



FATORES ASSOCIADOS À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

FACTORS ASSOCIATED WITH THE HUMANIZATION OF CARE IN A PUBLIC MATERNITY FACTORES ASOCIADOS A LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA

Ana Dorcas de Melo Inagaki¹, Renata Julie Porto Leite Lopes², Nadyege Pereira Cardoso³, Luana Meneses Feitosa⁴, Ana Cristina Freire Abud⁵, Caíque Jordan Nunes Ribeiro⁶

RESUMO

Objetivo: identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento. **Método:** estudo quanti-qualitativo, transversal, descritivo, realizado em uma maternidade pública. Foi utilizado formulário para a coleta de dados. Os dados foram analisados por meio de estatística simples e testes de associação e pela técnica de Análise de conteúdo. **Resultados:** participaram do estudo 373 puérperas com idade média de 26 anos, pardas, com baixa escolaridade e baixa renda. Houve associação significativa entre a presença do acompanhante e liberdade para fazer perguntas; baixa escolaridade e menor informação; parto vaginal e desrespeito por parte dos profissionais; mulheres brancas e presença do acompanhante com maior satisfação. Quanto à percepção para melhoria da assistência, emergiram as categorias: ambiência, privacidade, informação, respeito, garantia do acompanhante e desejo pela cirurgia cesariana. **Conclusão:** a adequada estrutura física e dimensionamento de pessoal qualificado são necessários para garantir a assistência baseada em evidências, centrada na mulher, visando à garantia dos seus direitos. **Descritores:** Satisfação do Paciente; Assistência à Saúde; Humanização da Assistência; Maternidades; Parto; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with the humanization of care during labor, delivery and birth. **Method:** this is a quantitative, cross-sectional, descriptive study carried out in a public maternity hospital. A form for data collection was used. Data were analyzed using simple statistics and association tests and by the Content Analysis technique. **Results:** there were 373 postpartum women with a mean age of 26 years old, with low educational level and low income participating in the study. There was a significant association between the presence of the companion and the freedom to ask questions; low education level and less information; vaginal delivery and disrespect by the professionals; white women and presence of the companion with greater satisfaction. Concerning the perception for better care, the following categories emerged: ambience, privacy, information, respect, the right of a companion, and desire for cesarean surgery. **Conclusion:** Adequate physical structure and skilled staffing are needed to ensure evidence-based, women-centered assistance to ensure their rights. **Descriptors:** Patient Satisfaction; Delivery of Health Care; Humanization of assistance; Hospitals, Maternity; Parturition; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar factores asociados a la humanización de la asistencia durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. **Método:** estudio cuanti-cualitativo, transversal, descriptivo, realizado en una maternidad pública. Fue utilizado um formulario para la recolección de datos. Los datos fueron analizados por medio de estadística simple y tests de asociación y por la técnica de Análisis de contenido. **Resultados:** participaron del estudio 373 puérperas con edad media 26 años, pardas, con baja escolaridad y baja renta. Hubo asociación significativa entre la presencia del acompañante y libertad para hacer preguntas; baja escolaridad y menor información; parto vaginal y falta de respeto por parte de los profesionales; mujeres blancas y presencia del acompañante con mayor satisfacción. Sobre la percepción para mejoría de la asistencia, surgieron las categorías: ambiente, privacidad, información, respeto, garantía del acompañante y deseo por la cirugía de cesárea. **Conclusión:** la adecuada estructura física y dimensionamiento de personal calificado son necesarios para garantizar la asistencia basada en evidencias, centrada en la mujer, visando la garantía de sus derechos. **Descritores:** Satisfacción del Paciente; Prestación de Atención de Salud; Humanización de la Atención; Maternidades; Parto; Enfermería Obstétrica.

¹Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: ana-dorcas@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4709-1013>; ²Enfermeira, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: renata_lopes_26@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1834-4544>; ³Enfermeira, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: cardoso.nady@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5817-2954>; ⁴Enfermeira, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: luana_menesf@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6695-5377>; ⁵Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: acfabud@uol.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3314-2182>; ⁶Mestre, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: caiquejordan_enf@yahoo.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9767-3938>

INTRODUÇÃO

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo do tempo.¹ No Brasil, até o século XIX, era centrado na mulher e tradicionalmente realizado por parteiras. Em meados do século XX, foi progressivamente institucionalizado, ocorrendo a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento, culminando na medicalização do corpo feminino.²

O modelo brasileiro de atenção ao parto tem sido construído com base nas iniciativas da humanização e experiências exitosas na atenção ao parto e nascimento. Os principais objetivos desse modelo são a redução da morbimortalidade materno-infantil, taxas abusivas de cesarianas e outras intervenções desnecessárias, permitindo que as mulheres vivenciem a experiência da gravidez, parto e nascimento com segurança e dignidade.³

Neste contexto, no final da década de 90, o Ministério da Saúde do Brasil lançou como estratégia a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), além de incentivar e financiar a formação de enfermeiras obstetras.⁴ Em 2011, surge a Rede Cegonha com o propósito de implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério.⁴

Em 2013, retomou o investimento na formação de enfermeiras obstetras com a criação dos cursos de residência, especialização e aprimoramento em enfermagem obstétrica. Adicionalmente, em 2015, redefiniu as diretrizes para implantação e habilitação de CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ Considerando que Sergipe não possui CPN, objetivou-se identificar os fatores associados à humanização da assistência obstétrica e à satisfação das mulheres atendidas na maternidade pública de alto risco de Sergipe.

Tendo em vista que a humanização do parto está relacionada a um conjunto de mudanças nas práticas obstétricas, identificar fatores associados à ambiência, privacidade, satisfação e respeito à autonomia da mulher é uma forma de indicar os atributos necessários para que a atenção ao parto e nascimento seja ancorada nos direitos dos usuários do sistema de saúde.⁶⁻⁷ Nesse sentido, este estudo é oportuno para fornecer dados que possam subsidiar a implantação do modelo de assistência em conformidade com as recomendações da Rede Cegonha.

OBJETIVO

- Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

MÉTODO

Estudo quanti-qualitativo transversal, descritivo, desenvolvido na maternidade estadual localizada no município de Aracaju, Sergipe. Trata-se da única maternidade de alta complexidade do estado que atende exclusivamente ao SUS,

funcionando 24h com porta aberta. Além disso, atende mulheres de risco habitual quando chegam em trabalho de parto avançado, o que inviabiliza a transferência, ou quando já peregrinaram. Também é o destino final de mulheres que vivem nos estados fronteiriços, o que leva a uma superlotação.

O Centro Obstétrico, unidade de escolha para realização deste trabalho, é dividido em pré-parto coletivo, salas de parto e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). O pré-parto é composto por seis leitos com camas hospitalares comuns, sendo que para adaptação à demanda são colocadas macas extras e possui apenas um banheiro. A sala para parto vaginal possui uma mesa ginecológica para parto e a SRPA com seis leitos não possui banheiro.

A amostra foi não aleatória, por conveniência, composta por mulheres sergipanas e de estados circunvizinhos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser puérpera que permaneceu por, no mínimo, 30 minutos no pré-parto; com idade gestacional ≥ 37 semanas; que se encontrava nas primeiras 48h pós-parto. O tamanho amostral estimado foi de 373 puérperas de acordo com a fórmula de Barbetta,⁸ considerando que nessa maternidade são realizados cerca de 5.700 partos ao ano e erro amostral de 5%.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. O instrumento de coleta foi composto por formulário que abrangia dados socioeconômicos e história obstétrica pregressa e atual. As informações foram obtidas por meio de entrevista e análise documental realizada pelos pesquisadores.

As variáveis consideradas como fatores de vulnerabilidade foram: cor da pele, estabelecida como não branca aquelas que se autorreferiram como parda, preta ou amarela. Classe social, agrupada segundo as categorias estabelecidas na classificação do Programa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.⁹ Para análise, foi considerado fator de vulnerabilidade pertencer às classes sociais extremamente pobre, pobre ou vulnerável. Quanto à escolaridade, optou-se pelas categorias denominadas de “menor que seis anos e igual ou maior que seis anos”, considerando que o ensino fundamental menor completo corresponde a cinco anos de estudo. No que tange à idade, considerou-se anos completos no dia da entrevista; e ao categorizar, optou-se por menor que 17 anos, 17 a 19, maior que 35 e 20 a 35 anos, correspondendo à adolescência precoce, adolescência tardia e gestantes idosas, configurando maior risco obstétrico, e idade ideal para parturição, respectivamente.

Em relação às práticas de humanização na Tabela 1, como liberdade em fazer perguntas, recebimento de informação quanto à evolução do trabalho de parto, sentir-se respeitadas pelos profissionais que prestaram assistência e satisfeitas com o atendimento recebido no centro obstétrico, foram apresentadas somente as proporções equivalentes às respostas de “sim”.

A análise estatística foi realizada com o *software* Epi Info versão 7.0. As variáveis quantitativas e categóricas foram expressas em medidas de tendência central e frequências absolutas e relativas, respectivamente. Os resultados foram apresentados por meio de tabela. Os testes de Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre fatores de vulnerabilidade e características da assistência humanizada ao parto e nascimento (Figura 1). Foi admitida uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

Para entendimento quanto à satisfação, utilizou-se uma questão norteadora para que todas as participantes pudessem relatar o que gostariam que tivesse sido diferente na assistência recebida. Os dados qualitativos foram categorizados, descritos e interpretados considerando as etapas essenciais da análise de conteúdo de Bardin.¹⁰ As falas foram codificadas com números de acordo com a sequência da inclusão da participante no estudo, emergindo seis categorias, apresentadas nos resultados.

A pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (Parecer: 1.288.982). Todas as participantes e/ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe ressaltar que as categorias profissionais relatadas pelas puérperas não foram identificadas.

RESULTADOS

Durante o período da coleta, foram assistidas 1.806 parturientes, sendo a amostra composta por 373 puérperas, o que corresponde a 21,0% da população assistida nesse período. Neste estudo, prevaleceu a via de parto vaginal, 258 (69,2%) [IC95% = 64,5% - 73,9%].

As mulheres entrevistadas tinham idade média de 26 anos, sendo 86 (23,1%) adolescentes (idade < 20 anos). A maioria das mulheres, 229 (61,4%), declarou-se parda; possuía companheiro fixo, 319 (85,5%); baixa escolaridade, correspondendo ao ensino fundamental, 210 (56,3%); e pertencia às classes sociais classificadas como extremamente pobre, pobre ou vulnerável, 240 (64,3%).

Quanto à história pregressa e atual, observou-se que 171 (45,8%) puérperas eram primíparas, dentre elas 154 (90,0%) eram primigestas. A quase totalidade das puérperas, 369 (98,9%), afirmou acompanhamento pré-natal na última gestação, o qual foi realizado, na maioria dos casos, 321 (86,1%), pelo SUS; 237 (64,2%) iniciaram-no durante o primeiro trimestre gestacional; 270 (73,2%) realizaram seis consultas ou mais.

Quando questionadas sobre o acesso à maternidade, 214 (57,4%) referiram peregrinação, dentre as quais 117 (54,7%) utilizaram transporte por conta própria para se locomoverem entre as instituições e 25 (11,7%) passaram em duas ou mais maternidades antes de chegarem a esta instituição.

Na Tabela 1 são apresentados os valores absolutos e percentuais da caracterização dos

fatores considerados de vulnerabilidade, práticas de humanização e satisfação geral quanto à assistência recebida durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

Foi observada maior liberdade para fazer perguntas entre as mulheres que possuíam acompanhante ($p = 0,04$), não havendo associação significativa com os demais fatores de vulnerabilidade. Por outro lado, puérperas com ensino fundamental menor incompleto receberam menos informações acerca da evolução do trabalho de parto (TP) ($p = 0,03$).

No que se refere à percepção das participantes relacionada ao respeito por parte dos profissionais, as mulheres que pariram por via vaginal sentiram-se mais desrespeitadas ($p = 0,006$). A maior satisfação com a assistência recebida esteve associada com cor da pele autodeclarada branca ($p = 0,03$) e a presença do acompanhante ($p = 0,04$).

Quanto à questão norteadora: “O que você gostaria que tivesse sido diferente no seu atendimento?”, emergiram seis categorias:

Categoria 1: Melhoria na ambiência e estrutura física/operacional

Gostaria de mais espaço na sala de parto. Estava muito tumultuado, dificultando um melhor atendimento (NÚM. 139).

(...) que não tivessem demorado tanto nos intervalos das avaliações, praticamente eu só era avaliada no início de cada plantão (NÚM. 156).

(...) falta de cadeira para acompanhante (NÚM. 169).

Categoria 2: Privacidade

Queria que a exposição fosse menor. Todas as pacientes tendo filhos no corredor, já estava emocionalmente abalada para ainda ver os partos serem feitos no corredor (NÚM. 47).

(...) queria mais privacidade (...). A exposição nos deixa constrangida (NÚM. 131).

Gostaria de um lugar reservado para cada paciente, é ruim ter que ficar com várias mulheres em trabalho de parto no mesmo lugar (NÚM. 155).

Categoria 3: Presença de acompanhante

Gostaria que tivesse um familiar comigo nesse momento que estava abalada (NÚM. 142).

(...) não foi permitido o acompanhante entrar na sala de parto (NÚM. 204).

Gostaria que pudesse ter tido acompanhante (...) e que fosse o meu marido (NÚM. 271).

Categoria 4: Desejo pela cirurgia cesariana

(...) fui obrigada a ter parto normal, quando na verdade queria que fosse cesárea (NÚM. 45).

Não fui maltratada, entretanto queria cesárea (NÚM. 215).

(...) que não fosse forçado o parto normal (NÚM. 232).

Categoria 5: Direito à informação

Gostaria que explicassem melhor (...) que tivessem falado como eu estava

indo durante o trabalho de parto (NÚM. 152).

Gostaria que eu fosse informada sobre os medicamentos que estava recebendo (NÚM. 187).

(...) acho que os profissionais deveriam conversar e explicar sobre os procedimentos (NÚM. 191).

Categoria 6: Respeito

(...) senti que os profissionais estavam estressados com a superlotação e descontavam nas pacientes do centro obstétrico (NÚM. 86).

Quando estava sendo realizado o exame de toque, eu estiquei a perna e acabei batendo no braço da profissional que me agrediu verbalmente (NÚM. 135).

(...) eu gostaria de ter sido respeitada pelos profissionais, não ouvir gritos deles. E também poder ter participado das decisões, não me falaram que ia ser feito o corte, simplesmente fizeram. E eu não tinha condições de parir normal, meu bebê tinha 4kg e não descia, só nasceu porque empurraram a minha barriga (NÚM. 199).

Tabela 1. Fatores de vulnerabilidade, práticas de humanização e satisfação com a assistência ao parto e nascimento

Fatores de vulnerabilidade	Liberdade de perguntas		Informação da evolução do TP*		Respeito pelos profissionais		Satisfação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cor da pele	p = 0,03							
Não branca	262	83,7	263	84,0	258	82,4	261	83,4
Branca	55	91,7	55	91,7	54	90,0	57	95,0
Classe social**								
Extremamente pobre	28	90,3	25	80,6	25	80,6	25	80,6
Pobre	51	81,0	52	82,5	53	84,1	55	87,3
Vulnerável	124	84,9	120	82,2	126	86,3	118	80,8
Baixa classe média	56	88,9	57	90,5	50	79,4	58	92,1
Média classe média	26	78,8	29	87,9	27	81,8	28	84,8
Alta classe média	14	93,3	14	93,3	13	86,7	14	93,3
Baixa classe alta	3	100,0	3	100,0	1	33,3	3	100,0
Escolaridade***	p = 0,03							
< 6 anos	83	86,5	75	78,1	83	86,5	84	87,5
≥ 6 anos	234	84,5	243	87,7	229	82,7	234	84,5
Idade								
< 17	28	93,3	28	93,3	26	86,7	27	90,0
17 - 19	47	83,9	45	80,4	45	80,4	46	82,1
20 - 35	202	85,6	205	86,9	198	83,9	201	85,2
> 35	40	78,4	40	78,4	43	84,3	44	86,3
Tipo de parto	p = 0,006							
Vaginal	219	84,9	219	84,9	207	80,2	218	84,5
Cesárea	98	85,2	99	86,1	105	91,3	100	87,0
Acompanhante	p = 0,04				p = 0,04			
Não	236	83,1	240	84,5	235	82,7	237	83,5
Sim	81	91,0	78	87,6	77	86,5	81	91,0

p-valor: < 0,05

*TP: trabalho de parto

**Foram excluídas 19 puérperas por falta de informação.

***Ensino fundamental menor (< 6 anos de estudo), ensino fundamental maior (6 - 9 anos de estudo), ensino médio (10 - 12 anos de estudo).

Fatores de vulnerabilidade	de	Práticas de assistência ao parto humanizadas
Cor de pele não branca		Liberdade em perguntar
Classe social menos favorecida		Recebimento de informações sobre a evolução do trabalho de parto (TP)
Parto vaginal		Ocorrência de violência
Ausência acompanhante	de	Satisfação geral com a assistência recebida

Figura 1. Descrição das variáveis investigadas. Aracaju (SE), Brasil, 2016

DISCUSSÃO

A assistência segura, baseada nas melhores evidências e que respeita a fisiologia do parto, é um direito a ser assegurado às mulheres independentemente das suas particularidades clínicas, sociais ou demográficas. Entretanto, este estudo demonstrou que algumas dessas características podem estar associadas a não adoção de práticas consideradas humanizadas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento.

As puérperas que tiveram acompanhantes sentiram-se com mais liberdade em fazer perguntas, confirmando que a presença do acompanhante no processo de parturição fortalece a comunicação e vínculo com as demais pessoas por permitir que se expressem com mais segurança, ao passo que a solidão as torna vulneráveis.¹¹

Adicionalmente, a presença do acompanhante esteve associada à satisfação com a assistência, visto que o apoio de um parente ou amigo, em comparação com nenhum tipo de companhia, aumenta a satisfação da parturiente em relação à experiência do parto por proporcionar confiança na vivência do processo de nascimento de forma tranquila e participativa.¹²

Mulheres com menor escolaridade receberam menos informações sobre a evolução do TP. Além disso, foi possível reconhecer que não foram transmitidas informações relativas aos procedimentos realizados e as suas dúvidas não foram devidamente esclarecidas, ferindo, dessa forma, o direito à assistência centrada na mulher. Informações claras, específicas e em linguagem simples, fornecidas pela equipe assistencial, são fundamentais para a conquista da autonomia e protagonismo da mulher nas tomadas de decisão durante o processo de parturição.¹³ Se as mulheres tivessem as informações necessárias, talvez fossem mais exigentes e atuantes, menos passivas e submissas.¹⁴

O parto vaginal esteve associado com relatos de desrespeito, o que pode ser ocasionado pelo maior tempo em contato com os profissionais durante o trabalho de parto. A

histórica naturalização da violência de gênero, a dominação do corpo feminino pela medicina e a acentuada assimetria na relação profissional-usuária acabam por transformar as mulheres em um objeto de intervenção.¹⁵

De modo geral, as participantes desta pesquisa relataram satisfação com a assistência recebida, possivelmente, por ainda se encontrarem na instituição no momento da entrevista e hesitarem em criticar o atendimento recebido e os profissionais envolvidos.¹⁶ Cabe ressaltar que aquelas autodeclaradas brancas sentiram-se mais satisfeitas. Situação semelhante foi encontrada em outro estudo.⁶ Tal achado pode estar relacionado à histórica desigualdade étnico-racial na assistência oferecida, em que mulheres não brancas são expostas a uma situação de vulnerabilidade, violando o direito à saúde e ao acesso qualificado.¹⁷

Foi evidenciado o desejo das mulheres de melhoria na ambiência e estrutura física/operacional. Desde 2008 existem normas que regulamentam as características estruturais de CPN com quartos que atendam ao pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Essa formatação objetiva resgatar o direito à privacidade e dignidade da mulher ao dar à luz em um local semelhante ao ambiente familiar, com uma estrutura que possibilita a adoção de um modelo menos intervencionista, que considera o parto um processo fisiológico.¹⁸

Por outro lado, a maternidade em estudo ainda possui pré-parto coletivo, ausência de separação entre os leitos, banheiro compartilhado, dimensionamento insuficiente de enfermeiras obstetras e, frequentemente, vivencia superlotação. Esses fatores têm prejudicado substancialmente a garantia da privacidade, além de constituir-se como principal justificativa para o descumprimento da lei do acompanhante,^{19,20} a qual garante o acompanhante de livre escolha, e na instituição do estudo somente é permitido acompanhante do sexo feminino. A ausência do pai no processo parturitivo pode dificultar a transição da parentalidade. Achado semelhante foi encontrado em outros estudos, nos quais a estrutura física inadequada não

atendia às necessidades para humanização da assistência ao parto.^{21,22}

Além disso, apenas a minoria das entrevistadas teve acompanhante durante o trabalho de parto. A presença do acompanhante e o seu cuidado à parturiente são imprescindíveis para oferecer suporte emocional e físico, proporcionar-lhe sentimentos positivos e, dessa forma, tornar o parto e nascimento uma experiência prazerosa.¹¹

Algumas entrevistadas expressaram o desejo por cirurgia cesariana como opção de via de parto. Isso pode ser decorrente da falta de conhecimento sobre as reais indicações da cirurgia cesariana, associada à alta proporção deste procedimento na rede privada de saúde, levando à ideia errônea de que seja a via mais apropriada. Estudo revela que a cesariana representa a forma de nascer para a sociedade e esta a reivindica como o modo comum de dar à luz, independentemente da classe social à qual a mulher pertença.²³

Adicionalmente, o medo da dor e o modelo hospitalocêntrico, no qual prevalece o isolamento, uso inadequado de ocitocina, período prolongado de jejum, confinamento no leito, parto em posição litotômica com o auxílio de episiotomia e do Kristeller, caracterizam uma assistência ao parto com excesso de intervenções e levam a mulher a desejar a cesariana.²⁴

Diante disso, o despreparo das mulheres para o parto vaginal interfere diretamente em seu emocional, diminuindo a confiança em seu protagonismo no parto, sendo dominada pelo medo, impossibilitando-a de acreditar em sua capacidade de parir.²⁵

Na análise quantitativa, apenas 15 participantes afirmaram desrespeito por parte da equipe assistencial, configurando violência institucional. Todavia, na análise qualitativa, 37 puérperas relataram que desejavam ser tratadas com mais respeito. Esses dados revelam que as mulheres muitas vezes não conseguem identificar como violência algumas situações às quais são expostas, tanto por desconhecimento quanto por naturalização de condutas não recomendadas.²⁶

Um fator agravante desse problema é o seu não reconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Condutas violentas e abusivas, como o uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas contra as pacientes no cotidiano da assistência em maternidades e negligência no manejo da dor, são consideradas comuns e até consensuais entre os profissionais.¹⁵

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que todas as mulheres têm direito à

assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, bem como de estar livre da violência e discriminação.²⁷ Entretanto, a violência institucional no cenário do parto e nascimento é um problema de saúde pública ainda persistente.²²

O fato de as entrevistas serem realizadas ainda durante a hospitalização constituiu uma limitação do estudo, visto que o receio de sofrer represálias pode ter inibido a manifestação de críticas. Outro fator que pode estar relacionado é o sentimento de alívio e gratidão após o nascimento de uma criança saudável, compensando a experiência negativa durante a assistência, caracterizando-se em resignação. Um ponto forte do estudo foi a utilização da abordagem quanti-qualitativa que possibilitou às entrevistadas expressarem seus sentimentos referentes à assistência que desejavam receber, relatando, inclusive, situações que anteriormente tinham sido negadas, como no caso da violência institucional.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar que mulheres não brancas, sem acompanhantes, com menor escolaridade e com parto vaginal tiveram seus direitos menos assegurados, demonstrando, assim, desigualdade no atendimento, o que reduziu a satisfação quanto à assistência recebida no trabalho de parto, parto e nascimento. Ademais, a ambiência foi determinante para a falta de privacidade e ausência do acompanhante.

Sugere-se que a adequada estrutura física e dimensionamento de pessoal qualificado sejam necessários para garantir a assistência baseada em evidências científicas, centrada na mulher e família visando à humanização da atenção ao parto e nascimento.

FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Sergipe, Coordenação de Pesquisa (PIBIC-COPES/UFS).

REFERÊNCIAS

1. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad saúde pública [Internet]. 1991 [cited 2016 May 16];7(2):135-49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002
2. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2007 [cited 2016 Apr 20];11(1):98-104. Available from:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715305014>

3. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 07];13(Suppl 1):759-68. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

6. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, Angulo-Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 16];30(Suppl 1):154-68. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt

7. Odinino NG, Guirardello EB. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. Texto & contexto enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 25];19(4):682-90. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400011

8. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

11. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lado PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 18];18(2):262-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200262&script=sci_abstract&tlng=es

12. Gonçalves PGPM, Soares MC, Silva RC, Meincke SMK, Kerbers NPC, Santos CC. Os direitos da parturiente na ótica dos acompanhantes. Rev enferm UFPE on line

[Internet]. 2015 [cited 2016 May 17];9(Suppl3):7682-7. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/283225408_OS_DIREITOS_DA_PARTURIENTE_NA_OTICA_DOS_ACOMPANHANTES_RIGHTS_OF_PARTURIENT_UNDER_THE_OPTICS_OF_ESCORTS_LOS_DERECHOS_DE_LAS_PARTURIENTAS_BAJ_O_LA_OPTICA_DE_LAS_ACOMPANANTES

13. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 May 19];19(3):424-31. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300424&script=sci_arttext&tlng=en

14. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. Saúde soc [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 08];23(2):572-81. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572

15. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 11];29(11):2287-96. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100015&script=sci_abstract&tlng=pt

16. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad saúde pública [Internet]. 2004 [cited 2016 Jun 14];20(1 Suppl):52-62. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000700006&script=sci_abstract

17. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde debate [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 14];37(99):571-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004

18. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG et al. Birth centers in Brazil: scientific production review. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2016 May 02]; 43(spe2):1297-302. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600026

19. Lei n.11.108, de 7 de abril de 2005 (BR). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de

Inagaki ADM, Lopes RJPL, Cardoso NP et al.

Fatores associados à humanização da assistência...

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, Brasília, 7 abr. 2005.

20. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Gonçalves BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 14];46(2):287-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200004

21. Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiros MA, Ximenes-Neto FRG. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2016 May 14];7(5):1398-405. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agnerreira2.pdf

22. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JÁ, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 14];30(Suppl 2):140-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020

23. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. Physis [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 20];25(3):885-904. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300885&script=sci_abstract&tlng=pt

24. Leal MC. Being pregnant in Brazil. Cad saúde pública [Internet]. 2012 [cited 2016 May 15];28(8):1420-1. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000800001

25. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. Cad saúde colet [Internet]. 2014 [cited 2016 May 18];22(1):46-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000100046&script=sci_abstract&tlng=pt

26. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, NIY DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. Rev bras crescimento desenvolv hum [Internet]. 2015

[cited 2016 May 05];25(3):377-84. Available from:

<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080>

27. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.

Submissão: 13/12/2017

Aceito: 22/05/2018

Publicado: 01/07/2018

Correspondência

Ana Dorcas de Melo Inagaki
Rua Duque de Caxias, 167
Bairro São José
CEP: 49.015-320 – Aracaju (SE), Brasil