

ELIZABETH ERIKO ISHIDA NAGAHAMA

**A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO:
uma avaliação da qualidade**

CAMPINAS

2007

ELIZABETH ERIKO ISHIDA NAGAHAMA

**A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO:
uma avaliação da qualidade**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva*

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Santiago

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

N131h Nagahama, Elizabeth Eriko Ishida
A humanização do cuidado na assistência hospitalar ao parto: uma avaliação da qualidade / Elizabeth Eriko Ishida Nagahama. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientador: Silvia Maria Santiago
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde da mulher. 2. Avaliação. 3. Humanização do parto.
4. Indicadores de saúde. I. Santiago, Silvia Maria. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Humanizing the hospital attendance care to delivery: evaluating the quality

Keywords: • Women's health
• Evaluation
• Delivery humanization
• Health indicators

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora: Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Profa. Dra. Deise Serafim

Prof Dr Oswaldo Yoshimi Tanaka

Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

Profa. Dra. Ângela Maria Bacha

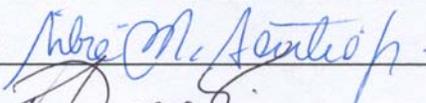
Data da defesa: 11 - 05 - 2007

Banca examinadora da tese de Doutorado

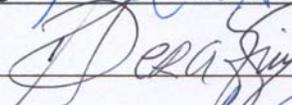
Orientador: Profa. Dra. SILVIA MARIA SANTIAGO

Membros:

1. Profa. Dra. Silvia Maria Santiago



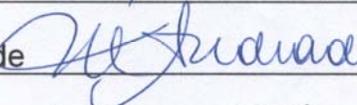
2. Profa. Dra. Deise Serafim



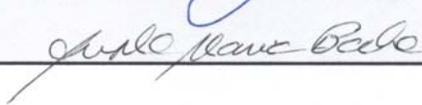
3. Prof. Dr. Osvaldo Yoshimi Tanaka



4. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade



5. Profa. Dra. Ângela Maria Bacha



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/05/2007

*Aos meus pais,
Satuko Ishida e Tizuko Kozina Ishida,
pelo exemplo de vida,
amor e dedicação.*

*Ao meu esposo,
Luis Cláudio Nagahama,
pelo apoio, amor e compreensão.*

*Ao meu filho,
Victor Hugo Nagahama,
pelo companheirismo e tolerância
nas minhas ausências.*

Vocês foram meu alicerce nesta trajetória.

Sou feliz com vocês e por vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar e estar presente em todos os meus caminhos.
A Ele, toda a honra e toda glória.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Santiago, pelo carinho, orientação, incentivo e confiança desde a trajetória iniciada no Mestrado.

Às sempre amigas Viviani, Marli, Deise, Alexandra, Wladithe, Ellen e Marcela, pelo apoio em todos os momentos.

Ao meu irmão Renato, à Patrícia, Hiro e Hideki, pela acolhida em Campinas.

À minha irmã Cláudia, pelo incentivo.

A Carleno Alcides Amorim Quintino, pela amizade e apoio estatístico.

À Francielle Constantino Pereira, Anna Caroline Nazato Zanoni, Michelle Sakamoto, Daniela Garcia Valle da Silva e Paula Sundin de Melo, pela seriedade e dedicação na realização das entrevistas.

À equipe de enfermagem do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Maringá, pelo apoio e compreensão nas minhas ausências.

À Superintendência, Diretoria de Enfermagem e colegas do Hospital Universitário de Maringá, especialmente aos funcionários da recepção do Ambulatório de Especialidades e Serviço de Prontuário do Paciente.

À Superintendência Médica e funcionários das Instituições Hospitalares campos de pesquisa.

À equipe do Serviço de Epidemiologia e Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

À Leoci Hifumi Takahashi, pela amizade e atenção.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela receptividade e cooperação.

Ao Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Campinas (Faepex/Unicamp), pelo apoio financeiro por meio do auxílio linha-pesquisa.

Às puérperas e seus recém-nascidos, sem os quais esta pesquisa não teria sentido ou não existiria.

Enfim, a todos aqueles que deram idéias, sugestões, fizeram críticas, falaram palavras de ânimo, estimularam-me e me suportaram, os meus sinceros agradecimentos.



Parir

*Sou mulher,
sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.
Se parir faz parte da natureza,
que esta força seja respeitada.
Respeitada pelos homens e
por mim mesma,
pois fazemos a humanidade crescer.
Que as cesáreas, induções, tecnologia,
sejam usadas com magia e saber.
Saber que os médicos dominam,
e nós, mulheres, também.
Conhecendo nosso corpo e instinto,
sabemos mais do que ninguém.
Portanto, minha gente, é hora
de parir como e com quem quiser.
Se durante a noite ou na aurora,
a ordem é esperar quando vier.
Chega de intervir na natureza!
As mulheres precisam compreender,
receber o bebê no coração,
experimentalmente o "dar à luz e renascer".*

(Livia Pavitra, 2005)

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxvii</i>
ABSTRACT	<i>xxxi</i>
1- INTRODUÇÃO	35
2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	41
2.1- Políticas Públicas de Saúde e Humanização	43
2.2- Os Sentidos da Humanização no Campo Obstétrico	47
3- MARINGÁ: Serviços de saúde e atenção ao parto	59
3.1- O Município de Maringá	61
3.2- Atenção ao Parto SUS	62
4- OBJETIVOS	69
4.1- Objetivo Geral	71
4.2- Objetivos Específicos	71
5- MATERIAIS E MÉTODOS	73
5.1- Tipo de Estudo	75
5.2- Amostragem e Plano Amostral	75
5.3- Trabalho de Campo	76
5.4- Variáveis de Estudo	78
5.5- Indicadores de Processo e Resultado	80
5.6- Critérios de Qualidade	83
5.7- Análise e Tratamento dos Dados	85
5.8- Validação da Pesquisa	85
5.9- Aspectos Éticos da Pesquisa	86

6- RESULTADOS.....	87
6.1- Artigo 1- A institucionalização médica do parto no Brasil.....	89
6.2- Artigo 2- Humanização e equidade na atenção ao parto SUS em município da região Sul do Brasil.....	107
6.3- Artigo 3- Humanização no parto e nascimento: avaliação da assistência ao parto SUS em município da região Sul do Brasil.....	137
6.4- Artigo 4- Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da região Sul do Brasil.....	163
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	197
7.1- Sobre os Resultados do Estudo.....	199
7.2- Sobre a Pesquisa Avaliativa.....	202
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
9- APÊNDICES.....	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DNV	Declaração de Nascido Vivo
FAEPEX	Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão
HUM	Hospital Universitário de Maringá
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
REMS	Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas
PSF	Programa Saúde da Família
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

	<i>Pág.</i>
Quadro 1 Indicadores de processo da qualidade na assistência ao parto humanizado e respectivos escores.....	84
Quadro 2 Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto segundo escalas somadas de classificação.....	85

	<i>Pág.</i>
ARTIGO 2	
Tabela 1	Caracterização demográfica e social de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 117
Tabela 2	História reprodutiva de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 121
Tabela 3	Variáveis associadas à qualidade da assistência ao parto em mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 123
Figura 1	Mapa de correspondências entre avaliação da qualidade da atenção ao parto e as variáveis idade, escolaridade e antecedentes de parto cesáreo de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 126

ARTIGO 3

	<i>Pág.</i>
Tabela 1	Características do atendimento hospitalar no trabalho de parto e parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 147
Tabela 2	Desempenho segundo indicadores da qualidade em dois hospitais vinculados ao SUS na atenção no trabalho de parto e parto. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 149
Tabela 3	Desempenho na atenção no trabalho de parto e parto segundo média de escore por indicador da qualidade em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 151
Tabela 4	Desempenho segundo classificação da qualidade da assistência ao parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006..... 153

ARTIGO 4

Tabela 1	Distribuição dos profissionais de saúde que realizaram orientações no trabalho de parto e parto a parturientes atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006.....	176
Tabela 2	Distribuição dos profissionais de saúde segundo utilização de métodos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006.....	179
Tabela 3	Modalidades e tempo de contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006.....	188

RESUMO

Esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá-Paraná, com enfoque na humanização do cuidado. Realizou-se estudo avaliativo transversal, misto e formativo, por meio de pesquisa em prontuário hospitalar e entrevista estruturada com 569 puérperas atendidas nos dois hospitais, no período de março/2005 a fevereiro/2006. Foram utilizados sete indicadores de processo da qualidade na assistência ao parto humanizado. Os indicadores relacionados ao trabalho de parto foram: fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem, presença do acompanhante, uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor e oferecimento de líquidos por via oral. A presença do acompanhante na sala de parto, o fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem, e o contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto qualificaram o atendimento na sala de parto. Por meio do estabelecimento de escores para cada um dos indicadores e da somatória obtida em cada um deles, a assistência hospitalar foi qualificada em quatro níveis: insatisfatória, regular, boa e excelente. Considerou-se a taxa de cesárea o indicador de resultado, como reflexo da utilização da tecnologia médica no parto. A análise exploratória foi realizada nos softwares Excel, Statistica e Sphinx. As associações entre duas variáveis foram testadas pelo teste Qui-quadrado e, para comparação de médias, utilizou-se o teste *T de Student*, com nível de significância de 5%. As mulheres eram, caracteristicamente, jovens, com companheiro fixo, segundo grau completo, sem atividade econômica remunerada e a maioria teve o parto a termo. Quanto à qualidade da assistência, 52,7% das mulheres tiveram atendimento considerado regular, 28,9% boa, 17,4% insatisfatória e 1,0% excelente. Na média geral de escores, o hospital 1 apresentou média superior (7,2) ao segundo (6,7). Contudo, ambos obtiveram desempenho classificado como regular e resultado da assistência insatisfatório, determinado pelas altas taxas de cesárea. Sob o ponto de vista do acesso à qualidade da atenção, registraram-se iniquidades, determinadas por fatores individuais, contextuais e, em particular, relacionadas à oferta desigual de práticas comprovadamente benéficas que qualificam o atendimento. A precariedade das informações recebidas no trabalho de parto e no parto, a negligência de informações, as dificuldades relatadas pelas parturientes para garantir a presença do acompanhante no trabalho de parto e durante o parto, o uso restrito dos métodos não farmacológicos de alívio

da dor no trabalho de parto, as práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê na sala de parto e as taxas abusivas de cesáreas apontaram a necessidade de reorganização da prática obstétrica nas duas maternidades. O estudo indicou que os fatores institucionais, as rotinas hospitalares, o modelo assistencial centrado no profissional médico e, sobretudo, a prática e postura individual dos profissionais de saúde definiram a qualidade do atendimento, à medida que dificultaram a implantação do modelo humanizado e negaram às mulheres o exercício pleno de seus direitos sexuais e reprodutivos. A pesquisa norteou caminhos que podem contribuir para a melhoria da qualidade da atenção ao parto SUS no município de Maringá. Dentre estes, destacam-se a sensibilização e capacitação da equipe de saúde, mudanças nas rotinas, nas práticas institucionais e, especialmente, a efetiva incorporação do modelo humanizado da atenção como diretriz e filosofia institucional.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Avaliação; Humanização do parto; Indicadores de saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the quality of the delivery care offered by two hospitals that are reference for The Public Health System in the city of Maringá, State of Paraná, Brazil. The evaluation emphasized the humanized care, and it has been made a transversal and formative study with the hospital registers and a standardized interview to 569 puerperal women who were attended in both hospitals. The study period was from March 2005 to February 2006. Seven indicators of the care quality process were used. The indicators related to labor were: to give all the information wanted and explanation to women's doubts; a companion in the delivery room and the use of non invasive and non pharmacological methods to alleviating pain and offering, indeed, liquids to oral ingestion. These procedures qualified the attendance into the delivery room. Through the establishment of scores to each indicator and the sum resulted from each one of them, the hospital was qualified in four quality levels of assistance: unsatisfactory, regular, good and excellent. It was considered as an evaluation result indicator the cesarean rate. It can be considered a reflex on the utilization of medical technology during delivery. The exploratory analysis was made using Excel, Statistica and Sphinx software. The associations between two variables were tested by the Chi-Square test and in order to compare means, it was used the Student T test using a 5% of significance level. Most women were young, with only one mate, complete high schooled, unemployed and the majority had the delivery termed. The evaluation of the quality of assistance showed 52,7% that received a regular attendance, 28,9% good, 17,4% unsatisfactory and 1,0% excellent. The average of scores showed hospital one with a better score (7,2) than hospital 2 (6,7). Contrary on expectation, both presented a regular performance and as a result, an unsatisfactory attendance, defined by the high occurrence of cesarean sections. Considering the quality of care, it has been referred iniquities, determined by the occurrence of factors related to the unbalanced offer to practices recognized as beneficial that qualify the attendance. The lack of information during labor and delivery, the difficulties to assure the presence of the mate or another companion during the labor and delivery, the strict use of non pharmacological methods to alleviate pain in labor and delivery, the difficulties to mother-baby interaction into the delivery room and the misused demands of caesarian sections pointed out the need of reorganization of the obstetric practice in both maternities. The study indicated that the institutional factors, the hospital routines, and the organization

care model, centered on the physician and indeed, the isolated practice and behavior of the health professional staff members, defined the quality of attention. Most part of the difficulties occurred on acceptance of the humanized model and to denial women's sexual and reproductive rights. This research aimed to contribute improving the quality of attention at the public health system delivery process in the city of Maringá and also, sensitizing and qualifying the health staff members, providing routine and institutional changes and meanly incorporating the humanized model of attention as the institutional philosophy, new behaviors and conducts.

Keywords: Women's health; Evaluation; Humanizing delivery; Health indicators.



*Para mudar a vida,
é preciso mudar
a forma de nascer
(Odent, 2000)*



INTRODUÇÃO

Gravidez e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias, representam mais do que simples eventos biológicos e são integrantes da importante incorporação do papel de mãe pela mulher. Em contraste com a gravidez, cercada de mudanças gradativas, o parto é um processo abrupto que, rapidamente, introduz mudanças intensas. Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica porque é um evento biossocial, cercado de valores culturais, emocionais e afetivos (Maldonado, 1984; Kitzinger, 1996; Domingues et al., 2004).

No que diz respeito ao risco potencial de complicações, o parto constitui-se em um dos momentos mais importantes no ciclo gravídico-puerperal e, historicamente, está relacionado à elevada mortalidade materna e perinatal (Nogueira, 1994). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, 20 milhões de mulheres apresentam complicações agudas da gestação, com a ocorrência de 529 mil óbitos (World Health Organization – WHO, 2003).

No Brasil, morrem por ano mais de duas mil mulheres e mais de trinta e oito mil recém-nascidos por complicações da gravidez, do aborto, do parto ou no pós-parto. Aproximadamente, 60% destes óbitos ocorrem durante a internação para o parto e o nascimento. A busca itinerante por uma vaga, a má qualidade na assistência, as cesáreas desnecessárias e o fato de a atenção ao parto não ser vista como objeto de trabalho da equipe constituem alguns dos fatores que culminam com a morte da mãe, do filho ou de ambos (Brasil, 2004a). No Brasil, o aumento da cobertura pré-natal, a institucionalização do parto e a incorporação de avanços tecnológicos não foram suficientes para reduzir a mortalidade materna (Tanaka, 1995; Serruya, 2003; Leocádio, 2003).

Stefanini (2003) afirma que, apesar do grande avanço que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa para a saúde no Brasil e do amplo espaço percorrido na busca da cobertura e integralidade da atenção, o grande desafio atual constitui apresentar aos cidadãos serviços de qualidade, como preceitua a própria idéia de cidadania e, em especial, a humanização da atenção. Neste sentido, uma das principais intervenções para reduzir a mortalidade materna seria a melhora qualitativa e a presença das práticas humanizadoras na atenção ao parto.

Nos últimos anos, vem se consolidando um movimento mundial de humanização da atenção na área obstétrica, que culminou com o denominado Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. No Brasil, este movimento foi endossado pelo Ministério da Saúde na década de 1980.

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 (Davis-Floyd, 2001). A implantação deste novo modelo envolve um conjunto de desafios – institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de formação dos recursos humanos, da cultura sexual e reprodutiva, entre outros –, os quais estão sendo enfrentados, com maior ou menor sucesso, por alguns serviços.

O Prêmio Galba de Araújo, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998, com o propósito de revelar ao Brasil experiências inovadoras na gestão pública, privilegiando o acolhimento da mulher e seu companheiro no momento do parto, mostrou que é possível qualificar e humanizar serviços com soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo. Nos hospitais premiados, as ações de humanização na assistência ao parto e nascimento contemplaram as seguintes estratégias: padronização de rotinas de atendimento ao parto, elaboração de critérios de indicação de amniotomia, administração de ocitocina, episiotomia e parto cesáreo, incentivo ao parto vaginal, redução dos índices de cesáreas, presença do pai na sala de parto, contato precoce entre mãe-bebê na sala de parto, incentivo ao aleitamento materno, alojamento conjunto e capacitação de doulas (Teixeira e Chanes, 2003).

O interesse pelo estudo originou-se, inicialmente, da dissertação de Mestrado da autora, na qual se avaliou um programa de assistência pré-natal a gestantes de baixo risco em Hospital Universitário (HUM) no município de Maringá-Paraná no período de 1998 a 2003. Dois fatos chamaram a atenção em relação à assistência obstétrica no município. O primeiro referiu-se à ausência de vinculação da gestante à maternidade de referência no parto, que levou à peregrinação da parturiente. Este dado apontou para um

modelo assistencial que não conseguia oferecer atenção integral à saúde da mulher. Outro fato referiu-se à taxa de cesariana do município, superior a 70% nos últimos quatro anos (Nagahama, 2003).

Desde o ano de 2002, o gestor municipal de Maringá tem seguido as diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN) e, em 2004, estabeleceu o fluxo de referência e contra-referência na atenção pré-natal e parto às gestantes de baixo e alto risco. Contudo, mesmo com estes avanços, questionou-se a qualidade da assistência prestada ao parto, já que a alta taxa de cesariana traduz um modelo assistencial excessivamente intervencionista.

Outro estudo que instigou questionamentos sobre a qualidade da assistência ao parto pelo SUS refere-se às conclusões obtidas na tese de doutorado de Serafim (2002). A autora, ao analisar a mortalidade neonatal de residentes entre crianças nascidas em Maringá no período de 1997 a 2000, observou que as mães que se internaram para o parto pelo SUS apresentaram maiores riscos e dificuldades no atendimento ao parto quando comparado às que tiveram o parto financiado por plano de saúde.

Tomando-se por base estas problemáticas, houve interesse em avaliar a qualidade da assistência ao parto em dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá - Paraná.

Na área de saúde reprodutiva, Silver (1999) compreende que a avaliação se torna uma entre as várias ferramentas indispensáveis para alcançar efetivamente a transformação no atendimento qualificado à saúde da mulher não somente no aspecto normativo, no sentido de atender bem, mas, em particular, pelo fato da avaliação tornar-se fonte de informações indispensáveis para o exercício efetivo do controle social sobre os sistemas de saúde.

Estas idéias são reafirmadas no documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*, que explicita a política que norteia as ações de atenção à saúde da mulher para o período 2004-2007. O documento recomenda que os serviços de saúde devem estabelecer mecanismos de avaliação continuada das ações e serviços de saúde para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção na saúde da mulher (Brasil, 2004b).

Considerando que a qualificação e a humanização são características essenciais da atenção obstétrica e neonatal a ser prestada pelos serviços de saúde, esta pesquisa propõe-se avaliar a qualidade da atenção ao parto em dois hospitais no município de Maringá- Paraná, sendo a humanização o parâmetro de qualidade. Este parâmetro vai ao encontro do que preconiza o novo paradigma de atenção ao parto – evitar o uso abusivo de intervenções e tecnologias e utilizar-se das evidências científicas como norteadora das condutas (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1996).



*É quando nos permitimos
sentir o outro que
nos tornamos mais ricos
e mais humanos
(Oliveira, 2000)*

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1- Políticas Públicas de Saúde e Humanização

O tema da humanização vem sendo utilizado amplamente na sociedade atual e em várias áreas do conhecimento humano, como educação, trabalho e saúde. No campo da saúde, o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos, cujas raízes são encontradas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que expressa a liberdade e o direito de cada um na sociedade (Organização das Nações Unidas- ONU, 1948).

Na área da saúde, observa-se a procura incessante por aspectos que humanizem a assistência na saúde mental, na obstetrícia, na neonatologia e, de forma mais ampla, na área da saúde coletiva, já que o tema da humanização “entrou no jargão do planejamento e da gestão do setor saúde” (Aleksandrowicz e Minayo, 2005).

Segundo Botazzo (2003), as críticas à desumanização nas instituições de saúde constituem prática antiga e recorrente. O autor infere que, desde a década de 1960, na escala mundial dos movimentos de contracultura, observa-se a produção de trabalhos que tomam os serviços de saúde e sobretudo a instituição médica como foco de discussão. O autor lembra que Berlinguer, Franco Basaglia e Rotelli criticam a psiquiatria, enquanto Foucault, Illich, Garcia e Polack criticam a instituição médica e as instituições totais.

Keinert (2003) descreve que as organizações tornaram-se desumanas a partir do início do século XX, quando o modo de organização de produção agrícola-artesanal foi substituído pelo industrial e os princípios mecanicistas moldaram o pensamento humano e a própria sociedade, dando origem a instituições planejadas e operadas como máquinas.

O MS reconhece que o cenário da atenção à saúde no SUS é marcado por aspectos contraditórios e complementares, tais como: avanços na descentralização da atenção nas ações, visando à integralidade, universalidade e ao aumento da equidade; incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes; fragmentação do processo de trabalho e distanciamento nas relações entre os diferentes profissionais, com precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; cronificação dos modos de operar o sistema público de saúde, reforçando a

tendência à burocratização, aos processos verticalizados; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, voltada para a gestão participativa e trabalho em equipe. Diante deste panorama, o MS aponta para a diminuição do compromisso e da co-responsabilização na produção de saúde e o conseqüente desrespeito aos direitos dos usuários (Brasil, 2003).

Na revisão bibliográfica, levantou-se que o termo *humanização*, debatido por vários autores, pode adquirir diversos conceitos, sentidos, significados e, portanto, diferentes dimensões (Deslandes, 2004; Puccini e Cecílio, 2004; Benevides e Passos, 2005a; 2005b). Concorde-se com Deslandes (2004), ao referir que o termo humanização tem contornos teóricos e operacionais pouco definidos e ainda não consensuais, estando sua abrangência e aplicabilidade pouco demarcadas, o que torna tarefa complexa definir o termo. Sendo assim, o tema da humanização será abordado como aspecto fundamental nas políticas públicas de saúde.

Abreu (2005) entende que o conceito de humanização adquire valores que transcendem as práticas assistenciais, podendo ser definido como uma política que, na transversalidade, perpassa todas as instâncias de saúde na atenção e gestão, incluindo profissionais e usuários do SUS.

Benevides e Passos (2005a) complementam que o tema da humanização está intrinsecamente ligado ao processo de constituição do SUS e que, atualmente, tem ocupado lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso (Ayres, 2005).

Santos (2005) explica que a política de humanização assenta-se em três eixos indissociáveis: o eixo da atenção, o eixo da formação e o eixo da gestão. Na atenção, objetiva-se outro modo de produzir saúde, no qual o acesso com qualidade, a escuta das demandas/necessidades das pessoas, a formação de vínculos, a co-responsabilização e o encontro e respeito às diferenças são determinantes na assistência. Na formação, buscam-se novas parcerias e inclusão de outros atores sociais, promovendo mudança de cultura e de atitudes de todos os envolvidos no processo. Na gestão, espera-se a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, fomentando a gestão participativa, a co-gestão e o trabalho em equipe.

A adoção do paradigma da humanização nos processos e meios realizados no trabalho é encontrada no campo que Merhy et al. (1997) denominam de *tecnologias leves* – produção de vínculo, autonomização, acolhimento, governo dos processos de trabalho – e *tecnologias leve-duras* – saberes que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, clínica psicanalítica, epidemiologia, taylorismo, fayolismo, entre outros.

Segundo Tanaka e Melo (2002), estas tecnologias são inovadoras na relação entre gestores-trabalhadores e trabalhadores-usuários não somente do ponto de vista da gestão dos serviços, mas na gestão do próprio cuidado. Os autores afirmam que a produção da inovação na gestão da saúde surge no paradigma da humanização na atenção, nas atitudes e práticas das pessoas, na automotivação, no compromisso com que realizam seu trabalho e no espírito de equipe.

Sobre este tema, Campos (2005) acrescenta que não há como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. O autor ressalta que, no SUS, a humanização depende do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Além disso, envolve estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias, de uma reforma da tradição médica e da ênfase em valores ligados à defesa da vida.

Benevides e Passos (2005a) chamam atenção para a banalização com que o tema da humanização vem sendo tratado, assim como para a fragmentação das práticas ligadas ao programa de humanização, seja relacionada à baixa horizontalidade que se verifica entre elas ou no modo vertical como se organizam dentro do MS e do SUS. Os autores relatam que o tema da humanização foi anunciado, ainda que timidamente, desde a XI Conferência Nacional de Saúde, que tinha como título *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde.

Entre os anos de 1999 e 2002, algumas ações e programas propostos pelo MS mostram a tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário. Entre estes programas, destacam-se: instauração do

procedimento de Carta ao Usuário, em 1999; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, 1999; Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde, 1999; Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar, 2000; Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, 2000; Método Canguru, 2000; Programa de Acreditação Hospitalar, 2001, entre outros.

Especialmente no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do MS incentivou a formação das comissões hospitalares para promover ações humanizadas na assistência e a valorização dos profissionais de saúde (Brasil, 2001a). Segundo Deslandes (2004), seu objetivo principal foi o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade, cujo maior desafio diz respeito à possibilidade de se “constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo”.

No ano de 2003, como política nacional de saúde, a humanização passou a ser o eixo articulador de todas as práticas e enfatizou o aspecto subjetivo que deve estar presente em qualquer ação humana. A Política Nacional de Humanização focalizou o significado da humanização nos processos de trabalho e nos modelos de gestão e planejamento. Para o MS, a humanização representou “estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (Brasil, 2003).

Sendo assim, para o MS, o conceito de humanização é compreendido como aquele que: valoriza a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização; aumenta o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, implicando a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho; garante condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores do processo de trabalho; fortalece o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e utiliza a informação, comunicação, educação permanente e os espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (Brasil, 2003).

O MS também associa o conceito de humanização à qualidade da atenção em saúde e recomenda que, para atingir estes princípios, devem-se considerar os seguintes elementos: acesso com acolhimento; definição da estrutura e organização da rede assistencial; captação precoce e busca ativa das usuárias; disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança das usuárias; capacitação técnica dos profissionais de saúde para uso de tecnologia adequada; acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo; e estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde com participação da clientela.

Benevides e Passos (2005a) resumem estes conceitos ao interpretarem a humanização como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde ou, nas palavras de Campos (2005), a humanização é “uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas”.

2.2- Os Sentidos da Humanização no Campo Obstétrico

De acordo com a Rede Feminista de Saúde (2002), até pouco tempo, o termo humanização era usado apenas, e de modo restrito, nos países de língua latina. Hoje, a tendência aponta para sua internacionalização: o que, no Brasil, chama-se assistência humanizada, pode ser denominado em outros países de atenção baseada em evidências, orientada pelos direitos, centrada na mulher, parto ativo, parto feliz, parto respeitoso ou assistência amiga da mulher.

A revisão bibliográfica sobre humanização no parto aponta que o conceito é polissêmico, amplo e pode ser explorado em várias dimensões e de formas complementares entre si.

Para a OMS (1996), o parto humanizado constitui

um conjunto de condutas e procedimentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e à prevenção da morbimortalidade perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, criteriosamente, os recursos tecnológicos disponíveis.

Este conceito é reafirmado pelo MS (Brasil, 2001b), ao inferir que a humanização da assistência obstétrica consistiria em resgatar o parto normal como acontecimento natural e fundamental no relacionamento familiar pela utilização de tecnologia adequada por profissionais devidamente capacitados, o que implica em adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Sendo assim, recomenda que a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (Brasil, 2000a).

Menecucci (2003) faz uma crítica ao conceito colonialista, missionário e de certa benevolência como o termo humanização tem sido tratado na atualidade. O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista é o de uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui o direito à escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência (Rede Feminista de Saúde, 2002).

Em seu estudo, Diniz (2005) estabelece que os diversos sentidos dados à humanização explicitam uma reivindicação de legitimidade do discurso, relacionados aos seguintes aspectos: humanização como a legitimidade científica da medicina ou da assistência baseada na evidência; humanização como legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, ou seja,

na assistência baseada nos direitos à integridade corporal, à condição de pessoa, a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante e o direito à equidade; humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população como forma de promoção da saúde; humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento de papéis e poderes na cena do parto; humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; e humanização como direito ao alívio da dor, como a inclusão da analgesia do parto para pacientes do SUS.

Observa-se que, dentre os aspectos que envolvem o tema da humanização no campo obstétrico, dois são considerados marcantes: os relacionais entre profissionais de saúde e usuárias e o uso de tecnologias apropriadas na atenção ao parto e nascimento.

Sobre os aspectos relacionais da atenção no ciclo gravídico-puerperal, Tanaka (2000) e Alves e Silva (2000) ressaltam que os maiores pontos de estrangulamento da assistência estão no trabalho de parto e no parto, nos quais a desumanização, a falta de acompanhamento e a violência podem culminar com a morte materna e/ou neonatal.

Nogueira (1994) entende a violência como uma rede, na qual suas expressões só podem ser compreendidas quando se observa a teia de relações sociais que a sustenta. Sendo assim, as instituições de saúde, ao mesmo tempo em que podem sofrer violência, podem ser geradoras dela.

Para Rios (2003), a violência presente nas instituições de saúde origina-se de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. A autora entende que as relações de controle, de alienação e de não-reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais foram, historicamente, configurando uma violência que favoreceu a estrutura institucional, caracterizada pela rigidez hierárquica, ausência de direito ou de recurso das decisões superiores, por uma forma de circulação da comunicação apenas descendente, pela falta de espaço institucional para a palavra transformadora, pelo descaso com os fatores subjetivos e por uma disciplina autoritária.

A violência percebida pelas mulheres durante o atendimento foi discutida no estudo de D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002). As autoras identificaram trabalhos realizados na última década que registraram a ocorrência rotineira de violência nos serviços de atendimento ao parto e ao abortamento, focalizados em quatro formas: negligência; violência verbal, incluindo tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos e humilhação intencional; violência física, considerada, também, como a não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada; e abuso sexual.

Alves e Silva (2000) evidenciaram uma grave situação no atendimento ao binômio mãe-filho em quatro maternidades do SUS na cidade de São Luís-Maranhão, exercida sob a forma de violência institucional, classificada em três núcleos de sentido: na negação do atendimento, na inadequação de recursos materiais e humanos e na relação do profissional de saúde com a paciente. Os autores identificaram que a relação da equipe de saúde com a gestante foi marcada pela repetição automática de procedimentos técnicos e, em geral, pela distância e pouca cordialidade. A desvalorização da dor foi outra marca do atendimento nas maternidades, registrada nos relatos de episiorrafias feitas sem anestesia ou com queixas de dor, mesmo com aplicação de analgesia. A solidão que acompanhou as mulheres em todas as fases da sua internação foi reconhecida nas falas das mulheres.

Sendo assim, o parto, considerado momento sublime no qual uma nova vida começa, não é tratado nos serviços de saúde de forma digna e, por isto, tem sido motivo de medo e angústia para muitas mulheres. Estudos identificam os diferentes graus e as diversas facetas geradoras de violência institucional, retratadas não somente na dificuldade de acesso ou na inadequação da estrutura, mas, notadamente, no processo de atenção do profissional de saúde com a mulher no parto e nascimento (Boaretto, 2003; D'Orsi, 2003; Rugolo et al., 2004; Moraes, 2005; Mccallum e Reis, 2006; Dias, 2006).

Sobre o uso de tecnologia apropriada no parto e nascimento, Progianti (2003) afirma que o conceito de atenção humanizada, que norteia a política no campo obstétrico, tem um forte cunho desmedicalizador, isto é, oposto a uma estrutura social e política que preconiza uma medicina burocrática, tecnicada e monopolizante sobre os domínios da vida social.

Faúndes, Pinotti e Bacha (1987), ao discorrerem sobre o uso de tecnologia apropriada no atendimento à mulher, citam o conceito definido pela OMS: "a utilização de qualquer pessoa competente, método, procedimento, técnica, equipe e outros instrumentos que sejam simples, eficazes, com eficiência econômica e aceitável socialmente, e que se apliquem de maneira sistemática para resolver os problemas concretos de saúde no contexto do programa sanitário de cada país". Os autores preconizam que é necessária a avaliação científica cuidadosa de toda nova tecnologia para estabelecer seu lugar e suas limitações, evitando que ela extrapole as indicações em que é realmente útil e eficiente. Inferem que a tecnologia apropriada no atendimento à mulher não se restringe a material e equipamentos, inclui, também, indivíduos, posturas e a forma de relacionamento entre o sistema de saúde e o usuário dos serviços.

Para Climent (1987), as principais características que as tecnologias apropriadas devem apresentar são: considerar o processo de gravidez, parto e puerpério como um processo fisiológico; colocação da mãe, do filho e do grupo familiar no centro do processo de atenção; promoção de vínculo precoce entre pais e filhos; educação e participação ativa e responsável de ambos os pais; promoção de vínculo satisfatório entre equipe e paciente; liberdade de escolha de posições cômodas e naturais para a mãe durante o pré-parto e parto; liberdade de escolher técnicas alternativas; não realizar manobras nem aplicar medicamentos rotineiramente; e utilização de critérios preventivos.

No final do século 20, cresceu em todo o mundo um movimento por oferecer assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos em todas as especialidades médicas. No caso da assistência à gravidez e ao parto, a preocupação com a evidência foi ainda mais crucial, uma vez que, diferentemente das outras especialidades, estas práticas intervêm sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal, o parto.

A sistematização da reflexão crítica sobre este modelo de assistência ao parto se iniciou quando, no contexto do Ano Internacional da Criança, em 1979, foi criado, na Europa, um comitê regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e materna naquele continente. A partir deste comitê, vários grupos de profissionais organizaram-se para sistematizar os estudos de eficácia e

segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, iniciando um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela OMS (World Health Organization – WHO, 1985). Este processo envolveu a utilização de estudos randomizados controlados como método preferencial de pesquisa e o uso da metanálise como instrumento de sumarização sistemática das pesquisas quantitativas existentes. Um dos seus resultados mais importantes foi a publicação da revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Este trabalho de uma década, coordenado por obstetras, contou com o esforço conjunto de mais de quatrocentos pesquisadores (incluindo obstetras, pediatras, enfermeiras, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras, etc.), que realizaram uma revisão exaustiva de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950. O grupo que desenvolveu a revisão sistemática sobre gravidez e parto foi o primeiro de centenas de outros grupos que se organizaram nos anos seguintes para levantar as evidências sobre a eficácia e a segurança de procedimentos em todas as especialidades médicas. Este movimento e seus desdobramentos ficaram conhecidos como medicina baseada em evidências científicas (Diniz, 2002).

Segundo Enkin et al. (2005), a atenção baseada em evidências científicas é definida como “o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais”.

Em 1985, a OMS realizou uma Conferência Internacional em Fortaleza, em que foram definidas algumas recomendações sobre Tecnologias Apropriadas para Assistência a Partos e Nascimento. Com a publicação da primeira fase dos trabalhos, a avaliação científica das práticas de assistência vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenção sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes – ao invés de organizados em função das necessidades das instituições de assistência. Isto resultou em um novo paradigma de assistência ao parto, o paradigma *humanista*, no qual, em contraste com o paradigma tecnocrático, a conexão entre corpo e mente é enfatizada, sendo impossível tratar sintomas físicos e desprezar seus componentes psicológicos (Davis-Floyd, 2001).

Com base no modelo humanista, qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se prova ser mais segura e/ou efetiva que a não-intervenção. Com o avanço dos estudos nesta direção, a argüição sobre segurança e eficácia estende-se virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência à gravidez e ao parto. Esta constatação impõe a necessidade de identificar os elementos da assistência que são efetivos na prevenção ou no alívio de efeitos adversos na mãe e na criança.

Em 1996, a OMS (1996) lançou as recomendações para a assistência ao parto, por intermédio de um guia prático que objetivou servir de referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Apesar de o foco primário deste documento ser o grupo de gestantes de baixo risco, a OMS ressalta que, “como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco tem um curso normal, várias recomendações também se aplicam à assistência dessas mulheres”. Conhecido como *Recomendações da OMS*, o documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias. Em uma ponta, coloca práticas que deveriam ser estimuladas, em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente; em outra, estão aquelas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz; na terceira, mostra condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; e na última, procedimentos usados regularmente, porém de maneira inapropriada. Estas categorias são descritas a seguir.

➤ **Categoria A:** Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

- Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família.
- Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde, no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e ao longo deste último.
- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto, no parto e ao término do processo do nascimento.

- Oferecer líquidos orais durante o trabalho de parto e parto.
- Respeitar a escolha informada pelas mulheres do local do nascimento.
- Prever cuidados durante o trabalho de parto e no parto, onde o nascimento será possivelmente realizado, com segurança e confiança para a mulher.
- Respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto.
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- Respeitar a escolha de companhia durante o trabalho de parto e parto.
- Oferecer às mulheres informação e explicações sobre o que elas desejarem.
- Não utilizar métodos invasivos, nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
- Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
- Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
- Usar luvas no exame vaginal durante o nascimento do bebê, e na dequitação da placenta.
- Dar liberdade na seleção da posição e movimento durante o trabalho do parto.
- Encorajar posição não supina no parto.
- Monitorar, cuidadosamente, o progresso do trabalho do parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS.
- Utilizar ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.

- Condições estéreis ao cortar o cordão.
 - Prevenir hipotermia do bebê.
 - Realizar, precocemente, contato pele a pele entre mãe e filho, dando apoio na iniciação do aleitamento materno dentro da primeira hora após o parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
 - Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares.
- **Categoria B:** Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas
- Uso rotineiro de enema.
 - Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
 - Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
 - Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
 - Exame retal.
 - Uso de pelvimetria radiográfica.
 - Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto, de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
 - Uso rotineiro de posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto.
 - Contínuo uso de puxos dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
 - Massagens ou estiramento do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.

- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto para prevenir ou controlar hemorragias.
 - Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
 - Lavagem rotineira do útero depois do parto.
 - Revisão rotineira (exploração manual) do útero após o parto.
- **Categoria C:** Conduas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto.
- Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
 - Uso rotineiro de amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto.
 - Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
 - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto.
 - Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
 - Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
 - Clampeamento precoce do cordão umbilical.
 - Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

➤ **Categoria D:** Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- Controle da dor por agente sistêmico.
- Controle da dor por analgesia peridural.
- Monitorização fetal eletrônica.
- Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
- Exames vaginais freqüentes e repetidos, especialmente por mais de um prestador de serviços.
- Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- Cateterização da bexiga.
- Encorajamento à mulher para realizar puxos, quando a dilatação ainda que completa ou quase completa do colo for diagnosticada, antes que a mulher sinta o desejo para puxar.
- Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
- Parto operatório.
- Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
- Exploração manual do útero após o parto.



*Cuidar da mulher, parturiente e família
de forma humanizada
requer o reconhecimento de que a
existência humana é relacional
(Brüggemann, 2003)*

***MARINGÁ: SERVIÇOS DE SAÚDE
E ATENÇÃO AO PARTO***

3.1- O Município de Maringá

Maringá está localizada no Noroeste do Estado, no trópico de Capricórnio, a 430 quilômetros de Curitiba. A cidade foi fundada em 10 de maio de 1947 e constitui a sede da Microrregião 9 e da Região Noroeste do Paraná, que abrange 30 municípios da região (Maringá, 2003).

Possui uma área total de 486.433 Km² e população de 324.395 habitantes, concentrada na zona urbana (97%). Constitui a terceira maior cidade do Estado do Paraná e é considerada região de alto desenvolvimento humano, com Índice de Desenvolvimento Humano maior que 0,8. A economia é agro-industrial, com ênfase para o comércio e a prestação de serviços. Cerca de 100% dos domicílios de Maringá estão ligados à rede de água encanada e luz elétrica e são alvo de coleta de lixo urbano (Maringá, 2006).

Maringá foi um dos primeiros municípios do Paraná a assinar o convênio das Ações Integradas de Saúde, que serviu de modelo para o Estado na hierarquização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas de Núcleos Integrados de Saúde (NIS) quando da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em 1987 (Sapata, 2003). Sendo assim, foi um dos primeiros a desencadear o processo de municipalização da saúde no Estado do Paraná, no ano de 1989 (Scochi, 1996).

No ano de 1994, o município se adequou aos critérios da Norma Operacional Básica do SUS – NOB/93, assinou o convênio na forma de gestão parcial do SUS e, em maio de 1998, assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal (Brasil, 1998).

De acordo com os critérios de regionalização propostos pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/02, Maringá é pólo para os 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, com abrangência de 644.502 habitantes (Maringá, 2006).

O serviço municipal de saúde conta com rede própria, constituída por 23 UBS, 2 Policlínicas Especializadas, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 Clínica Odontológica, 1 Centro Integrado de Saúde Mental, 1 Centro de Atenção Psicossocial II, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, 1 Hospital Municipal, SAMU,

Setor de Imunização Central e Serviços de Apoio: laboratório central, almoxarifado central, farmácia de manipulação, setor de transporte e de manutenção.

A primeira equipe do Programa Saúde da Família (PSF) foi implantada em 1999 e, atualmente, compõem-se de 61 equipes, com cobertura de 80% da população. A proporção do número de médicos no município – 14,96 para cada 10.000 habitantes – é superior ao proposto pela OMS, sendo mais significativa na especialidade de ginecologia e obstetrícia, seguida pela de pediatria (Maringá, 2006).

Dentre os dez hospitais do município, dois são referência para atendimento de partos SUS, os quais respondem, em média, a 40% dos partos realizados no município e a mais de 90% dos partos SUS (Maringá, 2007). Pela importância dos dois hospitais – referência para partos SUS e número de atendimentos obstétricos – serviram de campo de pesquisa para este estudo, denominados, de ora em diante, de hospital 1 e hospital 2.

3.2- Atenção ao Parto SUS

Com o objetivo de atender às diretrizes do modelo de assistência à saúde da mulher preconizado no PHPN (Brasil, 2000a), foi implantado, em janeiro/2002, o componente I – Sispre natal, nas 21 UBS do município. Posteriormente, foram adotadas as medidas contidas na Portaria n.º. 2104/GM/MS de 19 de novembro de 2002, na qual o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Nascer-Maternidade (Brasil, 2002).

Em 23 de setembro de 2002, com objetivos de ampliar o atendimento ambulatorial e hospitalar destinado às gestantes do município e atender às recomendações preconizadas no PHPN relativas à adequada assistência ao parto, a Secretaria Municipal de Saúde propôs o pacto de referência hospitalar com os dois hospitais (Maringá, 2002). A atenção obstétrica no município foi estruturada mediante as seguintes ações: vinculação das gestantes à maternidade de referência desde o pré-natal; efetivação do pronto atendimento, 24 horas, às gestantes; garantia da implementação do PHPN; atendimento das urgências/emergências de ginecologia referenciadas pelas UBS; garantia do transporte da

gestante por ocasião da visita à maternidade; atendimento de urgências obstétricas; e garantia do parto às gestantes do 8º e 9º mês, sem prévia solicitação à central de vagas.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, preconiza-se que as gestantes de baixo risco sejam assistidas pelo médico do PSF e gineco-obstetra nas UBS. As gestantes de alto risco residentes na área de abrangência de 19 UBS devem ser encaminhadas ao ambulatório de gestação de alto risco do hospital 2, enquanto as residentes na área de abrangência de 04 UBS e procedentes de 29 municípios da 15ª Regional de Saúde devem ser assistidas no hospital 1.

Quanto ao sistema de referência e contra-referência no parto hospitalar, estabeleceu-se o seguinte fluxo: as gestantes procedentes dos 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, as de baixo e alto risco residentes na área de abrangência de quatro UBS e que realizam acompanhamento pré-natal de baixo e alto risco no ambulatório de especialidades são assistidas no hospital 1. As gestantes de baixo e alto risco residentes na área de abrangência de 19 UBS são encaminhadas ao hospital 2.

➤ **Hospital 1**

O hospital 1 iniciou suas atividades em 1989 e, de acordo com o Plano Diretor, sua missão institucional é prestar assistência à saúde em nível hospitalar, contribuindo para o acesso da população ao sistema público de atenção à saúde e melhorar as condições para realização do ensino na área de saúde, oportunizando aos discentes espaços de formação que articule a assistência, o ensino e a pesquisa (Informações coletadas junto à Superintendência).

Encontra-se credenciado junto ao SUS, caracterizando-se como instituição de caráter público e, em razão de sua capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de porte tipo II. Em 2003, recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” e por ser o primeiro hospital de Maringá a conquistar o título, constitui referência no trabalho de humanização em relação ao aleitamento materno.

Em 2005, o município de Maringá foi homenageado pelo Ministério da Saúde com o Prêmio Bibi Vogel pelo desenvolvimento de ações inovadoras na promoção, proteção e apoio à amamentação, e a participação do hospital foi de fundamental importância na definição do prêmio.

Em 2005, foi aprovada a contratualização do hospital como Hospital Ensino. Os programas de residência médica nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, clínica cirúrgica, pediatria, dermatologia, psiquiatria e anestesiologia foram implantados no ano 2000.

Conta com quadro funcional de 794 servidores e tem realizado atendimentos em diversas áreas, totalizando, em 2005: 7.702 internações, 51.945 atendimentos no pronto socorro e 25.340 consultas ambulatoriais, as quais geram outras atividades complementares.

O hospital coloca à disposição do SUS 120 leitos de internação, distribuídos em 89 leitos nas unidades de internação e 31 no pronto socorro. Os leitos nas unidades de internação estão assim distribuídos: 12 na pediatria, três na clínica cirúrgica pediátrica, 15 na clínica cirúrgica, seis na ortopedia, 15 na clínica médica, 15 na ginecologia e obstetrícia, seis na unidade de terapia intensiva neonatal, oito na unidade de terapia intensiva adulto, seis leitos na unidade de terapia intensiva infantil e três leitos na unidade de cuidados intermediários. Entre os 31 leitos disponíveis no pronto socorro, 13 são destinados à clínica médica, 12 à clínica pediátrica, três para ortopedia e três para ginecologia e obstetrícia (Dados colhidos no Setor de Faturamento e Serviço de Prontuário do Paciente).

A unidade de internação para ginecologia e obstetrícia dispõe de 15 leitos, sendo três destinados ao pré-parto, três para tratamento de casos clínicos, três leitos cirúrgicos e seis leitos de puerpério, com sistema de alojamento conjunto. A divisão de ginecologia e obstetrícia dispõe de corpo clínico composto por 16 médicos gineco-obstetras, que são os plantonistas responsáveis pelo atendimento na unidade de internação, centro cirúrgico e pronto socorro. Dois residentes da ginecologia e obstetrícia e internos de medicina do 5º e 6º ano realizam atividades sob supervisão do docente de

Medicina e médico plantonista. A equipe de Enfermagem na unidade de internação é composta por: um enfermeiro no período da manhã; um enfermeiro no turno da tarde; quatro enfermeiros no período noturno (plantão 12/36 horas), que, além da ginecologia e obstetrícia, supervisionam o setor de clínica cirúrgica; e 14 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos diurno e noturno.

Este hospital constitui referência no atendimento ao parto às gestantes de alto risco procedentes dos 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, gestantes de baixo e alto risco residentes na área de abrangência de quatro UBS e que realizam acompanhamento pré-natal de baixo e alto risco no ambulatório de especialidades. A porta de entrada para o atendimento das parturientes é a unidade de pronto socorro, no qual é realizado a consulta com o residente/médico gineco-obstetra para encaminhamento à unidade de internação e/ou, no caso de ausência de vaga, para o hospital 2. Contudo, é freqüente a permanência da parturiente no pronto socorro no trabalho de parto, parto e, inclusive, no puerpério.

No período de realização do estudo, o hospital 1 realizou 744 partos (49% vaginais e 51% cesáreos), com a média de 62 partos/mês.

No ano de 2002, o Superintendente designou a criação de uma comissão permanente para implantar a assistência humanizada no serviço de obstetrícia. A comissão, composta por equipe multiprofissional, reúne-se mensalmente e, dentre suas atividades iniciais, priorizou-se a realização de cursos de sensibilização e capacitação da equipe de saúde para o atendimento humanizado no parto e nascimento, implantação das recomendações da OMS sobre a tecnologia apropriada no parto e nascimento por intermédio de estabelecimento de protocolo no serviço de obstetrícia, visita das gestantes e seus acompanhantes ao alojamento conjunto, intercâmbio com enfermeiras das quatro UBS de referência no parto e permissão da presença do acompanhante de escolha da parturiente em período integral no trabalho de parto, parto e puerpério. A melhoria da estrutura física na unidade de pronto socorro para favorecer o acolhimento e a privacidade das gestantes, o fluxo de atendimento das parturientes, a distribuição de espaço físico na unidade de internação e a aquisição de materiais e equipamentos foram objetos de discussão em conjunto com a Superintendência e Chefias de Divisão. Entre os anos de 2003-2005, a comissão promoveu três cursos de

capacitação, sendo dois workshops com abrangência de profissionais de Maringá e região e o terceiro objetivou a capacitação prática de seis profissionais (um médico gineco-obstetra, um residente e quatro enfermeiros) no centro obstétrico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis. Estratégias foram buscadas para implementar o protocolo de assistência no trabalho de parto e parto junto aos docentes e médicos plantonistas e para reduzir a taxa de cesáreas, como o levantamento mensal dos “cesaristas” e conversa individual com os plantonistas.

No ano de 2006, com o objetivo de implementar o uso de métodos não- farmacológicos de alívio da dor, estruturou-se a sala denominada de *Caminhando para o parto e nascimento saudáveis*, que constitui espaço reservado às parturientes e seus acompanhantes para o uso de massageadores, balanço pélvico, bola do nascimento, musicoterapia, assento ativo do parto e barras de apoio. Na ocasião, houve nova capacitação da equipe de saúde e a retomada do protocolo de atendimento no parto humanizado (Informações colhidas junto à Comissão para Implantação da Assistência Humanizada no Serviço de Obstetrícia).

➤ Hospital 2

O hospital 2 constitui hospital geral, beneficente, sem fins lucrativos e de porte III, ou seja, que oferece serviço com alto grau de complexidade. Sua missão é promover a qualidade de vida das pessoas por meio de atendimento especializado e humanizado na área da saúde, visando uma sociedade saudável.

Tem uma área construída de 13.774, 45 m² e abrange em sua estrutura as unidades de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia e mamografia), diagnóstico por análises clínicas, hemodiálise, quimioterapia, cuidados prolongados, emergência, neurocirurgia, órteses e próteses, ortopedia de alta complexidade, suporte nutricional, transplantes de alta complexidade e urgência. Os serviços de fisioterapia, endoscopia, cardiologia, eletroencefalografia, hemoterapia e polissonografia são terceirizados.

Possui 171 leitos de internação, sendo 32 destinados à internação individual (apartamentos), 116 para internação coletiva (enfermarias), 12 leitos na unidade de terapia intensiva adulto e 11 leitos na unidade de terapia intensiva pediátrica. Disponibiliza 103 leitos para internamentos SUS, o que corresponde a 60% dos leitos disponíveis no hospital. No ano de 2005, contabilizou 71.515 atendimentos ambulatoriais (pronto atendimento e clínicas) e 15.862 internações hospitalares, com a média de 9.517 internações realizadas pelo SUS (Dados colhidos junto à Superintendência Médica e Seção Estatística).

A unidade de internação para Ginecologia e Obstetrícia dispõe de 30 leitos de internação, sendo 21 destinados a pacientes SUS e nove para convênios e particulares. Entre os 21 leitos SUS, três são destinados ao pré-parto, três para tratamento de casos clínicos e 15 para o puerpério, com sistema de alojamento conjunto.

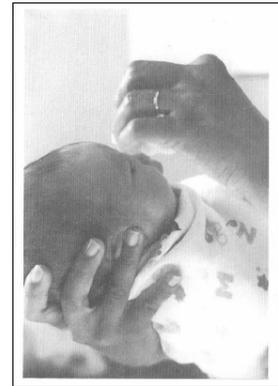
No período de realização do estudo, ocorreram 2043 partos, sendo 48% partos vaginais e 52% cesáreos. Dentre estes, 1546 foram realizados pelo SUS (75,7%), com a média de 129 partos SUS/mês.

Na área obstétrica, dispõe de corpo clínico composto por 12 médicos gineco-obstetras, que são os plantonistas responsáveis pelo atendimento na unidade de internação, centro cirúrgico e pronto atendimento. Dois residentes da ginecologia e obstetrícia realizam atendimento sob supervisão do plantonista e chefe da Residência médica. A equipe de Enfermagem do setor de internação é composta por um enfermeiro no turno diurno (8 horas/dia); dois no período noturno (escala 12/24 horas), que supervisionam oito unidades de internação; e 16 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos turnos diurno e noturno. Uma doula realiza trabalho voluntário no período noturno, às sextas-feiras.

As gestantes são atendidas em consultório ginecológico localizado na unidade de internação, para posteriormente serem internadas, medicadas ou liberadas para seu domicílio.

No ano de 2005, com objetivo de promover a humanização no parto e nascimento conforme preconiza o PHPN, as seguintes atividades foram implantadas: permissão do acompanhante feminino em período integral para gestantes, parturientes e

puérperas; presença do acompanhante masculino em período parcial; estímulo à liberdade de posição e movimentação no trabalho de parto (deambular, sentar, movimentação); mudanças no protocolo de atendimento no trabalho de parto, parto e nascimento baseado nas recomendações da OMS; e visita da gestante ao hospital no terceiro trimestre gestacional. No ano de 2006, mudanças estruturais foram realizadas, com a instalação de cortinas divisórias nos quartos para favorecer a presença masculina como acompanhante em período integral e organização da sala de aleitamento materno para ordenha e coleta do leite materno. Outras iniciativas foram a inserção da doula no trabalho de parto, a discussão inicial com o bloco cirúrgico sobre a permissão do acompanhante na sala de parto e a implantação do comitê interno de aleitamento materno.



*O homem nasce,
cresce e se despede da terra
através do cuidado
(Oliveira, 2000)*



OBJETIVOS

4.1- Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá-Paraná, com enfoque na humanização do cuidado.

4.2- Objetivos Específicos

- Descrever o processo de institucionalização médica do parto no Brasil.
- Selecionar indicadores de processo e resultado da atenção ao parto tomando-se por base as recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada na atenção ao parto e nascimento.
- Desenvolver critérios e parâmetros para mensurar a qualidade da atenção ao parto.
- Caracterizar a clientela atendida nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá-Paraná, segundo variáveis demográficas, sociais e história reprodutiva, relacionando-as com a qualidade da assistência.
- Classificar e caracterizar a qualidade da assistência hospitalar ao parto de acordo com indicadores de processo e resultado, com enfoque na atenção ao parto humanizado.



*A mão que escreve se ergue
em vôo e arrasta outras
na mesma aventura de
liberdade e libertação*

(Oliveira, 2000)



MATERIAIS E MÉTODOS

5.1- Tipo de Estudo

Estudo avaliativo transversal, misto – a pesquisadora atua em um dos hospitais avaliados –, e formativo (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004), à medida que gerou informações aos gestores e profissionais de saúde, com objetivo de melhorar a atenção ao parto SUS no município.

5.2- Amostragem e Plano Amostral

Para a obtenção da amostragem, realizou-se o levantamento do número de partos SUS ocorridos no período de março de 2004 a fevereiro de 2005, por meio dos dados contidos no livro de registro de nascidos vivos dos dois hospitais. Este procedimento permitiu projetar o tamanho da amostra para o período de março/2005 a fevereiro/2006, calculado com 95% de confiança e erro máximo de 5%. Estimou-se uma amostra para cada hospital, estratificada por tipo de parto e mês, que totalizou 569 mulheres, sendo 259 no hospital 1 (136 partos cesáreos e 123 partos vaginais) e 310 no hospital 2 (160 partos cesáreos e 150 partos vaginais). Esta amostra equivaleu ao percentual de 48% partos vaginais e 52% partos cesáreos para o período de março/2005 a fevereiro/2006.

O plano amostral compreendeu as seguintes etapas:

- 1- Elaboração de planilha mensal, de março de 2005 a fevereiro de 2006, separadamente, para cada hospital (apêndice 1).
- 2- Distribuição da planilha mensal em 4 semanas.
- 3- Estabelecimento aleatório de dois dias da semana para a coleta de dados pelo programa Excel.
- 4- Distribuição do número de puérperas de parto vaginal e cesáreo a serem entrevistadas nos dois dias da semana, de acordo com estimativa do número de partos vaginais e cesáreos para o período de estudo.

- 5- Elaboração de campos na planilha mensal destinados ao registro do número de puérperas entrevistadas.
- 6- Elaboração de campos para registro do número de exclusões diárias.
- 7- O roteiro de leitos para entrevista foi elaborado com o objetivo de guiar o entrevistador na seleção da puérpera a ser entrevistada. Seu desenvolvimento foi baseado no número de leitos de puerpério em cada hospital.
 - Hospital 1: possui seis leitos, distribuídos em duas enfermarias com três leitos, denominados de 2 A; 2B; 2C; 3A; 3B; 3C.
 - Hospital 2: possui 15 leitos, distribuídos em cinco enfermarias com três leitos cada. Foram denominados de 41-1; 41-2; 41-3; 42-1; 42-2; 42-3; 43-1; 43-2; 43-3; 44-1; 44-2; 44-3; 45-1; 45-2; 45-3.
- 8- Foram estabelecidos seis roteiros de leitos para entrevista em cada hospital (apêndices 2; 3), os quais foram incluídos na planilha mensal.
- 9- Ao final da terceira semana de cada mês, a pesquisadora avaliou se a amostra estimada para o mês seria cumprida; em caso negativo, foi realizado novo sorteio para proceder à coleta de dados no mesmo mês.
- 10- As coletas não realizadas no respectivo mês não foram substituídas ou compensadas pelo subsequente.
- 11- Todos os formulários preenchidos foram revisados e digitados pela pesquisadora.
- 12- Trimestralmente, foi avaliado o alcance do tamanho da amostra estimada.

5.3- Trabalho de Campo

O questionário englobou dados referentes à caracterização demográfica, social e reprodutiva da clientela e questões que apontaram a existência de práticas humanizadas na assistência no trabalho de parto e durante o parto. Os dados foram coletados por meio de

inquérito transversal, com aplicação de questionário estruturado contendo questões abertas, semi-abertas e fechadas (apêndice 4) à amostra de puérperas internadas no setor de alojamento conjunto de cada hospital. O questionário constituiu-se de duas partes: a primeira objetivou a transcrição de dados dos prontuários hospitalares e a segunda englobou questões cujas respostas foram obtidas pela técnica da entrevista estruturada.

Cinco discentes do 4^o ano do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) realizaram as entrevistas à beira do leito, sendo três designadas ao hospital 1 e duas ao hospital 2. Os procedimentos para coleta de dados estão descritos no apêndice 5. A entrevista foi realizada após a obtenção do consentimento da puérpera ou, no caso de menor de 18 anos, do responsável, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndices 6; 7).

As entrevistas foram realizadas no puerpério imediato e mediato, sendo 33,9% nas primeiras 24 horas de puerpério; 44,3% entre 24-47 horas; 15,3% entre 48-71 horas e 6,5% com 72 horas de puerpério. Mais da metade das entrevistas (68%) foi realizada no turno das 13-19 horas; 23,2% entre 07-13 horas; e 8,8% das 19-01 hora.

No transcorrer do trabalho de campo, 37 mulheres sorteadas como sujeitos de pesquisa não foram entrevistadas pelos seguintes motivos: ocorrência do parto fora do ambiente hospitalar (2), ocorrência de óbito fetal (3), recusa em participar da pesquisa (9) e puérpera menor de 18 anos sem acompanhante que autorizasse a realização da entrevista (23). Vale ressaltar que esta última situação ocorreu no hospital 2, entre os meses de março a maio/2005, visto que, a partir de junho, permitiu-se às parturientes o direito do acompanhante, com base na legislação federal que garante a presença do acompanhante da parturiente em hospitais conveniados ao SUS (Brasil, 2005). Esta situação também foi contornada pela realização das entrevistas em horário de visitas ou agendamento prévio da entrevista em horário que o acompanhante estivesse presente. No caso da exclusão da puérpera, o entrevistador procedeu a novo sorteio do leito e, desta forma, alcançou-se o tamanho da amostra calculada. A pesquisadora realizou a supervisão do trabalho de campo.

O trabalho de campo foi desenvolvido com apoio financeiro do Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Campinas (Faepex/Unicamp), auxílio linha-pesquisa, convênio n^o 519.294.

Para estabelecer a representatividade da amostra, a pesquisadora realizou, mensalmente, a transcrição de dados contidos nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de crianças nascidas nos dois hospitais, no período de março/2005 a fevereiro/2006, por meio da utilização de formulário estruturado (apêndice 8). A coleta de dados foi realizada no serviço de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Os dados referiram-se às características demográficas, sociais e história reprodutiva das mulheres atendidas pelo SUS nos dois hospitais.

5.4- Variáveis de Estudo

➤ Características demográficas e sociais

- Idade: representada em anos, segundo o registro em prontuário hospitalar.
- Procedência: referente ao município de residência da puérpera, registrado no prontuário hospitalar.
- Estado civil: categorizado em solteira, casada, divorciada/desquitada, união consensual e viúva, relatado pela mulher.
- Escolaridade: representada pela formação educacional formal referida pela puérpera.
- Atividade ocupacional: categorizada em do lar, estudante e outras atividades remuneradas referida pela mulher.

➤ História reprodutiva

- Número de gestações: ocorrência de gravidez, independente de sua duração.
- Número de parto (s) vaginal (is): número de partos vaginais ocorridos, com ou sem uso de fórcepe.

- Número de cesárea (s): número de partos cirúrgicos ocorridos.
- Número de aborto (s): interrupção da gravidez até 22 semanas ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm (Brasil, 2001b).
- Filhos vivos: referente ao número de filhos vivos relatados pela cliente, incluindo o nascido vivo atual.

➤ **Parto e puerpério**

- Duração da gestação: expressa pela idade gestacional calculada pelo Capurro do recém-nascido. Na ausência desta informação, foi considerada a idade gestacional da ocorrência do parto, baseada na ultrassonografia gestacional de primeiro trimestre ou na data da última menstruação, registrada em prontuário hospitalar.
- Tipo de parto: representado pelo tipo de parto que possibilitou o nascimento da criança a qual a pesquisa se refere. Categorizada em vaginal e cesárea. As respostas sem fórcepe e com fórcepe foram incluídas na categoria parto vaginal.
- Indicação de parto cesáreo: referente à justificativa de indicação do parto cirúrgico, registrada em prontuário hospitalar.
- Hora de ocorrência do parto: referente à hora de ocorrência do parto, registrada em prontuário hospitalar.
- Tempo de puerpério: compreende o tempo transcorrido entre a ocorrência do parto e a realização da entrevista, registrado em número de horas.
- Local da assistência no trabalho de parto e no parto: categorizado conforme o local no qual a parturiente recebeu assistência no trabalho de parto e parto: pronto socorro, enfermaria, ambulatório ou centro cirúrgico.

- Escala de Apgar do recém-nascido no primeiro e quinto minutos de vida: considerado o rastreamento inicial utilizado para a avaliação das funções essenciais à vida do lactente imediatamente após o parto e registrado em prontuário hospitalar.

5.5- Indicadores de Processo e Resultado

Indicadores de processo

A seleção dos sete indicadores de qualidade foi baseada na Categoria A das Recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada no parto e nascimento, que enumera vinte e duas práticas classificadas como claramente úteis e que devem ser encorajadas na atenção obstétrica (OMS, 1996). No contexto da avaliação em saúde, constituem indicadores de processo da assistência e, portanto, podem refletir a medida direta da qualidade do cuidado. Quatro indicadores estão relacionados ao trabalho de parto e três, ao parto.

➤ Trabalho de parto

- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem.
- Presença do acompanhante no trabalho de parto.
- Uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, música e exercícios de respiração.
- Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto.

➤ Parto

- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem.
- Presença do acompanhante no parto.
- Contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto.

A escolha destes indicadores fundamentou-se em sua representatividade, no contexto do paradigma humanista da assistência, que preconiza o uso das tecnologias leves – as relacionais e as associadas ao uso de tecnologias apropriadas – as leve-duras (Merhy et al., 1997).

O fornecimento de informações no trabalho de parto e no parto (indicadores 1 e 5) representa o empoderamento das mulheres, indica a atenção pessoal e individualizada, o apoio empático do prestador de serviço e constituem fatores que podem promover o aleitamento materno (OMS, 1996; Bógus e Venâncio, 2003; Enkin et al., 2005). Domingues et al. (2004) indicam que, quanto mais completa ou suficiente a informação percebida pela mulher, maior a satisfação com a assistência ao parto.

Os inequívocos benefícios e a ausência de riscos associados ao apoio contínuo durante o trabalho de parto são descritos na literatura científica. O apoio no trabalho de parto (indicadores 2 e 6) é considerado pela OMS como método não-farmacológico de alívio da dor, devido aos benefícios indiscutíveis no suporte materno intraparto, com redução da taxa de cesariana, do uso do fórcepe, de analgesia e uso de ocitocina, da duração do trabalho de parto. Tem influência positiva sobre a duração do aleitamento materno e associa-se à satisfação com o trabalho de parto e o parto. Portanto, a presença do acompanhante evita o isolamento e a violência institucional e constitui reflexo da mudança de atitude institucional e, em particular, dos profissionais de saúde (OMS, 1996; Domingues, 2002; Hotimsky e Rattner, 2003; Hodnett et al., 2005; Brüggemann et al., 2005). Além disso, a participação do pai no processo de nascimento indica transformações nas relações de gênero, na compreensão do parto e de paternidade (Hotimsky e Alvarenga, 2002).

O uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, como massagens, banho de chuveiro, música e exercícios respiratórios (indicador 3), são práticas amplamente recomendadas por auxiliarem a parturiente a suportar a dor, apresentam alto grau de segurança e simplicidade na sua utilização, associam-se à menor necessidade de uso de drogas opióides e de analgesia peridural, redução do tempo do trabalho de parto, maior proporção de partos vaginais e satisfação da mulher com o parto. Além disso, representam a valorização da dor da parturiente e apontam para a atenção individualizada do profissional de saúde (Brasil, 2001b; Simkin e O'Hara, 2002; Polden e Mantle, 2002; Leão e Silva, 2004; Lima e Leão, 2005; Enkin et al., 2005).

A massagem ativa os receptores sensoriais periféricos, estimula a liberação de opiáceos endógenos e constitui uma forma não-verbal de apoio e comunicação; o banho produz relaxamento muscular; a música pode produzir redução dos escores de intensidade algica, favorecida pela audição musical e as imagens mentais decorrentes; as técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios, associados às informações recebidas pela gestante em seu preparo para o parto, relacionam-se ao menor uso de drogas opióides e de analgesia peridural e maior proporção de partos vaginais (OMS, 1996).

Oferecer líquidos via oral (indicador 4) constitui recomendação no trabalho de parto, já que previne a desidratação e acidose. Estudos citados por Enkin et al. (2005) indicam que restringir a ingestão de líquidos e alimentos no trabalho de parto não garante um menor conteúdo estomacal e que nenhum período entre a última refeição e o início do trabalho de parto garante um volume gástrico menor que 100 ml. Por isto, a OMS (1996) recomenda o oferecimento de líquidos via oral no trabalho de parto. Estudos também indicam que a restrição interfere negativamente no aleitamento materno (Ventura, 2001).

A promoção do contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto (indicador 7) representa o cumprimento do passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), e abrange benefícios nos aspectos psico-afetivos, orgânicos e fisiológicos. No encontro preconizado na sala de parto, não é essencial a sucção nutritiva, sendo mais importante o contato de pele entre ambos, com troca de sensações táteis, calor, odor e amor. Por isto, o contato deve ser, no mínimo, de 30 minutos. A união íntima e precoce facilita a colonização do intestino do recém-nascido com germes maternos, promove interação

precoce entre mãe-filho e formação de vínculo. Para a mãe, promove alterações neuroendócrinas positivas. A sucção na primeira hora de vida estimula o desenvolvimento de reflexos motores e de técnica correta de sucção no recém-nascido, determina a liberação de 19 diferentes hormônios gastrintestinais tanto na mãe quanto no bebê, que estimulam o crescimento das vilosidades intestinais de ambos, aumentando a superfície de absorção de calorías a cada mamada. A sucção também tem efeito analgésico sobre o recém-nascido. O contato precoce do binômio promove aleitamento materno exclusivo por período mais prolongado e amamentação quantitativamente melhor (OMS, 1996; Ventura, 2001).

Portanto, os sete indicadores representam o desafio do profissional de saúde em incorporar, na prática, o respeito aos direitos das usuárias e o exercício da medicina baseada em evidências científicas.

Indicador de resultado

Ao considerar-se que o atendimento humanizado qualifica a assistência e contribui para a evolução fisiológica do parto, a taxa de cesariana foi considerada indicador que traduz não somente o uso abusivo de tecnologia para o nascimento, mas, também reflete a qualidade da atenção. A taxa de cesariana foi mensurada por meio do registro de número de nascidos vivos segundo o tipo de parto e hospital, obtidos nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de crianças nascidas nos dois hospitais, no período do estudo. Adotou-se como parâmetro o percentual máximo de 35% de cesarianas, estabelecido para o Estado do Paraná no ano de 2000 (Brasil, 2000b).

5.6- Critérios de Qualidade

Estabeleceu-se uma escala de escores que variou de 0 a 4 pontos, segundo a adequação na realização de cada indicador de processo da qualidade. Para o indicador três, o escore foi determinado pela soma de cada item, o que totalizou o máximo de 4 pontos, em contraste com os demais indicadores, cujo escore máximo foi de

2 pontos. A opção em valorizar este indicador justificou-se pelo fato de que este tem o potencial de representar a adesão ao ideário da humanização e o investimento concreto do profissional de saúde na evolução fisiológica do trabalho de parto e no favorecimento do parto vaginal.

A escala de sete indicadores permitiu uma graduação que variou de um escore mínimo de zero até um escore máximo possível de dezesseis (quadro 1).

Quadro 1- Indicadores de processo da qualidade na assistência ao parto humanizado e respectivos escores

INDICADOR	ESCORES
1. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no trabalho de parto	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
2. Presença do acompanhante no trabalho de parto	Mais da metade do tempo do trabalho de parto: 2 Metade do tempo do trabalho de parto ou menos: 1 Não: 0
3. Uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, música e exercícios de respiração	Uso de quatro métodos: 4 Uso de três métodos: 3 Uso de dois métodos: 2 Uso de um dos métodos: 1 Nenhum método: 0
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto	Sim: 2 Não: 0
5. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no parto	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
6. Presença do acompanhante no parto	Sim: 2 Não: 0
7. Contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto	Contato pele a pele entre mãe e filho por trinta minutos ou mais: 2 Contato pele a pele entre mãe e filho menor que trinta minutos: 1 Apresentação/não apresentação: 0

Para analisar a qualidade da assistência em cada hospital, foram considerados todos os escores e calculada a somatória obtida individualmente em cada item. Desta forma, determinaram-se quatro níveis de qualidade conforme as escalas somadas de classificação (quadro 2).

Quadro 2- Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto segundo escalas somadas de classificação

Escalas somadas de classificação	Avaliação da qualidade
0 a 4	Insatisfatória
5 a 8	Regular
9 a 12	Boa
13 a 16	Excelente

5.7- Análise e Tratamento dos Dados

Os formulários foram revisados e digitados pela pesquisadora. Os dados foram digitados em banco de dados do MS Access e transportados para os programas Excel, Statistica e Sphinx, nos quais se realizou a análise exploratória dos dados. A análise foi feita mediante distribuição de frequência e cruzamento de variáveis. O teste *T-Student* foi aplicado para verificar diferenças entre as populações dos dois hospitais. As associações foram testadas pelo Qui-quadrado, para associação entre duas variáveis. Adotou-se o nível de significância de 5%.

5.8- Validação da Pesquisa

No mês de fevereiro/2005, realizou-se o estudo-piloto, incluindo o pré-teste do formulário, treinamento das entrevistadoras e os procedimentos de campo. Mensalmente, avaliou-se o alcance do tamanho da amostra estimada para o período.

5.9- Aspectos Éticos da Pesquisa

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá e da Universidade Estadual de Campinas. A solicitação da autorização para a realização da coleta de dados foi realizada por meio de contato escrito com o superintendente médico das instituições pesquisadas. A entrevista foi realizada após a obtenção do consentimento da puérpera ou, no caso de menor de 18 anos, do responsável, por meio da leitura do TCLE.



*A humanização impõe dois desafios:
o conceitual (o que fazer)
e metodológico (como fazer), ou seja,
o conceito com a prática,
o conhecimento com a transformação da realidade.*

(Benevides e Passos, 2005b)



RESULTADOS



ARTIGO 1

A institucionalização médica do parto no Brasil

A institucionalização médica do parto no Brasil

The medical institutionalization of childbirth in Brazil

Elizabeth Eriko Ishida Nagahama, Silvia Maria Santiago

Publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (3): 651-7.

Resumo

Trata-se de abordar o conceito de institucionalização da atenção à saúde, em especial da Saúde da Mulher, como forma de poder hegemônico na atenção, especificamente na assistência institucional ao parto. O trabalho descreve as estratégias de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino, exercidas por meio das políticas de saúde e das práticas de atenção médica. O poder do Estado na institucionalização da atenção é registrado no decurso da reconstrução histórica dos programas de saúde materno-infantil das décadas de 1920 a 1980, na qual se identificou que o controle ideológico sobre a saúde das mulheres traduziu-se em formas de controle da sua sexualidade como veículo da reprodução. Nas práticas de atenção médica, abordam-se as questões da hegemonia do poder médico e a medicalização do corpo feminino. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino.

Palavras-chave: Parto, Instituição, Prática médica.

Abstract

The object of this study was to point the concept of the establishment of attention in health, especially to the woman's health as a tool of the hegemonic power on attention, specifically in the institutional assistance to the delivery. This work describes the strategies of the institutional hegemony implementation on the female body employed through the Politics in health and practices in medical attention. The power of the State in the establishment of attention is recorded during the historical reconstruction of the maternal and infant health programs of the twenties and eighties, where it was identified that the ideological control of women's health represented ways of control of their sexuality as a reproduction tool. At the practices in medical attention it was discussed questions about the hegemony of the medical power and the female body medication. The delivery hospitalizing process was fundamental to knowledge acquisition in this area and to the development of the medical knowledge, and indeed culminated with the establishment of the medication of the female body.

Palavras-chave: Delivery, Institutionalization, Medical practices.

Introdução

Instituições encerram um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes conjuntos permeiam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada bloco histórico e objetivam a manutenção da hegemonia (Luz, 1981). Segundo esta concepção, as instituições podem ser compreendidas como a cristalização de modos de poder. A autora estabelece que as táticas para implantação dos saberes de grupos hegemônicos nas instituições podem ser exercidas por meio das políticas de saúde (discurso institucional), saber médico (ensino e pesquisa) e nas práticas de atenção médica (formas de atuação médica).

Foucault (1982) analisa a natureza política da medicina na sociedade capitalista como uma estratégia de controle social que começa com o controle do corpo. O autor questiona se o controle da sexualidade e reprodução não teriam implicações sociais para assegurar o controle populacional, reproduzir a força de trabalho e os modos que as relações sociais são estabelecidas, de forma a garantir que se tenha uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora. Neste sentido, concorda-se com Vieira (1999), que compreende a medicalização do corpo feminino como um dispositivo social que relaciona questões políticas aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana.

Este trabalho descreve as estratégias de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino, exercidas através das políticas de saúde e das práticas de atenção médica.

Políticas de saúde: a institucionalização da atenção materno-infantil

Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual?

Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural?

(Carneiro, 2000)

A proteção da saúde materno-infantil tornou-se alvo de políticas governamentais que foi consolidada nos programas de governo na década de 1920 com a reforma sanitária de Carlos Chagas, seguida de numerosas modificações em nível ministerial e, conseqüentemente, no planejamento e na organização da assistência materno-infantil (Tyrrel & Carvalho, 1995).

As autoras explicitam que o papel do Estado limitou-se a definir programas de caráter vertical com várias denominações, que mudavam conforme as políticas nacionais e as propostas programáticas e que, desta forma, os aspectos de saúde materno-infantil apresentaram-se abordados somente na dimensão biológica, funcionalista e delimitada essencialmente por cuidados médicos.

O primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. Suas diretrizes de trabalho visavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral. O DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação (Brasil, 1940). Nesse período de atuação do DNCR (1940-1965), existiram duas visões quanto ao significado da atenção prestada ao grupo materno-infantil: uma seria a de que a reprodução se constituía em uma função essencialmente social, interessando muito mais à sociedade que ao indivíduo; a outra, era a que encarava as práticas de higiene simplesmente como defesa e conservação da vida. Não se preocupava em disciplinar a reprodução, mas o combate à mortalidade infantil era enfatizado como garantia de se construir uma nação forte, sadia e progressista (Tyrrel & Carvalho, 1995).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil. Suas diretrizes iniciais primaram também pelo cunho nacionalista, sendo “um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade, ainda o melhor elemento a salvaguardar o futuro da nacionalidade” (Canesqui, 1987).

Portanto, a proteção à maternidade e à infância, enquanto assunto de saúde pública, obedeceu à tendência geral das políticas dessa área a partir do Estado Novo: ela esteve inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltada para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação. No final dos anos 50 e início da década de 1960, essa proteção foi perdendo importância para a prioridade que passou a ser dada ao combate às moléstias endêmicas rurais e, em 1969, o DNCR foi extinto.

Entre 1964 e 1973 instituiu-se um modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, reflexo da intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária fundada no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial.

A primeira menção a cuidados específicos com o grupo materno-infantil pós 64 apareceu em 1971 no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil (Brasil, 1971). Este documento previa programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e nutrição. Considerava ainda a possibilidade de oferecer às mulheres orientação no período intergestacional, com o propósito de espaçar o nascimento dos filhos por problemas de saúde.

A Saúde Materno-Infantil e o Bem-estar da Família como área programática tem suas raízes na recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, produto da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (REMS) realizado em Santiago - Chile, de 2 a 9 de outubro de 1972 (Opas, 1973).

Dessa forma, a saúde materno-infantil e o bem-estar da família, as questões de fertilidade e esterilidade da mulher como área programática ficaram inseridas no movimento em prol da saúde na América Latina, através de políticas internacionais e

medidas que visavam à cobertura universal, eficiência operativa, acessibilidade geográfica, institucional e financeira. E, torna-se público e amplamente divulgado, o conceito universal de saúde, conforme pauta e debates da III REMS. O Brasil, como país membro da Opas/OMS, não poderia fugir às propostas, recomendações e compromissos firmados na referida III REMS.

No contexto da criação do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, o Programa de Assistência Materno-Infantil teve como ênfase os programas de prevenção à gravidez de alto risco e suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda. Neste documento, consta que *o grupo materno-infantil é vulnerável por suas características biológicas e sociais, exigindo adequada atenção às suas necessidades através de programas desenvolvidos de maneira sistemática, integral e coordenada* (Brasil, 1974). A partir desta versão preliminar em 1974, surge o primeiro programa de atenção ao grupo materno-infantil em 1975: Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Este programa retomava a ênfase com a nutrição do grupo infantil; em relação às mulheres, o alvo eram as gestantes, parturientes, puérperas, e as que estavam em idade fértil. As ações planejadas tinham como objetivo contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho (Brasil, 1975).

Ambos os programas referidos acima previam atividades de planejamento familiar como uma medida para compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno, com a garantia do nascimento de crianças saudáveis e da integralização do núcleo familiar.

Com a preocupação de prevenir as gestações de risco, o Ministério da Saúde criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). O propósito de sua elaboração foi regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, à prevenção de gestações futuras, quando indicada, e ao diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade (Brasil, 1978).

Em 1980, surgiu o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, com articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em uma rede única, hierarquizada e regionalizada. Previa o estabelecimento de um amplo programa materno-infantil: ações referentes aos intervalos entre os nascimentos dos filhos, informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e uma revisão da legislação sobre a fecundidade (Canesqui, 1987).

Entretanto, novamente, esta proposta não foi efetivada devido à crise econômica que se agravava e pelas pressões de grupos de interesses relacionados às ligações burocráticas entre os dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciária e os empresários do setor da assistência médica.

No final da década de 1970 e início dos anos 80, alguns profissionais médicos envolvidos na experiência de um Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), discutiam sobre que tipo de atenção seria a melhor e mais adequada para a clientela que procurava os serviços oferecidos pela Unicamp nessa área. Aos poucos, foi se tornando claro que a preocupação era “oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade de o médico se preocupar com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas” (Osis, 1994).

Paralelamente, os movimentos organizados de mulheres ganhavam destaque nas esferas do poder público. Nos primeiros anos da década de 1980, esses movimentos passaram a colocar a questão da sexualidade feminina em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva como um direito das mulheres. Nesta nova perspectiva, qualquer atividade voltada para a regulação da fecundidade deveria fazer parte de uma abordagem integral da saúde da mulher, mais amplamente ainda, de uma abordagem sobre os direitos das mulheres. Esta mudança do enfoque em relação à regulação da fecundidade foi um fenômeno mundial: especialmente os Estados Unidos mostraram-se muito preocupados com a questão do crescimento populacional do Terceiro Mundo, e passaram a enfatizar a necessidade de se controlar a natalidade. A partir desta premissa, fazia-se a recomendação de que os governos

possibilitassem a liberdade das pessoas decidirem sobre o número de filhos que teriam, oferecendo-lhes informações e acesso a métodos anticoncepcionais eficazes, vantagens da família pequena e, especialmente, derrubando as barreiras legais às atividades de controle da fecundidade.

Desta forma, na década de 1970, houve interesse de grupos organizados de mulheres em conhecer este modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, denominado de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), bem como em transformá-lo em um programa nacional. Os movimentos de mulheres insistiram que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse um componente de educação sexual e em saúde. Portanto, em 1983, um grupo que reuniu sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Em 1984, o Ministério da Saúde estabeleceu base de ação programática para a Assistência Integral à Saúde da Mulher, com o objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade e explicitar o compromisso com o direito das mulheres, na opção de exercer ou não a maternidade e/ou a reprodução, tentando contemplar a mulher em todo o ciclo vital. Neste documento, denominado de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática (AISM), publicado pelo Ministério da Saúde em 1984, o conceito de AISM era definido como ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde. A inclusão de atividades de planejamento familiar no Programa baseava-se nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população – e no controle do risco gravídico, exercido pelo médico (Brasil, 1984).

Ressalta-se, assim, o surgimento do PAISM em meio a três forças: as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial.

A partir da década de 1980 ocorreu um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente em dar lugar a novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade, e que estimulassem os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no cotidiano do cuidado. A avaliação científica das práticas de assistência evidenciou a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenção sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes – ao invés de organizados em função das necessidades das instituições. Isto resultou em um novo paradigma de assistência ao parto, denominado de *humanista* (Davis-Floyd, 2001).

Sendo assim, a partir de 1988, o Ministério da Saúde implantou um conjunto de ações por meio de portarias ministeriais que, em seu conjunto, constituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). As características principais do programa são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, com objetivo principal de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (Brasil, 2000).

Estas medidas têm despertado polêmicas e mobilizado defensores e opositores nos diversos segmentos envolvidos, dentro e fora das instituições de assistência ao parto no Brasil.

Práticas de atenção médica: hegemonia do poder, medicalização do corpo feminino

A medicina trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico

(Ehrenreich & English, 1973)

A maneira específica pela qual o corpo feminino vem sendo tratado pela medicina, a partir do momento em que o transforma em seu objeto de saber e prática, traz à tona o tema da medicalização. Segundo Miles (1991), medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

Esta distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais –, mas a gênese dessa permissividade é atribuída à forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encaram a mulher (Brasil, 2000). Novamente, reporta-se à expressão de Foucault (1982): *uma das formas institucionais mais importantes de controle das classes pelo poder dominante faz-se através da manipulação dos corpos*.

Vieira (1999) descreve que o processo de medicalização do corpo feminino teve início 300 anos antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica.

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade –, uma vez que, em sua dedicação à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais. Neste período, o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos, já que não estava à altura do cirurgião – o *homem da arte*. Além disso, os médicos eram raros e pouco familiarizados em assistir o parto e nascimento (Arruda, 1989).

Contudo, no final do século 16, a profissão de parteira sofreu declínio, a partir da utilização do fórcepe obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain. Segundo Osava & Mademe (1995), o uso do fórcepe obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, porque instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico. Pelo fato de as parteiras não terem condições econômicas de adquirir o fórcepe, de serem incapazes de dominar novas técnicas por serem consideradas intelectualmente inferiores aos homens, aliado ao fato de não serem condizentes com o paradigma intervencionista médico, passaram a rejeitá-lo. Desta forma, o uso do fórcepe permitiu a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela idéia do parto como um ato controlado pelo homem. Além disso, a regulamentação da prática exigiu que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las, como parte da estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças e, assim, legitimá-lo por meio das Universidades criadas no Renascimento.

Segundo Arruda (1989), as modificações definitivas na assistência ao parto ocorreram a partir do século 17, quando se descobriu o mecanismo da ovulação, visto que o entendimento de que a mulher possuía uma estrutura mais delicada do que a do homem levou à percepção do parto como perigoso para a saúde e que a medicina deveria protegê-la. O modelo cartesiano do dualismo mente/corpo evoluiu para o corpo como uma máquina, sendo o corpo masculino considerado como o protótipo desta máquina e o feminino um desvio do padrão masculino, hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens. Com o advento do capitalismo industrial, a prática da assistência ao parto se consolidou como exercício monopolizado dos médicos e, assim, foi legitimado e reconhecido.

Este domínio de classe nas formações sociais capitalistas traz à tona o conceito de hegemonia de Gramsci (Gruppi, 1978). O conceito refere-se ao poder, à capacidade de direção, de conquistar alianças em toda sua amplitude, que opera não apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e inclusive sobre o modo de conhecer. Neste sentido, o discurso médico da metade do século 19 relativo à obstetrícia

caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades. O parto deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores sociais.

Das regras que fundamentam as relações institucionais, os conceitos básicos para a compreensão da organização das instituições como núcleos de poder são três: a hierarquia – marca da subordinação –, a ordem – que garante a estrutura –, e a disciplina – que assegura as relações sociais (Luz, 1981).

A autora aborda em seu trabalho o conceito de Goffman das denominadas “instituições totais” – o hospital e o quartel –, nas quais a disciplina é sua regra mais importante. Nas instituições diretamente ligadas ao Estado, o poder é mediado por um saber soberano, um conjunto de técnicas, de normas de conduta, de proceder e de conhecer. Portanto, por intermédio de um processo de formação ideológica, o conjunto de práticas institucionais médicas como um todo medicaliza e institucionaliza o paciente. Sendo assim, o hospital pode ser visto como parte estratégica do exercício da dominação.

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do *cerimonial de internação* – separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional.

Segundo Tanaka (1995), o parto no Brasil foi institucionalizado progressivamente após a Segunda Guerra Mundial, período no qual normas e rotinas passaram a ser ditadas para o tratamento e comportamento da mulher. A incorporação à medicina de novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia diminuíram, de forma significativa, os riscos hospitalares e ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando no aumento progressivo de operações cesarianas.

Sobre esta questão, Osava & Mademe (1995) afirmam que, “no passado, o uso excessivo do fórcepe obstétrico impressionava os viajantes estrangeiros; hoje, o que impressiona o mundo todo, são as excessivas taxas de operações cesarianas”.

Considerações finais

A reconstrução histórica dos programas de saúde materno-infantil demonstrou que o controle ideológico sobre a saúde das mulheres traduzia-se em formas de controle da sua sexualidade como veículo da reprodução, exercido pelo aparato institucional da família e do Estado. A própria denominação dos programas de saúde voltados para as mulheres indicava qual era o enfoque do tratamento: em geral eram programas de *saúde materno-infantil*, com estratégias voltadas exclusivamente a intervir sobre os corpos das *mulheres-mães*, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social. Portanto, a reconstrução histórica reafirmou o conceito de Luz (1981): as instituições ligadas à saúde se constituem em aparelhos do Estado e todas reproduzem regras do poder dominante na sociedade.

O cuidado prestado à mulher e à família sofreu modificações significativas, notadamente a partir do século 20, com a institucionalização da assistência, passando a predominar o parto hospitalar. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de *sujeito* para *objeto* no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento.

Colaboradoras

EEl Nagahama é a autora e a responsável pela elaboração do artigo; e SM Santiago, co-autora, é a responsável pela orientação e revisão do artigo.

Referências bibliográficas

Arruda A 1989. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer, pp. 35-42. In *Quando a paciente é mulher*. Relatório do Encontro Nacional da Campanha Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil Ministério da Saúde 1940. *Atos do Poder Executivo. Decreto-Lei nº 2.024 de 17/02/40*. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país.

Brasil Ministério da Saúde 1971. *Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil Ministério da Saúde 1974. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. *Programas de Saúde Materno-Infantil*. Rio de Janeiro.

Brasil Ministério da Saúde 1975. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. *Programa de Saúde Materno-Infantil – bases programáticas*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Brasil Ministério da Saúde 1978. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil Ministério da Saúde 1984. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil Ministério da Saúde 2000. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher.

Carneiro LM 2000. Humanizar é preciso. *Jornal da Redesaúde* 20 (5): 16-17.

Canesqui AM 1987. *Assistência médica e a saúde e reprodução humana*. Textos NEPO 13. Campinas.

Davis-Floyd R 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(1): 5-23.

Ehrenreich B & English D 1973. *Complaints and disorders: the sexual politics of sickness*. London, Writers and Readers Pub. Coop., Londres.

Foucault M 1982. *Microfísica do poder*. 3ª ed. Graal, Rio de Janeiro.

Gruppi L 1978. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. 2ª ed. Graal, Rio de Janeiro.

Luz MD 1981. *As Instituições médicas no Brasil*. 2ª ed. Graal, Rio de Janeiro.

Miles A 1991. *Women, Health and Medicine*. Open University Press, Milton Keynes, Filadélfia.

Organización Panamericana de la Salud/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) 1973. *Plan Decenal para las Américas*. Informe final de la III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Chile, 2-9 de outubro de 1972. Doc. Oficial N° 118. Enero de 1973.

Osava RH & Mamede MV 1995. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. 105 (1/2): 3-9.

Osis MJM 1994. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: história de uma intervenção*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Tanaka AC 1995. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. Hucitec, São Paulo.

Tyrrell MAR & Carvalho V 1995. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro.

Vieira EM 1999. A medicalização do corpo feminino, pp. 67-78. In K Giffin & SH Costa. *Questões da saúde reprodutiva*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Artigo apresentado em 10/03/05

Aprovado em 20/04/05

Versão final apresentada em 20/04/05



ARTIGO 2

***Humanização e equidade na atenção ao parto SUS
em município da região Sul do Brasil***

Humanização e equidade na atenção ao parto SUS em município da região Sul do Brasil

*Humanization and equity in delivery care provided by the Public Health System in
a city of Southern Brazil*

Elizabeth Eriko Ishida Nagahama; Silvia Maria Santiago

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever as características sócio-demográficas e obstétricas de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS no município de Maringá-Paraná, identificar fatores associados à qualidade da atenção e os possíveis predisponentes às iniquidades no cuidado ao parto. Tratou-se de estudo transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas com 569 puérperas atendidas nos dois hospitais, no período de março/2005 a fevereiro/2006. Compreendeu a utilização de sete indicadores de processo da qualidade na assistência ao parto humanizado que classificaram a assistência em quatro níveis: excelente, bom, regular e insatisfatório. A associação entre as características sociais, demográficas e história reprodutiva e indicadores de qualidade foi feita utilizando-se o teste Qui-quadrado. As mulheres eram, caracteristicamente, de baixo nível sócio-econômico. A iniquidade no cuidado foi marcada pela oferta desigual dos procedimentos que qualificam a atenção, determinada por fatores individuais, contextuais e, especialmente, relacionada às práticas assistenciais. Três características compuseram o perfil da parturiente que se beneficiou de atenção mais qualificada: ter menos de 19 anos, segundo grau completo e não ter antecedentes de parto cesáreo.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Equidade em saúde; Parto humanizado.

Abstract

This study aimed to describe socio-demographic and obstetric features of women attended in two hospitals provisioned by SUS (Brazilian Public Health System) in the city of Maringa, state of Parana, Brazil. It also aimed to identify factors regarding care quality and other predisposing factors that lead to inequities in delivery care. For these purposes, the study was conducted transversally, based on hospital registers and on 569 interviews with puerperal women, who were attended in both hospitals during March, 2005 and February, 2006. Research instruments comprehended seven quality process indicators to the assistance of humanized delivery, which allowed the classification of such assistance into four levels: excellent, good, regular and unsatisfactory. For the association of social, demographic and reproductive history characteristics with the quality indicators, the chi-square test was used. The women studied were typically from a low-income class. Inequity in delivery care was marked by unequal provision of procedures that qualify the hospital care at a minimally desired level, which is determined by individual as well as contextual factors, and mostly by a relation with assistance practices. Three features defined the profile of parturient women who benefited from more qualified attention: they are less than 19, have completed secondary school education and have no record of precedent cesarean section.

Keywords: Health services evaluation; Equity in health; Humanizing delivery.

1- Introdução

Senna (2002) e Travassos et al. (2006) explicam que uma das características mais marcantes das políticas sociais brasileiras, e entre elas a de saúde, tem sido o privilegiamento dos grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social. Esta afirmação remete-se à "lei dos cuidados inversos", fenômeno praticamente universal, descrito por Hart (1971) há três décadas: os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos por eles beneficiados.

Enkin et al. (2005) refere que os resultados obtidos na gravidez, parto e no nascimento não são influenciados somente pela organização e práticas dos serviços de saúde, mas associam-se aos fatores sócio-econômicos e demográficos, tais como escolaridade, trabalho e renda, situação conjugal, idade, raça, ou seja, também refletem a força dos determinantes sociais da saúde.

Segundo Tarlov (1996), os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham, que tem um impacto direto na saúde e estruturam outros determinantes da saúde. As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, as desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, constituem um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil (Brasil, 2006a).

Em relação à assistência obstétrica, esta afirmação pode ser exemplificada no trabalho de Diniz e Chacham (2006). As autoras dividem as mulheres brasileiras em dois grandes grupos: o primeiro constitui o das 30% mais abastadas, que possuem algum tipo de seguro-saúde privado e o segundo é composto pelas 70% mais pobres, que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, explicam as autoras, mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber o denominado “corte por cima” – a cesárea, enquanto que a mulher negra e pobre que recorre ao SUS tende a receber “o corte por baixo” – a episiotomia.

Neste sentido, reporta-se ao conceito de equidade. Segundo Travassos (1997) e Almeida et al. (2000), a equidade constitui um princípio de justiça social, que reflete a existência de estratificação da sociedade baseada nas relações sociais, determinantes dos

processos pelos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.

O conceito de equidade constitui reflexo dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico e tem sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando a discussão sobre sua operacionalização (Senna, 2002).

Travassos (1997) assinala que, no caso da Constituição brasileira, equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, na qual indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados, baseados em suas necessidades de saúde.

Travassos e Martins (2004) inferem que a equidade constitui uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Os autores explicam que a equidade no uso de serviços de saúde é influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional e por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários.

Sendo assim, a equidade, tomada no contexto da assistência ao parto e nascimento, também se remete à oferta de atenção, que deve ser fundamentada no respeito aos direitos das usuárias e no exercício da medicina baseada em evidências científicas, conforme preconiza o paradigma humanista (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1996).

O desafio de incorporar a equidade à pesquisa avaliativa e a precariedade de informações relativas à qualidade da assistência ao parto SUS no município de Maringá-Paraná motivaram a realização deste trabalho, que teve como objetivos descrever as características sócio-demográficas e obstétricas de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS, no município de Maringá-Paraná, identificar fatores associados à qualidade da atenção e os possíveis predisponentes às iniquidades no cuidado ao parto.

2- Material e método

Trata-se de estudo com desenho transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas realizadas com puérperas que tiveram o parto vaginal ou cesáreo nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá-Paraná, no período de 01/03/2005 a 28/02/2006. Os dois hospitais – um deles de caráter público e o outro geral, beneficente, sem fins lucrativos –, respondem, em média, a 40% dos partos realizados no município e a mais de 90% dos partos SUS (Maringá, 2007).

A amostra, representativa das mulheres que pariram nessas maternidades no período do estudo e estratificada por tipo de parto e hospital, foi composta por 569 mulheres, sendo 259 no hospital 1 (136 partos cesáreos e 123 partos vaginais) e 310 no hospital 2 (160 partos cesáreos e 150 partos vaginais), constituindo um erro de estimação de 5% e um grau de confiabilidade de 95%.

Cinco entrevistadoras aplicaram questionário, contendo questões abertas, semi-abertas e fechadas, no alojamento conjunto de cada hospital, entre o primeiro e terceiro dia de puerpério, após leitura e assinatura do termo de consentimento.

No transcorrer do trabalho de campo, 37 mulheres sorteadas como sujeitos de pesquisa não foram entrevistadas pelos seguintes motivos: ocorrência do parto fora do ambiente hospitalar (2), ocorrência de óbito fetal (3), recusa em participar da pesquisa (9) e puérpera menor de 18 anos sem acompanhante que autorizasse a realização da entrevista (23).

Indicadores de processo e critérios de qualidade

Foram utilizados sete indicadores de processo da qualidade na assistência ao parto humanizado, sendo quatro relacionados ao trabalho de parto e três ao parto (quadro 1). A seleção destes indicadores foi baseada na Categoria A das Recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada no parto e nascimento, que enumera vinte e duas práticas classificadas como claramente úteis e que devem ser encorajadas na atenção obstétrica (OMS, 1996).

Para estabelecer os critérios de qualidade na assistência ao parto, utilizou-se escala de escores, com variação de 0 a 4 pontos, segundo a adequação na realização de cada indicador de processo da qualidade. Para o indicador três, o escore total foi determinado pela soma dos escores de cada item. Para analisar a qualidade da assistência em cada hospital, foram considerados todos os escores e calculada a somatória obtida individualmente em cada item, que variou de um escore mínimo de zero até um escore máximo possível de dezesseis. Sendo assim, determinaram-se quatro níveis de qualidade, conforme as escalas somadas de classificação (quadro 2).

Quadro 1- Indicadores do processo da qualidade na assistência ao parto humanizado e respectivos escores

INDICADOR	ESCORES
1. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no trabalho de parto	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
2. Presença do acompanhante no trabalho de parto	Mais da metade do tempo do trabalho de parto: 2 Metade do tempo do trabalho de parto ou menos: 1 Não: 0
3. Uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, música e exercícios de respiração	Uso de quatro métodos: 4 Uso de três métodos: 3 Uso de dois métodos: 2 Uso de um dos métodos: 1 Nenhum método: 0
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto	Sim: 2 Não: 0
5. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no parto	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
6. Presença do acompanhante no parto	Sim: 2 Não: 0
7. Contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto	Contato pele a pele entre mãe e filho por trinta minutos ou mais: 2 Contato pele a pele entre mãe e filho menor que trinta minutos: 1 Apresentação/não apresentação: 0

Quadro 2- Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto segundo escalas somadas de classificação

Escalas somadas de classificação	Avaliação da qualidade
0 a 4	Insatisfatória
5 a 8	Regular
9 a 12	Boa
13 a 16	Excelente

Tratamento e análise dos dados

A pesquisadora realizou a supervisão do trabalho de campo, revisou os formulários e digitou os dados em banco de dados do MS Access, que foram transportados para os programas Excel e Statistica, no qual se realizou a análise exploratória dos dados.

A análise foi feita com base na distribuição de frequência e cruzamento de variáveis. O teste *T-Student* foi aplicado para verificar diferenças entre as populações dos dois hospitais. A associação entre as características sociais, demográficas e história reprodutiva e indicadores de qualidade da atenção ao parto foi realizada com o teste Qui-quadrado, para associação entre duas variáveis. Adotou-se o nível de significância de 5%.

Utilizou-se a análise multivariada de correspondência múltipla para visualizar as associações da qualidade da assistência ao parto com as variáveis sócio-demográficas e história reprodutiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o sigilo das informações foi seguido para a realização do estudo.

3- Resultados e discussão

3.1- Caracterização demográfica, social e história reprodutiva

Na tabela 1, observa-se que a maioria das mulheres (69%) estava na faixa etária de 20 a 35 anos, tratando-se, portanto, de uma população jovem. Este perfil populacional corrobora com os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde do município, o qual indica que mais da metade das mulheres maringaenses (67%) encontra-se em idade fértil (Maringá, 2006).

A média de idade foi de 25 anos (desvio-padrão de 6,4), variando de 12 a 46 anos. Nas faixas etárias extremas do período reprodutivo, encontravam-se 176 (31%) mulheres, sendo 138 (24,3%) adolescentes e 38 (6,7%) no extremo superior do período reprodutivo. Registrou-se que o percentual de mães adolescentes foi superior ao contabilizado no município (16,4%) no ano de 2005, com maior proporção no Hospital 1 (30,5%).

Tabela 1- Caracterização demográfica e social de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)						
12-19	79	30,5	59	19,0	138	24,3
20-25	68	26,3	117	37,7	185	32,5
26-30	61	23,6	65	21,0	126	22,1
31-35	36	13,9	46	14,8	82	14,4
Mais de 35	15	5,8	23	7,4	38	6,7
Procedência						
Maringá	128	49,4	307	99,0	435	76,4
Outros municípios	131	50,6	3	1,0	134	23,6
Situação Conjugal						
Com companheiro	200	77,2	226	72,9	426	74,8
Sem companheiro	59	22,8	84	27,1	143	25,2
Tempo de Estudo						
Nenhum	1	0,4	4	1,3	5	0,9
1-3 anos	7	2,7	13	4,2	20	3,5
4-7 anos	86	33,2	58	18,7	144	25,3
8-11 anos	154	59,5	221	71,3	375	65,9
12 e mais	11	4,2	14	4,5	25	4,4
Atividade Econômica						
Do lar	172	66,4	161	51,9	333	58,5
Estudante	9	3,5	16	5,2	25	4,4
Empregada doméstica	20	7,7	30	9,7	50	8,8
Costureira	14	5,4	10	3,2	24	4,2
Balconista	5	1,9	10	3,2	15	2,6
Auxiliar de produção	3	1,2	11	3,5	14	2,5
Outras atividades	36	13,9	72	23,3	108	19,0
Total	259	45,5	310	55,5	569	100,0

Na distribuição das mulheres quanto à procedência, verificou-se que grande parte (76,4%) residia em Maringá. Contudo, ao verificar-se a procedência por hospital, observa-se que o hospital 2 apresentou proporção maior de mulheres residentes em Maringá (99%), atribuída ao sistema de referência e contra-referência no parto hospitalar estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2004. Esta normativa preconiza que as gestantes de baixo e alto risco residentes na área de abrangência de 19 unidades básicas de saúde (UBS) devem ser encaminhadas ao hospital 2, enquanto que as gestantes de alto risco procedentes dos 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, as de baixo e alto risco residentes na área de abrangência de 04 UBS e aquelas que realizam acompanhamento pré-natal de baixo e alto risco no ambulatório de especialidades são assistidas no hospital 1 (Maringá, 2004). Observa-se, portanto, que, no hospital 1, o percentual de mulheres residentes e não residentes no município foi praticamente a mesma. Cabe registrar que as três puérperas não residentes em Maringá do hospital 2 foram encaminhadas do hospital 1 devido à ausência de vaga.

É importante ressaltar que, dentre os municípios que encaminharam a parturiente à Maringá, registrou-se a ocorrência de 6,9% de encaminhamentos por municípios não pertencentes à 15ª Regional de Saúde.

Tradicionalmente, a situação conjugal tem sido considerada uma importante variável a explicar diferentes taxas de ocorrência de agravos à saúde, sendo marcante no ciclo gravídico-puerperal, já que sua influência está pautada no possível apoio econômico de uma situação estável e pelo apoio psicossocial de se ter um companheiro, particularmente tratando-se do apoio no trabalho de parto, no parto e nascimento (Goldman e Barros, 1998).

A variável situação conjugal foi agrupada em duas categorias, ou seja, com companheiro e sem companheiro. Grande parte das mulheres (74,8%) convivia com parceiro, porque era unida por casamento ou consensualmente; 23,7% eram solteiras, 1,1% divorciada/desquitada e 0,4% viúvas.

A associação entre escolaridade materna e indicadores obstétricos foi estudada por Haidar et al. (2001), na qual o menor grau de instrução apresentou-se significativamente associado à menor frequência do pré-natal, maior número de parto

premature e baixo peso ao nascer. Os autores descrevem que a associação significativa da menor escolaridade com a mortalidade perinatal, neonatal e infantil pode ser decorrente da menor condição social e do acesso mais difícil aos serviços de saúde.

Quanto à escolaridade, mais da metade das mulheres (65,9%) cursou o segundo grau completo, 28,8% frequentou pelo menos o primeiro grau e 3,5% destas não o completaram. Apenas 4,4% das mulheres estudaram até o nível superior e 0,9% foram classificadas como sendo analfabetas.

Registrou-se associação entre escolaridade e procedência ($p < 0,001$), sendo que as parturientes residentes em Maringá tinham a média de 8,8 anos de estudo, em contraste com as procedentes de outros municípios, que foi de 7,5 anos de estudo. Todas as mulheres com nível superior completo residiam em Maringá.

O fenômeno de expansão da escolaridade materna das mulheres a partir da década de noventa e a associação com a participação feminina no mercado de trabalho têm sido apontados em pesquisas nacionais (Bruschini, 2000; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2002). No município de Maringá, dados obtidos no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) corroboram a afirmativa, já que se observou o aumento gradativo no percentual de mulheres com o 2º grau completo que tiveram partos pelo SUS entre os anos de 2003 a 2005, cujos percentuais foram, respectivamente, de 53%, 57% e 59,4% (Brasil, 2006b). É importante ressaltar este aumento no número de mulheres que completaram o ensino fundamental e médio, por constituir a formação mínima do cidadão para ingresso do mundo do trabalho (IBGE, 2002).

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, 62,9% das mulheres não exerciam atividade econômica e 37,1% exerciam atividade remunerada. Grande parte das mulheres que não exercia atividade remunerada era dona de casa (58,5%). Chama atenção o pequeno número de mulheres que estudava (4,4%), uma vez que, dada a quantidade de mulheres jovens (69%), esperava-se obter maior número de estudantes. Este dado vem confirmar pesquisas que assinalam que o processo gestacional constitui motivo prevalente para abandono dos estudos, sobretudo para as adolescentes (Oliveira, 2000; Tase, 2000; Almeida et al. 2006).

As principais atividades econômicas foram: empregada doméstica (8,8%); costureira (4,2%), balconista (2,6%) e auxiliar de produção (2,5%). O perfil das mulheres quanto à atividade econômica deve ser considerado na assistência, visto que a proporção de mulheres que exercia trabalho não remunerado foi significativa (62,9%) e as que recebiam remuneração realizavam serviços auxiliares ou de prestação de serviços, o que determina baixa renda familiar. Observou-se que as multigestas foram as que apresentaram menor grau de escolaridade e que não exerciam atividade econômica remunerada.

Ao se comparar as características sócio-demográficas e reprodutiva das mulheres entrevistadas com as informações obtidas na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) para o mesmo período de estudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas, inferindo-se que a amostra de mulheres entrevistadas foi representativa da população no período de março/2005 a fevereiro/2006. As características da amostra de mulheres também não diferem de outros estudos realizados em maternidades públicas vinculadas ao SUS (Alves e Silva, 2000; Domingues et al., 2004; Rugolo et al., 2004) e os realizados no município de Maringá (Serafim, 2002; Gonçalves, 2002).

Tabela 2- História reprodutiva de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS.
Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gestação						
Uma	108	41,7	119	38,4	227	39,9
Duas	68	26,2	113	36,4	181	31,8
Três	37	14,3	36	11,6	73	12,8
Quatro	29	11,2	20	6,5	49	8,6
Cinco ou mais	17	6,6	22	7,1	39	6,9
Parto Vaginal						
Nenhum	108	41,7	136	43,9	244	42,9
Um	89	34,4	97	31,3	186	32,7
Dois	34	13,1	47	15,1	81	14,3
Três	14	5,4	13	4,2	27	4,7
Quatro ou mais	14	5,4	17	5,5	31	5,4
Parto Cesáreo						
Nenhum	108	41,7	135	43,6	243	42,7
Um	91	35,1	98	31,6	189	33,2
Dois	33	12,7	52	16,8	85	14,9
Três	16	6,2	15	4,8	31	5,4
Quatro ou mais	11	4,2	10	3,2	21	3,7
Aborto						
Nenhum	215	83,0	261	84,2	476	83,7
Um	35	13,5	42	13,5	77	13,5
Dois	8	3,1	5	1,6	13	2,3
Três	1	0,4	2	0,6	3	0,5
Filhos Vivos						
Um	128	49,4	136	43,9	264	46,4
Dois	65	25,1	113	36,4	178	31,3
Três	35	13,5	29	9,4	64	11,2
Quatro	24	9,3	19	6,1	43	7,6
Cinco ou mais	7	2,7	13	4,2	20	3,5
Total	259	45,5	310	55,5	569	100,0

Em relação à história reprodutiva, 39,9% das mulheres eram primigestas e 60,1% multigestas, sendo 46,4% com um filho vivo; 31,3% dois e 22,3% tinham três ou mais filhos vivos. Registrou-se o percentual de 24,0% de mulheres com antecedentes de duas cesáreas ou mais. Considerando que 46,4% das mulheres eram primíparas e 24,3% adolescentes, ressalta-se a necessidade do trabalho efetivo da equipe de saúde no período do parto e puerpério para evitar complicações e para propiciar experiência positiva de parturição. Como resultado da gestação, encontrou-se 16,3% de abortamentos.

Para o grupo de mulheres com antecedentes de duas cesáreas ou mais (24,0%) e que teriam novo parto cesáreo por iteratividade, cabe também à equipe de saúde empenhar-se nas ações humanizadoras do trabalho de parto e parto, principalmente as medidas de contato precoce com o bebê e facilitadoras da amamentação.

Ao comparar a história reprodutiva das mulheres atendidas nos dois hospitais, registrou-se que apresentaram características semelhantes em relação ao número de gestações (p: 0,052), antecedentes de partos vaginais (p: 0,10) e cesáreos (p: 0,25) e número de abortos (p: 0,6). Contudo, em relação às características sócio-demográficas, mulheres não residentes no município de Maringá eram mais jovens, de baixa escolaridade, sem atividade ocupacional remunerada, com maior número de gestações e filhos vivos. Portanto, caracterizaram-se como sendo de maior risco social e reprodutivo.

Quanto à idade gestacional de ocorrência do parto, a maioria das mulheres (81,5%) teve o parto a termo, 16,7% corresponderam à condição de pré-termo e 1,8% foram classificadas como pós-termo. A época da ocorrência do parto variou de 25 a 42 semanas, com a média de 39,1 semanas de gestação (desvio-padrão de 1,08).

Observou-se associação entre procedência e duração da gestação (p: 0,000), que foi, em média, de 39 semanas entre as residentes em Maringá e de 37 semanas e 5 dias para as parturientes procedentes de outros municípios. O parto pré-termo ocorreu com frequência superior entre as parturientes não residentes no município (33,6%), que nas maringaenses (12,2%).

3.2- Fatores associados à qualidade da assistência ao parto

Variáveis sócio-demográficas

Travassos e Martins (2004) referem que o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes. Portanto, o uso dos serviços de saúde e a efetividade do cuidado resultam de uma multiplicidade de fatores individuais (sociais, culturais, econômicos e psicológicos), fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado.

Conforme verifica-se na tabela 3, a variável idade da parturiente apresentou associação estatisticamente significativa com a qualidade da atenção ao parto. Registrou-se que, quanto mais jovem a parturiente, melhor a qualidade da assistência recebida (figura 1).

Tabela 3- Variáveis associadas à qualidade da assistência ao parto em mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Boa/excelente		Regular		Insatisfatória		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Idade							0,009
12 a 19 anos	54	39,2	66	47,8	18	13,0	
20 a 25 anos	62	33,5	95	51,4	28	15,1	
26 a 30 anos	33	26,2	68	54,0	25	19,8	
31 a 35 anos	16	19,5	45	54,9	21	25,6	
Mais de 35 anos	5	13,2	26	68,4	7	18,4	
Escolaridade							0,001
0 a 7 anos de estudo	36	21,3	91	53,8	42	24,9	
8 a 15 anos de estudo	134	33,5	209	52,3	57	14,2	
Antecedentes de Cesárea							<0,0001
Nenhum	102	41,6	109	44,5	34	13,9	
1 a 3	67	22,1	177	58,4	59	19,5	
Mais que 3	1	4,8	14	66,7	6	28,5	

Dentre as variáveis sócio-demográficas, a idade foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa com o tipo de parto ($p < 0,0001$). Encontrou-se frequência maior da ocorrência do parto vaginal entre parturientes adolescentes (32,3%), quando comparado ao grupo de mulheres que tinham mais de 35 anos de idade (2,9%).

Estes são achados concordantes com os investigados na literatura, que associam o aumento na chance de ocorrência do parto cirúrgico conforme aumenta a idade da mulher (Freitas, 1999; Pires, 2000; Cunha et al., 2002; D'Orsi, 2003).

D'Orsi (2003) sugere que este fato reflete a tendência, conhecida na prática obstétrica, de aumentar o grau de intervenção conforme aumenta a idade, o que pode sugerir uma visão dos obstetras de que o parto vaginal seria mais arriscado para as mulheres para esta faixa etária. Martins-Costa e Ramos (2005) referem que, nos últimos anos, a literatura médica especializada tem dado respaldo à crença de que a cesariana converteu-se em procedimento que traz, inclusive, mais segurança do que o trabalho de parto e parto transpelviano, que lhes reforçam, cada vez mais, a segurança do procedimento.

A associação entre o antecedente de abortamento e decisão pelo parto cesáreo, observado nesta pesquisa, corrobora com o estudo de Cecatti et al. (2000). Os autores supõem a origem desta prática como uma consequência da maior valorização dada à gravidez, tanto pela mulher, quanto pelo médico, no caso de perdas anteriores.

Observou-se que, quanto mais jovem a parturiente, maior a possibilidade de receber os métodos não-farmacológicos de alívio da dor. Os dados apontaram que, na sala de parto, as adolescentes também foram favorecidas, já que o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por 30 minutos foi mais freqüente entre as menores de 19 anos.

Este fato pode ser explicado, entre outros, pela percepção dos profissionais de saúde sobre a vulnerabilidade das adolescentes, o conhecimento dos riscos biológicos e sociais, que faz dessa faixa etária merecedora de atenção especial nos serviços de saúde. Outro motivo pode ser atribuído aos aspectos jurídicos e legais envolvidos na atenção a esta faixa etária, que lhes garante medidas específicas de proteção, incluindo a garantia da

presença do acompanhante no trabalho de parto e parto (Brasil, 1991; Boaretto, 2003; McCallum e Reis, 2006).

Nos dois hospitais, as multigestas com antecedentes de parto vaginal (4 a 5 partos) foram as que menos usufruíram da presença do acompanhante no trabalho de parto.

Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre a variável escolaridade com o tipo de parto, registrou-se associação com a qualidade da atenção ($p: 0.001$), que foi proporcional aos anos de estudo da mulher, ou seja, quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade da atenção recebida (tabela 3). Observou-se que esta variável associou-se aos indicadores receber informações no trabalho de parto ($p: 0,01$), e no parto ($p: 0,001$) e no contato pele a pele com o recém-nascido em sala de parto ($p: 0,003$). As parturientes com ensino fundamental incompleto receberam menos informações no trabalho de parto e no parto, e tiveram menos contato pele a pele com o recém-nascido em sala de parto, quando comparadas às mulheres com segundo grau completo e nível superior.

Estes dados são concordantes com os obtidos na literatura, de que o nível de escolaridade tem o potencial de qualificar o cuidado prestado pelo profissional de saúde (Domingues et al., 2004; Leal et al., 2005).

Moraes e Souza (1996) explicam que a alfabetização torna o indivíduo mais sensível às ações de educação sanitária e é possível que os níveis crescentes de escolaridade atuem como fatores protetores, devido à assimilação de informações sobre as diferentes alternativas disponíveis para a assistência à saúde, reivindicação de suas necessidades e, portanto, de maior grau de autonomia. Estas afirmações são aplicáveis ao cenário do parto e nascimento, já que a prática educativa propicia à mulher compreender suas transformações, preparar-se para o parto e puerpério e agir ativamente, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e de decidir sobre sua saúde (Zampieri, 2001).

No aspecto das relações interpessoais, Alves e Silva (2000) chamam atenção para as relações desiguais de poder entre médico-cliente, ao considerarem que as mulheres com menor grau escolaridade são incapazes de entender informações e, portanto,

a tentativa de explicação seria infrutífera, ou seja, perda de tempo. Por outro lado, as mulheres com menor escolaridade são, frequentemente, as que mais desconhecem e, portanto, que menos reivindicam seus direitos.

Sobre este tema, Dias (2006) complementa que a discussão sobre os modelos de assistência ao parto e sobre sua excessiva medicalização parece ser uma questão apenas para mulheres de maior nível econômico e cultural. Em pesquisa realizada em maternidade pública no Rio de Janeiro, o autor verificou que o conceito de humanização da assistência ao parto era desconhecido para as mulheres entrevistadas (Dias e Deslandes, 2006).

Sendo assim, a pior qualidade da atenção recebida entre as menos instruídas (figura 1) pode ser vista como expressão da desigualdade do tratamento oferecido pelos serviços de saúde para os grupos mais desfavorecidos socialmente.

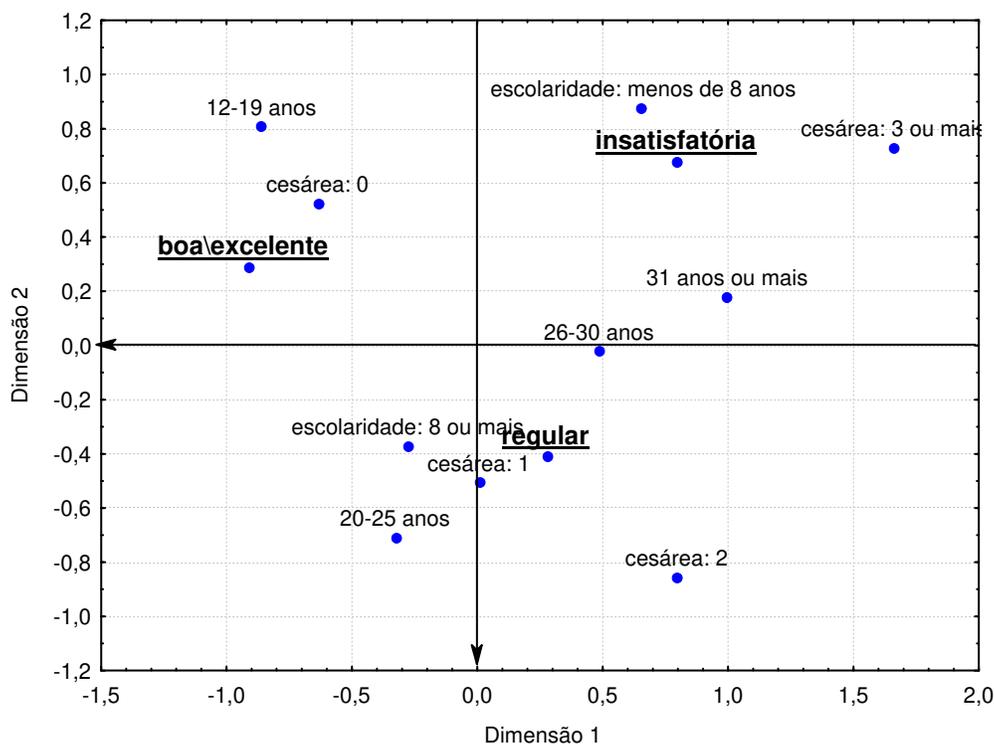


Figura 1- Mapa de correspondências entre avaliação da qualidade da atenção ao parto e as variáveis idade, escolaridade e antecedentes de parto cesáreo de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis obstétricas

Conforme verifica-se na tabela 3, mulheres sem antecedentes de parto cesáreo apresentaram maior frequência de atendimento categorizado como bom e excelente (41,6%). Por outro lado, aquelas com antecedentes de mais de 3 cesáreas apresentaram proporção superior de atendimento insatisfatório (28,5%). Portanto, observou-se associação entre antecedentes de parto cesáreo e qualidade da assistência ao parto ($p < 0,001$), que estão visualizadas na figura 1.

Registrou-se associação entre antecedentes de partos vaginais e cesáreos e a ocorrência do parto vaginal ($p < 0,001$), sendo que mulheres com antecedentes de 1 a 3 partos vaginais e sem antecedentes de cesáreas foram submetidas ao parto vaginal com maior frequência.

Estas informações corroboram com as encontrados na literatura, de que a história obstétrica influencia fortemente na decisão do tipo de parto. Estudo de D'Orsi (2003), realizado em duas maternidades conveniadas ao SUS no Rio de Janeiro, registrou que as multíparas, cujo último parto foi cesárea, tiveram maior chance de cesárea do que as multíparas cujo último parto foi vaginal. Freitas (1999) encontrou forte influência da cesárea prévia sobre a chance de repetir a cesárea na gestação atual, indicando a importância da cesárea prévia como fator de risco para nova cesárea.

Outras informações reforçam estas idéias. A primeira é que, dentre os motivos registrados para indicação dos partos cirúrgicos, o principal foi a iteratividade (26,7%). A segunda refere-se ao fato de que se observou associação entre antecedentes de partos cesáreos com a utilização de métodos não-farmacológicos de alívio da dor ($p < 0,001$) e com o oferecimento de líquidos via oral ($p < 0,001$). Parturientes sem história de cesárea anterior foram as que receberam, com maior frequência (49%), entre 2 a 4 métodos não-farmacológicos de alívio da dor e líquidos via oral no trabalho de parto (60,8%). As multíparas com antecedentes de partos vaginais (4 a 5 partos) também receberam, com maior frequência, líquidos via oral (67,7%). Observou-se, nos dois hospitais, associação entre receber líquidos via oral e a ocorrência do parto vaginal ($p < 0,001$).

Portanto, a análise dos dois indicadores (receber líquidos via oral e uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor) sugere que o tipo de parto já estava definido previamente à sua evolução, provavelmente pelos efeitos cumulativos da cesariana prévia nessas mulheres.

Estas informações corroboram com as idéias de D'Orsi (2003), de que a elevada proporção de cesárea no Brasil constitui reflexo de três fatores: características das mulheres, práticas dos obstetras e forma de organização da prática obstétrica, da qual a afirmação, preconizada por Cragin em 1916, “uma vez cesárea, sempre cesárea”, ainda constitui regra (Freitas et al., 2005).

Considerações finais

O estudo objetivou descrever as características sócio-demográficas e obstétricas de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS, no município de Maringá-Paraná, identificar fatores associados à qualidade da atenção e os possíveis predisponentes a iniquidades no cuidado ao parto.

As mulheres atendidas eram de baixo nível sócio-econômico, com características semelhantes e esperadas para usuárias de serviços SUS. Contudo, observaram-se algumas características distintas entre as mulheres atendidas nos dois hospitais em função da procedência das mesmas, que podem nortear as ações da equipe multiprofissional para a atenção individualizada no parto.

As mulheres procedentes de outros municípios (hospital 1) eram mais jovens, de baixa escolaridade, sem atividade ocupacional remunerada, com maior número de gestações e filhos vivos. Portanto, caracterizaram-se como sendo de maior risco social e reprodutivo. Além disso, chegavam sozinhas ao hospital ou, quando acompanhadas, o acompanhante permanecia por período menor de tempo.

Esta informação sugere que este grupo de mulheres pode exigir maior atenção da equipe de saúde, pelo fato de permanecerem mais sozinhas no trabalho de parto. Nesta situação, o apoio emocional no trabalho de parto também poderia ser alcançado mediante a presença de doulas, o que constitui uma recomendação especialmente útil para o hospital 1.

Estudos apontam resultados obstétricos e psicológicos consistentes e benéficos do apoio prestado pela doula, ressaltando que esta é uma medida preventiva de baixo custo, condizente com práticas tradicionais desenvolvidas em muitos países, que se torna alternativa viável e promissora para a qualificação dos serviços de atenção ao parto (Hodnett et al., 2005).

Ressalta-se que as ações educativas de planejamento familiar devem ser uma das prioridades na assistência, mediante a orientação sobre contracepção no puerpério e/ou encaminhamento a serviços de referência, visto que estas mulheres apresentaram maior número de filhos e menor escolaridade.

O que chamou atenção no estudo foi a ocorrência de desigualdades no acesso à qualidade da atenção, influenciadas por fatores individuais, contextuais, mas, especialmente, relacionados às práticas assistenciais, ou seja, oferta desigual de práticas comprovadamente benéficas que podem qualificar a assistência e contribuir para a evolução do parto vaginal.

Em relação aos fatores individuais, observou-se que as variáveis idade e escolaridade associaram-se à qualidade da assistência ao parto, sendo que as adolescentes e parturientes com segundo grau completo obtiveram melhor qualidade da atenção. Quanto mais jovem a parturiente, maior a possibilidade de receber os métodos não-farmacológicos de alívio da dor e de tempo maior de contato pele a pele da mãe com o recém-nascido na sala de parto. Quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto, as multigestas com antecedentes de parto vaginal (4 a 5 partos) foram as que menos usufruíram da presença do acompanhante no trabalho de parto.

O grau de escolaridade associou-se aos indicadores receber informações no trabalho de parto e no parto e contato pele a pele com o recém-nascido em sala de parto. Portanto, a ocorrência de desigualdade na oferta dos procedimentos considerados indicadores da atenção humanizada ao parto apontaram para iniquidades nas práticas assistenciais. Se, no caso das adolescentes, a qualidade da atenção pode ser justificada pela sua condição de vulnerabilidade, no caso das mulheres com maior grau de escolaridade, possivelmente, relaciona-se à reivindicação de suas necessidades, que, também,

exige da equipe de saúde atenção mais individualizada. Ou seja, constituíram parturientes que exigiram melhor desempenho da equipe de saúde.

Outra informação relevante referiu-se à associação observada entre antecedentes reprodutivos e tipo de parto. As primíparas e as multíparas sem antecedentes de partos cesáreos compuseram, com maior frequência, o grupo de mulheres submetidas ao parto vaginal. Basicamente, estas informações apontam para a importância da decisão do tipo de parto baseado nos antecedentes obstétricos e a cesárea prévia como fator de risco para nova cesárea.

Se, por um lado, a existência de um sistema formalizado de referência hospitalar ao parto no município constitui um importante elemento organizador da assistência e indica avanço na qualidade da atenção devido à garantia da vaga hospitalar, pode traduzir uma situação de iniquidade determinada por fatores contextuais (normativas institucionais e políticas), à medida que nega à parturiente dois direitos: o de escolher o local e o médico que a assistirá no parto.

Assinalam-se três características que compõem o perfil da parturiente que se beneficiou de atenção mais qualificada ao parto SUS, no município de Maringá: ter menos de 19 anos, segundo grau completo e não ter antecedentes de parto cesáreo.

Os possíveis fatores predisponentes a iniquidades no cuidado ao parto foram: ser gestante idosa (35 anos ou mais), ter antecedentes de abortamento e parto cesáreo, ser multigesta e ter baixa escolaridade.

Tomando-se por base a premissa de que os dois hospitais apresentaram população com características semelhantes, sugere-se que as práticas assistenciais foram os fatores determinantes para a qualidade da atenção, ou seja, o profissional de saúde tem grande poder para definir as práticas de atenção e, principalmente, o tipo de parto. Portanto, é necessário investir na sensibilização e capacitação permanente da equipe de saúde para implantação das práticas de humanização recomendadas pela OMS. Assinala-se a importância da prática educativa realizada desde o pré-natal, que pode conferir maior grau de autonomia à parturiente e a reivindicação de seus direitos sexuais e reprodutivos no parto e nascimento.

Cabe ressaltar as reflexões de alguns autores, que descrevem a necessidade de considerar as diferenças culturais, as emoções, os desejos distintos das mulheres na assistência, ou seja, sua subjetividade, sob pena de que as medidas humanizadoras resultem em meros procedimentos técnicos isolados, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater. As rotinas, quando flexibilizadas, podem garantir o que talvez seja a grande contribuição do ideário da humanização do parto no campo da saúde reprodutiva, a saber, o respeito aos direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e o direito à diferença (Hotimsky e Alvarenga, 2002; Tornquist, 2003; Deslandes, 2005; Dias e Domingues, 2005).

Aponta-se, como limite do estudo, a não inclusão da variável raça como categoria analítica. Considerando a importância desta variável nos estudos sobre gênero e equidade e as dificuldades encontradas pela pesquisadora para obter dados confiáveis relacionados à classificação racial das mulheres atendidas nos dois hospitais, atribuídos aos seus vieses de categorização, colocam-se algumas tarefas e desafios para pesquisas futuras sobre o tema no município.

Ao admitir-se o caráter polissêmico do termo raça, é necessário, inicialmente, discutir seu conceito, a importância da classificação ser autodeclarada (Brasil, 2005) e a sensibilização de gestores e técnicos para a coleta da informação nos serviços de saúde, para incluí-la no cadastro das instituições. Recomenda-se, assim, a realização de estudos que abordem o tema raça e equidade em saúde no município de Maringá, a incorporação da equidade na avaliação de programas de saúde, e sugere-se a utilização de métodos de análise multivariada, de maneira a integrar e hierarquizar os efeitos das distintas variáveis sócio-econômicas, demográficas e reprodutivas como condicionantes das iniquidades em saúde.

Referências

Almeida CM, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health reform in Brazil: a study on inequity. *Int J Health Serv* 2000; 30(1):129-62.

Almeida MCC, Aquino EML, Barros AP. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7): 1397- 409.

Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades. Núcleo de pesquisa em saúde materno-infantil da Universidade Federal do Maranhão. São Luís: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2000.104p.

Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Brasil.Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Projeto minha gente. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal nº8069 de 13 de junho de 1990. Brasília: Ministério da Saúde;1991.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2005. 446p.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Secretaria Técnica. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. *Radis* 2006a; 45(5):25.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema nacional de informação de nascidos vivos. Nascidos vivos no município de Maringá-Paraná segundo escolaridade materna: 2003, 2004, 2005 [on-line] 2006b [acesso em 26 mar. 2006]; Disponível em: www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm

Bruschini C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil, 1985/95). In: Rocha MIB, org. Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios. Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG. São Paulo: Editora 34; 2000. p. 13-58.

Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Pinto JL, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22 (3): 175-9.

Cunha AA, Portela MC, Amed AM, Camano L. Modelo preditivo para cesariana com fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24(1): 21-8.

Deslandes S. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 615-26.

Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12): 2647-55.

Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 669-705.

Diniz SG, Chacham AS. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006; 1(1): 80-91.

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1): 52-62.

D'Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no município do Rio de Janeiro [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. New York: Oxford University Press; 2005. 279p.

Freitas PF. The epidemic of cesarean sections in Brazil, factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil [Tese-Doutorado]. London School of Hygiene and Tropical Medicine;1999.

Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana entre primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saude Publica 2005; 39(5): 761-7.

Goldman RE, Barros SMO. Análise da assistência ao trabalho de parto e parto realizado por enfermeiras obstetras. Acta Paul Enfermagem 1998; 11:21-9.

Gonçalves MB. Prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida entre crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá entre 01/07/99 a 30/06/2000. Relatório final de projeto de pesquisa. Hospital Universitário de Maringá:Universidade Estadual de Maringá; 2002. 11p.

Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad Saude Publica 2001; 17(4): 1025-9.

Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-12.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2005. 69p.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? Revista Estudos Feministas 2002; 10: 461-81.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de população e indicadores sociais. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Número 8. Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev Saude Publica 2005; 39(1): 100-7.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de auditoria, controle e avaliação – GACA. Normas para assistência às gestantes de alto risco. Maringá: SMS; 2004.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de planejamento. Plano municipal de saúde 2006-2007. Maringá: SMS; 2006.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Epidemiologia. Nascidos vivos – março/2005 a fevereiro/2006. Frequência segundo mês e local do nascimento. Maringá: SMS; 2007.

Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(10): 571-4.

McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica 2006; 22(7): 1483-91.

Moraes AS, Souza IMP. Efeito dose resposta de fatores de risco para a doença isquêmica do coração. Rev Saude Publica 1996; 30(5): 471-8.

Oliveira VM. Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

Organização Mundial da Saúde. Saúde materna e neonatal/Unidade de maternidade segura /Saúde reprodutiva e da família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. 53p.

Pires HMB. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectivo em Campinas, Brasil [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Rugolo LMSS, Bottino J, Scudeler SRM, Bentlin, MR, Trindade CEP, Perosa GB, et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. Rev Bras Saúde Matern Infant 2004; 4(4): 423-33.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2002; 18: 203-11.

Serafim D. Mortalidade neonatal em Maringá-Paraná, 1997-2000 [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. *Health and social organization*. London: Routledge; 1996. p.71-93.

Tase TH. Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestação de alto risco [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2): 419-27.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saude Publica* 1997; 13(2): 325-30.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2): 190-8.

Travassos C, Oliveira, EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86.

Zampieri MFM. O processo educativo: interpretando o som da humanização. In: Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemann OM. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura; 2001. p.101-07.



ARTIGO 3

***Humanização no parto e nascimento:
avaliação da assistência ao parto SUS em município
da região Sul do Brasil***

**Humanização no parto e nascimento:
avaliação da assistência ao parto SUS em município da região Sul do Brasil**

*Delivery and birth humanization: An evaluation of delivery care provided by the
Public Health System in a city of Southern Brazil*

Elizabeth Eriko Ishida Nagahama; Silvia Maria Santiago

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá-Paraná, com enfoque na humanização do cuidado. Tratou-se de estudo avaliativo, formativo, com desenho transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas com 569 puérperas atendidas nos dois hospitais, no período de 01/03/2005 a 28/02/2006. Sete indicadores de processo, quatro relacionados ao trabalho de parto e três ao parto, qualificaram a assistência nos níveis excelente, bom, regular e insatisfatório. Considerou-se a taxa de cesárea como indicador de resultado. Na classificação geral, 52,7% das mulheres tiveram atendimento considerado regular, 28,9% boa, 17,4% insatisfatória e 1,0% excelente. Na média geral de escores, o hospital 1 apresentou média superior (7,2) ao do segundo (6,7). Ambos obtiveram desempenho classificado como regular e resultado da assistência insatisfatório, determinado pelas altas taxa de parto cesáreo. A qualidade da assistência foi deficitária em alguns aspectos, revelados nas particularidades de cada hospital. Contudo, os hospitais apresentam grande potencial para melhoria na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; Parto humanizado; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Abstract

This study aimed to evaluate the quality of delivery care in two referenced hospitals to attend deliveries provisioned by SUS (Brazilian Public Health System) in the city of Maringa, state of Parana, Brazil, particularly focusing on humanized care. An evaluative and formative study was developed transversally, based on hospital registers and on 569 interviews with puerperal women attended in both hospitals from March 1st, 2005 to February 28th, 2006. Seven process indicators, four regarding labor and three regarding delivery, qualified the assistance at the following levels: excellent, good, regular and unsatisfactory. The cesarean rate was taken into consideration as a result indicator. The general classification pointed 52.7% of women receiving regular assistance, 28.9% receiving good assistance, 17.4% unsatisfactory, and 1.0% was regarded excellent. In the general average scores, the first hospital presented a higher average (7.2) in relation to the second (6.7). The performances of both were regarded regular and assistance results, unsatisfactory, due to high rates of cesarean section. The quality of assistance was found scarce in some aspects, revealed in the particularities of each hospital. Nevertheless, both hospitals presented high potential to improve the quality of their assistance.

Keywords: Maternal and child health; Humanizing delivery; Quality indicators in health care.

1- Introdução

O parto constitui-se em um dos momentos mais importantes no ciclo gravídico-puerperal e, historicamente, está relacionado à elevada mortalidade materna e perinatal. No Brasil, morrem anualmente mais de duas mil mulheres e mais de trinta e oito mil recém-nascidos por complicações da gravidez, do aborto, do parto ou no pós-parto. Quase todas essas mortes poderiam ser evitadas se os direitos das mulheres e recém-nascidos fossem garantidos, mediante a melhoria na qualidade dos serviços de saúde na assistência obstétrica e neonatal (Brasil, 2004).

Na maioria dos estados e municípios brasileiros, a atenção recebida pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal é desarticulada e parcial, sendo que o aumento da cobertura pré-natal, a institucionalização do parto e a incorporação de avanços tecnológicos não foram suficientes para reduzir a mortalidade materna (Tanaka, 1995; Serruya, 2003; Leocádio, 2003). No Brasil, apesar de 96,5% dos nascimentos ocorrerem em hospitais, cerca de 40% das mortes maternas estão relacionadas às práticas inadequadas de atendimento ao parto (Victora, 2001).

Alves e Silva (2000) complementam que, no ciclo gravídico-puerperal, o maior ponto de estrangulamento da assistência constituiu o trabalho de parto e o parto, nos quais a desumanização da assistência, a violência e a falta de acompanhamento podem culminar com a morte materna e/ou do neonato.

Sendo assim, uma das principais intervenções para reduzir a mortalidade materna constitui a melhora qualitativa e a presença das práticas humanizadoras na atenção ao parto.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou as recomendações para a assistência ao parto, por meio de um guia prático que objetivou servir de referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1996). No ano de 2000, o Ministério da Saúde, ante a constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e

Nascimento – PHPN. No contexto da assistência integral à Saúde da Mulher, o PHPN apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, com o princípio fundamental de humanizar a assistência obstétrica (Brasil, 2001).

Desde o ano de 2002, o gestor municipal de Maringá tem seguido as diretrizes do PHPN e, em 2004, estabeleceu o fluxo de referência e contra-referência na atenção pré-natal e parto às gestantes de baixo e alto risco em parceria com dois hospitais, sendo um deles público e o outro geral, beneficente, sem fins lucrativos, vinculado ao SUS. Contudo, mesmo com estes avanços, questiona-se a qualidade da assistência prestada ao parto, já que a alta taxa de cesáreas no município traduz um modelo assistencial excessivamente intervencionista.

Outra informação instigante refere-se às conclusões obtidas na tese de Serafim (2002) que, analisando a mortalidade neonatal entre crianças residentes e nascidas em Maringá no período de 1997 a 2000, observou que as mães que se internaram para o parto pelo SUS apresentavam risco aumentado de seus filhos morrerem no período neonatal, o que permitiu inferir que essas mães são de camadas sociais carentes e apresentavam maiores riscos e dificuldades no atendimento ao parto.

Sendo assim, no contexto do estudo avaliativo sobre qualidade da assistência ao parto em dois hospitais no município de Maringá-Paraná, propõe-se avaliar a qualidade da atenção, tendo a humanização do cuidado como parâmetro de qualidade. Este parâmetro preconiza que deve ser evitado o uso abusivo de intervenções e tecnologias e utilizar-se das evidências científicas como norteadora das condutas (OMS, 1996).

2- Material e Método

Trata-se de estudo avaliativo, formativo, com desenho transversal, constituído por puérperas que tiveram o parto vaginal ou cesáreo nos dois hospitais de referência para parto SUS no município de Maringá, no período de 01/03/2005 a 28/02/2006. Os dois hospitais – um deles de caráter público e o outro geral, beneficente, sem fins lucrativos –, respondem, em média, a 40% dos partos realizados no município e a mais de 90% dos partos SUS (Maringá, 2007).

A amostra, representativa das mulheres que pariram nessas maternidades no período do estudo e estratificada por tipo de parto e hospital, foi composta por 569 mulheres, sendo 259 no hospital 1 (136 partos cesáreos e 123 partos vaginais) e 310 no hospital 2 (160 partos cesáreos e 150 partos vaginais), constituindo um erro de estimação de 5% e um grau de confiabilidade de 95%.

No transcorrer do trabalho de campo, 37 mulheres sorteadas como sujeitos de pesquisa não foram entrevistadas pelos seguintes motivos: ocorrência do parto fora do ambiente hospitalar (2), ocorrência de óbito fetal (3), recusa em participar da pesquisa (9) e puérpera menor de 18 anos sem acompanhante que autorizasse a realização da entrevista (23).

Cinco entrevistadoras compilaram os dados referentes à caracterização demográfico-social e obstétrica em prontuário hospitalar e aplicaram questionário, contendo questões abertas, semi-abertas e fechadas, no alojamento conjunto de cada hospital, entre o primeiro e terceiro dia de puerpério, após leitura e assinatura do termo de consentimento.

A pesquisadora realizou a supervisão do trabalho de campo, revisou os formulários e digitou os dados no software SAS. A análise exploratória foi realizada no software Excel e Sphinx. Para análise dos resultados, as associações entre duas variáveis foram feitas pelo teste Qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Para comparação de médias, utilizou-se o teste *T de Student*. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o sigilo das informações foi seguido para a realização do estudo.

Indicadores de processo/ resultado e critérios de qualidade

Foram utilizados sete indicadores do processo da qualidade na assistência ao parto humanizado, sendo quatro relacionados ao trabalho de parto e três ao parto. A seleção destes indicadores foi baseada na Categoria A das Recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada no parto e nascimento, que enumera vinte e duas práticas classificadas como claramente úteis e que devem ser encorajadas na atenção obstétrica (OMS, 1996). Os indicadores relacionados ao trabalho de parto foram: fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem, presença do acompanhante, uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor e

oferecimento de líquidos por via oral. A presença do acompanhante no parto, o fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem e o contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto qualificaram o atendimento na sala de parto.

Para estabelecer os critérios de qualidade na assistência ao parto, utilizou-se escala de escores, com variação de 0 a 4 pontos, segundo a adequação na realização de cada indicador de processo da qualidade. Para o indicador três, o escore total foi determinado pela soma dos escores de cada item (quadro 1).

Quadro 1- Indicadores do processo da qualidade na assistência ao parto humanizado e respectivos escores

INDICADOR	ESCORES
1. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no trabalho de parto	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
2. Presença do acompanhante no trabalho de parto	Mais da metade do tempo do trabalho de parto: 2 Metade do tempo do trabalho de parto ou menos: 1 Não: 0
3. Uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, música e exercícios de respiração	Uso de quatro métodos: 4 Uso de três métodos: 3 Uso de dois métodos: 2 Uso de um dos métodos: 1 Nenhum método: 0
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto	Sim: 2 Não: 0
5. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no parto	Sim: 2 Em parte: 1 Não: 0
6. Presença do acompanhante no parto	Sim: 2 Não: 0
7. Contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto	Contato pele a pele entre mãe e filho por trinta minutos ou mais: 2 Contato pele a pele entre mãe e filho menor que trinta minutos: 1 Apresentação/não apresentação: 0

Para analisar a qualidade da assistência em cada hospital, foram considerados todos os escores e calculada a somatória obtida individualmente em cada item, que variou de um escore mínimo de zero até um escore máximo possível de dezesseis. Sendo assim, determinaram-se quatro níveis de qualidade, conforme as escalas somadas de classificação (quadro 2).

Quadro 2- Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto segundo escalas somadas de classificação

Escalas somadas de classificação	Avaliação da qualidade
0 a 4	Insatisfatória
5 a 8	Regular
9 a 12	Boa
13 a 16	Excelente

Considerou-se a taxa de cesárea como indicador de resultado da assistência, mensurada pelo registro de número de nascidos vivos segundo tipo de parto e hospital, obtidos nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de crianças nascidas nos dois hospitais, no período do estudo. Adotou-se como parâmetro o percentual máximo de 35% de cesarianas, estabelecido para o Estado do Paraná no ano de 2000 (Brasil, 2000).

3- Resultados e discussão

3.1- Características sócio-demográficas e obstétricas

As mulheres entrevistadas tinham a média de 25 anos (desvio-padrão de 6,4), variando de 12 a 46 anos. Nas faixas etárias extremas do período reprodutivo, encontravam-se 24,3% adolescentes e 6,7% com idade superior a 35 anos. Grande parte das mulheres (74,8%) convivia com parceiro, por ser unida por casamento ou consensualmente; 23,7% eram solteiras, 1,1% divorciadas/desquitadas e 0,4% viúvas. Quanto à escolaridade, mais da metade das mulheres (65,9%) cursou o segundo grau completo, 28,8% frequentou, pelo menos, o primeiro grau e 3,5% destas não o completaram. Apenas 4,4% das mulheres estudaram até o nível superior e 0,9% foram classificadas como sendo analfabetas.

Na distribuição das mulheres quanto à procedência, verificou-se que grande parte (76,4%) residia no município de Maringá.

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, 62,9% das mulheres não exerciam atividade econômica e 37,1% exerciam atividade remunerada. Grande parte das mulheres que não exercia atividade remunerada era dona de casa (58,5%) e 4,4% eram estudantes. As principais atividades econômicas desempenhadas eram de empregada doméstica (8,8%), costureira (4,2%), balconista (2,6%) e auxiliar de produção (2,5%).

Em relação à história reprodutiva, 39,9% das mulheres eram primigestas e 60,1% multigestas, sendo 46,4% com um filho vivo; 31,3% dois e 22,3% tinham três ou mais filhos vivos. Registrou-se o percentual de 24,0% de mulheres com antecedentes de duas cesáreas ou mais. Como resultado da gestação, encontrou-se 16,3% de abortamentos.

3.2- Características do atendimento hospitalar no trabalho de parto e parto

Conforme registra a tabela 1, a maioria das mulheres (81,5%) teve o parto a termo, 16,7% corresponderam à condição de pré-termo e 1,8% foram classificadas como pós-termo. A época da ocorrência do parto variou de 25 a 42 semanas, com a média de 39,1 semanas de gestação (desvio-padrão de 1,08).

Apontou-se a associação entre procedência e gestação pré-termo ($p < 0,001$), que foi superior para mulheres procedentes de outros municípios e, portanto, ocorreu com maior frequência no hospital 1. Este hospital oferece unidade de terapia intensiva neonatal desde o ano de 1997, constitui referência regional para gestação e parto de alto risco e mantém percentual de partos pré-termos em torno de 23% desde o ano de 2003 (Brasil, 2006).

Para os dois hospitais, obteve-se uma amostra de 48% de partos vaginais e 52% de partos cesáreos, sem diferença estatisticamente significativa ($p: 0,8$).

Quanto ao horário de ocorrência dos partos, 33,6% ocorreram entre 19-01 hora, 27% entre 13-19 horas, 25% entre 07-13 horas e 14,4% entre 01-07 horas. Observou-se, nos dois hospitais, associação entre a hora de ocorrência e tipo de parto ($p < 0,001$). Registrou-se que o parto vaginal ocorreu com maior frequência no período noturno,

sobretudo no turno compreendido entre 01:00-07:00 horas e, especificamente no hospital 1, o parto cesáreo foi realizado com maior frequência no turno das 07:00-13:00 horas.

Estes são achados semelhantes aos obtidos por D'Orsi (2003) em pesquisa realizada em maternidade pública e conveniada ao SUS no Rio de Janeiro. A autora observou que a ocorrência do parto no horário diurno do plantão (entre 09:00 e 15:00 h) e início da noite associou-se à maior chance de realização de cesárea, quando comparados ao período da madrugada. Em relação a este fato, concorda-se com as idéias de Freitas (1999) e Dias (2001), ao explicarem que, em princípio, não existe nenhuma justificativa técnica para esta situação e sugerem que a conveniência da equipe de plantão seja um dos fatores que influencia o tipo de parto.

Tabela 1- Características do atendimento hospitalar no trabalho de parto e parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade Gestacional						
Menos de 37 semanas	62	23,9	33	10,7	95	16,7
De 37 a 42 semanas incompletas	193	74,5	271	87,4	464	81,5
42 semanas e mais	04	1,6	06	1,9	10	1,8
Tipo de Parto						
Vaginal sem fórcepe	120	46,3	150	48,4	270	47,5
Vaginal com fórcepe	3	1,2	-	-	3	0,5
Cesárea	136	52,5	160	51,6	296	52,0
Hora de Ocorrência Parto						
01 – 07 horas	37	14,3	45	14,6	82	14,4
07 – 13 horas	60	23,2	82	26,5	142	25,0
13 – 19 horas	72	27,8	82	26,5	154	27,0
19 – 01 hora	90	34,7	101	32,6	191	33,6
Local Assistência no Trabalho de Parto						
Pronto socorro	149	57,5	4	1,3	153	26,9
Enfermaria	109	42,1	306	98,7	415	72,9
Ambulatório	1	0,4	-	-	1	0,2
Local Realização do Parto						
Pronto socorro	2	0,8	-	-	2	0,4
Enfermaria	5	1,9	5	1,6	10	1,8
Centro cirúrgico	252	97,3	305	98,4	557	97,8
Apgar Quinto Minuto						
4-6	1	0,4	2	0,6	3	0,5
7-10	258	99,6	308	99,4	566	99,5
Total	259	45,5	310	55,5	569	100,0

A falta de vagas para internação na maternidade foi evidenciada no hospital 1, visto que se registrou que 57,5% das parturientes permaneceram na unidade de pronto socorro no trabalho de parto e uma delas no ambulatório de especialidades. Estes dados contrastam com os obtidos no hospital 2, pois 98,7% das mulheres foram assistidas na enfermaria.

Quanto ao local de realização dos partos, 557 (97,8%) partos foram realizados no centro cirúrgico, 10 (1,8%) na enfermaria, e dois (0,4%) no pronto socorro. Os partos realizados no pronto socorro ocorreram no hospital 1. Quanto aos partos no leito, cinco ocorreram no hospital 1 e cinco no hospital 2.

O boletim de Apgar constitui uma escala de avaliação das condições do recém-nascido ao nascer, indica os procedimentos necessários nos primeiros minutos de vida, e o Apgar no quinto minuto denota a real gravidade do estado de saúde do recém-nascido (Guillaumon e Segre, 2002). Em ambos os hospitais, este boletim é adotado como rotina pelos profissionais de saúde que prestam os cuidados imediatos ao recém-nascido em sala de parto. A grande maioria dos recém-nascidos (99,5%) obteve escore de Apgar entre 7 a 10 no quinto minuto de vida. Apesar de o hospital 1 apresentar número maior de nascimentos pré-termo e ser referência para partos de alto risco, as condições de vitalidade do recém-nascido não foram diferentes dos registrados no hospital 2 ($p: 0,6$). Estes dados apontam para a realização oportuna do atendimento neonatal de qualidade.

3.3- Indicadores de processo da qualidade da assistência ao parto

A OMS recomenda que, na assistência ao parto, uma das tarefas do profissional é dar à mulher todas as informações e explicações que esta deseje e necessite (OMS, 1996), no sentido de estimular o *empowerment* ou empoderamento da mulher “dar poder a, ativar a potencialidade criativa, desenvolver a potencialidade criativa do sujeito e dinamizar a potencialidade do sujeito” (Freire e Schor, 1986).

Verifica-se, na tabela 2, que mais da metade das mulheres (66,6%) referiu ter recebido as informações desejadas no trabalho de parto, 30,8% manifestaram insatisfação com as informações recebidas e 2,6% estavam parcialmente satisfeitas.

Estes dados são discordantes dos achados por Domingues (2002) em maternidade no Rio de Janeiro. A autora referiu que apenas 23% das mulheres sentiam-se completamente informadas sobre o que acontecia no trabalho de parto, 43% não se consideravam informadas e 35% sentiam-se parcialmente informadas.

Tabela 2- Desempenho segundo indicadores da qualidade em dois hospitais vinculados ao SUS na atenção no trabalho de parto e parto. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trabalho de Parto						
1. Recebeu informações						
Sim	156	60,2	223	71,9	379	66,6
Não	98	37,8	77	24,9	175	30,8
Em parte	5	1,9	10	3,2	15	2,6
2. Presença acompanhante						
Mais da metade do tempo	164	63,3	115	37,1	279	49,0
Metade do tempo/ menos	38	14,7	14	4,5	52	9,0
Não ficou	57	22,0	181	58,4	238	42,0
3. Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor						
Massagem	73	28,2	46	14,8	119	20,9
Banho	126	48,6	148	47,7	274	48,2
Música	2	0,8	7	2,3	9	1,6
Respiração	136	52,5	138	44,5	274	48,2
4. Líquidos via oral						
Sim	130	50,2	137	44,2	267	46,9
Não	129	49,8	173	55,8	302	53,1
Parto						
5. Recebeu informações						
Sim	152	58,7	239	77,1	391	68,7
Não	97	37,4	60	19,4	157	27,6
Em parte	10	3,9	11	3,5	21	3,7
6. Presença acompanhante						
Sim	7	2,7	1	0,3	8	1,4
Não	252	97,3	309	99,7	561	98,6
7. Contato pele a pele entre mãe e filho						
Trinta minutos ou mais	39	15,1	1	0,3	40	7,0
Menos que trinta minutos	177	68,3	283	91,3	460	80,8
Não	43	16,6	26	8,4	69	12,2
Total	259	45,5	310	55,5	569	100,0

Na assistência em sala de parto, 77,1% das mulheres do hospital 2 receberam as informações desejadas, enquanto que, no hospital 1, registrou-se o percentual de 58,7%. Nestes dois indicadores, o hospital 2 apresentou desempenho melhor, evidenciado na tabela 3. Observou-se, também, que os dois indicadores foram os que apresentaram melhor desempenho na média geral de pontuações para os dois hospitais.

A garantia do direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto integra uma das ações preconizadas pelo MS no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004). A presença do acompanhante, escolhido pela parturiente em maternidades vinculadas ao SUS (indicadores 2 e 6), constitui direito reprodutivo da mulher, reconhecido, por lei, no Estado do Paraná (Paraná, 2002) e, em 2005, por lei Federal (Brasil, 2005).

Nos dois hospitais, foi permitida a presença do acompanhante no trabalho de parto para pouco mais da metade das mulheres (58%). Contudo, ao observar este indicador em cada uma das maternidades, registra-se que este percentual foi superior no hospital 1 (78%), em contraste com o segundo (41,6%). Nota-se, ainda, diferencial no tempo de permanência do acompanhante nos dois hospitais: no hospital 1, os acompanhantes permaneceram por mais tempo durante o trabalho de parto, indicando, provavelmente, que esta prática mostra-se mais consolidada que na outra maternidade. Isto pode ser atribuído, entre outros, à institucionalização de comissão multiprofissional desde o ano de 2002, que objetivou promover a humanização da assistência obstétrica. Suas atividades iniciais priorizaram a realização de workshops para sensibilização e capacitação da equipe de saúde na prática do parto humanizado recomendado pela OMS, mudanças estruturais, no protocolo de atendimento e a garantia da permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e no parto. Por outro lado, o hospital 2 iniciou mudanças na rotina relativa à permissão do acompanhante no trabalho de parto a partir do mês de junho/2005.

Registrou-se que os acompanhantes das parturientes procedentes de outros municípios permaneceram por menos tempo no trabalho de parto. Entre os sete indicadores, este foi o único que apresentou associação com a procedência da parturiente (p: 0,005). A característica de referência de alto risco no hospital 1 também justifica a maior necessidade de suporte emocional tanto por parte da equipe de saúde como dos familiares, justamente por essas mulheres apresentarem gestações de risco.

Se, no trabalho de parto, a presença do acompanhante constitui prática que está sendo estimulada, verifica-se que, no parto, esta recomendação não foi implantada. Apenas oito (1,4%) parturientes tiveram a presença do acompanhante na sala de parto e, nos dois hospitais, registraram-se percentuais muito baixos: no hospital 1 foi de 2,7% e, no outro, de 0,3%. Este indicador foi o que apresentou menor média de escores, ou seja, pior desempenho na avaliação global dos indicadores para os dois hospitais (tabela 3).

Na revisão da literatura sobre o tema do acompanhante no trabalho de parto e no parto em maternidades públicas brasileiras, encontrou-se situação semelhante aos achados desta pesquisa, o que denota que a prática não foi efetivamente implantada na maioria das maternidades (Domingues, 2002; Boaretto, 2003).

Tabela 3- Desempenho na atenção no trabalho de parto e parto segundo média de escore por indicador da qualidade em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Indicador	Hospital 1		Hospital 2		P
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
1 Informações no trabalho de parto	1,22	0,97	1,47	0,87	0,001
2 Acompanhante no trabalho de parto	1,41	0,83	0,79	0,96	0,000
3 Uso de métodos não-farmacológicos	1,30	1,06	1,09	1,03	0,015
4 Líquidos via oral no trabalho de parto	1,00	1,00	0,88	0,99	0,154
5 Informações no parto	1,21	0,96	1,58	0,80	0,000
6 Acompanhante na sala de parto	0,05	0,32	0,00	0,11	0,016
7 Contato pele a pele em sala de parto	0,98	0,56	0,92	0,28	0,075

O uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, como massagens, banho de chuveiro, música e exercícios respiratórios (indicador 3) são práticas amplamente recomendadas, por auxiliarem a parturiente a suportar a dor, apresentarem alto grau de segurança e simplicidade na sua utilização.

Para alívio da dor no trabalho de parto, registrou-se que 383 (67,3%) mulheres receberam um dos quatro métodos não-farmacológicos citados anteriormente. Os mais utilizados, nos dois hospitais, foram o banho de chuveiro e os exercícios respiratórios (48,2%). A massagem foi pouco utilizada (20,9%), bem como a musicoterapia (1,6%). Os dados são concordantes com os obtidos por Boaretto (2003), no qual 15% das mulheres atendidas em maternidade no Rio de Janeiro receberam a massagem e 23% foram estimuladas a utilizar o banho morno de chuveiro para relaxamento.

Na avaliação comparativa da média de escores para este indicador, o hospital 1 apresentou desempenho melhor que o 2 (tabela 3).

O trabalho de parto requer enormes quantidades de energia e, por isto, o oferecimento de líquidos via oral constitui prática recomendada neste período. Na avaliação deste indicador, registrou-se que 46,9% das mulheres receberam líquidos no trabalho de parto e 53,1% não o receberam. Na avaliação comparativa entre os hospitais (tabela 3), ambos apresentam médias de escore semelhantes neste item e, portanto, a assistência foi semelhante neste quesito.

Apesar das evidências científicas revelarem a prática prejudicial de restrição de alimentos sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto, autores confirmam que a prática continua sendo utilizada em alguns hospitais (D'Orsi, 2003; Boaretto, 2003).

O indicador 7 – contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto – representa a implantação do passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o qual preconiza que o recém-nascido deve estar em contato pele a pele com sua mãe na sala de parto durante pelo menos trinta minutos. Assim, tanto o primeiro contato pele a pele e a oportunidade de sugar na primeira hora logo após o nascimento são importantes. A sucção nutritiva neste período de tempo é importante, mas não essencial, sendo relevante a troca de sensações táteis, calor, odor e, especialmente, amor.

Conforme se observa na tabela 2, estabeleceu-se, para a maioria dos recém-nascidos (87,8%), o contato pele a pele em sala de parto. Este percentual foi superior ao encontrado por Corrêa (2004) em dois hospitais que receberam o certificado de IHAC no

município de Santos (58%). Contudo, quando observado o tempo de contato, registrou-se que apenas 40 (7%) crianças tiveram contato pele a pele que perdurou por trinta minutos ou mais. Apesar de o hospital 1 apresentar o percentual de contato pele a pele por trinta minutos ou mais superior ao 2, os hospitais apresentam médias de escore semelhantes neste item e considera-se que a assistência foi semelhante para este indicador (tabela 3).

Os dois últimos indicadores (6 e 7) foram os que apresentaram pior desempenho nos dois hospitais.

3.4- Desempenho dos dois hospitais segundo classificação da qualidade da assistência e média de escore de qualidade

Objetivando qualificar a assistência ao parto nos dois hospitais, foram determinados níveis de qualidade por meio da somatória da pontuação atingida por cada um dos hospitais em relação a cada indicador. A tabela 4 classifica a qualidade da assistência hospitalar ao parto em quatro níveis: excelente, boa, regular e insatisfatória. Observa-se que, na classificação geral, 52,7% das mulheres atendidas tiveram atendimento considerado regular, 28,9% boa, 17,4% insatisfatória e 1,0% excelente. O atendimento qualificado como insatisfatório foi semelhante nos dois hospitais (17,8% e 17,1%).

Tabela 4- Desempenho segundo classificação da qualidade da assistência ao parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Classificação da qualidade da assistência ao parto	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Excelente	5	1,9	1	0,3	6	1,0
Boa	84	32,4	80	25,8	164	28,9
Regular	124	47,9	176	56,8	300	52,7
Insatisfatória	46	17,8	53	17,1	99	17,4
Total	259	45,5	310	55,5	569	100,0

Ao comparar-se a média de escore de qualidade obtida nos dois hospitais, verificou-se que a média no primeiro, (7,2; desvio-padrão de 2,77) foi superior ao do segundo (6,7; desvio-padrão de 2,48), com diferença estatisticamente significativa (p: 0,03). Contudo, na classificação geral, os dois hospitais obtiveram o mesmo nível de qualidade, ou seja, atendimento qualificado como regular.

Este achado é concordante com o obtido por Boaretto (2003), que avaliou a qualidade dos serviços de assistência ao parto SUS em maternidades do município do Rio de Janeiro. A autora observou desempenho semelhante, sem variações importantes, na implementação da política de humanização entre instituições de diferentes naturezas jurídicas (maternidades públicas ou vinculadas ao SUS), evidenciando uma política mais ou menos homogênea entre as mesmas.

3.5- Indicador de Resultado: Taxa de cesariana

A cesariana constitui procedimento cirúrgico que tem enorme potencial de preservar a vida e a saúde. Contudo, o debate sobre o parto cirúrgico, como tecnologia para o nascimento, tem sido exaustivo nos meios científicos e na sociedade em geral e o impacto da epidemia de cesarianas na humanidade é desconhecido (Brasil, 2006).

As evidências científicas que comprovam os benefícios do parto vaginal sobre o parto cesáreo são indiscutíveis, descritas de forma ampla na literatura (National Institute for Clinical Excellence – NICE, 2004; Coalition For Improving Maternity Services – CIMS, 2006; Macdorman et al., 2006).

Freitas et al. (2005) retratam a alta taxa de cesariana como um problema de saúde pública que ultrapassa a fronteira das questões meramente clínicas. Especialmente na região Sul do Brasil, os autores ressaltam que as altas taxas de cesariana e o perfil das desigualdades sociais a ela relacionadas apontam para uma cultura de uso abusivo de tecnologia médica na atenção ao parto. Estudos conduzidos no município de Maringá também assinalam a inadequação na atenção e a existência de distorção na assistência ao parto (Souza, 1992; Silva, 1997; Serafim, 2002).

No Brasil, a proporção de cesáreas é consistentemente mais elevada nos hospitais privados do que nos públicos (Hopkins, 2000), situação que se repete no município de Maringá, que exhibe taxas de cesarianas superiores a 90% nos últimos três anos (Brasil, 2006).

No período de 01/03/2005 a 28/02/2006, nasceram 2290 crianças vivas nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá. Dentre estas, 744 (32,5%) ocorreram no hospital 1 e 1546 (67,5%) no hospital 2. A taxa de cesáreas registrada neste período foi de 51% no primeiro hospital e de 52% no segundo, ou seja, o triplo da recomendada pela OMS para cesarianas realizadas por indicações estritamente médicas (WHO, 1985) e distante da estabelecida – 35%, para o Estado do Paraná (Brasil, 2000).

Inferre-se que estas altas taxas de cesariana nos dois hospitais era prevista, já que as taxas do município nos últimos anos expressam uma prática intervencionista mais arraigada nos serviços de saúde, sendo o sucesso na redução de cesáreas, de certa forma, limitada para esta população. Contudo, este não deve ser motivo de conformismo para os profissionais de saúde, mas de desapontamento, já que estas taxas abusivas devem ser consideradas uma tragédia na assistência ao parto, com resultados bem diferentes aos dos países do primeiro mundo, que exibem taxas de cesárea inferiores a 20%, a exemplo da França (12%), Holanda e Reino Unido (10%) e Japão (8%). Uma observação relevante refere-se à taxa de cesárea obtida no hospital 1, que não foi superior ao do segundo hospital, mesmo sendo serviço de referência para gestação de alto risco.

É importante ressaltar que se observou a associação entre tipo de parto e qualidade da atenção ($p < 0,001$). Registrou-se frequência superior de ocorrência de partos vaginais entre os atendimentos categorizados como bom e excelente. Outra informação relevante refere-se à média de escore de qualidade registrada para as mulheres submetidas ao parto vaginal e cesáreo. Verificou-se que a média de pontuação das mulheres que evoluíram para o parto vaginal foi superior (7,5; desvio-padrão de 2,77) às mulheres que foram submetidas ao parto cesáreo (6,3; desvio-padrão de 2,36), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Estes dados confirmam o que a literatura científica

registra consensualmente (OMS, 1996), que o atendimento humanizado qualifica a assistência, contribui para que a evolução do parto ocorra de maneira fisiológica e favorável, o que culmina com a evolução para o parto vaginal.

4- Considerações Finais

Esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS no município de Maringá-Paraná, com enfoque na humanização do cuidado.

Os resultados indicaram que, na média geral de escores, os dois hospitais obtiveram desempenho classificado como regular e, portanto, a assistência hospitalar ao parto SUS em Maringá, para o período do estudo, foi considerada regular. Como a alta taxa de cesárea traduz o uso abusivo de tecnologia para o nascimento, infere-se que o resultado da assistência foi insatisfatório.

A aplicação dos sete indicadores de processo evidenciou que a qualidade da assistência ao parto SUS no município de Maringá foi deficitária em alguns aspectos, revelados nas particularidades de cada hospital. O hospital 2 apresentou melhor desempenho para os indicadores fornecimento de informações no trabalho de parto e no parto (indicadores 1 e 5). No hospital 1, a presença do acompanhante no trabalho de parto e no parto e o uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto foram os indicadores que apresentaram melhores escores de avaliação (indicadores 2 e 3). Os dois hospitais obtiveram desempenho semelhante nos indicadores oferecimento de líquidos no trabalho de parto e contato mãe-filho em sala de parto (indicadores 4 e 7). Ao considerar-se que o hospital 1 adquiriu o título de Hospital Amigo da Criança em 2003, esperavam-se resultados melhores nas práticas referentes ao estímulo do aleitamento materno.

A taxa de cesarianas encontrada nos dois hospitais deve ser vista de modo crítico, como um indicador de risco potencial para as mulheres e seus bebês e, visto por outro ângulo, de menor risco para o obstetra (Martins-Costa e Ramos, 2005). Os autores

criticam o fato de que os obstetras, na atualidade, se acostumaram a decidir suas intervenções sob a ótica do menor risco para si, ao invés do menor risco para a gestante ou seu filho, cujas decisões não são baseadas em evidências científicas, mas no medo dos inúmeros processos judiciais contra os médicos.

Considerando que a maior parte dos fatores associados à realização de cesárea é médico (Cecatti et al., 2000) e passível de modificação (D'Orsi et al. 2006), é necessário discutir as indicações desse procedimento e desenvolver mecanismos capazes de conter o crescimento dessa taxa, tais como as estratégias administrativas e educacionais como *feedback* das taxas de cesariana ao obstetra, elaboração de protocolo de indicações do parto cirúrgico, estabelecimento de uma segunda opinião sobre a decisão pelo parto operatório, uso do partograma, educação permanente em saúde e mudanças na relação entre médico e paciente.

Outra estratégia que poderá ser adotada refere-se à hierarquização da assistência ao parto, com a implantação da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras, a exemplo de alguns países europeus. Dias e Domingues (2005) ressaltam que a implantação da atenção ao parto por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que sua formação é mais voltada para o cuidar, com maior ênfase, dos aspectos fisiológicos, emocionais e sócio-culturais do processo reprodutivo e, portanto, apresentam condutas menos intervencionista no trabalho de parto.

Uma crítica a ser feita refere-se ao valor pago pelo SUS para o parto cesáreo, que é, injustamente, superior ao do parto vaginal. O acompanhamento do trabalho de parto exige da equipe de saúde o monitoramento contínuo, a identificação constante dos riscos materno-fetais na evolução do trabalho de parto e a utilização de várias tecnologias, que não se restringem ao ato cirúrgico. Seria adequado, numa perspectiva de diminuição das taxas de cesarianas, que o acompanhamento ao trabalho de parto que culminasse com o parto vaginal fosse adequadamente valorizado e remunerado.

Ao se comparar o número mensal de partos e o dimensionamento da equipe médica e de enfermagem entre os hospitais, o hospital 1 apresenta melhores condições estruturais que, potencialmente, podem favorecer a qualidade da atenção, mas não as

garante. A avaliação do processo da assistência e seus resultados respaldam a afirmação, já que ambos os hospitais apresentaram assistência qualificada como regular e resultados insatisfatórios, refletidos em suas altas taxas de cesáreas.

Entende-se que a implantação da política de humanização do parto e do nascimento constitui, por vezes, processo lento e que exige várias mudanças. Contudo, que ferramentas deverão ser utilizadas para melhorar a qualidade da atenção? Intervenções múltiplas e consistentes são fundamentais, tais como a melhoria da qualidade no pré-natal, o preparo e incentivo das gestantes para o parto vaginal, a difusão de protocolos clínicos e programáticos atualizados, a manutenção do debate sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento nas instituições de saúde e nos foros profissionais, os investimentos nas maternidades, oficinas educacionais interativas, a contratação de enfermeiros obstetras para o cuidado das gestantes de baixo risco, a institucionalização do parto humanizado nos serviços de saúde, entre outros. Neste sentido, os hospitais analisados apresentam grande potencial para melhoria na qualidade da assistência.

Um desafio que a pesquisa traz, para estudos futuros, refere-se à realização de estudos avaliativos que utilizem outros indicadores de processo da qualidade da assistência, baseados nas Recomendações da OMS.

Referências

Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades. Núcleo de pesquisa em saúde materno-infantil da Universidade Federal do Maranhão. São Luís: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2000.104p.

Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde-Legislação Federal. Portaria MS/GM nº 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece um modelo de “Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas” a ser firmado entre os estados/Distrito Federal e o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2001.199p.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004. 14p.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema nacional de informação de nascidos vivos. Nascidos vivos ocorridos em Maringá-Paraná por tipo de parto. Maringá-Paraná, 2003, 2004, 2005 [on-line] 2006 [acesso em 26 mar. 2006]; Disponível em: www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 11.108. Altera a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União; 2005.

Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Pinto JL, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. Rev Bras Ginecol Obstet 2000; 22 (3): 175-9.

Coalition For Improving Maternity Services. The risk of cesarean delivery to mother and baby. CIMS [on-line] 2006 [acesso em 13 set. 2006]; Disponível em: www.motherfriendly.org.br

Corrêa MAP. Relação mãe-bebê no pós-parto: uma contribuição para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Dissertação]. São Paulo (SP): Instituto de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2004.

Dias MAB. Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 669-705.

Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

D'Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no município do Rio de Janeiro [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006;22(10): 2067-78.

Freire P, Schor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986. 224p.

Freitas PF. The epidemic of cesarean sections in Brazil, factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil [Tese-Doutorado]. London School of Hygiene and Tropical Medicine;1999.

Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana entre primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2005; 39(5): 761-7.

Guillaumon MR; Segre CAM. Atendimento ao RN em sala de parto. In: Segre CAM. Perinatologia: fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 329-32.

Hopkins K. Are brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51(5): 725-40.

Leocádio E. Saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos: marcos legais e políticos. In: Controle social das políticas públicas em saúde das mulheres [cassete 30 min]. Brasília, 2003.

MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk" United States, 1998-2001 Birth Cohorts. Birth 2006; 33(3): 175-82.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Epidemiologia. Nascidos vivos – março/2005 a fevereiro/2006. Frequência segundo mês e local do nascimento. Maringá: SMS; 2007.

Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(10): 571-4.

National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 13. Cesarean Section. NICE [on-line] 2004 [acesso em 20 jan. 2006]; Disponível em: www.nice.org.uk/CG013publicinfo

Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura /Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. 53p.

Paraná. Conselho Estadual de Saúde do Paraná - Ces/PR. Resolução Ces/PR n.29/02 Garante a presença de um acompanhante da parturiente durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato. Curitiba: Conselho Estadual de Saúde do Paraná; 2002.

Serafim D. Mortalidade neonatal em Maringá-Paraná, 1997-2000 [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

Serruya SJ. A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Silva RLDT. Cesáreas: frequência e conseqüências maternas e perinatais-Maringá-PR, 1995 [Dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 1997.

Souza RKT. Mortalidade infantil e sub-registro de nascidos vivos no município de Maringá-PR, em 1989 [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1992.

Tanaka, AC. d'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995.107p.

Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2001;4 (1): 3-61.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 8452:436-7.



ARTIGO 4

Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da região Sul do Brasil

Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da região Sul do Brasil

Practices of delivery care and challenges to humanize delivery in two referenced hospitals provisioned by the Brazilian Public Health System in a city of Southern Brazil

Elizabeth Eriko Ishida Nagahama; Silvia Maria Santiago

Resumo

O objetivo do estudo foi caracterizar a assistência hospitalar ao parto em dois hospitais vinculados ao SUS no município de Maringá-Paraná e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida. Tratou-se de estudo exploratório-descritivo, com desenho transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas realizadas com 569 puérperas atendidas nos dois hospitais, no período de março/2005 a fevereiro/2006. A caracterização da assistência hospitalar foi realizada tomando-se por base quatro indicadores de qualidade na assistência no trabalho de parto e parto recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Os dados apontaram para um modelo assistencial marcado pelo peso da herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrada no profissional médico como condutor do processo. Os fatores institucionais, identificados nas dificuldades de organização institucional e na estrutura física, as rotinas hospitalares e, sobretudo, a prática e postura individual dos profissionais de saúde denotaram barreiras que, em seu conjunto, dificultam a implantação do modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Serviços de saúde materno-infantil; Humanização da assistência; Prática profissional.

Abstract

The study aimed to characterize assistance to delivery in two hospitals provisioned by SUS (Brazilian Public Health System) in the city of Maringa, state of Parana, Brazil. It also aimed to identify obstacles, as well as facilitating aspects, in the implementation of humanized delivery, based on women's perception towards the attention received. The study can be characterized as an exploratory-descriptive investigation, with a transversal design, laid on research of hospital registers and on 569 interviews with puerperal women attended in both hospitals from March, 2005 to February, 2006. Hospital assistance was characterized by four quality indicators in the assistance of labor and delivery, recommended by the World Health Organization. Data showed an assistance model marked by the weight of a hygienist inheritance in hospital routines and professional practices, centered in the professional doctor as the process conductor. Institutional factors – identified in the difficulties of institutional organization and in the physical structure –, the hospital routines and, above all, the individual practice and attitude of health professionals denoted barriers which, as a whole, hold back the implementation of the humanized model in the assistance to delivery and birth.

Keywords: Maternal-child health services; Humanization of assistance; Professional practice.

1- Introdução

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas, psicológicas e intersubjetivas na vida das mulheres (Stevens, 2005). Gonçalves (2006) explica que o parto, enquanto episódio fisiológico, representa o ápice dos fenômenos bioquímicos e, enquanto evento emocional, psíquico e existencial, é a própria transcendência.

Com a evolução das ciências médicas e a busca pelo acesso aos bens e serviços e o concomitante desenvolvimento técnico-científico, a assistência ao parto e nascimento passou a ser objeto de estudo, tendo como princípio norteador a busca de mulheres e bebês saudáveis e seguros. Na década de 1980, a discussão sobre os modelos de assistência ao parto levou à discussão entre o modelo baseado na parteira, ou holístico, o modelo médico, ou tecnocrático, e o modelo humanista, problematizando-se os conflitos filosóficos, corporativos e financeiros envolvidos.

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 (Davis-Floyd, 2001). A proposição e a concretização de mudanças rumo a esse atendimento humanizado também podem ser vistas em experiências institucionais, nas quais se encontram as ações decisivas de profissionais identificados com o ideário do movimento. Este tipo de atuação tem marcado uma série de ações no âmbito da saúde coletiva e, particularmente, no campo da saúde da mulher desde os anos 1980, chegando a uma política nacional de saúde da mulher no ano de 2004.

As maternidades públicas no Brasil, geralmente, atendem à maior parte das mulheres que não tem condições de consumir os serviços oferecidos pelas instituições privadas de saúde. A assistência ao parto nessas instituições é particularmente perversa, porque anula, de diversas formas, a possibilidade de a mulher e a família vivenciarem os aspectos subjetivos desse momento. Persiste um modelo em que os interesses institucionais sobrepõem-se às necessidades das parturientes, e as maternidades continuam adotando

procedimentos considerados danosos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os quais denotam uma forte resistência institucional à mudança (Dias, 2006).

A proposta de humanização da assistência ao parto vem ao encontro de duas grandes demandas das mulheres e da sociedade. A primeira, a da oferta, pelo sistema público de saúde, de um serviço que devolva com qualidade às mulheres o direito de parir em condições que assegurem sua segurança e a de seu bebê. A segunda, que ofereça à mulher, na vivência deste acontecimento, a possibilidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico para se transformar em experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com suas expectativas.

A implantação deste novo modelo envolve um conjunto de desafios – institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de formação dos recursos humanos, da cultura sexual e reprodutiva, entre outros –, que estão sendo enfrentados, com maior ou menor sucesso, por alguns serviços. No Brasil, alguns serviços de saúde incorporaram em sua rotina as recomendações da OMS baseada em evidências científicas. Contudo, em várias instituições de saúde, as iniciativas ainda são incipientes.

A necessidade de conhecer a assistência prestada às parturientes atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS no município de Maringá-Paraná motivou a realização deste estudo, que objetiva caracterizar a assistência hospitalar ao parto e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida.

2- Material e Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com desenho transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas realizadas com puérperas que tiveram o parto vaginal ou cesáreo nos dois hospitais de referência para parto SUS no município de Maringá-Paraná, no período de 01/03/2005 a 28/02/2006. Os dois hospitais – um deles de caráter público e o outro geral, beneficente, sem fins lucrativos –, respondem, em média, a 40% dos partos realizados no município e a mais de 90% dos partos SUS (Maringá, 2007).

A amostra, representativa das mulheres que pariram nessas maternidades no período do estudo e estratificada por tipo de parto e hospital, foi composta por 569 mulheres, sendo 259 no hospital 1 (136 partos cesáreos e 123 partos vaginais) e 310 no hospital 2 (160 partos cesáreos e 150 partos vaginais), constituindo um erro de estimação de 5% e um grau de confiabilidade de 95%.

Cinco entrevistadoras aplicaram questionário, contendo questões abertas e fechadas, no alojamento conjunto de cada hospital, entre o primeiro e terceiro dia de puerpério, após leitura e assinatura do termo de consentimento.

No transcorrer do trabalho de campo, 37 mulheres sorteadas como sujeitos de pesquisa não foram entrevistadas pelos seguintes motivos: ocorrência do parto fora do ambiente hospitalar (2), ocorrência de óbito fetal (03), recusa em participar da pesquisa (9) e puérpera menor de 18 anos sem acompanhante que autorizasse a realização da entrevista (23).

A caracterização da assistência hospitalar foi realizada com base em quatro indicadores de qualidade na assistência no trabalho de parto e no parto recomendados pela OMS (Organização Mundial da Saúde – OMS, 1996): 1. receber informações que desejasse no trabalho de parto e no parto; 2. uso de métodos não-invasivos e não- farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto; 3. presença do acompanhante de escolha da parturiente no trabalho de parto e no parto; 4. contato precoce pele a pele entre mãe e filho em sala de parto.

Para identificar os obstáculos e aspectos facilitadores à implantação do modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento, as respostas das entrevistas com as puérperas foram digitadas em banco de dados do MS Access e transportadas para os programas Excel e Statistica, nos quais se realizou a análise exploratória dos dados. Por meio da leitura e análise deste material criaram-se categorias para agrupar as variáveis qualitativas, que foram classificadas com ajuda do software Sphinx. Para qualificar os resultados apresentados, as falas consideradas ilustrativas da categoria em análise foram transcritas.

Os formulários foram revisados e digitados pela pesquisadora. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o sigilo das informações foi seguido para a realização do estudo.

3- Resultados e discussão

3.1- Características sócio-demográficas e obstétricas

As mulheres entrevistadas tinham a média de 25 anos (desvio-padrão de 6,4), variando de 12 a 46 anos. Nas faixas etárias extremas do período reprodutivo, encontravam-se 24,3% adolescentes e 6,7% com idade superior a 35 anos. Grande parte das mulheres (74,8%) convivia com parceiro, por ser unida por casamento ou consensualmente; 23,7% eram solteiras, 1,1% divorciada/desquitada e 0,4% viúvas. Quanto à escolaridade, mais da metade das mulheres (65,9%) cursou o segundo grau completo, 28,8% frequentou pelo menos o primeiro grau e 3,5% destas não o completaram. Apenas 4,4% das mulheres estudaram até o nível superior e 0,9% foram classificadas como sendo analfabetas. Na distribuição das mulheres quanto à procedência, verificou-se que grande parte (76,4%) residia no município de Maringá.

No que se refere à inserção no mercado de trabalho, 62,9% das mulheres não exerciam atividade econômica e 37,1% exerciam atividade remunerada. Grande parte das mulheres que não exercia atividade remunerada era dona de casa (58,5%) e 4,4% eram estudantes. As principais atividades econômicas desempenhadas eram o de empregada doméstica (8,8%), costureira (4,2%), balconista (2,6%) e auxiliar de produção (2,5%).

Em relação à história reprodutiva, 39,9% das mulheres eram primigestas e 60,1% multigestas, sendo 46,4% com um filho vivo; 31,3% dois e 22,3% tinham três ou mais filhos vivos. Como resultado da gestação, encontrou-se 16,3% de abortamentos.

Nos dois hospitais, obteve-se uma amostra de 48% de partos vaginais e 52% de partos cesáreos. A época da ocorrência do parto variou de 25 a 42 semanas, com a média de 39,1 semanas de gestação (desvio-padrão de 1,08). A maioria das mulheres (81,5%) teve o

parto a termo, 16,7% corresponderam à condição de pré-termo e 1,8% foram classificadas como pós-termo. A grande maioria dos recém-nascidos nasceu em boas condições de vitalidade (99,5%), ou seja, com escore de Apgar entre 7 a 10 no quinto minuto de vida.

3.2- Características da assistência hospitalar ao parto segundo indicadores de qualidade, obstáculos e aspectos facilitadores

Indicador 1- Receber informações que desejasse no trabalho de parto e no parto

Bogus e Venâncio (2003), ao tratarem o tema das práticas educativas e humanização da assistência, afirmam que o papel do profissional de saúde é o de apresentar-se como um conselheiro disponível para ouvir e orientar, sem fazer imposições e julgamentos de acordo com seu ponto de vista e fornecer instrumentos para subsidiar a escolha da paciente.

O grau de informação na assistência no trabalho de parto e no parto tem sido mostrado como fator de grande relevância para as mulheres, por aumentar a percepção de estar no controle interno (relacionado ao próprio comportamento) e externo (relacionado ao ambiente, incluindo a equipe de saúde), facilitar a compreensão sobre o cuidado realizado (Santos, 1998) e possibilitar maior participação nos processos decisórios (Murray et al., 1996; Kabakian-Khasholian et al., 2000). Para as mulheres, receber informação suficiente e adequada constitui sinônimo de humanização (Calça, 2001), representa o cuidado na atenção (Gualda e Stefanelli, 2003) e constitui característica desejável de um profissional competente (Fustinoni, 2000). Por outro lado, a falta de informações é percebida pelas mulheres como descaso, desamparo e desrespeito e gera sentimentos de indignação (Caron, 1998).

Autores relatam que, quanto mais completa ou suficiente a informação percebida pela mulher, maior a satisfação com a assistência ao parto e opiniões positivas sobre a equipe que prestou assistência (Fustinoni, 2000; Domingues et al., 2004). Estudos trazem associação entre a presença de profissionais confusos ou que fornecem pouca atenção com uma menor satisfação com o parto. Desta forma, a deficiência na comunicação resulta na discordância, na não aceitação das informações oferecidas, que gera dificuldades em vários momentos do parto (Gualda e Stefanelli, 2003).

As informações mais frequentes recebidas pelas mulheres no trabalho de parto foram as relativas à progressão do trabalho de parto (30,1%), indicação do parto cesáreo (17,9%) e procedimentos de rotina (13,2%).

Outras informações consideradas desejáveis, relatadas com pouca frequência pelas parturientes, foram sobre o uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor (2,4%), aleitamento materno (1,2%), liberdade de posição e de movimentação (0,5%), estímulo ao parto vaginal (0,4%), participação do acompanhante no trabalho de parto (0,2%), líquidos via oral (0,1%) e se desejavam parto vaginal ou cesáreo (0,1%). Por outro lado, orientar os familiares sobre a evolução do trabalho de parto e possibilidade de receber analgesia no parto não foram citados pelas mulheres. Foi observado no prontuário hospitalar que, dentre as 273 mulheres que evoluíram para o parto vaginal, apenas uma havia recebido analgesia no parto.

Estes são achados semelhantes aos registrados em outros estudos brasileiros, os quais confirmam que as informações recebidas no trabalho de parto são variáveis e, de modo geral, insuficientes. Autores descrevem um atendimento marcado pela repetição automática de procedimentos técnicos e, somente quando indicado o parto cesáreo, o nível de informação torna-se mais completo. Esta característica no atendimento foi observada tanto para mulheres atendidas em maternidade públicas quanto conveniadas ao SUS (Alves e Silva, 2000; Boaretto, 2003; D'Orsi, 2003; Dias e Deslandes, 2006).

O relato de algumas mulheres revela atitude autoritária e relação assimétrica entre profissional de saúde e parturientes. Ante elas, as mulheres perdem autonomia e têm dificuldades em fazer valer seus direitos à informação.

Ele disse que doía mesmo, que todo mundo sentia a mesma coisa (26 anos, múltipara).

As enfermeiras nem conversaram comigo, só mostraram onde era minha cama e só, não explicaram nada, não falaram se eu podia tomar banho, nada, não falaram nada (21 anos, primípara).

Eu queria saber se deu pra fazer a laqueadura, ainda não estou sabendo (28 anos, múltipara).

Quanto às informações recebidas no parto, chama atenção o percentual de mulheres que destacou o apoio verbal e não-verbal manifestado pelos profissionais de saúde (24,3%), seguido dos procedimentos de rotina (16,6%), da anestesia para a cesárea e coordenação dos esforços expulsivos (13,5%). Isto pode ser referido ao fato de que, no relacionamento da mulher com a equipe de saúde, o fator emocional é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para sua satisfação. Mulheres valorizam contato físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, além de um cuidado apropriado fornecido por um número pequeno de profissionais, que sejam responsivos e que reconheçam as suas necessidades (Murray et al., 1996; Enkin et al., 2005). Por outro lado, informações desejáveis foram pouco manifestadas na assistência, como ser questionada sobre a posição desejada no parto (2,6%), condições de nascimento (2,6%), episiotomia e episiorrafia (2,1%), dequitação da placenta (0,5%) e ser informada do nome e categoria profissional de quem a atendeu (0,2%). Outras informações relevantes não foram mencionadas pelas mulheres, tais como o estímulo ao aleitamento materno, informar o sexo do bebê, clampeamento do cordão, participação do acompanhante, contato precoce com o recém-nascido e congratulações com o nascimento.

Portanto, os dados apontam para o atendimento no qual as informações prestadas pelos profissionais constituíram reflexo de suas atitudes no cotidiano. Só se explica ou se orienta o que é praxe na assistência e pouco se oportuniza à mulher escolhas, seja em relação aos aspectos técnicos ou que envolvam apoio no parto.

Essas coisas que eles sempre falam pra ajudar (31 anos, múltipara)

Ah, essas coisas de ficar calma foi falado e pra ajudar (34 anos, múltipara)

As informações não constituíram instrumentos para subsidiar a escolha da paciente e observou-se, em alguns casos, a negação da informação, relatada por algumas mulheres:

Ninguém entrou lá, como poderia explicar algo? (37 anos, múltípara).

Eu fiquei agoniada, eu queria saber como eu tava, como tava o bebê, eles não falaram nada para mim, é muito ruim não saber a vida do meu filho (18 anos, múltípara).

Eu gostaria de saber qual o problema que deu no bebê ao nascer, pois todo mundo passa aqui e ninguém explicou direito. Queria saber sobre minha anemia (25 anos, múltípara).

Segundo Alves e Silva (2000), negar informações constitui uma das expressões da violência institucional à parturiente, ou seja, agressão pela negação. Para os autores, as relações de poder desiguais também explicam estes fatos, visto que os médicos consideram as mulheres com menor escolaridade incapazes de entender informações e, portanto, a tentativa de explicação seria infrutífera, representando perda de tempo.

As atitudes repreensivas dos profissionais de saúde, quando as parturientes perdem o controle interno na presença da dor, foram relatadas por algumas mulheres, evidenciadas nas ordens impostas pelo profissional de saúde.

Eles só mandavam não gritar. Eu queria saber o porquê saía aquilo de mim, mas ninguém falava nada (30 anos, múltípara).

Só falaram não faz isso, não faz isso (29 anos, múltípara).

Segundo Tornquist (2003), as situações de descompensação da parturiente são justamente aquelas nas quais o respeito ao processo fisiológico da mulher e às suas decisões é substituído pela decisão médica convencional, com desqualificações e infantilização das parturientes. Estas atitudes revelam as dificuldades para enfrentar as situações de descompensação ou de expressões inusitadas de dor e sofrimento das mulheres. Este dado é importante, à medida que a escuta da dor e o respeito às suas variadas expressões constituem pontos importantes na avaliação qualitativa da humanização da assistência, porque implica no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Sobre este tema, McCallum e Reis (2006) descrevem a atitude de resignação de parturientes adolescentes quanto à situação de subordinação aos profissionais de saúde, na qual disseram saber que era obrigatório, para a realização do parto, obedecer a instruções como o “*deitar e ficar quieta*”, na sala de pré-parto, ou “*fechar a boca, abrir as pernas e fazer força*”, na sala de parto.

Sobre a atitude dos profissionais em sala de parto, Moraes (2005), em pesquisa de clima organizacional em hospital público na região sul do Estado de São Paulo, destaca que “a frieza dos profissionais que participam do nascimento contrasta com a magnitude do evento em si”. Sendo assim, a autora chama atenção para o fato de os profissionais considerarem a sala de parto como qualquer ambiente comum de trabalho, em harmonia com a ética da produção industrial. Esta postura contrária, de forma determinante, os princípios da autonomia e de direitos da mulher no trabalho de parto e durante o parto.

Outro dado que chama atenção refere-se ao fato de que, ser informada sobre a categoria e nome do profissional que assistiu à parturiente, fez parte do relato da minoria das mulheres atendidas no trabalho de parto (4,2%) e no parto (9%). Isto sugere a despersonalização, impessoalidade e ausência de formação de vínculo, enquanto encontro de subjetividades na assistência (Cecílio, 2001). Por outro lado, esta ocorrência, mais freqüente no hospital 1, pode ser atribuída às características de hospital ensino, no qual a diversidade e número de profissionais são maiores que no hospital 2.

Situação semelhante foi descrita em outros estudos, no qual as mulheres, além de desconhecerem o nome do profissional que as atendeu, sequer distinguiam a que categoria profissional pertencia (Alves e Silva, 2000; Boaretto, 2003; Rugollo et al., 2004). Brüggemann (2001) explica esta ocorrência pelo fato de que a mulher somente reconhece o profissional que a atendeu quando sua opinião sobre ele é marcadamente positiva ou negativa ou, na fragilidade da situação, não se preocupa em identificar a pessoa de acordo com sua categoria profissional, uma vez que possui a expectativa de ser bem atendida, não importando por quem.

A tabela 1 relaciona os profissionais de saúde identificados pelas parturientes como os responsáveis pelas informações realizadas no trabalho de parto e no parto.

Pelos motivos descritos acima, a tabela foi construída por categorias profissionais, de forma que o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem constituíram a categoria equipe de enfermagem, assim como o profissional médico gineco-obstetra e residente de Medicina, a categoria equipe médica. Registrou-se que os discentes de Medicina e de Enfermagem foram identificados com maior frequência pelas parturientes, atribuído ao fato deste apresentarem-se enquanto estagiários e, sobretudo, pelo uso obrigatório de crachá para sua circulação no hospital, regulamento não cumprido, rotineiramente, pela equipe de saúde.

No trabalho de parto, chama atenção o fato de que a equipe médica foi a categoria mais citada pelas parturientes como responsável pelas informações recebidas no trabalho de parto nos dois hospitais (66,8%), em contraste com a equipe de enfermagem (10,1%), composta por profissionais que permanecem 24 horas, ininterruptamente, no ambiente hospitalar.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais de saúde que realizaram orientações no trabalho de parto e parto a parturientes atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trabalho de parto						
Equipe médica	93	55,7	179	74,6	272	66,8
Mais de um profissional	29	17,3	39	16,3	68	16,7
Equipe de enfermagem	21	12,6	20	8,3	41	10,1
Discente de medicina	13	7,8	-	-	13	3,2
Não identificou	7	4,2	-	-	7	1,7
Outros profissionais	2	1,2	2	0,8	4	1,0
Discente de enfermagem	2	1,2	-	-	2	0,5
Parto						
Anestesista	17	10,2	167	65,7	184	43,8
Equipe médica	67	40,4	27	10,6	94	22,4
Médico e enfermeira	21	12,7	23	9,1	44	10,5
Toda a equipe	25	15,1	10	3,9	35	8,3
Não identificou	16	9,6	6	2,4	22	5,2
Equipe de enfermagem	9	5,4	9	3,5	18	4,3
Anestesista e médico	8	4,8	6	2,4	14	3,3
Anestesista e enfermeira	2	1,2	5	2,0	7	1,7
Pediatra	1	0,6	1	0,4	2	0,5

Em relação ao profissional responsável pelas orientações no parto, foi relevante a identificação do profissional anestesista, citado pelas mulheres individualmente ou em conjunto com outros profissionais. Esta situação foi nítida no hospital 2, na qual o profissional anestesista foi responsável por 65,7% das orientações fornecidas no parto. Quando observado este dado com as manifestações de apoio verbal e não-verbal recebidas no parto, infere-se que se trata de profissional que apresenta como rotina apresentar-se à parturiente e que realiza orientações específicas sobre seus procedimentos. Esta afirmação também pode ser evidenciada na proporção de mulheres que relataram o tratamento agradável recebido pelo profissional.

Me explicaram da anestesia, tudo me explicaram, eu perguntei tudo que eu queria saber (17 anos, múltipara).

Da anestesia, que eu estava ansiosa, porque na outra eu passei mal e nessa não, ele me explicou tudo o tempo todo (20 anos, múltipara).

O anestesista é muito bom, me informou de tudo que estava acontecendo, ele foi muito profissional (29 anos, múltipara).

Por outro lado, esta condição inverteu-se no hospital 1, já que o profissional mais citado pelas mulheres foi o médico que realizou o parto (40,4%). Apesar de os hospitais disporem, rotineiramente, da presença do pediatra para recepcionar o recém-nascido na sala de parto, a participação deste foi pequena (0,5%), assim como da equipe de enfermagem (4,3%).

Gualda e Stefanelli (2003), em estudo do processo do parto numa perspectiva cultural, salientam a invisibilidade do profissional enfermeiro na assistência, já que não foi identificado e nem mencionado como tendo contribuído para a assistência à parturiente. Alguns trabalhos descrevem que a orientação e informação constituem categorias reveladas como sinônimos de humanização do cuidado na assistência obstétrica para enfermeiros atuantes em maternidades e centros-obstétricos. Contudo, estas mesmas pesquisas apontam que, na prática, a participação deste profissional parece inexpressiva (Sato, 2001; Gualda e Stefanelli, 2003).

Indicador 2- Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação. Estudos sobre a intensidade da dor no parto apontam que, independentemente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres. As propostas de humanização do parto reconhecem a dor como inerente ao processo fisiológico do trabalho de parto e recuperam um repertório de técnicas mais naturais e menos invasivas de enfrentamento da dor (Torquinst, 2003).

A OMS recomenda amplamente o uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor pela possibilidade de produzir muitos benefícios para a maior parte das mulheres, que não são obtidos com o uso de qualquer outro método farmacológico de alívio da dor (OMS, 1996; Simkim e O'Hara, 2002). Além disso, a não utilização da analgesia farmacológica permite à mulher mais controle sobre o processo parturitivo (Lima e Leão, 2005).

Boaretto (2003), Lima e Leão (2005) explicam que, apesar da satisfação da mulher com o seu parto não estar condicionada à ausência da dor, deve-se lembrar que o enfrentamento da dor é condicionado pelo ambiente e pelo suporte que ela recebe dos profissionais e acompanhantes, bem como pelos métodos de alívio da dor que são utilizados (Enkin et al., 2005).

Tabela 2- Distribuição dos profissionais de saúde segundo utilização de métodos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Massagem						
Equipe de enfermagem	27	37,0	20	43,5	47	39,5
Equipe médica	19	26,0	13	28,3	32	26,9
Acompanhante/doula	14	19,2	3	6,4	17	14,3
Equipe médica/enfermagem	9	12,3	7	15,3	16	13,4
Aluno Medicina/Enfermagem	4	5,5	3	6,5	7	5,9
Banho						
Equipe de enfermagem	92	73,0	114	77,0	206	75,2
Equipe médica	20	15,9	17	11,5	37	13,5
Equipe médica/enfermagem	8	6,3	11	7,4	19	6,9
Aluno Medicina/Enfermagem	3	2,4	4	2,7	7	2,6
Não identificou	2	1,6	2	1,4	4	1,4
Acompanhante	1	0,8	-	-	1	0,4
Respiração						
Equipe de enfermagem	66	48,5	75	54,3	141	51,5
Equipe médica	36	26,5	43	31,2	79	28,8
Equipe médica/ enfermagem	20	14,7	10	7,2	30	10,9
Outros profissionais	6	4,4	9	6,6	15	5,5
Aluno Medicina/Enfermagem	8	5,9	1	0,7	9	3,3
Música						
Musicoterapeuta	-	-	4	57,1	4	40,0
Discente de enfermagem	1	33,3	1	14,3	2	20,0
Equipe de enfermagem	1	33,3	1	14,3	2	20,0
Equipe médica	1	33,3	-	-	1	10,0
Não identificou	-	-	1	14,3	1	10,0

No contexto da assistência ao parto, no qual a desvalorização da dor e a solidão marcam o atendimento público ao parto (Alves e Silva, 2000), é importante conhecer quais profissionais de saúde desempenham o papel de auxílio à parturiente no enfrentamento da dor e os recursos utilizados com esta finalidade.

Registra-se, na tabela 2, que a equipe de enfermagem foi a categoria que utilizou, com maior frequência, os métodos não-farmacológicos de alívio da dor na atenção ao parto. A atuação de outros profissionais (fisioterapeuta, musicoterapeuta) foi pequena, assim como dos discentes de Medicina e de Enfermagem. Os dados também evidenciam a pouca participação dos acompanhantes na utilização de métodos não-farmacológicos de alívio da dor, já que 78% das parturientes permaneceram com acompanhantes no hospital 1. Estas informações apontam para a necessidade da equipe de saúde orientar e ajudar o acompanhante em seu papel de apoio no trabalho de parto.

No hospital 2, ainda de forma incipiente, observou-se a presença da doula, que atua em conjunto com um dos médicos plantonistas uma vez/semana. Apesar da equipe de enfermagem não ter sido a categoria mais representativa no fornecimento de orientações e informações no trabalho de parto, este quadro modificou-se em relação ao uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor.

Esta informação remete ao estudo etnográfico de Hotimsky e Schraiber (2005) sobre a formação médica em obstetrícia. As autoras, em reflexão acerca do tema da humanização do parto no contexto da formação em obstetrícia em Faculdade de Medicina no município de São Paulo, identificaram a existência de posturas distintas diante da humanização como temática de ensino e em relação ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN), expressos no próprio conceito de humanização e na relevância atribuída ao tema no contexto da formação médica. As autoras observaram a desconfiança dos alunos, seja para alterar práticas tradicionais como a episiotomia, analgesia de rotina ou a tricotomia, seja no uso dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, no qual a postura de descréditos se manifestou de diversas formas. Segundo as autoras, a promoção dos métodos naturais foi comparada a um ato de proselitismo e de sarcasmo, de negação ao acesso a uma tecnologia moderna de alívio da dor, ou seja, ligada à idéia de precariedade do modelo de atenção e de retrocesso, que se contrapõe à noção de uma assistência moderna, na qual os avanços tecnológicos da cultura ocidental são incorporados.

Sobre este mesmo tema, Dias e Domingues (2005) diferenciam a formação profissional do modelo médico com o do enfermeiro obstetra, que é mais voltado para o cuidar e nos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo.

Por isto, o enfrentamento com as condutas mais intervencionistas adotadas pelos médicos torna-se inevitável, encarada inicialmente pelos médicos como pouco científicas e inapropriadas. Sendo assim, concorda-se com as conclusões obtidas no estudo de Dias (2006) de que os médicos, de uma forma geral, não se preocupam em incorporar os elementos da proposta de humanização à sua rotina, sendo o uso de métodos alternativos desvalorizados e, portanto, delegados a outros profissionais.

Indicador 3- Presença do acompanhante de escolha da parturiente no trabalho de parto e parto

Dentre as parturientes que permaneceram com acompanhante no trabalho de parto e durante o parto nos dois hospitais, registrou-se que o acompanhante escolhido foi o marido/pai da criança (23,4%), a mãe (18,5%) e outros familiares, como sogra, irmã e cunhada (8,4%). Estes dados são semelhantes aos encontrados em outras pesquisas, nas quais os principais acompanhantes das parturientes foram o pai do bebê e seus familiares, o que confirma a idéia de que o parto e nascimento constituem fenômeno social intrinsecamente voltado à família, correspondente a um anseio, particularmente, de parturientes jovens e adolescentes (Domingues, 2002; Hotimsky e Alvarenga, 2002; Boaretto, 2003).

McCallum e Reis (2006) explicitam que as diferentes representações sobre parto e paternidade constituem barreiras na assistência, porque as compreensões tanto de parto como sofrimento extremo, que só uma outra mulher pode apoiar, quanto de insensibilidade dos homens desqualificam a presença deles, mostrando um desconhecimento sobre as experiências afetivas dos pais. Os homens não costumam ser foco de atenção nos serviços de saúde, o que perpetua a representação da sexualidade masculina dissociada dos cuidados com a reprodução (Arihla, 1999). Sendo assim, a exclusão dos pais nos serviços de saúde pode interferir nas motivações de pais e mães para a escolha de acompanhantes. No entanto, a presença do acompanhante do sexo masculino na cena do parto, em especial do cônjuge, constitui um indício das transformações em curso nas construções de gênero e de família (Hotimsky e Alvarenga, 2002).

Na fala das mulheres, observou-se que a permanência do acompanhante do sexo masculino foi permitida pela equipe de saúde com maior frequência no hospital 1, uma vez que, no outro, exigia-se que o acompanhante da parturiente fosse do sexo feminino, sendo a permanência do pai do bebê restrita a alguns períodos do dia e em horários determinados. Isto pode ser atribuído ao fato de que, no hospital 1, a prática da presença do acompanhante estava mais consolidada que na outra maternidade, aliado à dificuldades estruturais para acolher o acompanhante. Constatou-se que 3,5% das parturientes tiveram o marido e um familiar feminino como acompanhante no trabalho de parto no hospital 1, denotando que a inserção do homem na cena do parto não exclui, por vezes, a figura feminina. A resistência inicial da equipe de saúde para aceitar a presença da figura masculina como acompanhante da parturiente também foi observada neste estudo, sendo um fenômeno verificado por outros autores (Carvalho, 2003; Boaretto, 2003).

Registrou-se que as parturientes solteiras foram as que escolheram, com maior frequência, a mãe como acompanhante no trabalho de parto. Este tema foi discutido no estudo de McCallum e Reis (2006), que atribuíram o forte desejo da presença da mãe durante ao parto à coerência cultural, ou seja, no processo de tornar-se mãe, a jovem reflete sobre sua situação como filha, reconhece a força do lado maternal e, portanto, a dor e o sofrimento do parto, tornados símbolos-chaves da maternidade, estão intrinsecamente vinculados ao amor materno.

Hotimsky e Alvarenga (2002) explicam que a inserção da amiga, na cena do parto (1,6% dos acompanhantes), reflete uma mudança nos padrões de sociabilidade no meio urbano-industrial, no qual as redes de relações sociais vão se diversificando e novas formas de sociabilidade, que não aquelas relacionadas às associações de parentesco, vão ganhando importância.

Apesar de os protocolos de humanização da assistência ao parto (OMS, 1996; Brasil, 2001) serem unânimes quanto aos benefícios da presença do acompanhante da parturiente, o quadro desolador encontrado nas maternidades públicas é o de sofrimento tanto para o pai à espera do parto fora da maternidade quanto para a gestante internada e solitária (Alves e Silva, 2000).

Registrou-se que 42% das parturientes não tiveram acompanhante no trabalho de parto e, no parto, a grande maioria (98,6%) também não usufruiu deste direito reprodutivo. Os motivos institucionais foram os principais fatores que impediram a presença do acompanhante no trabalho de parto e no parto (60,8%).

Quando perguntado às mulheres os motivos dados pelos profissionais de saúde para a ausência do acompanhante, enumeraram-se vários, relatados em muitas versões: *são regras do hospital, a lei do acompanhante não vigora, o acompanhante é desnecessário, a internação é pelo SUS, aqui não é apartamento (22,9%); as mulheres da enfermaria ficam sem roupa, o acompanhante constrange as outras mulheres, não é permitido acompanhante do sexo masculino, o acompanhante está despreparado, muita gente atrapalha, a enfermaria está cheia, o espaço é pequeno, tem risco de infecção, falta estrutura física para acolher o acompanhante na instituição (5,4%); a parturiente é maior de idade, não precisa (2,5%); não deu tempo, foi direto para sala de parto (2,1%); é permitido acompanhante somente para mulheres em estado grave (1,3%); acompanhante só pode ficar se for cesárea (0,4%)*.

Apesar da presença do acompanhante representar um dos itens do PHPN de maior facilidade de implementação em termos de custo e de adequação da área física, as más condições estruturais constituem uma das principais justificativas para a não implantação da prática (Boaretto, 2003; Moraes, 2005).

Outro dado que chama a atenção é o fato de 26,3% das entrevistadas não souberam responder os motivos pelos quais não puderam ficar com acompanhante e que desconheciam este direito. Isto aponta não somente para a atitude de resignação e subordinação das mulheres, mas a falha dos serviços de saúde em serem os disseminadores dos direitos reprodutivos das parturientes. Estes são achados semelhantes aos encontrados por Carvalho (2003) em maternidade pública no Rio de Janeiro. A autora descreveu a falta de informações sobre o direito à escolha do acompanhante no parto, que os impediu de ficar porque não haviam se preparado para se ausentarem ou por não terem com quem deixar os outros filhos. Entre os que decidiram ficar, grande foi a ansiedade, porque a falta de informação impediu seu preparo emocional para um evento inédito na sua vivência de paternidade.

Estas idéias são complementadas no estudo antropológico em maternidade pública em Salvador realizado por McCallum e Reis (2006). Eles destacam a posição de grande passividade que os familiares das parturientes assumem em relação à autoridade hospitalar, manifestado nas situações de que os familiares só têm informações sobre a internação hospitalar se buscarem a informação e na orientação de que devem permanecer fora do hospital até o horário de visita, ou seja, a instituição traz uma clara mensagem de que o parto não é um assunto de família.

Os fatores ligados ao acompanhante representaram 33,4% dos motivos justificados para a ausência do acompanhamento, sendo o mais freqüente a ausência de pessoa disponível que pudesse permanecer no hospital. Segundo Domingues (2002), os fatores que podem associar-se à presença do acompanhante no trabalho de parto são a qualidade da atenção pré-natal, o acesso às informações sobre o parto e o apoio familiar. Neste estudo, a ausência do acompanhante associou-se à procedência da parturiente ($p: 0,001$), já que as mulheres procedentes de outros municípios foram as que mais chegaram sozinhas quando comparado às residentes em Maringá. Isto pode ser atribuído às características populacionais encontradas no hospital 1, semelhantes aos achados por Domingues (2002): mulheres com baixa escolaridade, maior número de gestações e partos e, portanto, com menor suporte social.

Quanto aos motivos impeditivos da presença do acompanhante no parto, notou-se que não foram muito diferentes dos citados no trabalho de parto. As barreiras institucionais foram as que apresentaram maior valor (81,4% dos motivos alegados), expresso nas seguintes afirmações: *nem perguntei, não sabia do direito do acompanhante, não pedi, não deixaram* (41,8%); *precisava de autorização do diretor, tinha que programar antes, o acompanhante passaria mal* (36,2%); *é parto pelo SUS, o centro cirúrgico é pequeno, acompanhante atrapalha, tem risco de infecção* (1,8%); *não fiz pré-natal aqui, não fiz o curso antes, o parto é cesárea, no parto normal acompanhante não entra* (1,6%).

Os fatores ligados ao acompanhante contabilizaram 4,5% dos motivos e justificaram-se na necessidade deste ir embora e no despreparo para prover o papel de apoio. É importante ressaltar que a preparação do acompanhante não deve ser condição para a participação no parto, já que a literatura descreve que, mesmo os pais que não

passaram por nenhum treinamento prévio, atenderam à demanda de apoio às mulheres (Bertsch et al., 1990; Carvalho, 2003).

A ausência do acompanhante na sala de parto foi, de certa forma, esperada, já que esta ausência foi demarcada desde a admissão da parturiente no trabalho de parto. Por isto, Domingues (2002) recomenda a importância de facilitar o acesso do acompanhante desde o trabalho de parto. Em seu estudo, as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto tiveram proporção maior da presença do acompanhante no parto quando comparado às que não tiveram.

Estes achados são semelhantes aos encontrados em outros estudos brasileiros, nos quais as barreiras institucionais, as questões sociais e emocionais do acompanhante constituíram motivos impeditivos para a ausência do acompanhamento no trabalho de parto e no parto (Domingues, 2002; Carvalho, 2003; Büggemann et al., 2005; Mcallum e Reis, 2006).

Embora minoritária, é necessário considerar a parcela de mulheres que vieram desacompanhadas para o parto pelo desejo de privacidade, visto que o pleno exercício da diversidade de escolhas com relação ao acompanhamento inclui a opção por estar desacompanhada. No trabalho de parto, 5,8% das mulheres desejaram permanecer sozinhas e, no parto, encontrou-se o percentual de 1,6%.

Sobre esta condição, Hotimsky e Alvarenga (2002) lembram que as mulheres mais velhas, que passaram pela experiência de dar à luz pela via vaginal, contam com um saber incorporado e sentem mais confiança em si e no manejo do próprio corpo, em sua capacidade reprodutiva e de lidar com a dor do parto. Em seu estudo, as autoras descrevem que esta situação ocorreu com maior frequência nas mulheres mais velhas, com três ou mais filhos. Nesta pesquisa, registrou-se que todas as mulheres que manifestaram o desejo de permanecerem sozinhas eram multigestas.

As barreiras institucionais, destacadas como principais motivos para ausência do acompanhante no trabalho de parto e no parto indicam o despreparo institucional e da equipe de saúde para acolher o acompanhante, a desvalorização e a falta de sensibilização da importância da presença paterna, seja como suporte à gestante ou do significado do parto como evento da paternidade.

Apesar de os dados refletirem, essencialmente, as dificuldades institucionais, observou-se que as justificativas elaboradas pelos profissionais de saúde para impedir a presença do acompanhante remeteram-se justamente ao inverso. Apresentaram-se, freqüentemente, os aspectos emocionais/sociais ligados ao acompanhante e/ou às condições da parturiente e, raramente, à instituição e seus limites estruturais ou funcionais. Provavelmente, por isto, cada profissional incumbiu-se em fornecer as mais diferentes versões para impedir a presença do acompanhante.

Alguns autores (Pinto e Hoga, 2004; Brüggemann et al. 2005; Moraes, 2005) citam que, de maneira geral, os profissionais de saúde possuem receios e idéias pré-concebidas negativas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento, atribuídas ao medo de se sentirem ameaçados e questionados sobre a conduta profissional, temor de que os acompanhantes não sigam corretamente as orientações sobre seu papel de apoio na assistência, interferências na evolução do trabalho de parto, no parto e nas rotinas hospitalares, que parecem acentuar-se quando o acompanhante é do sexo masculino. Os autores concluem que os profissionais não têm experiência com acompanhantes, o que lhes traz muita ansiedade, indicando que, para implantar um projeto de inserção do acompanhante, é necessário preparar previamente a equipe de saúde, o que pode se transformar numa oportunidade para que o serviço também se beneficie dessa presença. Em estudo recente, Brüggemann et al. (2007) apontaram perspectivas positivas sobre a presença do acompanhante no parto em hospital na região metropolitana de Campinas. As autoras identificaram boa aceitação da presença do acompanhante no parto pelos profissionais de saúde, bem como revelaram a experiência positiva pela pessoa que desempenhou o papel de provedor de apoio.

Embora os profissionais de saúde tenham papel determinante para implantação da assistência humanizada, autores destacam a influência dos gestores na efetivação da prática nos serviços de saúde.

Boaretto (2003), ao investigar o grau de apoio ao PHPN por 20 dirigentes de maternidades da rede SUS, no Rio de Janeiro, apontou que, apesar da maioria dos dirigentes (95%) concordarem com a presença do acompanhante no parto, apenas 25% asseguram, em seus serviços, o acesso de acompanhantes a gestantes em todas as etapas da

assistência ao parto. Por outro lado, 60% dos diretores apoiaram a presença do acompanhante para as gestantes adolescentes, seja pela percepção de riscos pelas equipes, pela eficiência do suporte social e familiar e aspectos jurídicos e legais. A autora observou uma tendência à maior penetração do conjunto de protocolos associados à humanização do parto segundo o tipo de gestor. O acompanhante no trabalho de parto e a política de controle de partos cesáreos foram implantados em 88,9% dos hospitais municipais, em contraste com outras maternidades vinculadas ao SUS (27,3%).

Indicador 4- Contato precoce pele a pele entre mãe e filho em sala de parto

As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê e ao aleitamento materno na sala de parto são indicadores reveladores da qualidade da atenção no parto humanizado (OMS, 1996). O passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) preconiza que o início do aleitamento materno deve ocorrer na primeira meia-hora após o nascimento e que os bebês devem permanecer por pelo menos 30 minutos junto à sua pele (World Health Organization – WHO, 1989).

Estabeleceu-se, para a maioria dos recém-nascidos (87,8%), o contato pele a pele em sala de parto. Contudo, apenas 40 (7%) dos recém-nascidos permaneceram por trinta minutos ou mais em contato com sua mãe.

Em relação às modalidades de contato, a forma mais comum foi o rosto (78,6%), seguido do seio (38%), sucção (6,9%) e abdômen materno (6,7%), todos com tempo de contato inferior a 30 minutos (tabela 3). Quando associado o tempo de contato pele a pele (30 minutos ou mais) com o tipo de parto, registrou-se que apenas 5,3% dos bebês nascidos de parto vaginal e 1,8% dos nascidos de parto cesáreo permaneceram por pelo menos trinta minutos com suas mães. Estes dados são preocupantes, visto que o passo quatro da IHAC recomenda que, em 80% dos partos vaginais e 50% dos partos cesáreos, o bebê seja colocado em contato pele a pele com a mãe por 30 minutos ou mais. Além disso, ao se considerar que quase a totalidade (99,5%) das crianças teve boa vitalidade ao nascimento, os resultados apresentados são injustificáveis.

Tabela 3- Modalidades e tempo de contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto em dois hospitais vinculados ao SUS. Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis Categorias	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Peito						
Trinta minutos ou mais	28	10,8	1	0,3	29	5,1
Menos de trinta minutos	79	30,5	137	44,2	216	38,0
Sucção						
Trinta minutos ou mais	16	6,2	1	0,3	17	2,9
Menos de trinta minutos	36	13,9	3	0,9	39	6,9
Barriga						
Trinta minutos ou mais	11	4,2	1	0,3	12	2,1
Menos de trinta minutos	38	14,6	-	-	38	6,7
Rosto						
Trinta minutos ou mais	21	8,1	01	0,3	22	3,9
Menos de trinta minutos	174	67,2	273	88,0	447	78,6

Corrêa (2004), ao analisar como mães e bebês vivenciaram os procedimentos que são realizados referentes ao passo quatro da IHAC em dois hospitais com título de Hospital Amigo da Criança na cidade de Santos, também não encontrou resultados satisfatórios. A autora concluiu que 58% dos bebês foram colocados pele a pele em suas mães, 43% foram colocados entre os seios, 22% mamaram na sala de parto e apenas 17% permaneceram vinte minutos ou mais com suas mães.

A revisão da literatura mostrou que o contato visual rápido, precedido por procedimentos de higienização, constitui a forma de contato mais comum (Alves e Silva, 2000; Boaretto, 2003). Interessante ressaltar os achados de Alves e Silva (2000), que são concordantes com os encontrados neste estudo, no qual o contato pele a pele foi mais incentivado na maternidade pública que na conveniada, e foi mais freqüente nos partos vaginais do que nos cesáreos.

Apesar de o hospital 1 ter conquistado o título de Hospital Amigo da Criança no ano de 2003, os dados apresentados ressaltam a necessidade de rever as estratégias para promover efetivamente as ações de promoção do aleitamento materno. O atendimento que a

mulher recebe logo após o nascimento de seu bebê é crucial para seu comportamento maternal subsequente, não apenas em relação à formação do vínculo mãe-bebê, mas, ainda, pelo poder de influenciar em sua decisão de manter a amamentação (Carvalho e Tamez, 2002).

As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê ao nascer e do aleitamento materno na sala de parto, aliadas à ausência do acompanhante da parturiente, traduzem a idéia de que a sala de parto constitui *locus* onde o modelo tecnocrático se impõe com maior força.

Embora o formulário de pesquisa não contemple questionamentos diretos sobre a satisfação com a assistência recebida, registrou-se que várias mulheres manifestaram sua satisfação e outras fizeram críticas ao serviço, incluindo algumas manifestações de revolta com aspectos negativos da assistência.

Eu acho que foi feito tudo de bom, me ajudaram muito (18 anos, primípara).

Nota 10 (19 anos, múltipara).

Ninguém explicou nada porque achavam que eu tinha já dois filhos e eles pensam que não precisa explicar nada. Lá dentro eles só conversam entre eles, com coisa que não tem nada a ver com a gente (25 anos, múltipara).

Ficou faltando uma pessoa responsável para olhar os estagiários (24 anos, múltipara).

Eu queria ter visto o meu bebê na hora que ele nasceu, primeiro de tudo, antes de limpar, primeiro eles levaram e depois que trouxeram de volta (25 anos, múltipara).

Falta um acompanhamento mais próximo, falta gente, falta orientação, você fica largada às traças. Falta a priorização dos casos, parece que cada um faz só o que ele acha que tem que fazer e nem olha pro lado, ninguém se responsabiliza por você (27 anos, múltipara).

Sendo assim, a pesquisa oportunizou à parturiente sugerir melhorias e fazer reivindicações, sendo a principal delas a garantia da presença do acompanhante no trabalho de parto e durante o parto.

Eu queria que minha mãe ficasse, porque eu vi na TV, mas não deixaram (21 anos, primípara).

Eu gostaria de um acompanhante em tempo integral (19 anos, primípara).

Não foi permitido, ele foi barrado na porta do hospital, eu fiquei sozinha, foi terrível, fiquei angustiada, desesperada e eu só chorava, eu fui abandonada no pré-parto (41 anos, múltipara).

4- Considerações finais

O estudo objetivou caracterizar a assistência hospitalar ao parto em dois hospitais vinculados ao SUS no município de Maringá-Paraná e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para a implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida na maternidade.

Os dados apontaram para um modelo assistencial marcado pelo peso da herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrada no profissional médico como condutor do processo.

Identificaram-se como obstáculos para implantação do cuidado humanizado: o desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atitude de resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência; a prática institucional e profissional, que não incorporou

integralmente ao cuidado obstétrico a idéia do parto como evento familiar e direito reprodutivo.

Por outro lado, a adesão da equipe de enfermagem aos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, a presença da doula no hospital 2, a permissão do acompanhante no trabalho de parto para a maioria das mulheres no hospital 1, a inserção do acompanhante masculino, o apoio verbal e não-verbal dos profissionais de saúde, o acolhimento da parturiente e a atuação do profissional anestesista constituem aspectos positivos que contribuiram para a humanização do cuidado.

O estudo indicou que os fatores institucionais, identificados nas dificuldades de organização institucional e na estrutura física, as rotinas hospitalares e, sobretudo, a prática e postura individual dos profissionais de saúde revelado na fala das mulheres, denotaram barreiras que, em seu conjunto, dificultaram a implantação do modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento. Portanto, as características observadas nesse serviço reiteram as dificuldades da humanização listadas em outros trabalhos (Alves e Silva, 2000; Diniz, 2002; Boaretto, 2003; Bessa e Mamede, 2004; Dias, 2006; Dias e Deslandes, 2006; McCallum e Reis, 2006).

Considerando a existência de evidências científicas que comprovam a eficácia da prática humanizada, é essencial que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher, para o enfoque da atenção integral e dos direitos sexuais e reprodutivos; o entrosamento das diversas disciplinas profissionais, com vistas ao trabalho em equipe que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto e nascimento desde o pré-natal; a ampla divulgação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na mídia e nos serviços de saúde; a efetiva incorporação do modelo humanizado da atenção como diretriz e filosofia institucional; e, sobretudo, a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais.

Finalmente, concorda-se com Tanaka (1995), que afirma: “para uma assistência adequada à gestante, o mais importante é seguir o princípio básico da obstetrícia: *obstare* – que significa *estar ao lado*”. Ao lado, mas junto, ou, simplesmente, individualizar e qualificar o atendimento – logo, humanizá-lo.

Referências

Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades. Núcleo de pesquisa em saúde materno-infantil da Universidade Federal do Maranhão. São Luís: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2000.104p.

Arilha M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: Giffin K, Costa SH, org. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.455-67.

Bertsch TD, Nagashima-Whalen L, Dykeman W, Kennel JH, Mcgrath S. Labor support by first-time fathers: Direct observations with a comparison to experience doulas. J Psychosom Obstet Gynaecol 1990; 2:251-60.

Bessa LF, Mamede MV. As práticas educativas como possibilidade para se promover a humanização do parto. In: Bessa LF, Cunha MA, Ferreira TF, org. Saúde da mulher: desafios a vencer. Rio Branco: EDUFAC; 2004. p.149-74.

Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Bógus CM, Venâncio SI. Práticas educativas e humanização da assistência. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30:10-1.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2001. 199p.

Brüggemann OM. Conhecendo as percepções sobre a assistência recebida na maternidade. In: Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemann OM. A melodia da humanização reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001. p. 61-71.

Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad Saude Publica 2005; 21(5): 1316-27.

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio ao nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saude Publica* 2007; 41(1): 44-52.

Calça AA. O parto humanizado na visão da mulher parturiente. Monografia. Especialização em Enfermagem Obstétrica. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2001.

Caron OAF. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.

Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2): 389-98.

Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 278p.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, ABRASCO; 2001. p.113-26.

Corrêa MAP. Relação mãe-bebê no pós-parto: uma contribuição para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Dissertação]. São Paulo (SP): Instituto de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; 2004.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(1): 5-23.

Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 669-705.

Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12): 2647-55.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto: um diálogo entre a técnica e os direitos humanos [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo [on-line] 2002 [acesso em 14 jun. 2004]; Disponível em: www.mulheres.org.br/parto/memorial.html

Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1): 52-62.

D'Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no município do Rio de Janeiro [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. New York: Oxford University Press; 2005. 279p.

Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

Gonçalves, R. A humanização da assistência ao parto no contexto das casas de parto: um olhar na perspectiva dos sujeitos envolvidos. Texto extraído de pesquisa em fase de andamento; 2006. 7p.

Gualda DMR, Stefanelli MC. O processo do parto na perspectiva cultural: a experiência de mulheres numa comunidade de baixa renda. In: Merighi MAB, Praça NS, org. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.93-105.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev Estudos Feministas* 2002; 10:461-81.

Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc Saude Coletiva* 2005; 10(3): 639-49.

Kabakian-khasholian T, Campbell O, Shediac-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity. *Soc Sci Med* 2000; 51:103-13.

Lima JBMC, Leão MRC. Controle da dor no trabalho de parto e parto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Anais dos seminários nacionais sobre a assistência obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.31-33.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Epidemiologia. Nascidos vivos – março/2005 a fevereiro/2006. Frequência segundo mês e local do nascimento. Maringá: SMS; 2007.

McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7): 1483-91.

Moraes SDTA. Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição à sua implantação [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

Murray I, Wilcock A, Kobayashi L. Obstetrical patient satisfaction. *Magazine Journal of Health Care Marketing* 1996; 16(3):54-7.

Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura/Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.53p.

Pinto CMS, Hoga LAK. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. *Cien Enferm* 2004; 10(1):57-66.

Rugolo LMSS, Bottino J, Scudeler SRM, Bentlin, MR, Trindade CEP, Perosa GB, et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4(4): 423-33.

Santos OMB. A enfermagem como um diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.

Sato R. A percepção do enfermeiro na assistência à mulher grávida, desvelando a prática da humanização. Monografia. Especialização em Enfermagem Obstétrica. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2001.

Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):131-59.

Stevens CMT. Maternidade e literatura: desconstruindo mitos. In: Swain TN, Muniz DCG, org. *Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas*. Florianópolis: Editora Mulheres - Belo Horizonte: PUC Minas; 2005. p.35-72.

Tanaka ACd'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995. 107p.

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2): 419-27.

World Health Organization. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding*. Geneva: WHO; 1989. 111p.



*A possibilidade de sonhar com o futuro
depende do afeto que
se constrói entre os homens*

(Oliveira, 2000)

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

7.1- Sobre os Resultados do Estudo

O presente estudo avaliou a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto SUS, no município de Maringá-Paraná, com enfoque na humanização do cuidado.

O primeiro artigo contextualizou o processo de institucionalização do parto, a medicalização da assistência e o poder médico, que são características hegemônicas da atenção ao parto no Brasil; o segundo, abordou o tema da equidade, no qual as desigualdades na oferta da tecnologia apropriada e na qualidade da atenção foram reveladas; o terceiro, avaliou a qualidade da assistência, mediante indicadores de processo e resultado e, o último, caracterizou as práticas assistenciais em cada um dos hospitais, apontou os obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do modelo humanizado, trouxe os aspectos relacionais que envolveram o cuidado e apontou caminhos que podem contribuir para a melhoria da qualidade.

As mulheres que compuseram a amostra nos dois hospitais apresentaram características sócio-econômicas semelhantes e concordantes com o perfil de mulheres atendidas em maternidades conveniadas ao SUS. Eram jovens (69%), com companheiro fixo (74,8%), segundo grau completo (65,9%) e não exerciam atividade econômica remunerada (62,9%). As mulheres não residentes no município de Maringá apresentavam características que lhes conferiam maior risco social e reprodutivo, por serem mais jovens, de baixa escolaridade, sem atividade ocupacional remunerada, com maior número de gestações e filhos vivos.

Quanto à idade gestacional de ocorrência do parto, a maioria (81,5%) teve o parto a termo, 16,7% corresponderam à condição de pré-termo e 1,8% foram classificadas como pós-termo.

Com base nos sete indicadores de qualidade da atenção, os dois hospitais obtiveram desempenho classificado como regular, cujas características refletem a institucionalização e medicalização do parto e nascimento, exercidas por meio de um conjunto de práticas institucionais. Sendo assim, o estudo apontou um modelo assistencial

centrado no profissional médico como condutor do processo, no qual a participação da equipe multiprofissional pareceu incipiente. A atuação da equipe de enfermagem se fez mais presente no uso dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor.

O hospital 2 apresentou melhor desempenho nos indicadores fornecimento de informações no trabalho de parto e durante o parto (indicadores 1 e 5). No hospital 1, a presença do acompanhante no trabalho de parto e no parto e o uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto foram os indicadores que apresentaram melhores escores de avaliação (indicadores 2 e 3). Os dois hospitais obtiveram desempenho semelhante e insatisfatório nos indicadores oferecimento de líquidos no trabalho de parto e contato mãe-filho em sala de parto (indicadores 4 e 7).

Sob o ponto de vista do acesso à qualidade da atenção, registraram-se iniquidades relacionadas às práticas obstétricas, ou seja, oferta desigual de práticas comprovadamente benéficas que qualificam a assistência e contribuem para a evolução do parto vaginal. A precariedade das informações recebidas no trabalho de parto e no parto, a negligência de informações, as dificuldades relatadas pelas parturientes para garantir a presença do acompanhante no trabalho de parto e no parto, o uso restrito dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, as práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê na sala de parto e as taxas abusivas de cesáreas constituíram aspectos que evidenciam a necessidade de reorganização da prática obstétrica nas duas maternidades.

Por outro lado, ter menos de 19 anos, segundo grau completo e não ter antecedentes de parto cesáreo foram características associadas à melhor qualidade da atenção. Destacou-se a importância da variável escolaridade como fator que tem o potencial de qualificar o cuidado prestado pelo profissional de saúde, na medida em que promove maior autonomia às mulheres e reivindicação de seus direitos. Em contraste, a baixa escolaridade pode dificultar a possibilidade de a mulher ser uma interlocutora na equipe de saúde, em fazer valer seus direitos à informação, ou seja, de exercer o papel de protagonista no processo do parto e nascimento. Portanto, o maior grau de escolaridade pode fragmentar as relações desiguais de poder entre médico-parturiente.

Estas informações remetem às idéias de Costa e Aquino (2000), de que as questões de equidade, colocadas no campo da ótica do gênero feminino, conjugam especificidades referentes à escassez e dificuldades de acesso de mulheres a serviços de saúde, mas também ao exagerado controle e medicalização do corpo feminino, envolvendo aspectos da qualidade de serviços referentes às deficiências quantitativas e qualitativas.

A análise dos indicadores utilizados nesta pesquisa confirma as idéias de Boaretto (2003), de que a adoção de procedimentos humanizadores preconizado pelo PHPN ocorre seletivamente, sendo mais disseminada nos itens em que o consenso técnico entre os profissionais médicos é mais consolidado e menos intensa nos aspectos relacionados à redução das assimetrias na relação com a clientela, à redução das intervenções médicas, ao acolhimento e suporte emocional.

Vale ressaltar que os indicadores foram selecionados devido à sua aplicação tanto para o parto vaginal ou cesáreo. Neste sentido, infere-se a necessidade de utilizar as práticas humanizadoras, segundo as necessidades das parturientes, para as mulheres com indicação de parto cesáreo.

A alta taxa de cesariana encontrada nos hospitais aparece como exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e dinâmica das mulheres (Tornquist, 2003), e constitui indicador de resultado da má-utilização da tecnologia médica no parto.

O estudo apontou que os fatores institucionais, as rotinas hospitalares e, sobretudo, a prática e postura individual dos profissionais de saúde definiram a qualidade do atendimento, dificultaram a implantação do modelo humanizado e desrespeitaram os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Contudo, perspectivas positivas podem ser vislumbradas na melhoria da qualidade da atenção ao parto e na iniciativa de alguns profissionais para promoção do cuidado.

Ao considerar-se que os dois hospitais apresentaram desempenho considerado regular e a existência de iniquidades ligadas à oferta das práticas de atenção, torna-se essencial a educação permanente em saúde, no sentido de promover a

sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a atenção humanizada no parto e nascimento e para a participação na gestão e avaliação dos serviços de saúde. Ressalta-se que as mudanças nas práticas profissionais devem ser acompanhadas do apoio dos gestores dos serviços de saúde.

O preparo da gestante e sua família para o parto, desde o pré-natal, também deve ser enfatizada, mediante um conjunto de cuidados que ofereçam à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e do parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo.

As desigualdades no acesso, no uso e na qualidade do cuidado variam significativamente entre sistemas de saúde. Mudanças nas políticas de saúde e nas práticas assistenciais podem reduzir estas desigualdades. Sendo assim, concorda-se com reflexões de Tornquist (2002), de que, para mudar a assistência ao parto, é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica.

7.2- Sobre a Pesquisa Avaliativa

Avaliar a qualidade da assistência e mensurá-la com enfoque na humanização do cuidado constitui um desafio, na medida em que a definição operacional de humanização é polissêmica e multidimensional. A opção em trabalhar com o tema na perspectiva do paradigma humanista da assistência ao parto e nascimento, com enfoque no processo de produção do cuidado, possibilitou avaliar a atenção considerando dois aspectos essenciais e complementares entre si: o uso apropriado da tecnologia (desempenho técnico) e os aspectos relacionais que, segundo Rattner (2005), são determinantes para a humanização do cuidado.

A incorporação da dimensão subjetiva na avaliação de qualidade dos serviços de saúde foi abordada no ensaio de Bosi e Uchimura (2007). Os autores diferenciam a avaliação de qualidade, que se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, revelada em indicadores e expressões numéricas, da avaliação qualitativa, voltada para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde.

Portanto, infere-se que a incorporação da avaliação qualitativa –, que contemplou aspectos circunscritos ao plano da subjetividade entre parturiente e equipe de saúde –, à avaliação de qualidade, possibilitou visão ampliada do objeto da avaliação e apontou a complexidade dos processos envolvidos na produção do cuidado em saúde.

No contexto da concepção polissêmica da qualidade de serviços de saúde expresso por Vuori (1991), infere-se que a pesquisa avaliativa qualificou a atenção ao parto nas seguintes dimensões: técnico-científica (a aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível); equidade (distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população); e adequação (suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda).

Considerando o enfoque da pesquisa, no qual foram selecionados indicadores que pudessem apontar mudanças nas práticas assistenciais do parto, ou seja, a incorporação do paradigma humanista no cuidado, assinala-se a relevância de dois indicadores. O primeiro refere-se ao oferecimento de líquidos via oral no trabalho de parto e o segundo, ao uso dos métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor.

O oferecimento de líquidos via oral constitui indicador cuja utilização é determinada pela conduta médica, ou seja, na rotina das duas maternidades, o obstetra/residente avalia e prescreve a dieta da parturiente. Ao considerar-se que foi registrada, nos dois hospitais, a associação entre permanecer em jejum e a ocorrência da cesárea, subentende-se que o tipo de parto já estava definido previamente à sua evolução. Corroboram para estas assertivas a associação entre antecedente de parto cesáreo/vaginal e tipo de parto, e a iteratividade como indicação principal para o parto cirúrgico.

Por outro lado, o uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto associou-se à ocorrência do parto vaginal. Este indicador constitui um dos pontos importantes na avaliação qualitativa da humanização da assistência, por implicar na escuta da dor da parturiente (Tornquist, 2003) e pode apontar a adesão ao ideário da humanização do parto e o investimento concreto do profissional na evolução para o parto vaginal. Ressalta-se que a equipe de enfermagem foi a categoria que utilizou, com maior frequência, os métodos não-farmacológicos de alívio da dor, o que denota a atuação desta

categoria no cuidado humanizado no trabalho de parto. Observou-se também, que, para este indicador, o hospital 1 apresentou melhor desempenho que o 2, evidenciando que esta prática não é homogênea nas duas maternidades.

Outra observação em relação aos indicadores refere-se ao indicador 7 – contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto –, utilizado como indicador de processo para avaliar a qualidade da atenção no momento do parto. Infere-se que este pode ser considerado resultado da assistência, já que reflete a prática de incentivo ao aleitamento materno realizada desde o pré-natal, no trabalho de parto, e que deve ser iniciada na sala de parto.

As entrevistas foram feitas durante a internação, no puerpério imediato, e este fato poderia influenciar as respostas obtidas, no sentido de inibir ou sub-dimensionar alguns aspectos negativos da assistência que, eventualmente, poderiam ser citados pelas mulheres. Contudo, observou-se que várias parturientes expressaram, espontaneamente, sua insatisfação com a assistência, especialmente as relacionadas à atuação dos profissionais de saúde. Portanto, a opção metodológica de utilizar a fala das entrevistadas como ferramenta de pesquisa possibilitou inferir a qualidade da assistência à medida que os aspectos relacionais foram ressaltados pela entrevistada.

A escuta das mulheres também refletiu a percepção da autora sobre a importância de abordar o atendimento das necessidades de saúde da parturiente na prática assistencial, já que este deve ser um dos principais objetivos dos serviços de saúde (Cecílio, 2001). Isto se refere, em particular, à constituição de vínculos efetivos com os profissionais de saúde, visando à construção de autonomia. As questões do consumo tecnológico apropriado também foram incorporadas ao estudo, por meio da análise das práticas assistenciais no trabalho de parto e no parto e nas taxas de cesárea observadas nos dois hospitais.

Pode-se apontar que as informações e conclusões obtidas no estudo avaliativo foram oportunas e são aplicáveis aos processos de planejamento e gestão de políticas e ações de saúde voltadas à saúde materno-infantil. Poderão constituir-se em importante subsídio para as instituições formadoras no desenvolvimento de práticas de ensino que capacitem os profissionais de saúde para a atenção humanizada.

O estudo reafirmou a avaliação como atividade fundamental para aumentar a pertinência, eficiência e efetividade no trabalho em saúde e a necessária incorporação desta prática pelos profissionais que desempenham ações no planejamento, execução e gestão dos serviços ou programas de saúde.

Minayo (2005) entende que a avaliação de programas e projetos sociais, no sentido mais nobre, objetiva fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos. Neste sentido, espera-se que este estudo contribua para a construção de políticas públicas e institucionais que garantam às mulheres seus direitos sexuais e reprodutivos e para o avanço do conhecimento científico sobre humanização como prática sócio-política inserida no movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil.

Finalmente, algumas recomendações podem ser feitas. A primeira refere-se à realização de estudos que avaliem a qualidade da atenção ao parto SUS no município, como estratégia permanente de monitoramento da qualidade da assistência, incluindo a aplicação de outros indicadores de processo e resultado adequados ao contexto local. Considerando a complexidade da produção de ações e serviços de saúde, a segunda recomendação relaciona-se à combinação das abordagens quantitativa e qualitativa na avaliação de serviços de saúde, que permite avaliar, compreender e aprofundar os múltiplos aspectos dos serviços avaliados (Tanaka e Melo, 2004).

Uma ressalva deve ser feita em relação ao uso do termo tecnologia, no campo da saúde coletiva. Dentre os quatro grandes conjuntos de taxonomia de necessidades de saúde propostos por Cecílio (2001), inclui-se a necessidade de se ter acesso e consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Sendo assim, a reconceitualização a respeito do termo tecnologia, parte dos conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura propostos por Merhy (1997), na qual se abandona qualquer pretensão de hierarquizar estas tecnologias, ou seja, a hierarquia de importância do consumo das tecnologias é estabelecida pelos profissionais de saúde, em conjunto com as necessidades reais das pessoas. Sendo assim, a última recomendação refere-se à possibilidade de realizar outros estudos avaliativos, com este enfoque na seleção dos indicadores e parâmetros de qualidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu CMG. Implantando a humanização na SES. Boletim do Instituto de Saúde. Humanização em Saúde II. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005; 36: 6-7.

Aleksandrowicz AMC, Minayo MCS. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(3): 513-26.

Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades. Núcleo de pesquisa em saúde materno-infantil da Universidade Federal do Maranhão. São Luís: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2000. 104p.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(3): 549-60.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005a; 10(3): 561-71.

Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface 2005b; 9(17): 389-94.

Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Bógus CM, Venâncio SI. Práticas educativas e humanização da assistência. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30: 10-1.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saude Publica 2007; 41(1): 150-3.

Botazzo C. Sobre a humanização da saúde. Notas críticas e contribuição ao debate. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30: 18-19.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 2.564, de 04 de maio de 1998. Habilita o município de Maringá na Gestão Plena. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2000a. 33p.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde-Legislação Federal. Portaria MS/GM nº 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece um modelo de “Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas” a ser firmado entre os estados/Distrito Federal e o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 881, de 19 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa nacional de humanização da assistência hospitalar (PNHAH). Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher; 2001b. 199p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 2104, de 19 de novembro de 2002. Institui o projeto nascer-maternidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 20p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 14p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 80p.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 11.108. Altera a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União; 2005.

Brüggemann OM. A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta de cuidado humanizado durante o processo do nascimento. In: Oliveira ME, Brüggemann OM, org. Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2003, p. 37-81.

Brüggemann OM; Parpinelli MA; Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5): 1316-27.

Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface* 2005; 9(17): 398-400.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, ABRASCO; 2001, p.113-26.

Climent GI. Tecnología apropiada en obstetricia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud. *Rev Saude Publica* 1987; 21(5): 413-26.

Costa AM, Aquino EL. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, org. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Abrasco/Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Universidade de Brasília; 2000. p.181-202.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(1): 5-23.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 7-14.

Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto: um diálogo entre a técnica e os direitos humanos [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo [on-line] 2002 [acesso em 14 jun 2004]; Disponível em: www.mulheres.org.br/parto/memorial.html

Diniz SCG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 627-37.

Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1): 52-62.

D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359:1681-5.

D'Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no município do Rio de Janeiro [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. New York: Oxford University Press; 2005. 279p.

Faúndes A, Pinotti JA, Bacha A. Tecnologia apropriada no atendimento à mulher. *Rev Paul Med* 1987;105(1): 36-41.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2005. 69p.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev Estudos Feministas* 2002; 10:461- 81.

Hotimsky SN, Rattner D. O direito a acompanhante no parto. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30:26.

Keinert TMM. Humanização na gestão de organizações. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30:15.

Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença; 1996. 239p.

Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica músculo esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. Rev Latinoam Enfermagem 2004; 12(2): 235-41.

Leocádio E. Saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos: marcos legais e políticos. In: Controle social das políticas públicas em saúde das mulheres [cassete 30 min]. Brasília, 2003.

Lima JBMC, Leão MRC. Controle da dor no trabalho de parto e parto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Anais dos seminários nacionais sobre a assistência obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.p.31-33.

Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes; 1984. 118p.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Termo de cooperação técnica. Maringá: SMS; 2002.

Maringá. Prefeitura Municipal. Dados gerais [on-line] 2003 [acesso em 21 jul. 2003]; Disponível em: www.maringa.pr.gov.br/dados/dadoger.htm

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2006-2007. Maringá: SMS; 2006.

Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Epidemiologia. Nascidos vivos – março/2005 a fevereiro/2006. Frequência segundo mês e local do nascimento. Maringá: SMS; 2007.

McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7): 1483-91.

Menecucci E. O conceito de integralidade em saúde. In: Controle social das políticas públicas em saúde das mulheres [cassete 30 min]. Brasília, 2003.

Merhy E, Chakkour M, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, OliveiraPCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E, Onocko R, org. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.113-150.

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, org. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p19-51.

Moraes SDTA. Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição à sua implantação [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

Nagahama EEI. Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Nogueira MI. Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec; 1994. 157p.

Odent M. A cientificação do amor. São Paulo: Terceira Imagem; 2000. 125p.

Oliveira ME. Mãos que cuidam: um poema retratado. Florianópolis: Cidade Futura; 2000. 64p.

Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem [on-line] 1948. [acesso em 28 jul. 2006]; Disponível em: www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,survey&language=english

Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura /Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. 53p.

Pavitra L. Parir.[on-line] 2005. [acesso em 12 jul. 2006]; Disponível em: www.amigasdoparto.com.br/poesia6.html

Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Editora Santos; 2002. 442p.

Progianti JM. Políticas de saúde no campo obstétrico brasileiro. In: Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Paraná. Síntese do VI seminário do parto: contribuições da enfermagem. Curitiba: ABEN-PR; 2003. p.8-11.

Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saude Publica 2004; 20(5): 1342-53.

Rattner D, Trench B, org. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Editora Senac; 2005. 198p.

Rede Feminista de Saúde - Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê humanização do parto: da medicalização do parto ao movimento pela humanização [on-line] 2002 [acesso em 14 jun. 2004]; Disponível em: www.redesaude.org.br/dossie

Rios IC. Humanização na área da saúde. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30:6-7.

Rugolo LMSS, Bottino J, Scudeler SRM, Bentlin, MR, Trindade CEP, Perosa GB, et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. Rev Bras Saúde Matern Infant 2004; 4(4): 423-33.

Santos LA. Qualidade de vida no trabalho. In: Instituto de Saúde. Boletim do Instituto de Saúde. Humanização em saúde II. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. 36: 18-20.

Sapata MPM. Internações hospitalares pelo SUS: perfil epidemiológico e gastos em Maringá-PR, 1998 a 2002 [Dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2003.

Scochi MJ. Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada [Tese-Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

Serafim D. Mortalidade neonatal em Maringá-Paraná, 1997-2000 [Tese-Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

Serruya SJ. A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil [Tese-Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Silver LD. Direito à saúde ou medicalização da mulher? In: Giffin K, Costa SH, org. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz;1999. p.299-317.

Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):131-59.

Stefanini MLR. Editorial. *Boletim do Instituto de Saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2003. 30:3.

Tanaka AC d'A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec; 1995. 107p.

Tanaka AC d'A. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. *Jornal da Rede Saúde* [on-line] 2000 [acesso em 10 jun. 2002]; 20. Disponível em: www.redesaude.org.br/jornal/html/body_ir20-dandretta.html

Tanaka OY, Melo C, org. *Inovação e gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: Annablume/FAPESP; 2002. 76p.

Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, org. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004. p. 121-36.

Teixeira GG, Chanes M. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. *Mundo Saúde* 2003; 27(2): 270-3.

Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas* 2002; 10: 483-92.

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2): 419-27.

Ventura WP. Promovendo o aleitamento materno no pré-natal, parto e pré-parto e nascimento. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p.99-112.

Vuori HI. A qualidade da saúde. *Divulg Saúde Debate* 1991; 30:17-25.

World Health Organization. *Appropriate Technology for Birth*. *Lancet* 1985; 8452:436-7.

World Health Organization. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Geneva: World Health Organization; 2003. 39p.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.730p.



APÊNDICES

APENDICE 1- PLANILHA MENSAL

HOSPITAL: _____		MÊS: _____		ENTREVISTADOR: _____						
DIAS -->	2	3	10	12	20	21	24	28	31	
Quantidade de entrevistas										
	<i>Previsto</i>	<i>Realizado</i>	<i>Previsto</i>	<i>Realizado</i>	<i>Previsto</i>	<i>Realizado</i>	<i>Exclusões</i>			
	cesárea		vaginal		total		1	2	3	4
1ª Semana:										
1º dia	2	rota: 6	1	2	3					
2º dia	3	rota: 4	2	1	3					
Total na 1ª Semana										
2ª Semana:										
1º dia	10	rota: 4	2	1	3					
2º dia	12	rota: 1	2	1	3					
Total na 2ª Semana										
Total semana 1 e 2 (para avaliação)										
	7		5		12					
3ª Semana:										
1º dia	20	rota: 6	1	1	2					
2º dia	21	rota: 5	2	1	3					
total na 3ª Semana										
4ª Semana:										
1º dia	24	rota: 3	2	1	3					
2º dia	28	rota: 1	2	2	4					
total na 4ª Semana										
5ª Semana:										
1º dia	31	rota: 1								
total na 5ª Semana										
TOTAL NO MÊS										
	14		10		24					

Observações nas exclusões utilize:

- 1- parto fora do ambiente hospitalar
- 2 - ocorrência de óbito fetal
- 3 - recusa em participar da pesquisa
- 4 - menor de 18 anos sem acompanhante

CALENDÁRIO:

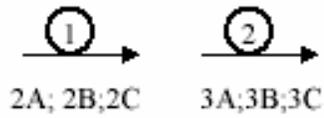
AGOSTO DE 2005						
DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

APÊNDICE 2

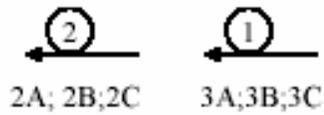
ROTEIRO DE LEITOS - HOSPITAL 1

OBSERVAÇÃO: A FLEXA INDICA A DIREÇÃO DE COLETA E O NÚMERO A ORDEM DO GRUPO

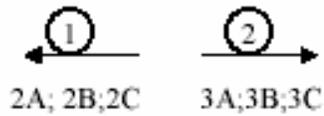
Rotas 1:



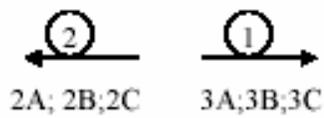
Rotas 2:



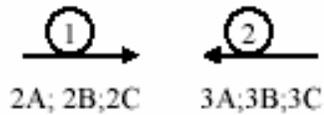
Rotas 3:



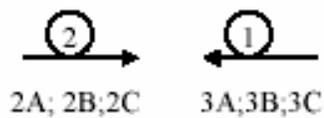
Rotas 4:



Rotas 5:



Rotas 6:



APÊNDICE 3

ROTEIRO DE LEITOS - HOSPITAL 2

OBSERVAÇÃO: A FLEXA INDICA A DIREÇÃO DE COLETA E O NÚMERO A ORDEM DO GRUPO

Rota 1:



Rota 2:



Rota 3:



Rota 4:



Rota 5:



Rota 6:



APÊNDICE 4
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I - PRONTUÁRIO HOSPITALAR

P1 - Questionário _____ P2 - Entrevistador número: _____ P3 - Data: ___/___/___

P4 - Hospital: 1 2

P05 - Nome: _____

P06 - Número do prontuário: _____ P07 - Idade: _____ anos

P08 - Procedência:

- 1- Maringá
 2- Outro município → P08a - Qual: _____
 9- Ignorado

P09 - Duração da gestação: _____ semanas e _____ dias P09a - 9- Ignorado

P10 - Tipo de Parto:

- 1 - Vaginal sem fórceps
 2 - Vaginal com fórceps
 3 - Cesárea

P10a - Indicação cesárea _____

P11 - Hora de ocorrência do parto: _____ hs _____ min

P12 - Tempo de puerpério: 1- menor que 24 horas 3- 48 a 71 horas
 2- 24 a 47 horas 4- 72 horas ou mais

P13 - Local da assistência no trabalho de parto 1 - Pronto Socorro 2 - Enfermaria 3 - Ambulatório

P14 - Local de realização do parto 1 - Pronto Socorro 2 - Enfermaria 3 - Centro cirúrgico

P15 - Escala de Apgar do RN

P15a - No 1º minuto de vida: _____ P15b - No 5º minuto de vida: _____

PARTE II - ENTREVISTA

Hora do início da entrevista: _____ : _____ horas

E01 - Qual o seu nome? _____

Estamos fazendo uma pesquisa sobre a qualidade da assistência ao parto pelo SUS em Maringá. Gostaria de saber, após a leitura de uma carta que contém as explicações, se você poderia participar desta pesquisa.

(Ler o TCLE)

Dados sócio-econômicos

E02 - Qual o seu estado civil?

- 1- solteira 2- casada 3- divorciada/desquitada 4- união consensual 5- viúva

E03 - Qual a última série e grau que a senhora completou? _____ª série do _____º grau 99- Nunca estudou

SE NÃO ESTUDOU FAÇA A PERGUNTA SEGUINTE

E04 - A senhora sabe ler e escrever um bilhete curto? 1- sim 2- não

E05 - Qual é sua atividade ocupacional?

- 1- do lar 2- estudante 3- Outra → E05a Qual: _____

História reprodutiva

Número (de): E06- gestações: __ E07- partos vaginais: __ E08- cesáreas: __ E09 - abortos: __ E10- filhos vivos: __

Assistência no trabalho de parto

INDICADOR 1: Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem

E11 – No hospital, antes do bebê nascer, você recebeu alguma informação ou explicação?

1-sim 2-não 3-não deu tempo

SE A RESPOSTA FOR **SIM**, PERGUNTE

E11a - Quais informações ou explicações foram fornecidas?

E11b – Quem realizou? _____

E11c – Você recebeu todas as informações que desejava? 2-sim 1-em parte 0 - não

Observação _____

INDICADOR 2: Presença do acompanhante no trabalho de parto

E12 - Foi permitido que ficasse um acompanhante junto com você, antes do bebê nascer?

1-sim 2-não 3-não deu tempo

SE A RESPOSTA FOR **SIM**, PERGUNTE:

E12a - Quem foi o acompanhante? _____

E12b - Por quanto tempo este acompanhante ficou com você?

2 - mais da metade do tempo do trabalho de parto
 1 - metade do tempo do trabalho de parto ou menos
 0 - não ficou

SE A RESPOSTA FOR **NÃO**, PERGUNTE:

E12c - Por que o acompanhante não ficou com você?

INDICADOR 3: Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor

E13 – Antes do bebê nascer, no hospital:

E13a - Alguém realizou massagens para diminuir a dor?

1-sim 2-não E13b - se **SIM**, quem realizou? _____

E13c - Você foi orientada a tomar banho de chuveiro para alívio da dor?

1-sim 2-não E13d - se **SIM**, quem orientou? _____

E13e – Foi colocado música para relaxamento?

1-sim 2-não E13f - se **SIM**, quem colocou? _____

E13g – Alguém ensinou a fazer exercícios de respiração?

1-sim 2-não E13h - se **SIM**, quem ensinou? _____

INDICADOR 4: Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto

E14 - Antes do bebê nascer, no hospital, foi oferecido à você água, chá ou suco?

2-sim 0-não 9-não lembra

Assistência no parto

INDICADOR 5: Fornecimento de informações sobre os procedimentos a serem realizados no parto

E15 – Na hora do parto, você recebeu alguma informação ou explicação?

- 1-sim 2-não 3-não lembro 4-não deu tempo

SE A RESPOSTA FOR SIM, PERGUNTE

E15a - Quais informações ou explicações foram fornecidas?

E15b – Quem realizou? _____

E15c – Você recebeu todas as informações que desejava? 2-sim 1-em parte 0 - não

Observação _____

INDICADOR 6: Presença do acompanhante no parto

E16 - Foi permitido que ficasse um acompanhante junto com você, na hora do parto?

- 2-sim 0-não

SE A RESPOSTA FOR SIM, PERGUNTE:

E16a - Quem foi o acompanhante? _____

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PERGUNTE:

E16b - Por que o acompanhante não ficou com você?

INDICADOR 7: Contato pele a pele entre mãe e filho em sala de parto

E17 - Na sala de parto:

E17a - Seu bebê foi colocado sobre seu peito?

- 1-sim E17b Por quanto tempo? 2 -Meia hora ou mais 1- Menos que meia hora: _____ minutos

2-não

E17c - Seu bebê foi colocado para mamar?

- 1-sim E17d Por quanto tempo? 2-Meia hora ou mais 1-Menos que meia hora: _____ minutos

2-não

E17e - Seu bebê foi colocado sobre sua barriga?

- 1-sim E17f Por quanto tempo? 2-Meia hora ou mais 1-Menos que meia hora: _____ minutos

2-não

E17g - Seu bebê foi colocado junto ao seu rosto?

- 1-sim E17h Por quanto tempo? 2-Meia hora ou mais 1-Menos que meia hora: _____ minutos

2-não

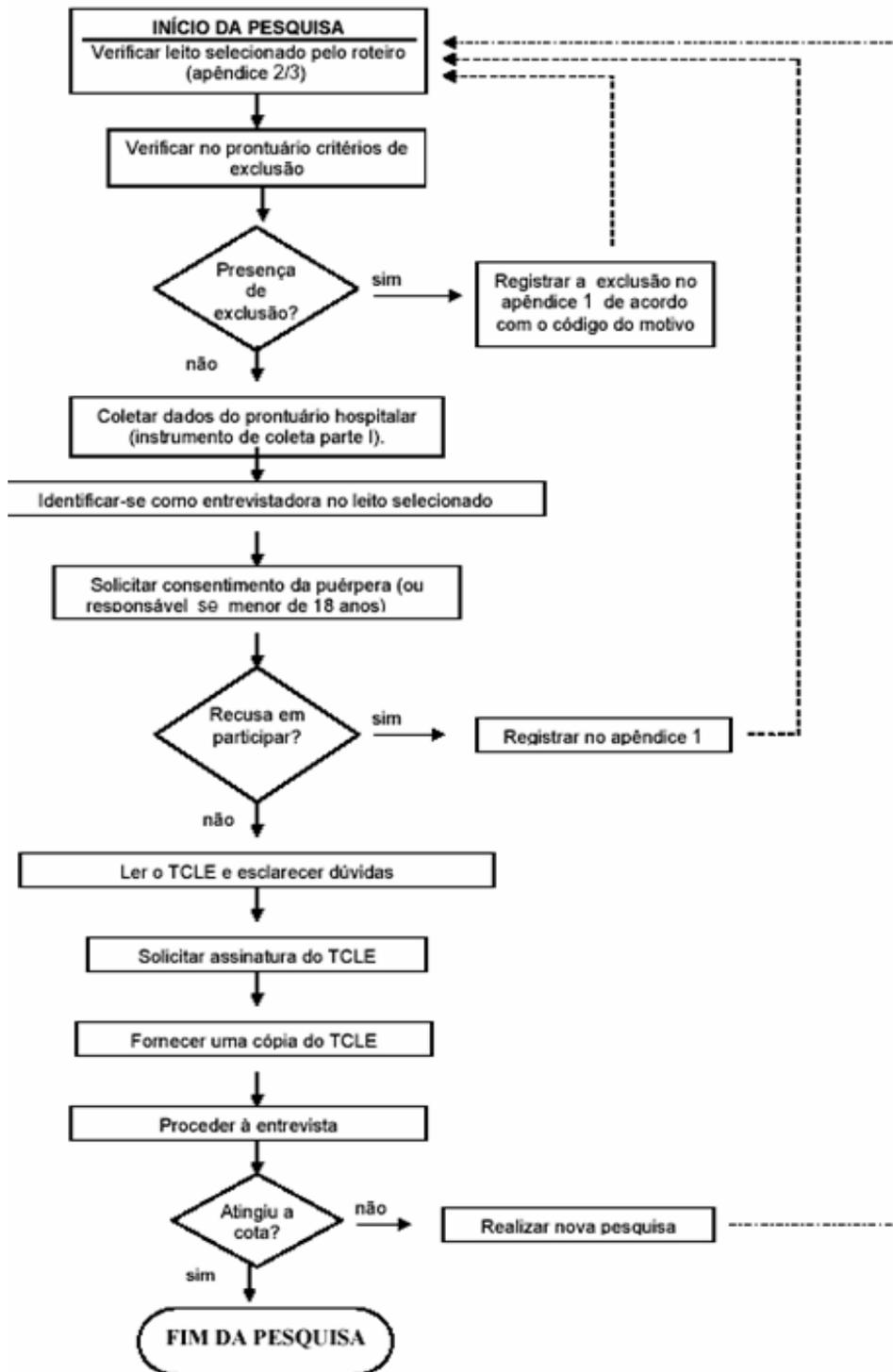
SE A RESPOSTA FOR NÃO A TODOS OS ITENS ANTERIORES, PERGUNTE

E17i - O bebê foi mostrado à você na sala de parto? 1-sim 2-não

Observação _____

Hora do término da entrevista: _____:_____ horas

APÊNDICE 5



APÊNDICE 6
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Menor de 18 anos

Título do Projeto: A humanização no processo de atenção ao parto: uma avaliação da qualidade

Esta pesquisa objetiva avaliar a qualidade da atenção ao parto em hospitais que atendem pelo SUS em Maringá. Para fazer a pesquisa necessito verificar e anotar os dados que estão na sua ficha hospitalar e realizar algumas perguntas. Para isto, preciso de seu consentimento para olhar seu prontuário e realizar uma entrevista. Seu consentimento será de grande importância pois poderá contribuir para melhorar a qualidade da assistência ao parto neste hospital.

Informo que a participação nesta pesquisa não é obrigatória e que, mesmo após dado o consentimento, você poderá desistir de participar da pesquisa sem que nada de prejudicial lhe aconteça. A participação nesta pesquisa não lhe acarretará qualquer custo financeiro. Os dados a serem pesquisados em seu prontuário hospitalar, assim como as respostas da sua entrevista, não prejudicarão qualquer tipo de atendimento, cuidado ou tratamento futuro que você necessite neste hospital.

As informações contidas em seu prontuário hospitalar são confidenciais e seus dados de identificação não serão divulgados em publicações desta pesquisa. Uma cópia deste documento deverá permanecer com a senhora.

Coloco-me à disposição para o esclarecimento de dúvidas relacionadas a esta pesquisa em qualquer momento.

Eu, _____, responsável pela menor _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com _____ **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** que _____ participe do mesmo.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do responsável ou impressão dactiloscópica

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do entrevistador

Equipe:

1- Nome: Elizabeth Eriko Ishida Nagahama Telefone: (44) 225-8484 ramal 223
Endereço Completo: Avenida Mandacaru, 1590. Parque das Laranjeiras. CEP: 87.083-170. Maringá – Paraná

2- Nome: Silvia Maria Santiago Telefone: (19) 3788-8042
Endereço Completo: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. CEP: 13081-970. Campinas- São Paulo

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 10– Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.

APÊNDICE 8

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
A01 - Questionário _____	A02 - Data: ___/___/___
A03 - Hospital: <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
A04 - Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estabelecimentos de saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio	
<input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
Dados sócio-econômicos	
B01 - Nome: _____	
B02 - Idade: _____ anos	
B03 - Estado civil	
<input type="checkbox"/> 1 - solteira <input type="checkbox"/> 2 - casada <input type="checkbox"/> 3 - viúva <input type="checkbox"/> 4 - separada judicialmente/divorciada <input type="checkbox"/> 9 - ignorado	
B04 - Escolaridade	
<input type="checkbox"/> 1 - nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> 3 - 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 4 - 8 a 11 anos <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - ignorado	
B05 - Atividade ocupacional	
<input type="checkbox"/> 1 - do lar <input type="checkbox"/> 2 - estudante <input type="checkbox"/> 3 - Outra → B05a Qual: _____	
B06 - Número de filhos tidos em gestações anteriores	
1 - Total: _____ 2 - Nascido vivo: _____ 3 - Nascido morto: _____ <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
B07 - Procedência:	
<input type="checkbox"/> 1 - Maringá	
<input type="checkbox"/> 2 - Outro município → B07a - Qual: _____	
<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
Gestação e parto	
C01 - Duração da gestação:	
<input type="checkbox"/> 1 - menos de 22 semanas <input type="checkbox"/> 2 - 22 a 27 semanas <input type="checkbox"/> 3 - 28 a 31 semanas <input type="checkbox"/> 4 - 32 a 36 semanas	
<input type="checkbox"/> 5 - 37 a 41 semanas <input type="checkbox"/> 6 - 42 semanas e mais <input type="checkbox"/> 9 - ignorado	
C02 - Tipo de parto:	
<input type="checkbox"/> 1 - Vaginal	
<input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo	
<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
C03 - Número de consultas de pré-natal:	
<input type="checkbox"/> 1 - nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - de 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - de 4 a 6 <input type="checkbox"/> 4 - 7 e mais <input type="checkbox"/> 9 - ignorado	
Recém-nascido	
D01 - Índice de Apgar :	
D01a - 1º minuto de vida: _____ D01b - 5º minuto de vida: _____ <input type="checkbox"/> 9 - ignorado	
D02 - Peso ao nascer _____ gramas <input type="checkbox"/> 9 - ignorado	