

# PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS EM HOSPITAL VINCULADO AO SUS EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

DAMIAN, Thaliny Porfírio<sup>1</sup>  
PONTUAL, Marcelo Cardoso<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo descritivo prospectivo, do tipo corte transversal, foi realizado no Hospital São Lucas – FAG. Após coleta de dados demográficos, foram aplicados questionários com 08 perguntas objetivas, para 150 puérperas pós parto vaginal sobre os princípios de humanização no trabalho de parto e parto preconizados pelo MS-BRASIL. Através da aplicação de estatística descritiva, univariada, com valores absolutos e percentuais relativos às variáveis consideradas no estudo, concluiu-se que os princípios de humanização estão sendo aplicados de forma satisfatória nessa instituição.

**PALAVRAS-CHAVE:** parto, humanização, assistência.

## ATTENTION TO DELIVERY PRACTICES AND THE HUMANIZATION IN OBSTETRIC NURSING IN A SUS HOSPITAL IN A CITY IN THE SOUTHERN REGION OF BRAZIL

## ABSTRACT

The prospective, cross-sectional study was carried out at *Hospital São Lucas – FAG*. After collecting demographic data, questionnaires with 08 objective questions about the principles of humanization in labor and delivery recommended by MS-BRAZIL were administered for 150 postpartum women after vaginal delivery. Applying descriptive, univariate statistics, with absolute values and percentages related to the variables considered in the study, it was determined that the principles of humanization are being satisfactorily implemented in this institution.

**KEYWORDS:** Delivery, Humanization, Assistance

## 1 INTRODUÇÃO

Por definição, a medicina é uma atividade humana exercida por seres humanos em seres humanos. Que sentido teria então, “humanizar” a medicina? Não seria óbvio manter o respeito e a dignidade pelo ser humano, obedecendo aos fundamentos da ética médica? Seria, mas não é mais. A medicina seguiu um rumo mais técnico, deixando de lado sua arte intrínseca (CRISTINA; CAMPOS *et al.*, 2007).

Progressivamente, o nosso sistema médico passou a ter seu sucesso fundado na ciência, efetuado pela tecnologia e realizado através de grandes instituições governadas pelas ideologias patriarcais em um contexto econômico direcionado ao lucro. Como tem sido claro por mais de 20 anos, a maioria dos procedimentos obstétricos rotineiros têm poucas ou nenhuma evidência científica para justificá-los. (DAVIS-FLOYD, 2001).

Diante do exposto, a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e a práticas intervencionistas, sem seu devido esclarecimento e consentimento, sendo a ela oferecida uma assistência com aparente segurança (MOURA; CRIZOSTOMO; NERY; MENDONÇA; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Neste processo, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. O medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas, impedindo, dessa forma, um aumento da morbimortalidade materna e perinatal (MOURA; CRIZOSTOMO; NERY; MENDONÇA; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

No Brasil, desde o ano de 2000, procura-se implantar mudanças no modelo assistencial, baseadas na valorização da humanização. Os debates apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS. O sentimento geral era de esgotamento. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

As abordagens baseadas em evidências científicas surgiram e logo foram utilizadas pela Organização Mundial de Saúde, que passou prontamente a indicar os procedimentos que claramente devem ser evitados, os que são claramente benéficos, e os em que ainda não existe base para sua recomendação (DINIZ, 2005).

Na assistência ao parto, a redescritção operada pela MBE (medicina baseada em evidências) é extensa. O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986).

O paradigma humanista, centrado na mulher, fundamentado na medicina baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias (NAGAHAMA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e

equipamentos das instituições até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Dessa forma, recomenda a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, propiciando às mulheres um parto humanizado sob a orientação do princípio da medicina baseada em evidências (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Este presente estudo teve como objetivo verificar se os princípios de humanização do trabalho de parto e do parto vem sendo implementados no Hospital São Lucas – FAG com a intenção de tornar o nascimento uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e sua família.

Dentre os princípios preconizados pela Organização Mundial de saúde os que foram abordados no atual estudo são: presença de acompanhante, preocupação da equipe de saúde com o bem estar físico e emocional da gestante, explicações e informações sobre o trabalho de parto e parto, respeito por parte da equipe de saúde, a liberdade de movimento da gestante, as técnicas não farmacológicas para alívio da dor, oferecimento de líquido via oral, contato precoce pele a pele entre a puérpera e o recém-nascido e aleitamento materno precoce.

## 2 MATERIAL E MÉTODO

O estudo se desenvolveu de acordo com a resolução 196/96 prevista pelo Conselho Nacional de Saúde. Não existe conflito de interesses na presente pesquisa.

O estudo foi realizado no Hospital São Lucas de Cascavel, localizado no bairro Centro do município de Cascavel - PR, cadastrada no programa de Obstetrícia do Curso de Medicina da FAG.

Foi realizado um estudo descritivo prospectivo, do tipo corte transversal, incluindo apenas casos novos.

Através da aplicação de questionário estruturado contemplando especificamente os “passos para a assistência humanizada ao parto e puerpério”, publicados em 1997 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997), foram obtidos dados quantitativos acerca da vivência dos princípios de humanização, por parte de um grupo de mulheres durante seu parto e puerpério, em um período determinado de tempo.

Foram incluídas todas as mulheres atendidas pelo SUS que tiveram parto vaginal na maternidade do Hospital São Lucas, em um período de seis meses. Os dados foram coletados no período entre maio de dois mil e doze até janeiro de dois mil e treze. Como na maternidade do Hospital São Lucas em média são atendidas 50 (cinquenta) gestantes por mês, foram incluídas nessa pesquisa 150 (cento e cinquenta) gestantes que tiveram parto vaginal.

Além desse critério, a única possibilidade de exclusão foi a não anuência na participação na pesquisa por parte da paciente ou de seu representante legal.

Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva univariada, e os resultados apresentados em Quadros, com valores absolutos e relativos das variáveis pesquisadas. A confecção dos Quadros foi realizada no software Microsoft Office Excel 2010.

## 3 RESULTADOS

Os dados obtidos nessa pesquisa foram agrupados em variáveis sociodemográficas, passado obstétrico, e, a seguir, em categorias temáticas que emergiram do estudo sobre as práticas de humanização durante o trabalho de parto e parto (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição do tempo (por meses) em que os dados foram coletados

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Maio 2012	33	22,0	22,0
Junho 2012	8	5,3	27,3
Julho 2012	16	10,7	38,0
Agosto 2012	12	8,0	46,0
Setembro 2012	27	18,0	64,0
Outubro 2012	12	8,0	72,0
Novembro 2012	17	11,3	83,3
Dezembro 2012	23	15,3	98,6
Janeiro 2013	2	1,3	100,0
Total	150	100,0	

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, nota-se que 52,7% das participantes não exerciam atividade remunerada. Quase a metade (48,7%) sem atividade profissional e 4% estudantes (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das profissões das mulheres

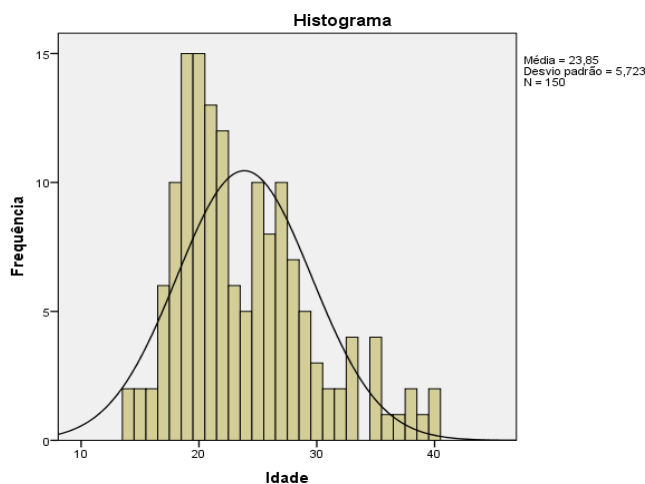
	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Agricultora	3	2,0	2,0
Estudante	6	4,0	6,0
Profissional autônoma	16	10,7	16,7
Assalariada	52	34,7	51,4
Sem atividade profissional	73	48,7	100,0
Total	150	100,0	

Como ilustrado pela Quadro 3 percebe-se que a maioria das participantes eram de Cascavel.

Quadro 3 – Cidade

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Criciúma	1	0,7	0,7
Municípios próximos	24	16,0	16,7
Cascavel	125	83,3	100,0
Total	150	100,0	

As faixas etárias das mulheres tenderam a se concentrar em idades mais jovens, como é a tendência populacional em gestantes. Tal pode ser verificado no histograma a seguir. A média das idades mulheres foi de 23,9 anos.



Quanto à ocorrência de gestação anterior à gestação em questão, na casuística incluída no estudo, podemos verificar que quase 50% das mulheres estavam na primeira gestação, 26,7% tinham uma gestação anterior, 16% tinham duas gestações anteriores, e 9,3% tinham 3 ou mais gestações anteriores (Quadro 4).

Quadro 4 – Número de Gestações Anteriores à Gestação Atual

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0	72	48,0	48,0
1	40	26,7	74,7
2	24	16,0	90,7
3 ou mais	14	9,3	100,0
Total	150	100,0	

Relativamente ao número de partos anteriores à gestação ou parto atual, verificou-se que praticamente a metade não tinha nenhum parto anterior, 32% já haviam tido 1 parto anteriormente, e 18,7% tinham 2 partos anteriores (Quadro 5).

Quadro 5 – Número de Partos Anteriores à Gestação Atual

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0	74	49,3	49,3
1	48	32,0	81,3
2	28	18,7	100,0
Total	150	100,0	

Quanto ao antecedente de cesárea, apenas 6,7% das mulheres tinham uma cesárea anterior, enquanto que a imensa maioria (93,3%) nunca foram submetidas a operação cesariana (Quadro 6).

Quadro 6 – Cesárea Anterior

Válido	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	140	93,3	93,3	93,3
Sim (1)	10	6,7	6,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Já em relação à ocorrência de parto normal anterior, mais da metade (52,7%) eram primíparas, 32% tinham um parto anterior, 8,7% tinham 2 partos anteriores, 4% haviam tido 3 partos normais anteriores e 2,7% apenas tinham o antecedente de 4 partos normais anteriores (Quadro 7).

Quadro 7 – Antecedente de Parto Normal

Válido	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0	79	52,7	52,7
1	48	32,0	84,7
2	13	8,7	93,3
3	6	4,0	97,3
4	4	2,7	100,0
Total	150	100,0	

Verificou-se que 87,3% das mulheres não tinham antecedente de abortamento, enquanto que 10% relataram 1 aborto anterior à gestação atual, 2% antecedente de dois abortamentos, e 0,7% antecedente de 3 abortamentos (Quadro 8).

Quadro 8 – Abortos

Válido	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0	131	87,3	87,3
1	15	10,0	97,3
2	3	2,0	99,3
3	1	0,7	100,0
Total	150	100,0	

Com relação a escolaridade percebe-se que menos de 10% apresentavam nível superior e mais da metade das participantes cursaram o segundo grau completo. As demais 39,3% das mulheres tinham escolaridade restrita ao primeiro grau (Quadro 9).

Quadro 9 – Escolaridade das mulheres

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
1 grau	59	39,3	39,3
2 grau	77	51,3	90,7
Superior	14	9,3	100,0
Total	150	100,0	

Os dados a seguir representados nas Quadros referem-se às práticas dos princípios de humanização.

O primeiro item constante do Quadro 10 foi em relação à presença de um acompanhante da família ou amiga durante o trabalho de parto e parto onde mais de três quartos (78%) puderam ter, sendo que a minoria (22%) não teve por não saber ou não terem sido orientadas (Quadro 10).

Quadro 10 – Presença de Acompanhante durante o trabalho de parto e o parto

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não sabia que podia ter	33	22,0	22,0	22,0
Sim	117	78,0	78,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Sobre a percepção de preocupação da equipe de saúde com o bem estar físico e emocional da gestante, 81,3% referiram que notaram esta preocupação, 10% não tiveram esta percepção, e 8,7 % perceberam esta preocupação apenas em parte (Quadro 11).

Quadro 11 - Preocupação da Equipe de Saúde com o Bem Estar Físico e Emocional da Gestante

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	15	10,0	10,0
Sim	122	81,3	91,3
Sim, em parte	13	8,7	100,0
Total	150	100,0	

Em relação às explicações e informações sobre o trabalho de parto e parto terem sido consideradas suficientes pelas mulheres, verificou-se que 94,7% consideraram que receberam as informações necessárias, 2% não consideraram que receberam as informações necessárias, e 3,3% consideraram que receberam as informações apenas parcialmente (Quadro 12).

Quadro 12 – Explicações e Informações sobre o trabalho de parto e o parto

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	3	2,0	2,0
Sim	142	94,7	96,7
Sim, em parte	5	3,3	100,0
Total	150	100,0	

A grande maioria das participantes (97,3%) referiu que se sentiu respeitada por toda a equipe de saúde. Apenas 2,7% informou que em algum momento se sentiu desrespeitada como ilustra a Quadro 13.

Quadro 13 – Respeito da Equipe de Saúde com a Parturiente

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	146	97,3	97,3
Sim, parcialmente	4	2,7	100,0
Total	150	100,0	

Sobre a liberdade de caminhar, mover-se e adotar posições que desejassem durante o período de dilatação e expulsão, sendo inclusive encorajadas a adotar posturas verticais de parto e evitar posição de litotomia, 88% das pacientes considerou que teve essa liberdade, 10% que não e 2% apenas parcialmente (Quadro 14).

Quadro 14 – Liberdade de caminhar, mover-se e adotar posições que desejassem durante o trabalho de parto e o parto

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	15	10,0	10,0
Sim	132	88,0	98,0
Sim, parcialmente	3	2,0	100,0
Total	150	100,0	

Os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagem, banho morno e técnicas de relaxamento com uso de bola, por exemplo, foram considerados como orientados e oferecidos por 77,3% das mulheres, enquanto que 18,3% referiram que não receberam orientação ou oferta desses métodos. Do total da casuística, 4% das mulheres informaram que receberam orientação ou oferta desses métodos apenas parcialmente (Quadro 15).

Quadro 15 – Métodos de Alívio não Farmacológicos durante o trabalho de parto e o parto

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	28	18,7	18,7
Sim	116	77,3	96,0
Sim, parcialmente	6	4,0	100,0
Total	150	100,0	

Durante o trabalho de parto e parto, 62,7% das mulheres referiram que receberam oferta de líquidos por via oral, 32,7% informaram que não receberam esta oferta, e 4,7% informaram que receberam esta oferta parcialmente, por terem pedido (Quadro 16).

Quadro 16 – Oferecimento de líquido via oral durante o trabalho de parto e o parto

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	49	32,7	32,7
Sim	94	62,7	95,3
Sim, parcialmente	7	4,7	100,0
Total	150	100,0	

Quanto ao contato pele a pele entre a puérpera e o recém-nascido logo após o parto, 63,3% das mulheres referiram ter tido a oferta deste contato, 34,7% informaram que este contato não foi permitido, e apenas 2% tiveram parcialmente o contato, mas não puderam amamentar precocemente (Quadro 17).

Quadro 17 – Contato precoce pele a pele entre a puérpera e o recém-nascido e aleitamento materno precoce

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	52	34,7	34,7
Sim	95	63,3	98,0
Sim, parcialmente	3	2,0	100,0
Total	150	100,0	

#### 4 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde afirma que “a 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” (BRASIL, 2000).

Foi evidenciado que há uma dualidade de sentimentos, práticas e comportamentos entre o profissional e a mulher, durante o processo de parturição, colocando em dúvida a efetividade do modelo humanizado, de forma que é necessário um aprendizado teórico/prático que resgate o parto num contexto baseado no respeito, na individualidade, na autonomia e no poder de decisão e de troca entre profissional e parturiente.

A compreensão que se tem é que grande parte dos profissionais entendem perfeitamente sobre os benefícios de um atendimento acolhedor, onde possam ser rompidas práticas tradicionais, porém o que prevalece é uma rotina hospitalar rígida e uma importante deficiência de contato humano e diálogo.

Através do presente estudo, ficou evidente, por meio dos resultados obtidos que ainda há desarmonia quanto à prática e o que se entende por parto humanizado, mas que de uma forma geral os princípios de humanização estão sendo praticados nessa instituição. De outra forma, também pôde observar que o profissional da saúde, de um modo geral, entende o nascimento e a humanização no parto como um direito e benefício à mulher, procurando respeitá-los.

Assim, embora a humanização no trabalho de parto e nascimento tenha princípios ótimos, está longe de ser eficaz na maioria das instituições do nosso país, isso se deve, principalmente, pela falta de assistência, não somente à parturiente, mas também envolvendo todos os seus familiares e profissionais de saúde.

Em relação aos princípios de humanização, a antropóloga Robbie Davis-Floyd, acadêmica norte-americana de renome e prestígio internacionais, tipificou alguns procedimentos que costumavam ser padrão em hospitais dos Estados Unidos nos anos 1940, 1950, e 1960, como a exclusão da participação dos pais durante o trabalho de parto e parto não sendo mais usados, embora ainda sejam comuns em países em desenvolvimento (DAVIS-FLOYD: 2001).

Começando na década de 1970, os ativistas do parto natural em grandes números nos EUA e outros países começaram a exigir que os pais e outras pessoas significativas deveriam ser permitidos em salas de parto, que a mãe e o bebê não deveriam ser separados após o nascimento e que os amigos e parentes poderiam permanecer com a mulher em trabalho de parto, se tal era o seu desejo (DAVIS-FLOYD: 2001).

Em comparação a atual pesquisa podemos dizer que a presença de acompanhante no trabalho de parto e parto foi satisfatória, assim como o estudo realizado em um hospital ensino de caráter público, sendo referência para o parto SUS no Município de Maringá, onde a presença de acompanhante foi de 78%.

Por outro lado, em uma dissertação para título de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, realizado no Rio de Janeiro em setembro de 2003, a autora demonstrou que apenas 39,9% das parturientes puderam se beneficiar da presença e apoio de um acompanhante durante o seu trabalho de parto e parto, percentual ainda muito pequeno face à política de estímulo implementada pela SMS-Rio nos últimos anos.

Em maternidades públicas brasileiras foram encontrados dados semelhantes quanto a baixa presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, o que denota que essa prática não foi efetivamente implantada na maioria das maternidades do país.

O valor desse suporte emocional para uma boa evolução do trabalho de parto e também para a satisfação das usuárias com o serviço como um todo é reconhecido em várias instâncias, incluindo o Ministério da Saúde.

O acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga não envolve necessariamente nenhum preparo técnico e representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis. É um direito da mulher no processo de humanização do nascimento (MS, 2001, p.19).

Quanto a preocupação da equipe de saúde com o bem estar físico e emocional da parturiente a maioria delas perceberam como afetivas, denotando empatia, apoio, proximidade e carinho, agradando-se com o atendimento recebido, pois tiveram o que lhe é de direito.

Ainda em relação à dissertação realizada no Município do Rio de Janeiro, constatou-se que apenas 14,9% das puérperas referiram terem sido tratadas com indiferença e pouca atenção.

Humanismo exige tratar o paciente de forma conectada, relacional como qualquer ser humano gostaria de ser tratado, com consideração, bondade e respeito. Este paradigma insiste na profunda humanidade dos indivíduos envolvidos, e salienta a importância da relação paciente-profissional para o processo de cicatrização. A frase "cuidado centrado no relacionamento" tem sido sugerida "para captar a importância da interação entre as pessoas como a base de qualquer atividade terapêutica ou curativa" (Tresolini et al.1994).

As mulheres esperam receber informações sobre seu trabalho de parto e parto, sendo de extrema importância as explicações, facilitando a compreensão sobre o cuidado realizado e possibilitando maior participação da parturiente nos processos decisórios. Nesse estudo, a abordagem foi suficiente em relação a este tema, em comparação a um estudo realizado em dois hospitais de referência para atendimento ao parto no SUS no Município de Maringá – Paraná, onde mais da metade das mulheres (66,6%) referiu ter recebido as informações desejadas no trabalho de parto, sendo ainda inferior ao nível de satisfação da instituição pesquisada.

Quanto ao respeito por parte dos profissionais de saúde em relação à parturiente ficou claro que nesta instituição essa questão é bem valorizada, exercendo uma atividade ética e solidária por parte dos profissionais.

Semelhante a um estudo realizado em um hospital público de nível secundário de Fortaleza – Ceará, onde as atitudes dos profissionais foram consideradas positivas no cuidado, haja vista, se mostrarem respeitosos e sensíveis às expressões de dor, medo e alegria das parturientes.

Mabuchi e Fustinoni caracterizam humanizar o parto como dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, independentemente do profissional que dela cuide ou da instituição onde ela se encontre. Mas, ao estudarem o significado dado pelo profissional de saúde para parto humanizado, em uma pesquisa qualitativa com perspectiva fenomenológica realizada em hospital público da cidade de São Paulo, concluem que esse conceito ainda é um desafio em termos de realidade (MABUCHI; FUSTINONI, 2008, p. 420-26).

Quando o assunto foi sobre a liberdade de caminhar-se, mover-se e adotarem posições que desejassem, durante o período de dilatação e expulsão, a maioria teve respeitada as suas vontades.

Igualmente, em outro hospital (HU/USP), resultados semelhantes foram percebidos, ocorrendo uma mudança na postura dos profissionais em relação à movimentação das parturientes. Atualmente, não somente é dada liberdade para que a mulher se movimente, como também é incentivado que ela o faça, visando maior efetividade das contrações e melhor evolução do trabalho de parto.

Em relação ao oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como a técnica de relaxamento com o uso de bola, banho morno e massagens boa parte das entrevistadas foram apresentadas e orientadas sobre esses métodos.

Em um estudo realizado em maternidades que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas cidades de Guarapuava e Londrina, ambas pertencentes ao estado do Paraná, no ano de 2006, constatou-se que 70% das parturientes praticaram técnicas de relaxamento, quanto aos outros 30% não se soube informar se o internamento ocorreu em tempo hábil para promover as técnicas de relaxamento ou se faltou iniciativa da equipe responsável.

Semelhantemente, uma pesquisa realizada no ano de 2005 cujo objetivo foi avaliar a qualidade da atenção ao parto em dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS, no Município de Maringá – Paraná, resultados positivos também foram percebidos, sendo 67,3% das mulheres beneficiadas por esses procedimentos.

Em outro estudo realizado em um hospital localizado na cidade de São Paulo, no ano de 2009, as puérperas relataram que o apoio, o banho, os movimentos e o caminhar, após experimentarem essas técnicas, reduziram a dor e adiantaram o parto.

É interessante notar que Cunningham et al (2001) mencionam os benefícios do uso de métodos não-farmacológicos de alívio à dor e não recomenda o uso rotineiro de analgesia, sugerindo que seu emprego, associado a riscos, seja fruto de decisão da gestante.

Dos fatores analisados na entrevista das puérperas o que foi menos praticado, porém ultrapassando mais de 50%, foi o oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto e parto.

Mesmo assim, superou o estudo, no Município de Maringá – Paraná, citado anteriormente onde apenas 46,9% das mulheres receberam líquido no trabalho de parto.

Há várias evidências científicas (Enkin et al 2000;. Goer1995, 1999, Torres 1997) para indicar que é muito mais saudável para uma mulher comer e beber durante o seu trabalho de parto.

Na avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro a prática de restrição de ingestão de líquidos está muito arraigada nas unidades onde somente 10% das parturientes tiveram acesso à ingestão de líquidos durante o trabalho de parto.

Finalmente, em relação ao contato precoce pele a pele entre a puérpera e o recém nascido e o início precoce do aleitamento materno, indicadores reveladores da qualidade da atenção do parto humanizado, sendo o segundo item menos praticado, mesmo assim, superou o estudo realizado em um hospital no Município do Rio de Janeiro, onde 56,2% das mulheres não puderam desfrutar desta relação inicial com seus bebês e apenas 37% referiram terem sido estimuladas e orientadas a colocar o bebê no peito para amamentar ainda na sala do parto.

Em contrapartida, novamente em relação ao estudo realizado em Maringá – Paraná, registrou-se que a maioria dos recém nascidos (80,8%) puderam desfrutar do contato pele à pele com sua mãe, porém apenas 22% tiveram



aleitamento precoce.

Contudo, o Ministério da Saúde do Brasil normatiza que “Todo recém-nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando o contato olho a olho e pele a pele entre mãe e recém-nascido” (Brasil, 1993).

Por fim, embora ainda presentes algumas limitações, divergências e dificuldades encontradas, os resultados que emergiram deste estudo revelaram-se favoráveis em relação à aplicação dos princípios de humanização do trabalho de parto e parto nessa instituição.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos dados obtidos a partir da metodologia empregada nesta pesquisa, os princípios de humanização preconizados pelo MS-BRASIL na assistência ao parto e puerpério foram adotados e estão sendo aplicados de forma satisfatória no hospital São Lucas.

Embora muitos hospitais e serviços médicos não tenham aderido às regulamentações exigidas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde sobre a humanização do parto, concluiu-se que no hospital São Lucas a postura foi diferenciada, de modo que grande parte da equipe já possui consciência quanto à importância em humanizar o trabalho de parto e parto e buscam compreender a gestação e parto não somente como procedimentos rotineiros, mas como eventos fisiológicos que necessitam de um maior acolhimento por parte dos profissionais de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde**: Humanização na saúde: um novo modismo? Interface-Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno: Passo 1. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): O Ministério; 2000.,

BOARETTO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CRISTINA, M. et al. **A humanização da medicina**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, v. 70, n. 6, p. 897-897, 2007. ISSN 0004-2749.

CUNNINGHAM F.G. et al. 2001. **Williams obstetrics**. McGrawHill, Nova York.

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. Int J Gynaecol Obstet, v. 75 Suppl 1, p. S5-S23, Nov 2001. ISSN 0020-7292 (Print) 0020-7292 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742639>>.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciência e Saúde Coletiva. v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. Ciência Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B.; **Humanização no contexto da formação em obstetrícia**. Ciênc. saúde coletiva, Set 2005, vol.10, no.3, p.639-649. ISSN 1413-8123

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004. ISSN 0100-7203.

MAIA, M. B.; **Humanização do Parto**: Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede

hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. 189 f. Dissertação (Pós-Graduação) – Ciências Sociais, Universidade Católica de Minas Gerais, 2008.

MABUCHI, A. S; FUSTINONI S. M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2008. ISSN 0103-2100.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 439, 2006.

MATEI, E.M. et al. **Parto humanizado**: um direito a ser respeitado. CADERNOS - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. **Parto, Aborto e Puérpério**. Assistência Humanizada à mulher. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF.

MOURA, F. M. J. S. P; et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal; **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007, jul/ago; 60(4)452-5.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S.M. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S.M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.11, n.4, p. 415.425, out./dez. 2011.

REBELLO, M. T. M. P; NETO, R. F. J.; A Humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, abr/jun. 2012.

SILVA, Larissa Mandarano da; BARBIERI, Márcia; FUSTINONI, Suzete Maria. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100009&lng=en&nrm=iso)>.

WHO. **Care in normal birth**: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. Birth, v. 24, n. 2, p. 121-3, Jun 1997. ISSN 0730-7659 (Print) 0730-7659 (Linking). Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271979>>.

WROBEL, L. L.; RIBEIRO M. S. T.; **A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo**. Acta Scientiarum Health Science, Maringá, v. 28, n. 1, p. 17-22, 2006.