

A GESTÃO DO ATENDIMENTO HUMANIZADO À GESTANTE EM MANAUS – AMAZONAS

Eurides Duque Pantoja

Leidiane Santos de Brito

Adan Renê Pereira da Silva

RESUMO

O presente trabalho é resultado de um estudo voltado ao atendimento da rede pública de saúde para com a categoria gestante. Teve por objetivo compreender a realidade do atendimento à gestante com foco na Política Nacional de Humanização (PNH). Foi desenvolvida pesquisa do tipo qualitativa, na modalidade estudo de caso, e o instrumento de coleta dos dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, sendo realizada com duas mulheres que tiveram filhos em maternidades do Sistema Único de Saúde, selecionadas via amostra proposital, conforme critério de Marconi e Lakatos (1996). Os resultados apontam que os direitos da gestante ainda não são em sua totalidade respeitados conforme estabelecidos em lei, já que as maternidades continuam a executar práticas ultrapassadas, como a manobra de Kristeller, violação do direito à escolha do acompanhante e a cobrança indevida de valores referentes ao pagamento do profissional que faz a aplicação da anestesia, quando se trata do parto cesáreo, além de não disporem de vagas suficientes para atender a demanda. Conclui-se que os gestores e profissionais do serviço de saúde necessitam de uma constante atualização com fins de melhoria do atendimento, deixando de lado práticas tidas como desumanizadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão; Atendimento humanizado; Sistema Único de Saúde; Gestante.

THE MANAGEMENT OF HUMANIZED CARE FOR PREGNANT WOMEN IN MANAUS-AMAZONAS

ABSTRACT

The present work is the result of a study aimed at attending the public health network to the pregnant category. It aimed to understand the reality of care for pregnant women with a focus on the National Humanization Policy (PNH). Qualitative research was developed, in the case study modality, and the data collection instrument was carried out through semi-structured interviews, being carried out with two women who had children in maternities of the Unified Health System, selected via a purposeful sample, as criterion of Marconi and Lakatos (1996). The results indicate that the rights of the pregnant woman are still not fully respected as established by law, since maternity hospitals continue to perform outdated practices, such as the Kristeller maneuver, violation of the right to choose a companion and the undue collection of referring amounts. the payment of the professional who makes the application of anesthesia, when it comes to cesarean delivery, in addition to not having enough vacancies to meet the demand. It is concluded that health service managers and professionals need constant updating in order to improve care, leaving aside practices considered dehumanizing.

KEYWORDS: Management; Humanized care; Health Unic System; Pregnant.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a questão da saúde brasileira foi alvo de grandes discussões e mudanças até que se chegasse ao então Sistema Único de saúde (SUS), cuja implantação deu-se na década de 1990. Uma das importantes novidades era a premissa do direito universal da população à saúde. Partindo deste pressuposto, o acesso à saúde ampliou-se a todas as categorias, inclusive à gestante. Por isso, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº569, de 1º de junho de 2000 instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no SUS.

Tal programa reforçava os direitos de cidadania da gestante e recém-nascido por meio do acesso à saúde de modo digno e de qualidade, dentro das seguintes fases: gestação, parto, puerpério e período neonatal. Ou seja, a administração do PHPN detinha a responsabilidade em executar as demandas desta população por intermédio do atendimento acolhedor, tendo em vista a prevenção e a manutenção da saúde da mãe e bebê e, assim, evitar maiores fatalidades. Com foco no exposto, o trabalho pergunta-se: Como está o atendimento do SUS diante do panorama legal que o rege?

Diante disso, este estudo tem por objetivo compreender a realidade do atendimento à gestante, com foco no paradigma da Política Nacional de Humanização em Saúde. Para tal, pensa-se ser necessário analisar a questão da saúde brasileira até a chegada da política de humanização, para, posteriormente, discutir sobre a política de saúde à gestante, explicitando como se dá a gestão desse atendimento em maternidades da rede pública de saúde.

O interesse pela temática surgiu dos registros de insatisfação de usuárias gestantes e familiares na mídia local. Em um dos casos, o Jornal Acrítica (2019, online) noticiou que mãe e bebê morreram durante o parto realizado na Maternidade Estadual Balbina Mestrinho, localizada na zona sul de Manaus e a família denunciou negligência médica.

Deste modo, emergiram tensões e questionamentos, os quais devem ser dirigidos não só para órgãos oficiais de saúde, mas para a sociedade em geral sobre o tratamento e atendimento que a gestante e recém-nascido devem receber de acordo com a legislação. Assim, o estudo torna-se importante por trazer conhecimento sobre assuntos ligados à saúde pública na atualidade, ao

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. **ISSN 2594-8806**

passo que explicita direitos de cidadãos e cidadãs que somos. As autoras e o autor, enquanto usuárias e usuário do SUS esperam sempre por um serviço acolhedor por meio do atendimento humanizado. Esta expectativa aumenta quando do período de gestação, por muitas mulheres considerado um período especial e/ou “delicado”.

O estudo contribui ainda em saberes acerca da magnitude da Política Nacional de Humanização e a aplicabilidade desta para com a gestante, pois a mesma surgiu com o intuito de buscar a interação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para que houvesse mudanças em algumas práticas de saúde.

Metodologicamente, optou-se por uma pesquisa do tipo qualitativo, na modalidade de estudo de caso. Este foi empreendido com duas mulheres que tiveram filhos em maternidades da rede pública de saúde, escolhidas por amostra proposital, conforme critério de Marconi e Lakatos (1996). As entrevistadas concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e suas identidades foram mantidas em sigilo, sendo representadas como M1 e M2. Ambas se comprometeram em disponibilizar as informações consideradas necessárias. Para coleta de dados, foi utilizada entrevista do tipo semiestruturada, tendo sido gravadas em áudio, transcritas e analisadas, e posteriormente os áudios incinerados. As entrevistas ocorreram nos meses de agosto e dezembro de 2019, nas residências das mulheres.

1. HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge em 1990 em meio a diversas lutas que se deram pelos movimentos sociais. Entre os marcos históricos, tem-se a 8^o Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária e, principalmente, a Constituição Federal de 1988, que traz em seu bojo princípios de universalização do acesso à saúde como direito social e dever do Estado (ZÜGE, 2012).

A legislação brasileira de saúde dá ênfase à Lei Orgânica da Saúde ou Lei 8080/90. Nesta, o atendimento que o SUS passaria a fornecer seria de promoção, proteção e recuperação da saúde, prestados por meio do poder público e assumidos por órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta como disposto no art. 4^o.

Anteriormente o sistema de saúde fazia uma seleção das pessoas que iriam ser atendidas, ou seja, as políticas existentes eram totalmente discriminatórias e excludentes, e com a implantação do novo sistema tais práticas passariam a ser abolidas já que traziam em seu bojo a premissa do direito à saúde para todos.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. **ISSN 2594-8806**

Nessa perspectiva, em 2003, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização do SUS, a qual preconiza humanização como sinônimo de acolhimento. Por isso define acolher como o ato de reconhecer o outro e o que ele traz como legítima e singular necessidade de saúde, estabelecendo uma relação estreita entre equipes/serviços e usuários/populações. Como pontos positivos principais, destacam-se: relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva. É primordial citar que esse processo se dá devido à escuta qualificada para com esse público, objetivando encaminhamentos corretos e contribuindo para melhoria do atendimento e na efetividade do mesmo.

Sendo assim, constata-se que a humanização dos serviços de saúde associa-se a diferentes categorias que estão relacionadas aos sujeitos desse cuidado, como: integralidade e garantia de satisfação do usuário, reconhecendo os serviços como estritamente necessários, e a qualidade da assistência venham ter uma gestão participativa, onde os sujeitos se tornem protagonistas. Além disso, há a necessidade de uma assistência capaz de prover acolhimento (ZÜGE, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a humanização desse serviço é a estratégia de intervenção, pois visa ao bem-estar dos envolvidos tornando-os de fato protagonistas neste processo. É válido citar que esses sujeitos são tanto os pacientes que devem ser respeitados, pois possuem valores pessoais que devem ser levados em conta, por isso tem participação nas decisões do seu próprio tratamento e, na outra ponta, tem-se os profissionais de saúde, que devem ser valorizados e providos de um ambiente adequado de trabalho para poder articular opiniões e valores.

Em suma, é ofertar uma assistência mais digna, solidária, acolhedora e humana que possa trazer um aumento de corresponsabilidade em relação à saúde, exigindo mudanças na cultura de atenção aos pacientes e gestão. Por isso Nobre (1999 apud ZÜGE, 2012, p.15) defende:

O atendimento ao cliente consiste numa atitude positiva de dar atenção ao cliente, permitindo que ele manifeste suas necessidades, ouvindo-o com interesse, dando solução aos seus problemas, ou, então, encaminhando-o à pessoa certa.

Percebe-se que a PNH veio propor mudanças no processo de trabalho das relações entre sujeito e gestão, trazendo o usuário para que aconteça a mudança, propiciando a comunicação

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

entre os sujeitos citados. Ou seja, ela parte do pressuposto da discussão entre todos os entes envolvidos, desde os pacientes, profissionais da medicina, pessoal administrativo, faxineiras, recepcionistas, todas essas pessoas contribuem de forma específica para a concretização dos objetivos da Política, os quais são:

A proposta do atendimento humanizado tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar, entre outras, o bem estar físico, psíquico e social dos usuários dos serviços de saúde, resgatando, assim, a dignidade e o compromisso com o paciente, gerando sem dúvida qualidade de vida a clientela atendida, sanando alguns pontos fundamentais e problemáticos da porta de entrada do sistema (ZÜGE, 2012, p.16).

É notável a relevância de tal política, onde as medidas executadas pelo Estado garanta, de fato, o bem-estar social da população trazendo a promoção de saúde em todos os setores, com o intuito de desenvolver a capacidade de uma nova gestão humanizada e dinâmica, criando habilidades de liderar pessoas para a qualidade dos serviços públicos de saúde. “A melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde”(ZÜGE, 2012, p. 17).

Enfatiza Goulart (2006) que os valores da vida estão ligados a cada indivíduo e a humanização, significa dizer que, depende da mudança das pessoas, visando à possibilidade da transformação de um processo de trabalho para que se torne prazeroso, construindo-se um novo modo de se conviver.

Essa construção da humanização enquanto política pública de saúde veio para fortalecer ainda mais a questão do atendimento humanizado à gestante que se dá pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Desse modo observa-se uma completude na perspectiva de assegurar os direitos de cidadania em todas as fases e para todos.

2. PARTO HUMANIZADO E DIREITOS DA GESTANTE

Ao discorrer sobre a história do parto são notórias suas modificações, pois ainda ao final do século XIX as mulheres recebiam o auxílio de parteiras e todo o processo ocorria no domicílio da parturiente, esse ambiente proporcionava uma satisfação e calma à gestante, e o médico somente era solicitado caso fosse necessário. No entanto, Matei et al. (2003) ressaltam

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. **ISSN 2594-8806**

que, mesmo diante de tantas contribuições advindas desse parto domiciliar, não se pode negar os altos índices de mortalidade materna e infantil que existiam na época.

Já no século XX, no período pós-guerra, com o avanço da tecnologia, foram sendo introduzidos novos métodos, surgindo o chamado “parto medicalizado”. Este método passou a ser questionado devido a procedimentos que muitas das vezes eram desnecessários, contrariando a perspectiva do parto natural e indo contra direitos dessa gestante.

Com a nova concepção do parto, a mulher passa a ser internada sozinha no hospital, sujeita a enfrentar os procedimentos em que não lhes eram explicados anteriormente, o parto cesáreo ganha espaço principal e é nesse momento que o médico tem sua figura ampliada, enquanto o papel das parteiras entrava em declínio.

Nessa perspectiva é válido destacar que, no Brasil, até meados dos anos 80, a mulher era vista na sociedade dentro de um papel de subalternidade. E somente a partir desse período que se começou a repensar sobre o espaço da mulher na sociedade, pois o movimento feminista passou a reivindicar e cobrar uma atenção integral feminina, o que deu origem, em 1983, ao Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM). Lembra-se que uma das principais bandeiras levantadas por esse movimento era voltado à autonomia da mulher sobre o corpo dela. De acordo com Marques (2012, p. 14):

Até este período, duas lógicas se alternaram: o país adotou uma postura pró-natalista ao longo do século passado, e para tanto dotou-se de legislação protetiva da maternidade e restritiva em relação ao exercício da autonomia das mulheres sobre seus corpos.

Ou seja, havia uma necessidade de inserção da mulher em uma totalidade de serviços públicos de saúde, isso incluía questões reprodutivas. Com a chegada da Constituição Federal em 1988, os Direitos Reprodutivos passaram a fazer parte dos direitos constitucionais, baseado na perspectiva de Direitos Humanos, pois eram vistos como fundamentais e baseavam-se sob quatro premissas: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade.

E com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 a pauta feminina pôde ser inserida nos serviços públicos de saúde, pois o Sistema foi criado para disponibilizar a saúde à todos. Consequentemente, ao longo do tempo, outros aparatos legais foram sendo inseridos, a fim de que tais direitos estivessem sempre em prevalência e infatizados.

Posto isto, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde adotaram posturas em prol de mudanças e de reestabelecimento de direitos fundamentais da gestante por meio da atenção humanizada. De acordo com Possati et al. (2017, p. 2):

A atenção humanizada ao parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculo são aspectos fundamentais no cuidado às mulheres, nesse contexto.

Esse modelo de atenção vai ao encontro do que defende o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instuído por meio da Portaria n° 569 nos anos 2000, onde o atendimento passa a estender-se à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Como premissa, trazia a necessidade de assegurar os direitos de cidadania, com a manutenção do acesso e qualidade dos serviços no período de pré-natal, parto e puerpério da mãe e bebê e também inseria os familiares nesse contexto. Tal política trazia, como princípios:

[...] direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; [...] direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; [...] direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; [...] recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p.6).

Vale ressaltar que o referido programa teve sua origem principalmente com a missão de reduzir os índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registrados na época. E a partir da contribuição do PHPN houve uma maior discussão sobre o envolvimento da mulher e as tomadas de decisões sobre seu parto, desse modo, rompendo com intervenções que anteriormente resultavam em riscos à mãe e bebê. Isto porque o Programa trazia como finalidade de existência a busca incessante por melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

Por isso, a OMS (2000) determinou como os profissionais da área de obstetrícia deveriam agir no atendimento à gestante, com a finalidade de preservação e manutenção do direito dela. Entre as determinações, pode-se destacar: respeitar a vontade de escolha desta em relação ao acompanhante, monitorar o bem-estar tanto físico quanto emocional durante todo atendimento, dispor informações sobre procedimentos e, quando solicitado pela gestante, permitir que a mulher caminhe para a dilatação e escolha a posição que desejar para o nascimento do bebê, ofertar métodos de alívio de dor (como massagens, banho e etc.), proporcionar o contato pele a pele e amamentação imediata, aderir a procedimentos descritos no partograma, disponibilizar alojamento, dispor à grávida líquidos e alimentos sem excesso. É válido destacar que é de total

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

direito da mulher ser chamada pelo nome, pois é levado em conta a particularidade e especificidade de cada parto.

Desse modo reforçam Possati et al. (2017) que o conceito de humanização do parto relaciona-se diretamente a atitudes, práticas, condutas, conhecimento sobre parto e nascimento, respeito à individualidade e a valorização da mulher.

De modo geral, pode-se concluir que a humanização do parto corresponde a um conjunto de atitudes capaz de proporcionar um ambiente estruturado fisicamente e psicologicamente para suprir as demandas diárias, acolher a mulher conforme condutas éticas e solidárias dentro de uma realidade em que ao mesmo tempo possam ser estabelecidos vínculos, respeitando a mulher, bebê e a família, realizando um parto em que possa resultar em uma experiência única para ambas as partes.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização da análise das respostas relacionadas às questões da entrevista trouxe a possibilidade de expor o conteúdo em categorias, abordadas a seguir:

Pré-natal e a ida à maternidade

A participante M1 relatou ter realizado as consultas de pré-natal solicitadas pelo profissional que a atendia, diz ainda que nunca foi constatado nenhum tipo de problema de saúde com ela ou para com o bebê. Ou seja, uma gestação saudável, sem nenhuma intercorrência. Porém, chegou a data prevista para que a criança nascesse e não aconteceu, e decidiu dirigir-se à maternidade mais próxima de sua residência acompanhada de uma amiga, a fim de averiguar sua situação, conforme relata:

Quando chegou na semana que ela nasceu, minha barriga estava enorme, com 40 semanas e nada de sentir dor, então vou na maternidade saber se tá tudo certo em uma segunda-feira. O médico que me atendeu pediu que eu fizesse um ultrassom lá mesmo e que retornasse com ele, quando retornei ele disse: “olha, sua bebê tá normal, espera mais uma semana que ela vai nascer normal”, e voltei pra casa e também me disseram que não tinha leito disponível. Quando foi dois dias depois, comecei sentir dor e já tava dilatando e pedi socorro pra um casal de vizinhos pra me levar, chegando lá já tava com oito centímetros de dilatação, e me levaram pra sala de parto (M1).

Já M2 nos revelou que o seu pré-natal também ocorreu de forma satisfatória na rede pública de saúde. No entanto, quando começou a sentir as dores se deslocou para a maternidade e o médico que a atendeu a informou de que o bebê não nasceria naquele mês, mas sim no próximo e a mandou ir para casa. As dores intensificaram-se e no dia seguinte retornou, e então foi informada de que naquela unidade não haveria leito disponível. No tocante ao encaminhamento que lhe foi ofertado relata:

A enfermeira dessa maternidade mesmo que me indicou uma outra instituição para que eu pudesse ser atendida, só que eu teria que pagar um valor que seria repassado pro anestesista porque o parto ia ser cesáreo porque eu não podia ter normal que eu não tinha passagem, aí ela fez uma ligação e depois me disse até o nome do profissional que iria me atender lá. Então, quando eu cheguei lá o médico já foi pedindo o dinheiro do meu esposo logo, de um jeito bem mal educado, e nós pagamos porque ficamos com medo que a criança passasse da hora de nascer (M2).

A referida entrevistada sentiu-se coagida em fazer o pagamento já que desde a primeira gestação foi alertada por outro profissional que seus partos só poderiam ocorrer por meio de cesarianas, devido ao fato de não haver passagem para o parto normal, e naquele momento imaginou as consequências, caso houvesse demora no atendimento levando em consideração que a bolsa já havia rompido. A atitude do anestesista, nesse caso confrontou as determinações do Ministério da Saúde em relação ao acesso à anestesia por meio do SUS. Em seu art. 3º, V, da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 assegura “o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento” (BRASIL, 2009), ou seja, não poderia ser cobrada.

Ante o exposto entende-se que a participante foi violada no seu direito, tendo em vista que o acesso aos procedimentos realizados no pré-natal, parto e puerpério devem ser disponibilizados gratuitamente no serviço de saúde em concordância com a Constituição Federal e os direitos da mulher.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

É válido ressaltar que ambas as mulheres deixaram explícitas em suas falas a dificuldade em encontrar leito disponível nas unidades, tal situação faz com que muitas mulheres necessitem peregrinar para outros bairros da cidade em busca de sua internação, o que implica gerar riscos tanto para a mãe quanto ao bebê. Marques (2012) salienta que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tem como um de seus princípios: a gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no parto.

Significa dizer que a unidade em que a gestante realiza suas consultas de pré-natal deve estar vinculada à uma maternidade que possa ser indicada à usuária para dirigir-se quando chegar a hora do parto. Por isso, o convite para visitar o local deve ser feito à gestante, com o intuito em obter conhecimento sobre o funcionamento, e assim as tensões e preocupações são amenizadas ao longo do processo de espera para dar à luz.

A partir daí nota-se então a precarização do serviço público de saúde da cidade de Manaus. Deve-se levar em consideração o que o Programa de Humanização do SUS estabelece, buscando enfatizar que a rede de atenção à gestante funcione em perfeita harmonia e assim possa realizar um atendimento de modo integral e que seja garantida a vaga e acolhimento dessa gestante na unidade de referência e, se constatados problemas, que lhe seja garantida a prioridade no atendimento.

O momento do parto

Quando indagadas sobre questões de como se procedeu ao parto e se foram assistidas por seus acompanhantes, M1 respondeu que pôde fazer a escolha da pessoa para lhe acompanhar. Porém, M2 relatou que as enfermeiras disseram que o esposo dela não poderia a acompanhar somente devido ao fato de ser do sexo masculino e que as gestantes só poderiam ser acompanhadas por outras mulheres. Destaca ainda que naquele momento não teria outra pessoa disponível para acompanhá-la e devido a esse fator foi obrigada a passar pela etapa do parto sozinha. No entanto, o acompanhante é peça fundamental nesse processo, conforme destacado abaixo:

A presença do acompanhante faz com que se recobre um pouco o contexto familiar, vivenciado nos partos em domicílio. Este acompanhamento representa o apoio de que a mulher necessita para enfrentar esse momento difícil, pois sua impessoalidade ocasiona insegurança e medo, razão por que deve ser uma pessoa significativa para a parturiente, podendo ser o pai da criança, sua genitora ou mesmo as doulas [...] (MOREIRA, 2011 p.25).

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

Percebe-se que o procedimento contrapôs-se aos direitos da mulher e dos familiares estabelecidos em lei. Acerca do momento do parto, M1 relata:

Já na sala de parto o doutor que tava de plantão falou pra enfermeira: chama o professor, e quando o outro chegou, ele falou: vamos ter que subir em cima dela e começou a empurrar a criança [...] (M1).

A partir daquele momento, M1 relata que não estava entendendo o que os médicos estavam planejando fazer exatamente e também percebeu que um deles ainda estava em formação, o que acabou deixando-a mais tensa naquele momento, e fizeram uma manobra para forçar o nascimento da criança de modo normal, pois mesmo com a dilatação a criança não conseguia ser expelida. De acordo com Matei et al. (2003) dentre alguns dos direitos da mulher estão conhecer a identidade do profissional que está propiciando o atendimento e também ser informada sobre os procedimentos que serão realizados com ela e o bebê.

A interação e comunicação devem existir dentro do ambiente, a atenção deve voltar-se totalmente à mulher, devendo ser ouvida em seus anseios e desejos, desde que sua vontade não contrarie o que determina a lógica da medicina, pois este é um momento em que se torna protagonista e deve ser tratada como cidadã de direitos.

M1 ainda descreveu os momentos de pânico vividos durante os procedimentos, já que os médicos executaram a manobra de Kristeller, prática essa já abolida pelo Ministério da Saúde por ser considerada ineficiente e que pode causar danos à mãe e ao bebê, sendo vista como violência obstétrica. Tal técnica consiste em pressionar a parte superior do útero para acelerar o nascimento o que pode resultar em lesões graves como fraturas e deslocamentos. E foi exatamente o que ocorreu com a referida entrevistada, pois a criança nasceu com o ombro fraturado, sem oxigenação no cérebro, com problemas pulmonares e ainda fez a ingestão de mecônio. Devido a esses fatores, foi direto para a Unidade de Terapia Intensiva.

Em vista disso, concorda-se com Possati et al. (2017), os quais defendem que a humanização do parto também requer abandonar condutas despersonalizadas e intervencionistas que possam gerar riscos à saúde de mãe e filho, e que possa incluir práticas e procedimentos que possam contribuir na evolução do parto.

A entrevistada M2 disse que achava que o seu parto iria ser rápido e sem complicações, conforme descreve:

Ah... eu esperava que meu parto fosse rápido e sem complicação, mas eu vim saber no outro dia pelo médico que ele tinha tirado meu útero na cesárea porque tava inchado, e depois disso me deu hemorragia. E como meu esposo não pôde me acompanhar, quando ele foi perguntar das enfermeiras como eu tava, a enfermeira perguntou: “você já pegou o sangue pra sua esposa?” Aí ele ficou sem entender e disseram o que tinha acontecido e que precisava tomar sangue, ele pediu a solicitação pra buscar e trouxe.

Por ser um momento que deverá ser lembrado em toda vida como uma experiência positiva, o ambiente deve ser agradável e oferecer à gestante uma sensação de apoio, aconchego e conforto onde a mulher tenha liberdade de movimentar-se e manter contato direto com sua família. Fatores que foram negligenciados para com as duas participantes do estudo em questão conforme destacados durante entrevista.

Fase do Puerpério

Para M1 essa foi a fase mais difícil, já que seu bebê ficou internado para tentar se recuperar dos traumas ocorridos no ato do nascimento e recebeu alta ainda com sequelas, resultando em frequentes sessões de fisioterapias para sua melhoria. Destaca assim:

[...] o médico disse que a minha filha ia ter que fazer fisioterapia pra ver se o braço direito pudesse ter movimento, e disse que futuramente ela poderia apresentar complicações devido à tudo que ela passou [...] e realmente aconteceu porque quando minha filha já tinha um ano e oito meses apresentou uma pneumonia viral, sepsia generalizada e falência respiratória e veio a falecer poucos dias depois da internação [...].

A depoente ainda ressaltou que o médico, após atestar o óbito, foi informado por meio dela sobre os problemas clínicos que a criança teve ao nascer e, ao ouvi-la, deu a certeza de que a morte foi derivada do parto complicado em que enfrentou, pois o pulmão estava todo comprometido e o sangue contaminado. Salientando que, em seu modo de ver, a Maternidade negligenciou a situação da criança, devendo ter prestado assistência por meio de exames mais elaborados e específicos para assim fazer um tratamento com vistas a prevenir a morte precoce.

Quanto ao pós-parto de M2, ela relatou que, apesar de ter enfrentado uma cesárea - juntamente com a retirada de seu útero - o pós-operatório correu de forma satisfatória e em sua

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

opinião o médico agiu corretamente ou, caso contrário, isso posteriormente poderia levá-la à morte e após alguns dias de internação pôde ir para casa.

Ambas concordaram em dizer que sentiram falta de uma melhor comunicação da equipe que prestou a assistência para com elas, necessitando de uma profunda mudança em respeito à autonomia e individualidade da mulher sobre seu parto. Exposto isto, Matei et al. (2003) ressaltam que o vínculo de confiança entre profissional e paciente se estabelece quando as informações são transmitidas de modo claro e objetivo, respeitando o direito da pessoa hospitalizada.

Enfim, o atendimento humanizado significa a incorporação de novas práticas tidas como humanizadoras, novas condutas e atitudes, bem como pela busca incessante por uma maior interação entre gestores, profissionais e pacientes com a finalidade da prestação do serviço integral e de qualidade.

CONCLUSÃO

Na atualidade, o Brasil está trabalhando para executar uma visão de um novo paradigma, respeitando a mulher, a criança, família e outros em suas características e individualidades por intermédio da atenção humanizada. O tema tornou-se relevante contribuindo na discussão acerca de questões voltadas às gestantes levando em consideração os direitos destas enquanto cidadãs.

A gravidez e o parto são ocasiões que integram homem e mulher a viver experiência especial que é o nascimento de um filho na vida desse casal e família. Portanto, os profissionais que trabalham na área da saúde precisam desempenhar um papel importante, em que o cuidado adequado das mulheres durante o parto é necessário, garantindo a ela bem-estar com segurança e viver uma experiência única da maternidade.

Há de se destacar que a atenção adequada à mulher nesse momento representa um processo indispensável, além de ser um direito fundamental. Não se pode esquecer que, apesar da humanização da assistência à saúde ter se tornado um assunto bem discutido, ainda é preciso ir além quando se falar em implementação da humanização ao pré-natal e nascimento. A Constituição Federal de 1988 traz a saúde como direito de todos e dever do estado o fornecimento.

No entanto, a humanização dos serviços é compreendida como estudo complexo, pois a realidade dos atendimentos à gestante implica em mudanças em alguns aspectos conforme

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

destacados nas falas das participantes. Por meio deste, busca-se então instigar todos que fazem parte do processo da humanização para um momento de reflexão sobre as possíveis melhorias para uma prestação de serviço adequada conforme legislação.

A gestão deve atentar-se a questões físicas da unidade e também para com a equipe de saúde que devem atender em concordância com as atualizações de práticas, e isso requer capacitação profissional, fazendo os sujeitos desenvolverem práticas humanizadoras e abolindo outras para a valorização do usuário.

Contudo, é necessário considerar que a pesquisa em questão foi desenvolvida baseada em estudo de caso, o que pode ser entendido como limitação do estudo, pois não permite generalizar os resultados obtidos. Sugere-se então que mais pesquisas sejam realizadas com um número significativo de mulheres para a obtenção de uma resposta sob outros vieses de análise, como o quantitativo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de agosto de 2009. Seção 1.

GUEDES, Isabel. Grávida e bebê morrem durante parto em Manaus e família denuncia maternidade. **Jornal Acrítica eletrônico**, Manaus, 17 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://www.acritica.com/channels/manaus/news/gravida-e-bebe-morrem-durante-parto-e-familia-denuncia-negligencia-medica>>. Acesso em 18 de março de 2019.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. **Humanização das políticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão**. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n1/255-268/#>>. Acesso em 12/Ago/2019 às 08h18min.

MARQUES, Alexandra Nunes. **Políticas Públicas de Saúde: Análise do acolhimento às gestantes no município de Guararema (SP)**. Disponível em: <http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1684/1/CT_GPM_II_2012_22.pdf>. Acesso em 27/Fev/2019 às 08h10min.

RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar. ISSN 2594-8806

MATEI, Elizabete Martins et al. Parto Humanizado: um direito a ser respeitado. *Cadernos*, São Paulo, v. 09, n. 2, 2004. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf)>. Acesso em 04/Ago/2019 às 19h45min.

MOREIRA, Katia de Abreu Peixoto. **A humanização no parto: um estudo bibliográfico.** Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/07/humanizacao-no-parto-umestudo.html>.> Acesso em 04/Ago/2019 às 20h.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04/Ago/2019 às 20h30min.

ZÜGE, Emanoeli. **Humanização nos serviços de saúde.** Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67712/000870275.pdf?sequence=1>>. Acesso em 14/Jul/2019 às 09h35min.

Recebido: 13/5/2020. Aceito: 25/5/2020.

Sobre autores e contatos:

Eurides Duque Pantoja, Graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário do Norte – UNINORTE. Especialista em Gestão e Políticas Públicas em Saúde pela Faculdade Salesiana Dom Bosco. Endereço: Rua Bonfim, 909, Cidade Nova/ Manoa, Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: euridesduquepantoja@gmail.com. Contato (92) 99275-9417.

Leidiane Santos de Brito, Graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário do Norte – UNINORTE. Especialista em Gestão e Políticas Públicas em Saúde pela Faculdade Salesiana Dom Bosco. Endereço: Rua José Augusto de Queiroz, 429, Alvorada 2, Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: leidiane.sabrir@gmail.com. Contato (92) 99308-0649.

Adan Renê Pereira da Silva, Doutorando em Educação, Mestre em Psicologia, Psicólogo pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Psicólogo na Secretaria Estadual de Saúde e na Universidade Federal do Amazonas. Docente dos cursos de Pós-Graduação da Faculdade Salesiana Dom Bosco. Endereço: Rua Mário Antônio, 24, Colônia Terra Nova, Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: adansilva.1@hotmail.com.