



O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado*

The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery

El significado dado por el profesional de salud al trabajo de parto y parto humanizado

Alessandra dos Santos Mabuchi¹, Suzete Maria Fustinoni²

RESUMO

Objetivo: Compreender o significado que o profissional de saúde que atende a parturiente, dá para trabalho de parto e parto humanizado. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com perspectiva fenomenológica. Foram entrevistados sete médicos e quatro enfermeiras que atuavam no Centro Obstétrico de um hospital público do Município de São Paulo. **Resultados:** Após a análise dos dados emergiram dois subtemas: Compreendendo trabalho de parto e parto humanizado como um conjunto de medidas assistenciais e de comportamento diferenciado, e Identificando falhas na busca de humanização da assistência, os quais ao serem sintetizados deram origem ao fenômeno maior da experiência dos sujeitos: Vivenciando a desarmonia entre teoria e prática na busca pela humanização da assistência. **Conclusão:** O estudo evidenciou que ainda há discordância referente ao que se entende por parto humanizado e o que se realiza na prática. A humanização continua sendo uma política governamental longe de se tornar eficaz, não apenas pelos déficits na infra-estrutura ou escassez financeira, mas pela carência de contato com a temática, contribuindo para que a assistência, oferecida seja, muitas vezes, despersonalizada e desumana.

Descritores: Parto humanizado; Humanização da assistência; Prática profissional; Enfermagem obstétrica

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning the healthcare professional in charge of the woman in childbirth gives to labor and humanizing delivery. **Methods:** This is a qualitative research with a phenomenological perspective. Seven physicians and four nurses working at the obstetric center of a public hospital in the city of São Paulo were interviewed. **Results:** After data analysis, two subthemes emerged: Understanding labor and humanizing delivery as a group of differentiated healthcare and behavioral measures, and Identifying failures in the search for healthcare humanization. **Conclusion:** The study showed that there are still disagreements regarding what is understood as humanizing delivery and what is done in practice. Humanization remains a government policy that is far from efficient, not only because of infrastructural deficits or financial shortages, but because of a lack of contact with the theme, resulting in healthcare that is not individualized or human.

Keywords: Humanizing delivery; Humanization of assistance; Professional practice; Obstetrical nursing

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado que el profesional de salud que atiende a la parturienta, da al trabajo de parto y parto humanizado. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa con perspectiva fenomenológica. Fueron entrevistados siete médicos y cuatro enfermeras que trabajaban en el Centro Obstétrico de un hospital público del Municipio de Sao Paulo. **Resultados:** Después del análisis de los datos emergieron dos subtemas: Comprendiendo el trabajo de parto y parto humanizado como un conjunto de medidas asistenciales y de comportamiento diferenciado, e Identificando fallas en la búsqueda de la humanización de la asistencia, los cuales al ser sintetizados dieron origen al fenómeno mayor de la experiencia de los sujetos: Vivenciando la desarmonía entre teoría y práctica en la búsqueda de la humanización de la asistencia. **Conclusión:** En el estudio se evidenció que aun hay discordancia referente a lo que se entiende por parto humanizado y lo que se realiza en la práctica. La humanización continúa siendo una política gubernamental que está lejos de volverse eficaz, no sólo por los déficits en la infra-estructura o escasez financiera, sino también por la carencia de contacto con la temática, contribuyendo a que asistencia, ofrecida sea, muchas veces, despersonalizada y deshumana.

Descriptores: Parto humanizado; Humanización de la atención; Práctica profesional; Enfermería obstétrica

* Estudo desenvolvido no Hospital Municipal Vereador José Storopoli (Hospital Vila Maria), São Paulo (SP), Brasil

¹ Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

² Doutora, Professora Adjunto da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

De acordo com o dicionário “humanizar vem de humano + izar, que significa 1. Tornar humano; dar condição humana. 2. Ato de humanização. 3. Tornar benévolo. 4. afável, tratável. 5. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar”⁽¹⁾.

Entendendo-se a humanização sob a perspectiva filosófica, pode-se traduzi-la como um ideal livre e inclusivo da manifestação dos sujeitos na organização das práticas sociais, inclusive de atenção à saúde, promovidas por interações sempre mais simétricas, que permitem uma compreensão mútua e a construção dos seus valores e verdades⁽²⁾.

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente, tão defendidos no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde em 2000⁽³⁾. Apesar disso, a realidade está longe de coincidir com o teorizado.

Estudos mostram que, mesmo em instituições onde é seguido o modelo de parto humanizado, ainda existem distorções sobre o processo de humanização, o que torna a assistência despersonalizada e mecanicista, onde a mulher, que deveria ser a protagonista de todo o processo, encontra-se submissa, temerosa e confusa. Medidas assistenciais diferenciadas, abordadas pelo PHPN, são introduzidas pelos profissionais sem significância para nenhum dos lados⁽⁴⁻⁵⁾.

O modelo assistencial que predomina em nosso país é bem diferente do existente em outros lugares do mundo. Ainda hoje, ao ser admitida em trabalho de parto, em geral a mulher é afastada dos familiares e submetida a procedimentos de indicação e resultados duvidosos, apesar de todas as políticas de humanização defendidas pelo governo. Acontece que há contratempos primordiais a serem superados como baixos salários, condição difícil de trabalho, excesso de demanda, falta de condições de diagnóstico e tratamento adequados, infra-estrutura precária e não condizente com as necessidades requeridas pelas diretrizes da humanização, além do pouco conhecimento sobre humanização por parte dos profissionais⁽⁶⁻⁷⁾.

Um estudo realizado em um hospital universitário, que buscava adequação ao PHPN, revelou enorme resistência dos profissionais de saúde, principalmente por desconhecerem outra forma de atendimento, apontando para a necessidade de adequação ao novo modelo⁽⁸⁾.

Esse contexto levou-me a questionar sobre a efetividade do modelo humanizado atualmente praticado em nosso país. Acredito que somente conhecendo e resgatando o valor merecido para “humanização da assistência”, é possível trabalhar deficiências de modo que mulheres e profissionais de saúde “desenvolvam relações menos desiguais e menos autoritárias”⁽⁸⁾, além de assegurar a utilização de rotinas baseadas em evidência que garantam um trabalho harmonioso em equipe e um cuidado mais adequado e uniforme, que vá de encontro ao preconizado pelas políticas de saúde, mas que resgate a autonomia e o poder de decisão das mulheres.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo compreender o significado que o profissional de saúde que atende a parturiente, dá para trabalho de parto e parto humanizado. O pressuposto foi que tal estudo permitiria trabalhar a temática em suas múltiplas dimensões, possibilitando refletir acerca da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, destacando nessa pesquisa a parturiente, e o verdadeiro sentido de cuidá-la holística e humanamente, de forma dirigida, intencional e consciente, otimizando a assistência oferecida.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva fenomenológica, que permite mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos que se expressam na entrevista empática, possibilitando o alcance do objetivo proposto, a partir da análise das percepções dentro de uma realidade imediata, buscando o significado e os pressupostos dos fenômenos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para trabalhar os dados advindos das experiências dos sujeitos optou-se por seguir os passos determinados pelo modelo fenomenológico proposto por Amadeo Giorgi, uma vez que tal método proporciona uma sistemática transparente de trabalho que permite demonstrar, de forma conclusiva, a interpretação dos dados através da consciência do sujeito⁽¹¹⁾:

1. Visão global: Leitura dos dados para captar seu sentido diante do objeto do estudo.

2. Divisão do relato em unidades de significado: Tendo a visão do todo, destacam-se pontos específicos, focados no objeto da pesquisa.

3. Transcrição de cada unidade de significado em linguagem psicológica: Com as unidades de significado delineadas, se expressa a compreensão psicológica a respeito de cada uma delas.

4. Síntese específica: Faz-se uma síntese das unidades de significado, que dará origem à síntese geral e à compreensão do fenômeno investigado, com o surgimento de categorias que consistirão nos resultados da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em um hospital público

da cidade de São Paulo, nos meses de outubro e novembro de 2007, por meio de entrevistas não diretas, abertas, gravadas com profissionais de saúde, que atuavam como mediadores do processo de parturição no Centro Obstétrico da instituição. A coleta de dados cessou no décimo primeiro entrevistado, momento em que houve a saturação dos dados. Participaram desse estudo sete médicos e quatro enfermeiras.

A questão orientadora do estudo foi: Para você qual o significado de trabalho de parto e parto humanizado?

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética do hospital onde os dados foram coletados e da Universidade Federal de São Paulo.

Em respeito aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos e atendendo a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitada a participação voluntária dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para manter o anonimato dos entrevistados foram utilizados pseudônimos.

RESULTADOS

Os dados obtidos permitiram o desenvolvimento do fenômeno central Vivenciando a desarmonia entre teoria e prática na busca pela humanização da assistência no trabalho de parto e nascimento (Figura 1) que representa a ambigüidade entre conceito / compreensão dos profissionais de saúde para trabalho de parto e parto humanizado e a prática diária exercida por esses profissionais no processo de parturição. Os sujeitos visualizaram o modelo de parto humanizado como um aglomerado de medidas não apenas assistenciais, mas de comportamento, que tornam a assistência diferente da tradicional, com benefícios à mulher, ao futuro recém-nascido e à família. Por outro lado, apesar do enfoque sobre o resgate do parto natural, visualizando a mulher como protagonista do processo, alguns profissionais compreenderam o parto humanizado como uma política governamental repleta de falhas, na qual há dicotomização entre teoria e prática, entre as ações dos vários profissionais de saúde e, principalmente, escassez de ensino-aprendizado sobre a temática.

“Na teoria, parto humanizado é aquele onde deve-se colocar a mulher como protagonista do processo de parturição (...). No Brasil, infelizmente, o conceito humanização está muito mais voltado a políticas governamentais. A parturiente acaba sendo a menos favorecida (...).” (SEALIAH)

O fenômeno central envolve também a integração das categorias encontradas nos fenômenos 1 e 2, “Compreendendo trabalho de parto e parto humanizado como um conjunto de medidas assistenciais e de

comportamento diferenciadas” e “Identificando falhas na busca humanização da assistência”, indicando que pacientes, familiares e os profissionais de saúde entrevistados moviam-se continuamente, entre dois extremos, onde a discordância entre o que se entendia e o que se realizava pela humanização da assistência tornava-se uma incógnita diária.

Compreendendo trabalho de parto e parto humanizado como um conjunto de medidas assistenciais e de comportamento diferenciadas.

Os profissionais foram compreendendo o trabalho de parto e parto humanizado como um conjunto de medidas assistenciais e de comportamento diferenciadas em que a busca pelo bem-estar da mulher durante o processo de parturição, colocando-a como protagonista da situação, respeitando seus desejos e preferências como propósitos a serem atingidos. Essa definição compôs categorias que descrevem como esses profissionais buscam oferecer uma assistência humanizada às parturientes.

Visualizando a parturiente como protagonista do processo de parturição em um ambiente acolhedor foi o elemento-chave, desencadeador da conceituação expressa pelos profissionais de saúde. Os sujeitos definiram a humanização da assistência no trabalho de parto e nascimento seguindo as diretrizes defendidas pelo Ministério da Saúde. Visualizaram a importância do acolhimento, do respeito às vontades e decisões da mulher, abordaram a importância de se diminuir as práticas intervencionistas e entenderam a presença do acompanhante como um direito e um bem para a mulher.

“(...) parto humanizado é aquele que a mulher, os desejos da mulher são respeitados (...) é fazer com que ela tenha o maior conforto possível (...).” (HARAEL)

Ao visualizarem a parturiente como única, com direitos a serem respeitados, os profissionais foram percebendo o diálogo como um diferencial na assistência humanizada que, segundo eles, deve ser valorizado desde o Pré-Natal, buscando atender aos questionamentos dessas mulheres, com orientações e esclarecimento de dúvidas e temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

“Parto humanizado pra mim é (...) explicar pra paciente o que tá acontecendo (...) a paciente tem que saber como é que funciona o trabalho de parto, o que é normal e o que não é normal no trabalho de parto (...).” (MEBAHIAH)

Os profissionais entrevistados mostraram interesse pelas medidas defendidas pelo Ministério da Saúde como “humanizadas”, compreendendo técnicas de relaxamento como ações de conforto. No entanto, verificou-se que

nem sempre essas técnicas eram utilizadas de forma habitual.

“(…) eu acho que a bola, o banho, ajudam para que aconteça mais rápido o parto, para que não demore muito, para que ela tenha menos dor (…) mas geralmente quando não tem aluno aqui a gente quase nem oferece.” (MEHIEL)

Percebendo a presença do acompanhante como benéfica no processo de trabalho de parto / nascimento esta foi vista como um diferencial no modelo de parto humanizado, capaz de proporcionar à parturiente inúmeros benefícios durante todo o processo, permitindo que a mulher visualizasse a parturição de forma mais segura, protegida e, conseqüentemente, experienciasse uma diminuição na sensação dolorosa.

“(…) a presença do acompanhante é uma coisa muito importante porque dá uma sensação de segurança, elimina a tensão e medo (…).” (NITH-HAIAH)

Outra forma de conceituar trabalho de parto e parto humanizado foi abordada, quando os profissionais mostravam-se evitando práticas intervencionistas. Assim, na instituição pesquisada, a parturiente recebia dieta leve, não se fazia a lavagem intestinal, a aminiotomia e episiotomia, quando realizadas, eram criteriosas e não rotineiras. Ainda assim, algumas vezes, procedimentos invasivos e duvidosos eram empregados por alguns profissionais.

“Trabalho de parto humanizado pra mim é a gente tentar dar uma assistência menos medicalizada possível, colocar ocitócito quando

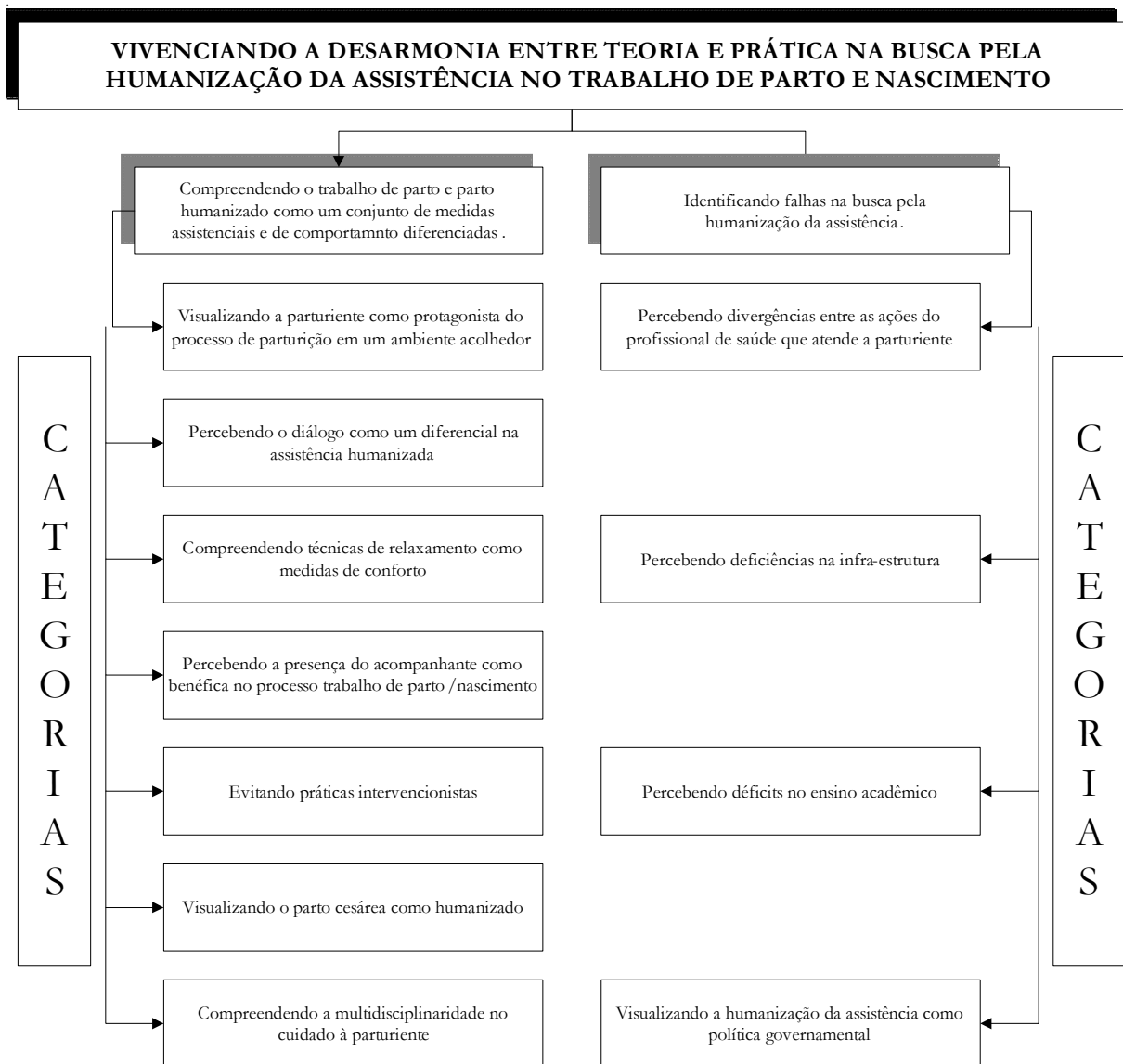


Figura 1 - Fenômeno central – Vivenciando a desarmonia entre teoria e prática na busca pela humanização da assistência no trabalho de parto e nascimento.

for necessário (...) Hoje a gente deixa as pacientes comerem durante o trabalho de parto, isso é uma humanização (...) fazer tricotomia em todas, agora a gente já não faz mais (...).” (MEBAHIAH)

Visualizando o parto cesárea como humanizado, assim considerado sob a ótica dos entrevistados, uma vez que, quando bem indicado, visa minimizar agravos à mãe e ao feto.

“Dependendo do caso a cesárea também faz parte da humanização, né? Eu acho que, chegar num ponto em que não tem mais saída para o parto normal é um alívio para a paciente também.” (ELEMIAH)

Compreendendo a multidisciplinaridade no cuidado à parturiente foi uma categoria de enorme destaque, já que o cuidado multidisciplinar foi visto como de fundamental relevância na assistência à parturiente, pois esta necessita que aspectos físicos, sociais, espirituais, psicológicos e biológicos sejam trabalhados.

“(...) eu acho que quanto mais tiver pessoal da área, a obstetrix, o pessoal da área de enfermagem, o pessoal que sabe, que participe, eu acho que a paciente fica mais a vontade (...).” (MENADEL)

Identificando falhas na busca pela humanização da assistência

Ao definirem trabalho de parto e parto humanizado os profissionais foram Identificando falhas na busca de humanização da assistência, o que envolvia a autonomia do profissional, sua disponibilidade, seu conhecimento, seu envolvimento com a equipe multiprofissional, além de limitações física e de infra-estrutura.

Nesse contexto, médicos e enfermeiras foram percebendo divergências entre as ações do profissional de saúde que atende a parturiente, pois cada um conduzia o plantão da maneira que julgava mais adequada. A equipe multiprofissional que deveria atuar unida, em busca de um atendimento integrado e de benefícios bilaterais, por vezes encontrava-se dispersa, incoerente e egocêntrica.

“(...) a equipe médica é assim, bem resistente mesmo (...) eu acho que uns dois ou três é a favor, o restante é uma briga pra gente conseguir que a gestante entre com seu acompanhante (...) e assim, como lá não tem enfermeiras obstetras, não tem essa visão, mais difícil ainda. Um plantão você consegue, no outro plantão não.” (MANAKEL)

Os profissionais foram ainda percebendo deficiências na infra-estrutura, como inexistência de biombos, de sala de espera para acompanhantes, espaço físico reduzido, poucos leitos, cadeiras desconfortáveis. Faltavam medicamentos, materiais, utensílios básicos (como copo descartável). Além disso, havia poucos cursos

motivacionais ou de aperfeiçoamento para os profissionais. Enfim, uma série de limitações que dificultavam oferecer um atendimento efetivo, personalizado e adequado, pois atuavam como dificultadores no processo de implantação de medidas de humanização da assistência.

“Quanto à permanência de um acompanhante é um pouco dificultoso, mesmo porque pelo nosso espaço físico, pela acomodação, é pequeno, não tem divisória (...).” (YESALEL)

A categoria percebendo déficits no ensino acadêmico mostrou a problemática do ensino/ aprendizado em nosso país. Apenas um dos entrevistados alegou ter assistido aulas sobre humanização da assistência durante a graduação. A situação mostrou-se ainda mais problemática nos cursos de medicina: os alunos pouco ouvem falar sobre a temática e quando ouvem, em geral, o assunto está diluído em outro.

“(...) hoje não se tem disciplina na faculdade de medicina sobre humanização. Tem comentários durante as aulas, mas nada muito específico. Seria importante que tivesse uma aula só disso (...) só os comentários não são suficientes.” (HARAEL)

O resultado de tudo o que foi exposto nesse fenômeno, culminou na categoria visualizando a humanização da assistência como política governamental, já que mesmo com todas as investidas do Ministério da Saúde na implementação do PHPN a partir de 2000, os sujeitos ainda experienciam divergências entre o preconizado e o realizado, o que generaliza um atendimento que deveria ser individualizado, pautando-o ao cumprimento de normas para a conquista de prêmios e gratificações, sem considerar a vivência das parturientes.

“Embora se pregue as rotinas do Ministério da Saúde a respeito de humanização da assistência, isso é muito bonito no papel, a realidade é outra. As mulheres dão entrada nos hospitais sem saberem o que lhes aguarda (...) Por vezes o acompanhante lhe é negado (...) São adotadas medidas intervencionistas (...) A mulher sente dor, dor e mais dor, isso é humanização? Não há respeito pela mulher que ali se encontra.” (SEALIAH)

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que o profissional de saúde, de modo geral, entende a humanização no parto e nascimento como um benefício e um direito da mulher, validando os princípios defendidos pelo Ministério da Saúde durante esse processo. Entretanto, os resultados obtidos evidenciaram que ainda há muita desarmonia quanto ao que se entende por parto humanizado e o que se realiza na prática.

Nesse cenário, outras referências apontam que o profissional e a mulher, durante o processo de parturição, convivem com essa dualidade de sentimentos, práticas e comportamentos que colocam em dúvida a efetividade do modelo humanizado. É necessário que seja oferecido um aprendizado teórico/prático que resgate o parto num contexto baseado no respeito, na autonomia, na individualidade e no poder de decisão e de troca entre profissional e parturiente^(4, 7, 12-14).

O Ministério da Saúde afirma que humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o modelo tradicional⁽³⁾. Neste estudo, os profissionais de saúde conceituaram trabalho de parto e parto humanizado de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, nas quais é “buscar” transformar o cenário de parto em um “ambiente parecido com a casa da parturiente”, visualizando a importância dos familiares, de um ambiente acolhedor, limpo e confortável, do oferecimento de dieta, de medidas de alívio da dor, de restrição de medidas invasivas, entre outras.

As mulheres esperam receber informações e explicações sobre seu trabalho de parto e parto. Para elas, é de extrema importância que o profissional explique os procedimentos que irá realizar, fale sobre o bem-estar do feto, converse com a parturiente, com calma, sem grosseria, pois dessa forma esta se sentirá mais segura, confiante e colaborativa⁽¹²⁾. Na instituição pesquisada, os profissionais de saúde buscavam atender aos questionamentos das pacientes, embora, grande parte destes, o fizessem de forma curta e objetiva. Foi relevante o fato da maioria das explicações serem fornecidas por estudantes (de enfermagem ou medicina) que acompanhavam a parturiente, talvez por terem estes uma atuação mais direta sobre a mulher, já que tinham maior disponibilidade de estarem ao seu lado.

A Organização Mundial da Saúde defende que o banho, o incentivo a posições diferentes, a liberdade de movimento, as técnicas para alívio de dor, a presença do acompanhante estão entre as práticas que devem ser estimuladas no trabalho de parto e nascimento. No entanto, essas técnicas por vezes acabam sendo colocadas de forma inadequada, já que as parturientes desconhecem esta forma assistencial e não têm direito à escolha, tornando a situação desumana⁽³⁻⁵⁾. O uso inadequado, ou pouco uso dessas técnicas, além das dificuldades em aceitar o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, também foram identificados neste estudo. Apesar dos profissionais abordarem a importância de tais técnicas, em geral, com exceção do banho, que acabava sendo uma “obrigação” da parturiente ao ser admitida na unidade

de Pré-Parto, as demais eram realizadas, em sua maioria, quando havia estudantes na instituição acompanhando a parturiente, em geral estudantes de enfermagem. Na ausência destes, os métodos raramente eram ofertados. Quanto ao acompanhante, sua presença reservou-se a pequenas ocasiões, porque alguns profissionais julgavam esse direito inoportuno.

Quando bem indicada, a cesárea tem papel fundamental na Obstetrícia moderna, pois atua como redutor da morbimortalidade perinatal e materna⁽¹⁵⁾. Neste estudo, ficou evidente que os profissionais de saúde visualizam o parto cesárea, quando recomendado, como um parto humanizado. No entanto, é fundamental enfatizar a necessidade de normatização, sistematização e implementação de ações educativas para o parto - o que engloba parturiente, família e profissional - para que a eletividade da cesárea não se sobreponha ao parto normal.

Um cuidado multidisciplinar é de fundamental relevância na assistência à parturiente, pois esta necessita que os aspectos da assistência físicos, sociais, espirituais, psicológicos e biológicos sejam trabalhados. Estudos mostram, entretanto, que ainda existe muito atrito entre enfermeiros e médicos na assistência à parturiente^(4, 12, 15). O atual estudo mostra uma deficiência em relação à equipe multiprofissional. Alguns profissionais trabalhavam unidos, buscando um único objetivo e tornando a assistência personalizada. Outros, porém, atuavam sozinhos, desrespeitando e limitando a autonomia de outro colega da equipe.

Por fim, os resultados que emergiram deste estudo revelaram-se, também, como possibilidades de ajustes ao apontarem limitações, divergências e dificuldades encontradas pelos sujeitos, o que tornava ambígua a assistência prestada. Tais limitações iam muito além do déficit financeiro ou de infra-estrutura. Envolveram a disponibilidade do profissional, o grau de autonomia, a flexibilidade em aceitar mudanças, o desenvolvimento de habilidades como empatia, acolhimento, atenção, mas, primordialmente, à carência de contato com a temática, o que despersonalizava e desumanizava a assistência oferecida. Vários autores têm abordado esse assunto, concluindo que a humanização necessita englobar igualmente profissionais de saúde, porque estes também precisam de cuidados humanizados, que equilibrem as várias limitações que se expressam nas condições de trabalho e que pouco subsidiam e os instigam a prestarem uma assistência humanizada⁽⁵⁻⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão que se deu ao final desta pesquisa é de que embora grande parte dos profissionais tenha percorrido perfeitamente sobre os benefícios de um atendimento acolhedor, onde possam ser rompidas

práticas tradicionais, percebe-se, ainda, um longo caminho na busca pela excelência do cuidado, em que uma visão holística do ser humano seja o propósito a ser atendido.

Na assistência à parturiente continuam prevalecendo rotinas hospitalares rígidas e uma importante deficiência de contato humano e diálogo. A mulher não tem autonomia e pouco opina sobre o evoluir de seu trabalho de parto.

A humanização no trabalho de parto e nascimento continua sendo uma política governamental, que embora tenha princípios ótimos, está longe de ser eficaz na maioria das instituições do nosso país. E isso se deve, não apenas aos visíveis déficits na infra-estrutura ou à escassez de recursos financeiros, mas primordialmente à carência de contato com a temática em todos os cursos que envolvem o cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, o que despersonaliza e desumaniza a assistência oferecida.

É necessário que os profissionais visualizem a importância das medidas assistenciais diferenciadas abordadas pelo PHPN, para que essas práticas sejam realmente oferecidas às parturientes, pelos benefícios que agregam, e não como meio de atender a uma norma governamental ou tentativa de “calar a mulher” no auge de suas contrações, dores e gemidos, sem significância

para nenhum dos envolvidos.

É necessário que o humanismo tenha início no Pré-Natal, ou antes. A humanização da assistência não se inicia no Centro Obstétrico e não se resume apenas à parturiente. Este cuidar necessita envolver também familiares e profissionais de saúde, pois estes também precisam de cuidados humanizados que os estimulem a prestar uma assistência humanizada à população.

Por fim, acredito que o ponto chave para o sucesso da humanização pauta-se em “mudanças de comportamento”, em que a visualização do “ser pessoa”, em seu sentido mais amplo, seja a premissa da assistência. Nesse sentido, a sensibilização do profissional de saúde para essa temática é essencial para equilibrar divergências entre teoria e prática, otimizando a assistência prestada, o que justifica a importância do estudo para a ciência de enfermagem.

Sendo assim, humanizar o parto é dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, independente do profissional que dela cuide ou da instituição onde esta se encontre. Esta realidade ainda é um desafio para todos nós.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ABH. Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0 em CD-ROM. São Paulo: Positivo Informática; 2004.
2. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005; 10(3): 549-60.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(6): 960-7.
5. Silva LM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo humanizado. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Curso de Enfermagem; 2005.
6. Wagner M. Pursuing the birth machine: the search for appropriate perinatal technology. London and Sydney: ACE Graphics; 1994.
7. Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ; 2006.
8. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(1): 107-14.
9. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1997.
10. Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006.
11. Giorgi A, editor. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh, Pa.; Atlantic Highlands, N.J.: Duquesne University Press: Distributed by Humanities Press; c1985.
12. Fustinoni SM. As necessidades da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
13. Bessa LF. Ação educativa: uma perspectiva para a humanização do parto? [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
14. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Cienc Saude Coletiva*. 2005; 10(Supl): 221-30.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.