanto, é preciso sensibilizar as mulheres para a busca de atenção específica logo no início da gravidez e para a escolha do parto natural.

Reiterando o que o Ministério da Saúde preconiza, pode-se observar que a assistência ao pré-natal é o início de todo o processo de nascer saudável. É esse o momento inicial no qual os profissionais de saúde deverão ensejar o atendimento humanizado, as informações e os esclarecimentos que se fizerem necessários, para que os processos de parturição e nascimento transcorram num clima de plenitude, satisfação e, sobretudo, de realização para todos, incluindo a dos profissionais envolvidos nesse processo.

Entende-se que, por causa do desconhecimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, as parturientes ficavam satisfeitas com o que estavam recebendo. Se, ao contrário, as mulheres estivessem cientes de seus direitos e com seu sentido crítico estimulado, talvez fossem mais exigentes, menos passivas, mais atuantes e menos dominadas. Por conseguinte, as cobranças também seriam muito mais acen tuadas do que aquelas discretas e sen sadas, observadas no cenário deste estudo.

Como esperança de mudança, há o discurso de alguns profissionais da equipe de saúde que, quando avaliam a qualidade da assistência prestada naquela unidade, consideram haver necessidade de revisão de algumas práticas desenvolvidas pela equipe, demonstrando conhecimento sobre o que é prescrito para o parto

humanizado: “Buscamos tratar bem a parturiente e o acompanhante, com respeito à individualidade de cada pessoa”; “A assistência prestada é boa, no entanto precisamos melhorar no sentido de nos aproximar mais da gestante e de sua família”; “Em nosso plantão, o acompanhante é bem tratado, se bem que isso não depende só da equipe de enfermagem, mas também dos médicos e da instituição”.

A prática do parto humanizado como questão de cidadania

Promover o parto mais humanizado nesse mundo com temporâneo é um grande desafio. Isso não requer voltar à história de como nossas avós e mães pariram, mas buscar contribuir para que essa experiência, antes tão natural, seja no contexto extradomiciliar um ritual mais próximo do “familiar”, integrando nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito. Aumentar o conforto e a segurança integral dessa população é estar promovendo a saúde da população em geral.

Na tentativa de fazer uma síntese para responder à questão da pesquisa: “Como as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado são aplicadas à parturiente, seu acompanhante e recém-nascido?” A primeira imagem que se apresenta mostra uma dinâmica de interações mecânicas entre trabalhadores e população, longe daquela imagem que se elabora ao analisar os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A assistência que se encontra expressa, em grande parte, em cuidados específicos aplicados nos processos de cuidar de rotina na atenção à parturiente focalizada no momento do parto, no ato fisiológico de parir. Além do que algumas dessas intervenções não atendem aos critérios de qualidade exigidos para garantir a segurança da parturiente e do recém-nascido.

As imagens da assistência representam, em parte, um movimento de rotina prescrito a qualquer mulher, sem considerar sua identidade própria e ainda muito distante da integração harmônica entre a utilização dos recursos tecnológicos e da aplicação das rotinas de trabalho da unidade, com os componentes culturais e afetivos da mulher e seu acompanhante, a ponto de criar, em cooperação, um ritual do processo de parir e de nascer com identidade própria.

Na concepção de parto humanizado, o respeito à individualidade se revela de importância dupla por envolver seres que necessitam de uma atenção especial, num momento ímpar de suas vidas e, talvez, decisivo para a promoção da sua saúde futura. Receber cuidados para parir com segurança e conforto e para nascer com maior segurança e conforto é proporcionar melhores meios para que ambos – mãe e filho – possam trabalhar com cuidado essa missão natural.

Na compreensão do que seja cuidado humano, essa atitude referida parece não exigir muito do profissional, porque a atenção à mulher nesse contexto estaria se caracterizando como um tipo de cuidado que se espera encontrar em qualquer assistência: cuidado humanizado. Segundo Patrício (1995), cuidar é cultivar a vida e, sendo assim, toda atenção à saúde requer um processo de cuidar com cuidado – *care-caring*, segundo Leininger (1984) – o que exige do profissional a promoção de interações baseadas em componentes éticos e estéticos de cuidar da vida, integrando, assim, razão e sensibilidade nos procedimentos técnicos de rotina e ainda favorecendo movimentos de educação focados na participação da população envolvida com seus saberes próprios.

Entende-se que a cultura do cuidado, especialmente com a qualidade “humanizado”, não tem expressão significativa no ensino médico, tanto quanto os padrões técnicos e a utilização da tecnologia. Entretanto, como mostra o estudo de Grossemann e Patrício (2004), existe um movimento de insatisfação entre profissionais dessa área gerando contradições e já estimulando diálogos com vistas à transformação dessa realidade.

Especificamente, no contexto da parturição, cuidados simples – como escutar, demonstrar atenção, atitude – além de promover o bem-estar e conforto das pessoas envolvidas, fortalece os direitos da mulher em trabalho de parto, contribuindo para que ela se desenvolva como agente promotor de sua própria vida e da vida de seu filho. Talvez, o profissional desconheça isso, mas esse “simples” cuidado confere melhor qualidade à sua assistência e ainda promove a saúde integral das pessoas.

Uma ação simples do profissional de saúde nesse momento seria, logo no primeiro contato com a parturiente, bem como com a família, indagar sobre suas representações a respeito do parto, seus temores e experiências, que poderão contribuir no processo de trabalho da equipe.

Também é preciso considerar as dificuldades apontadas pelos trabalhadores para justificar a limitação que têm em dar maior atenção à mulher e ao seu acompanhante. Algumas dificuldades se referem ao “tempo” maior que exige a assistência humanizada e que eles não dispõem em razão do reduzido número de profissionais na equipe e também por circunstâncias de acúmulo de partos em certas ocasiões, além da costumeira “falta de material”.

Esta é uma realidade comum em outros serviços de assistência hospitalar, mas entende-se que a atitude humanizada dos profissionais que assistem a parturiente não está ligada exclusivamente ao tempo e ao material disponível, mas sim em tornar o momento dos contatos diretos e indiretos com a população uma expressão de interação de humanos que promova momentos saudáveis com a mulher, seu recém-nascido e acompanhante e, naturalmente, com os próprios integrantes da equipe de saúde.

Esses, por sua vez, como trabalhadores, também necessitam de cuidados humanizados por parte da Instituição e dos colegas, nas relações internas do processo de trabalho coletivo. Há vista as limitações físicas, cognitivas e afetivas que se expressam em suas condições de trabalho e que, de certa forma, pouco subsidiam e estimulam para prestar assistência humanizada à população.

O discurso dos participantes e a análise dos registros das observações à luz das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde mostraram que no contexto em estudo falta ainda muito para a aplicação efetiva daquelas ações preconizadas, seja por conta do desconhecimento da equipe acerca das diretrizes, seja por não estarem ainda sensibilizados para a importância da prática na promoção da saúde e, talvez, por não reconhecerem isto como um dever profissional e um direito das mulheres.

E, ainda, reforçando essa realidade, existe a fragilidade da população que não cobra seus direitos, fortalecendo ainda mais as atitudes das equipes de saúde e das instituições.

Entende-se que os direitos e deveres no processo de parturição precisam ser mais bem trabalhados naquele contexto, posto que, ambos, população e equipe, ainda necessitam de conhecimentos e compreensão acerca das diretrizes que promovem o parto humanizado.

Isso não se inicia no centro obstétrico, mas em qualquer contexto no qual se apresentem questões de parir e nascer saudável, em especial nas unidades de atenção básica da saúde

pública e demais espaços ambulatoriais; em âmbito de atenção individual – e neste entende-se a mulher e seu companheiro, no mínimo –; e em âmbito de trabalhos de grupo, também envolvendo não apenas as mulheres, mas familiares e demais interessados no tema.

A humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal: pelo envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gestar e parir, talvez, antes mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afeti-

tivas para conceber; pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração de seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde.

Para tanto, é necessário também envolver os profissionais de saúde nesse processo de aprendizagem a ponto de estimulá-los ao retorno ao parto mais natural possível, agora com maior segurança, considerando o apoio de toda a tecnologia que se dispõe e que também é de dever oferecer a toda a mulher em trabalho de parto e ao recém-nascido, quando necessário.

Colaboradores

AE Reis e ZM Patrício participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências bibliográficas

- Bodgan R & Bicklen S 1994. *Investigação qualitativa em educação*. Ed. Porto, Porto.
- Brasil. Ministério da Saúde / Fevereiro / Abril 2001. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde 2004. *Estratégias para a redução de partos cirúrgicos*. Disponível em: <<http://saude.gov.br/datasus>>. Acesso em 5 de janeiro de 2004.
- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher 2002. *Direitos da mulher*. Disponível em <<http://www.mne.gov.br/cdbrasil/itamaraty.web/port/relext/mne/agintern/clmulher/apresent>>. Acesso em 20 de agosto de 2002.
- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher 1997. *Estratégias da igualdade, plataforma de ação para implementar os compromissos assumidos pelo Brasil na IV Conferência Mundial da Mulher*. Ed. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Brasília.
- Grossemann S & Patrício ZM 2004. *Do desejo à realidade de ser médico – a educação e a prática médica como um processo de construção individual e coletiva*. Ed. UFSC.
- Leininger M 1984. *Care the essence of nursing and health*. Ed. Wiley & Sons, New York.
- Minyayo MCS 2000. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Oliveira J (org.) 1995. *Constituição da República Federativa do Brasil*, atualizada e acompanhada dos textos das Emendas Constitucionais. 11. ed. atual. e ampl. Ed. Saraiva, São Paulo.
- Patrício ZM 1995. *A dimensão felicidade – prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica*. Tese de doutorado em filosofia da saúde/enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Patrício ZM 1999. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas: possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade, pp. 19-88. In ZM Patrício, MF Araújo (orgs.) et al. *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Ed. do autor, Florianópolis.
- Pineiro R 1999. Assistência perinatal e neonatal no Brasil: um desafio para os serviços de saúde. *Revista Tema* 17(4):21-25.
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos 2002. *Mortalidade materna: Brasil, um dos campeões em mortalidade materna*. Redesaúde, São Paulo.
- Rezen de JD & Montenegro CAB 1994. *Obstetrícia fundamental*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Artigo apresentado em 20/01/2004

Aprovado em 8/03/2005

Versão final apresentada em 10/05/2005