

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ARYANNE GABRIELLE POLICARPO

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: CAMINHOS E
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA EM
HUMANIZAÇÃO**

Belo Horizonte

2021

ARYANNE GABRIELLE POLICARPO

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: CAMINHOS E
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA EM
HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Dra. Kleyde Ventura de Souza

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Belo Horizonte

2021

Policarpo, Aryanne Gabrielle.

P766h Humanização no parto e nascimento [manuscrito]: caminhos e estratégias de cuidado de um serviço referência em humanização. / Aryanne Gabrielle Policarpo. - - Belo Horizonte: 2021.

75f.: il.

Orientador (a): Kleyde Ventura de Souza. Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Humanização da Assistência. 2. Política Pública. 3. Parto. 4. Acolhimento. 5. Violência Obstétrica. 6. Dissertação Acadêmica. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WQ 300



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 664 (SEISCENTOS E SESSENTA E QUATRO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ARYANNE GABRIELLE POLICARPO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 15 (quinze) dias do mês de abril de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO IMPLEMENTADAS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO: percepção das mulheres*", da aluna **Aryanne Gabrielle Policarpo**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Erica Dumont Pena e Márcia Teles de Oliveira Gouveia, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: CAMINHOS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE UM SERVIÇO REFERÊNCIA EM HUMANIZAÇÃO"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares, Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de abril de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Kleyde Ventura de Souza

Orientadora (EE/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Erica Dumont Pena

(EE/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Teles de Oliveira Gouveia

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03.05.2021

(UFPI)

Lucilene Batista Soares

Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **ARYANNE GABRIELLE POLICARPO**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

ASSINATURAS

Prof^a. Dr^a. Kleyde Ventura de Souza

Prof^a. Dr^a. Erica Dumont Pena

Prof^a. Dr^a. Márcia Teles de Oliveira Gouveia



Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Professora do Magistério Superior**, em 26/04/2021, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Usuário Externo**, em 26/04/2021, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Erica Dumont Pena, Membro**, em 26/04/2021, às 21:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Lucilene Batista Soares, Terceirizada**, em 27/04/2021, às 10:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0689700** e o código CRC **39DE7ÇAD**.

HOMOLOGADO em reunião do CPQ
Em 03.05.2021

HOMOLOGADO em reunião de CPU
Em 03.05.2021

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora, primeiramente, que são minha força e proteção, por permitirem
mais uma conquista em minha vida.

À minha mãe Lúcia, minha maior inspiração. Fonte de amor inesgotável. Obrigada por todas
as orações, incentivo, por sonhar comigo todos os meus sonhos e não ter me deixado desistir.
Te amo mais que tudo nessa vida!

Ao meu pai Orlando, que nunca mediu esforços para que eu chegasse até aqui. Obrigada por
sempre acreditar em mim. Te amo muito!

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhados pelo amor, carinho, apoio e por sempre vibrarem
comigo as minhas conquistas.

À minha orientadora Kleyde Ventura, mulher guerreira, exemplo da Enfermagem Obstétrica,
por todo o aprendizado, confiança e orientação. Obrigada por me ensinar a ser uma mulher
que levanta outras mulheres e me fazer enxergar que sempre posso ir mais além.

À UFMG, em especial ao NUPESMeG pelos momentos de partilha, pelos cafés,
companheirismo e pela oportunidade de aprender com vocês.

Aos companheiros do Projeto VOE, pelo aprendizado, troca de experiências e pela
oportunidade de caminhar com vocês em um projeto tão maravilhoso.

À minha família e aos meus amigos da vida inteira pelo apoio e compreensão nos momentos
de ausência.

À minha amiga Elisa Lima, meu maior presente do mestrado, obrigada pela amizade e
presença constante nos meus dias, pelos desabafos e conversas intermináveis nos momentos
de desespero, pelos risos e por me entender apenas com um olhar. Não sei o que seria de mim
sem sua companhia nessa caminhada.

Às amigas do mestrado, em especial Jannine, Gabi, Camilla, Manuela, Laís e Bruna. Obrigada pelos momentos compartilhados. Vocês tornaram essa caminhada mais leve!

Aos meus amigos do Hospital Sofia Feldman, em especial ao Pedro, Cris e Bárbara. Obrigada pela amizade, palavras de apoio, abraços, risadas e incentivo.

Ao Hospital Sofia Feldman, minha segunda casa, berço da humanização do parto e nascimento e à querida Tatiana Coelho Lopes. Palavras me faltam para descrever a gratidão que tenho por trabalhar nessa instituição. Obrigada pela oportunidade de me tornar a Enfermeira Obstétrica que sou hoje!

Às mulheres, mães, bebês e suas famílias, que contribuíram com tanta sensibilidade para a realização dessa pesquisa. Obrigada por me permitirem cuidar de vocês e aprender sempre mais, dia após dia.

Por fim, a todos que contribuíram de alguma forma, nesses dois anos de mestrado, para a concretização de mais uma etapa em minha vida!

“Combati o bom combate, terminei a corrida, guardei a fé.
Agora me está reservada a coroa da justiça, que o Senhor, justo Juiz, me dará naquele dia;
e não somente a mim, mas também a todos os que amam a sua vinda.”
(Timóteo 4:7-8)

POLICARPO, A. G. Humanização no parto e nascimento: caminhos e estratégias de cuidado de um serviço referência em humanização. 2021. 75f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RESUMO

Introdução: A humanização do parto e nascimento tem sido a linha-mestre, um caminho para transição do modelo tradicional e medicalizado para um modelo humanizado que respeite a singularidade da mulher e promova o seu protagonismo. Para essa mudança de paradigma, muito se tem discutido sobre a humanização no processo de parto e nascimento, que tem nos seus objetivos uma assistência pautada nos princípios do SUS, visando à superação da violência obstétrica. **Objetivos:** Analisar a humanização do parto e nascimento sob a percepção das mulheres, compreender as estratégias de cuidado implementadas por uma maternidade referência para humanização do parto e do nascimento, sob percepção das mulheres e perspectiva da gestão do serviço e demarcar lacunas e desafios da humanização na atenção ao parto e nascimento com ênfase nos direitos das mulheres. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico a Política Nacional de Humanização (PNH), realizado em uma maternidade referência para humanização do parto e do nascimento do município de Belo Horizonte. Foram entrevistadas 11 mulheres e um representante da gestão do hospital, no período de setembro a novembro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, submetidas à análise de conteúdo e categorização. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e Hospital Sofia Feldman e seguiu os princípios éticos e legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** A análise dos dados resultou em duas categorias: “A humanização como experiência concreta de cuidado” e “Estratégias de cuidado implementadas pelo serviço para humanização do parto e nascimento”. Na percepção das mulheres, o cuidado recebido no processo de parto e nascimento aparece à luz da PNH, nas seguintes diretrizes: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada e direitos dos usuários. Observou-se a satisfação das mulheres em relação ao cuidado recebido e às práticas implementadas pelo serviço como garantia de assistência integral à mulher. Uma atenção de qualidade, pautada em evidências científicas, reflete diretamente no processo de parto e nascimento da mulher. **Conclusão:** As estratégias de cuidado implementadas pelo serviço para a humanização do parto e nascimento têm relação direta com a satisfação das mulheres no processo parturitivo e agregam qualidade a esse processo. Ouvir os relatos das mulheres e compreender como elas vivenciam o cuidado implementado é um caminho que pode ajudar outros profissionais gestores a seguirem o caminho da humanização, que está muito além de práticas baseadas em evidências.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Política pública. Parto.

POLICARPO, A. G. Humanization in childbirth and birth: paths and care strategies of a reference service in humanization. 2021. 75f. Dissertation (Masters Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

ABSTRACT

Introduction: The humanization of childbirth and birth have been the master line, a path to transition from the traditional and medicalized model to a humanized model that respects the uniqueness of women and promotes their protagonist. For this paradigm shift, much has been discussed about humanization in the process of childbirth and birth, which aims to provide assistance based on the principles of SUS, aiming to overcome obstetric violence. **Objectives:** Analyze the humanization of care during the childbirth and birth process under the perception of the women, comprehend the care strategies implemented by a maternity reference for the humanization of childbirth and birth, under the perception of women and service management. **Methodology:** This is a multicenter, descriptive study of qualitative approach, which used as a theoretical framework the National Humanization Policy (PNH), carried out in a reference maternity hospital for the humanization of childbirth and birth of the municipality of Belo Horizonte, Brazil. 11 women and a representative of hospital management were interviewed, from September to November 2020, through semi-interview structured. The interviews were recorded and transcribed in full, submitted to analysis content and categorization. The study was approved by the Research Ethics Committee of UFMG and Sofia Feldman Hospital and followed the ethical and legal principles guiding research involving human beings. **Results:** The analysis of the data resulted in two categories: “Humanization as a concrete care experience” and “Strategies of care implemented by the service for the humanization of childbirth and birth”. At the perception of the women, the care received in the process of childbirth and birth appears in the light of the PNH, in the following guidelines: welcoming atmosphere, expanded clinic and shared and users’ rights. The study was observed the satisfaction of women in relation to the care received and the practices implemented by the service as a guarantee of comprehensive assistance to women. Quality care based on evidence reflects directly on the process of childbirth and birth. **Conclusion:** The care strategies implemented by the service for the humanization of childbirth and birth is directly related to the satisfaction of women in the birth process and add quality to this process. Listen to women's reports and understand how they experience the implemented care is a way that can help other professionals, managers to follow the path of humanization, which is far beyond evidence-based practices.

Keywords: Humanization’s assistance, public policy, childbirth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nuvem de palavras acerca das falas das participantes sobre o cuidado	47
Figura 2 – Estratégias de cuidado implementadas sob a perspectiva da representante da gestão	50
Figura 3 - Principais termos destacados nas falas das mulheres participantes e da gestão.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Tipos de violência obstétrica	24
Quadro 2 - Diretrizes da Política Nacional de Humanização	27
Quadro 3 - Caracterização das participantes	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIS - Ações Integradas de Saúde
- ABENFO - Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
- AC - Alojamento conjunto
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CPN - Centro de Parto Normal
- CTA - Comissão técnico administrativa
- DIU- Dispositivo intrauterino
- HSF - Hospital Sofia Feldman
- IES- Instituição de ensino e serviço
- JICA - Agência de Cooperação Internacional do Japão
- MS - Ministério da Saúde
- NUPESMeG- Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PHPN - Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento
- PNH - Política Nacional de Humanização
- PQM- Política de Qualificação das Maternidades
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
- UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
- UTI - Unidade de tratamento intensivo neonatal
- VO - Violência obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	19
3 CONTEXTO DO ESTUDO	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1 Humanização do parto e nascimento: conceito, lacunas e desafios	23
4.2 As políticas de humanização do parto e nascimento e sua articulação com a Política Nacional de Humanização	25
4.3 Princípios do HumanizaSUS	26
4.3.1 Transversalidade.....	26
4.3.2 Indissociabilidade entre atenção e gestão.....	26
4.3.3 Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos	27
5 METODOLOGIA	31
5.1 Cenário do estudo	31
5.2 Participantes da pesquisa	33
5.3 Coleta de dados	34
5.4 Tratamento e Análise dos dados	36
5.5 Aspectos éticos	36
6 RESULTADOS	38
6.1 Sobre as participantes	38
6.2 A humanização como experiência concreta de cuidado	38
6.3 Estratégias de cuidado implementadas pelo serviço para humanização do parto e nascimento	47
7 DISCUSSÃO	51
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM PUÉRPERAS	69
APÊNDICE B- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM GESTORES	70
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de grupo focal e entrevista	71

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o modelo obstétrico sofreu diversas modificações. O parto, que até o século XX ficava a cargo das parteiras, era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). A indicação do hospital como um lugar ideal e seguro para as mulheres parirem é uma recomendação que passou a ser divulgada na literatura médica, com mais ênfase, a partir da década de 1930 (MOTT, 2002). Mas, isso não aconteceu sem reação das mulheres e da sociedade.

A resistência das mulheres em parir fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar, à medida que melhoravam a sensação de segurança e a assepsia desse espaço. Essa mudança, contudo, não se deu sem conflitos entre médicos e parteiras, entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito feminino, entre o médico, homem, e a parturiente, mulher - configurando relações de desigualdade de gênero, que aliás, estão na origem do reconhecimento da medicina como saber validado política e socialmente (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Diante dessa hegemonia, como parte estratégica do exercício de dominação, o discurso médico da metade do século XIX em relação à obstetrícia, caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades.

Como já referido, a assistência ao parto e nascimento, experiência tradicionalmente vivida entre mulheres e no seio familiar, transformou-se ao longo dos anos no modelo obstétrico vigente no Brasil. Afastada de sua família, a mulher é hospitalizada, submetida a rotinas inflexíveis e excessivamente medicalizadas (MATOS *et al.*, 2013). Acrescenta-se a este cenário o uso descomedido e acrítico de intervenções, sem indicações precisas, durante a parturição, conjuntura que permanece na atualidade como desafio aos cuidados em saúde (WHO, 2018).

Segundo a declaração publicada no ano de 2014 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), muitas mulheres no mundo inteiro sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas situações, as quais nomeia-se de violência obstétrica (VO), não violam apenas os direitos das mulheres ao cuidado, mas também ameaça o direito à vida (WHO, 2018). A VO pode ser tipificada e descreve as várias formas de violência durante o cuidado obstétrico, incluindo maus tratos físicos, verbais e psicológicos, procedimentos danosos como episiotomia e manobra de Kristeller, restrição à movimentação e alimentação,

tricotomia, proibição do acompanhante, dentre outros procedimentos sem o consentimento da mulher (JARDIM; MODENA, 2018; LEAL, 2014; TESSER *et al.*, 2015).

Trata-se de um problema mundialmente reconhecido. Numa revisão integrativa sobre a VO no contexto multinacional, os autores afirmam que essa se faz presente em diferentes âmbitos de cuidado, confirmando que as ações de humanização ainda são insuficientes para sua erradicação. Os autores acenam que é possível a mudança desse cenário, começando pela reformulação do ensino/prática dos profissionais de saúde, tornando-se importante reforçar, no ensino e na prática, que a humanização do cuidado deve permear de maneira horizontal os currículos dos cursos da área da saúde, além de empoderar as mulheres a respeito das práticas seguras e de cuidado respeitoso e do seu protagonismo neste acontecimento que é o parto (KOPERECK *et al.*, 2018).

Em um estudo que envolveu países como a África do Sul, por exemplo, identificou-se que muitas mulheres sofrem com padrões de atendimento violento, desrespeitoso e abusivo durante a assistência pré-natal, negligência e abusos físicos e verbais no trabalho de parto e parto. Nesse contexto, as mulheres são instruídas a não fazerem perguntas, ou os pedidos são recebidos com hostilidade e outras formas de violência podem ser descritas (PICKLES, 2015). Esses dados são encontrados também nos estudos brasileiros (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; LANSKY *et al.*, 2019; TESSER *et al.*, 2015).

No Brasil, a VO é um tema que vem tomando grandes proporções nos espaços de discussões. Em 2019, o termo “violência obstétrica” foi proibido pelo Ministério da Saúde (MS), com a justificativa de que é inadequado já que o profissional de saúde e os de outras áreas não tem a intenção de prejudicar ou causar dano. Essa proibição foi alvo de fortes críticas de organizações em defesa dos direitos das mulheres. Após ação do Ministério Público, o MS reconheceu o direito das mulheres utilizarem o termo violência obstétrica, mas manteve a decisão de não mais utilizar esse termo nas normas e políticas públicas (HAJE; SEABRA, 2019).

Em contrapartida à violência obstétrica, torna-se necessária a abordagem sobre a humanização. Segundo Waldow e Borges (2011), o termo humanização aparece com frequência na literatura nas últimas décadas do século passado, principalmente, pelo protagonismo do movimento de humanização da assistência ao parto no Brasil (REHUNA, 1993), bem como pelas políticas públicas, que desde os anos 2000, vêm sendo implementadas para a garantia de direitos e melhorias na assistência à saúde das mulheres, promovendo um cuidado integral e humanizado. De acordo com a Política Nacional de Humanização (2003), compreendida como política transversal na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização é a valorização

dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, implicando na defesa da vida e garantia do direito à saúde. Portanto, com base nela e nas demais, lida-se com desafios para a humanização do SUS, especialmente quando se amplia para o campo da saúde da mulher e, mais especificamente, para o campo obstétrico neonatal.

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser compreendido pelas mulheres e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social, emocional, entre outros (BRASIL, 2010). No entanto, as expectativas e idealizações em relação à gestação, ao parto e ao puerpério são confrontadas o tempo todo pelos medos e incertezas, muitos deles, próprios desse período (CASTRO, 2015; MALDONADO, 2002; VALADÃO; PEGORARO, 2020). A mulher deve ser a protagonista de todo esse processo, e cabe aos serviços e profissionais de saúde oferecerem uma assistência de qualidade, humanizada, e respeitosa que venha ao encontro das marcas de singularidade dessa experiência. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, são um dos princípios da Política Nacional de Humanização (2003) que dialoga, com essa e outras políticas desse campo no Brasil, dando luz a um cuidado a um SUS humanizado.

Um estudo publicado no ano de 2004 traz a análise do discurso do Ministério da Saúde em relação à humanização da assistência, e observa que não há uma definição clara para o conceito (DESLANDES, 2004), indicando a necessidade sobre a discussão do conceito de humanização. Dentre os significados encontrados, a humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si (FIOCRUZ, 2009).

Benevides e Passos (2005), trazem em seu estudo uma importante discussão sobre a humanização, que na qualificação do SUS, não pode ser entendida apenas como mais um programa a ser aplicado, mas sim como uma política transversal que reúna e atualize um conjunto de diretrizes e princípios através de ações, construção de redes e fortalecimento dos coletivos nos diversos serviços.

Nesse contexto, a atenção obstétrica tem sido problematizada, tendo em vista o modelo tecnocrático, ainda hegemônico no país. Nessa trajetória, políticas públicas têm sido elaboradas. A partir dos anos 2000, houve a criação do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde. Estruturada em princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, ela visa à integralidade das práticas, buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão (MARTINS; LUZIO, 2017).

Dando continuidade à trajetória de elaboração de políticas para o setor saúde, no ano de 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, buscando promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, atenção obstétrica, redução da morbimortalidade feminina por causas evitáveis, consolidando os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e ampliando a qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL 2004; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

A redução da mortalidade materna no Brasil, assim como as altas taxas de cesarianas e falhas na assistência ao planejamento reprodutivo, configuram um problema de saúde pública e ainda são um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade. O aborto é a quinta maior causa de mortalidade materna no Brasil (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2017).

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, realizada no ano de 2011 e 2012, foi a maior pesquisa já realizada sobre gestações e nascimentos, cujo um dos objetivos foi conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, mostrou que mesmo com a queda da razão de mortalidade materna entre os anos de 1991 e 2011, as taxas de mortalidade ainda são inaceitavelmente elevadas. Observou-se ainda que o *Near Miss* Materno, conceito estabelecido pela OMS, elevou-se conforme o número de cesarianas prévias (DIAS *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014).

Há um ano estamos vivenciando a pandemia da COVID-19. Essa doença, que tem alta transmissibilidade, apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros de insuficiência respiratória grave, e sua transmissão ocorre por meio do contato direto com a pessoa infectada ou por meio de aerossóis e superfícies contaminadas (BRASIL, 2020; CDC, 2020). Em abril de 2020, gestantes e puérperas até duas semanas pós parto, incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal, foram incluídas dentro da população de risco (BRASIL, 2020).

A taxa de mortalidade materna pela COVID-19 vem aumentando a cada dia e o Brasil é responsável por uma parcela importante. Diante disso, alguns serviços necessitaram realizar mudanças nos protocolos de atendimento. Em meio às mudanças nesse fluxo, muitas gestantes encontram-se preocupadas em relação à assistência ofertada. Torna-se necessário redobrar os cuidados a essas mulheres, para que elas não fiquem desassistidas pelos serviços de saúde e que práticas de violência obstétrica não sejam aplicadas, como justificativa da pandemia (SOUZA; AMORIM, 2021).

A humanização do parto e nascimento tem sido a linha-mestre, um caminho para transição do modelo tradicional e medicalizado para um modelo que respeite a singularidade da mulher e promova o seu protagonismo. Para que haja essa mudança de paradigmas, muito se tem discutido sobre a humanização no processo de parto e nascimento, que tem nos seus princípios uma assistência pautada nos princípios do SUS, que coloca a mulher como protagonista do cuidado, respeitando seus direitos e minimizando a probabilidade da ocorrência de VO (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Práticas humanizadas, pautadas em evidências científicas e que dizem respeito à humanização, propiciam à mulher maior segurança e conforto, promovendo mais empoderamento e protagonismo, contribuindo para o bem estar materno. Porém, apesar da significativa presença de práticas humanizadas discutidas em recentes estudos, em um deles, também se identificou métodos considerados inadequados e invasivos que não afetaram diretamente no bem-estar materno. Isso mostra que, de um lado, o modelo de atenção vigente não tem considerado as evidências científicas no cuidado às mulheres, nem o seu protagonismo. Muitas desconhecem os seus direitos e, por não saberem distinguir as práticas humanizadas das invasivas, acabam não conseguindo avaliar a qualidade da assistência prestada (ALVARES *et al.*, 2018; PAOLA *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, em 2011, estabelecida pela Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, foi criada a Rede Cegonha, uma estratégia do MS que preconiza a organização de uma rede de cuidados materno infantil. Seu objetivo é promover a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, assegurando o direito a um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, e que a mulher tenha acesso à atenção no planejamento sexual e reprodutivo na gestação, garantindo, atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, e ao recém-nascido até o segundo ano de vida. Prevê ainda a qualificação dos profissionais de saúde e criação das Casas do bebê e da gestante e os Centros de Parto Normal (BRASIL, 2011).

No País, algumas instituições têm sido referências em humanização, e muitas ações como abertura de centro de parto normal, incorporação de enfermeiras obstétricas e doulas, foram instituídas nos serviços. Silva e colaboradores (2012), apontam em seu estudo que a presença das doulas na assistência, de acordo com a equipe de enfermagem, traz apoio emocional às parturientes, contribuindo para a minimização da ansiedade durante o trabalho de parto. Em relação às enfermeiras obstétricas, foram observadas dificuldades para inserção das mesmas em alguns serviços, devido ao conflito entre categorias profissionais (médico-

enfermeiro) e influência político- partidária na gestão da saúde, assim como falta de autonomia profissional e apoio da equipe (AMARAL *et al.*, 2019).

A humanização do parto e nascimento apresenta uma proposta baseada no tripé conceitual do protagonismo da mulher como premissa fundamental, visão integrativa e multidisciplinar do parto alçando o patamar de “evento humano” e vinculação com a medicina baseada em evidências (BRASIL, 2014).

Reconhecendo essa problemática, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a *Ryerson University*, do Canadá e com outras oito universidades de seis estados brasileiros, deu início, no ano de 2019, a uma pesquisa multicêntrica internacional, intitulada “Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas multissetoriais, empoderamento e cuidado no contexto da política de humanização do parto e nascimento no Brasil”. Dentre os campos desta pesquisa está a cidade de Belo Horizonte, um dos oito centros do estudo, onde o projeto tem como objetivo geral examinar as estratégias que as instituições de saúde vêm desenvolvendo para informar as mulheres e os parceiros delas sobre o parto humanizado, como recomendado pelo Ministério da Saúde. Para tal, propõe-se uma abordagem próxima às pessoas interessadas no problema que permita relacionar as diversas perspectivas para, por exemplo, compreender a relação das mulheres e famílias com seus direitos no contexto obstétrico, dos profissionais com a identificação e denúncia dos atos de violência obstétrica, das instituições com as recomendações para o apoio às mulheres que lidam com a violência obstétrica.

O presente estudo é um recorte deste estudo multicêntrico, e tem como objetivos analisar a humanização do parto e nascimento sob a percepção das mulheres, compreender as estratégias de cuidado implementadas por uma maternidade referência para humanização do parto e do nascimento, sob a percepção das mulheres e perspectiva da gestão do serviço e demarcar lacunas e desafios da humanização na atenção ao parto e nascimento com ênfase nos direitos das mulheres.

Ao compreender as diversas percepções de cuidado, as participantes deste estudo podem indicar recomendações a nível individual, familiar, comunitário, e relacionadas ao sistema de saúde para minimizar as barreiras na implementação de um cuidado obstétrico neonatal de qualidade, preenchendo lacunas da informação sobre a dinâmica da implementação da humanização do parto e nascimento.

Diante desse contexto, torna-se importante responder à seguinte questão: qual a percepção das mulheres e perspectiva da gestão sobre a humanização no parto e nascimento e estratégias de cuidado implementadas em um hospital referência em humanização?

A partir dessa realidade, esse estudo justifica-se pelas possíveis contribuições no sentido da ampliação da percepção das mulheres em relação ao desafio da humanização no parto e nascimento, abrindo caminhos às estratégias para a implementação de um cuidado que as coloquem no seu centro, servindo como direcionamento para humanização: protagonismo das mulheres, reconhecimento dos seus direitos, evidências científicas e trabalho em equipe multiprofissional.

Estudos têm apontado a satisfação de mulheres em relação ao cuidado recebido, nos serviços em que as práticas de humanização do parto e nascimento já estão implementadas de acordo com as políticas públicas implementadas pelo MS. Em contrapartida, encontrou-se um estudo que aponta que apesar do movimento desse movimento de humanização ter gerado uma grande mudança na realidade obstétrica, muitos serviços ainda não se adequaram às novas práticas. Essa inadequação às práticas reflete de forma negativa nas experiências e percepção das mulheres sobre o parto (BITTENCOURT *et al*, 2014; DULFE *et al.*, 2017).

Nesse âmbito, visando contribuir para melhorias no cuidado ao ciclo gravídico puerperal e promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade, considera-se relevante conhecer as estratégias implementadas em um serviço de referência na humanização do parto e nascimento e compreender como as mulheres assistidas percebem o cuidado ofertado. Especialmente em serviços pautados em humanização, reconhecer o que as mulheres dizem é um meio que pode ajudar outros profissionais, gestores a seguirem o caminho da humanização, que vai muito além da implementação de boas práticas.

2 OBJETIVOS

- Analisar a humanização do parto e nascimento sob a percepção das mulheres em uma maternidade referência para humanização do parto e nascimento;
- Compreender as estratégias de cuidado implementadas por uma maternidade referência para humanização do parto e do nascimento, sob a percepção das mulheres e da gestão do serviço;
- Demarcar lacunas e desafios na humanização na atenção ao parto e nascimento com ênfase nos direitos das mulheres.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto da humanização do parto é desafiador no Brasil. Nesse sentido, políticas públicas vêm fazendo investimentos junto aos atores, serviços e na rede de atenção à saúde. Construir políticas públicas é um trabalho que demanda a junção dos movimentos sociais, forças do coletivo e práticas concretas do cotidiano dos serviços (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Consideramos que os serviços de saúde são espaços fundamentais para a mudança de modelo, já que dentro deles essas políticas podem ser implementadas e concretizadas.

Muitos esforços têm sido feitos com relação à inclusão de atores para essa mudança - fortalecimento da enfermagem obstétrica, inclusão de doulas, trabalho em equipe - na perspectiva de mudar o modo como estes profissionais atuam em conjunto (SILVA; MAFRA, 2020). Esses também aparecem por meio da gestão dos serviços, com a criação de colegiados gestores, abrindo caminhos para uma gestão participativa.

No início da década de 1970, iniciou-se a história do Hospital Sofia Feldman, localizado no município de Belo Horizonte- MG, hoje serviço de referência para humanização do parto e nascimento no Brasil e em diversos países. Um hospital que visa à assistência materno-infantil, criado para atender as demandas da comunidade local. Nos esforços enfrentados para oferecer uma melhor atenção à saúde da população, as ações deste serviço alinharam-se às recomendações e às políticas públicas nacionais, dando sempre prioridade à atuação do enfermeiro na atenção obstétrico neonatal, e trazendo sempre a integração da equipe multiprofissional e inclusão da comunidade. Por meio de um movimento comunitário, em 1984, o hospital foi incluído nas Ações Integrais de Saúde (AIS), estratégia precursora do SUS, que surgiu anos mais tarde, a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 2014).

Essa preocupação com o modelo assistencial desencadeou vários debates no âmbito governamental, resultando na criação de políticas voltadas para a humanização do parto e nascimento. A partir de sua história e seus princípios, o HSF tornou-se referência para humanização do parto e nascimento pelo MS e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, sendo cenário para formação de profissionais de vários serviços de saúde, culminando em resultados positivos na assistência à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2014).

Em relação à qualificação dos equipamentos de saúde e de organização dos serviços, muitas ações têm sido promovidas e implementadas com base nas políticas públicas como por exemplo: centros de parto normal, casas de gestantes, bebês e puérperas, núcleos de terapias integrativas e complementares. Tudo isso influencia positivamente na assistência às mulheres no ciclo gravídico puerperal e aos seus bebês, conferindo um cuidado qualificado e seguro.

Na rede de atenção à saúde, discussões têm sido realizadas por meio de fóruns perinatais, por exemplo. Tudo isso tem refletido em avanços, mas também em desafios. Belo Horizonte tem sido, historicamente, um território que tem tensionado uma “matriz de inovação” no campo da humanização do parto e nascimento. Em 2008, o seminário “BH pelo parto normal”, abordou o paradoxo perinatal brasileiro, apontando para a mudança de paradigmas e para o desafio que persiste até hoje - recrudescido no tempo atual pela pandemia da COVID-19, que é a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil. Nesse seminário, uma carta de recomendações foi divulgada. Um pouco mais de uma década depois, esse estudo retoma ao que ali foi indicado e que dialoga com o objeto deste estudo: humanização do parto e nascimento e estratégias de cuidado. Dentre as recomendações da “Carta de BH” estão ações para empoderar a mulher a partir da divulgação de conhecimentos e informações acerca dos benefícios do trabalho de parto e dos prejuízos das intervenções desnecessárias, melhorias no processo da assistência e de trabalho em saúde, incluindo continuidade do cuidado, escuta qualificada, reconhecimento de riscos, indissociabilidade entre gestão e atenção, estimulação de movimentos de inclusão de diversas categorias profissionais a discussão de casos, dentre outras, que dialogam também com as diretrizes da PNH (LANSKY; LEÃO, 2010).

Já no âmbito das ações e investimentos na formação da enfermagem obstétrica, também em Belo Horizonte, foi realizada em 2013, pelo Ministério da Saúde em parceria com a UFMG e ABENFO Nacional, uma oficina voltada a qualificação profissional - Formação de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas para o SUS: alinhamento conceitual e pedagógico - onde reiterou-se a importância de ações conjuntas e intersetoriais visando à redução da mortalidade materna e infantil, com especial atenção para o componente neonatal e a qualificação da prática profissional nas áreas obstétrica e neonatal (SOUZA *et al.*, 2019).

Assim como as recomendações da “Carta de BH” do Seminário BH pelo parto normal, essa oficina também aborda a necessidade premente de transformação do modelo assistencial na atenção obstétrica e neonatal, as necessidades das mulheres como orientadoras das políticas públicas, a participação efetiva de gestores, trabalhadores para a mudança do atual modelo, a incorporação das questões de gênero e violação dos direitos individuais e coletivos, fortalecimento e participação das mulheres e suas famílias nas decisões sobre seu cuidado, e, claro, a qualificação profissional - entre as recomendações os reconhecimentos de instituições de ensino e de serviços (LANSKY *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2019).

Também em Belo Horizonte, o Hospital Sofia Feldman atua como referência em humanização do parto e nascimento e suas atividades abrangem experiências de integração e formação multiprofissional no cotidiano de trabalho, e qualificação para rede SUS e trabalho

em equipe e cooperação internacional para a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020). Esse serviço conta com 90 enfermeiros obstétricos na assistência direta às pacientes, sendo o único 100% SUS no Brasil que oferece assistência ao parto domiciliar planejado.

Como trabalhadora deste serviço e como alguém formada em uma instituição que se renova sob as metodologias de formar, numa perspectiva de formação-intervenção e gestão dos processos de trabalho, a compreensão das estratégias de cuidado e humanização implementadas por um serviço de referência contribui para uma melhor compreensão do contexto deste estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Humanização do parto e nascimento: conceito, lacunas e desafios

Os esforços para a implementação de políticas públicas visando à humanização do parto e nascimento tem avançado nas últimas décadas, especialmente com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), passando pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a estratégia Rede Cegonha, e outras iniciativas de aprimoramento de inovação no cuidado e no ensino, como o Ápice On. Todas essas políticas perpassam pelos princípios e diretrizes da PNH.

A humanização da atenção obstétrico-neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Ela compreende dois aspectos fundamentais: promover o respeito e à dignidade à mulher e seu ciclo familiar, instituindo um ambiente acolhedor por parte da equipe profissional e adotar boas práticas no parto e nascimento, reduzindo procedimentos intervencionistas e de rotina que não oferecem benefícios para a mulher e seu recém-nascido, mas pelo contrário, trazem maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000; DINIZ *et al.*, 2015).

Nessa trajetória de décadas, persistem lacunas em relação à humanização e desafios a serem superados. Devido à cultura do modelo biomédico, alguns serviços encontram-se “engessados” nesse modelo, e acabam adotando práticas ainda rotineiras que configuram-se como violência obstétrica (CASTRILLO, 2016; PICKLES, 2015; TESSER *et al.*, 2015).

Sobre a VO, que se configura como uma quadro perturbador, e por isso um dos grandes desafios a serem superados, não apenas no Brasil, mas em outros países, justificando-se a realização da pesquisa que originou este estudo, são os diversos casos de abusos, maus-tratos, desrespeito e negligência que as mulheres sofrem durante o parto nas instituições de saúde e que acabam ocasionando uma violação de confiança entre elas e as equipes de saúde (WHO, 2014).

Em alguns países observam-se avanços, como é o caso da Venezuela, que no ano de 2007, promulgou a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, que trata da violência cometida contra as mulheres e suas derivações, e tem a finalidade de promover e garantir o direito das mulheres a uma vida livre de violência. A Venezuela foi a pioneira em tipificar a violência obstétrica como uma violência contra a mulher:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (VENEZUELA, 2007, p. 30).

Várias expressões já foram utilizadas para conceituar a violência obstétrica. Bowser e Hill (2010) elencaram as principais categorias de desrespeito e abuso no parto e nascimento, que podem ser entendidas como violência obstétrica, são elas (quadro 1):

Quadro 1- Categorias de desrespeito e abuso no parto e nascimento.

CATEGORIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	
1	Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções não aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.
2	Abuso físico
3	Cuidado indigno e abuso verbal
4	Abandono, negligência ou recusa de assistência.
5	Discriminação baseada em certos atributos.
6	Detenção nos serviços.
7	Cuidado não confidencial ou privativo.

Fonte: Bowser e Hill (2010).

A VO ganhou visibilidade na segunda década do século XXI, sendo considerada legitimamente um problema de saúde pública e foi corroborada com a declaração da OMS intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde” e com a criação da iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança (DINIZ, 2015).

Estudos mostram que a permanência de práticas violentas na assistência obstétrica ainda ocorrem devido ao desconhecimento da mulher em relação aos seus direitos. Muitas delas não sabem afirmar se foram vítimas de VO ou não porque confiam nos profissionais que conduzem a assistência e acabam aceitando os procedimentos sem questionar, deixando com que esses

escolham o que é melhor para elas. Algumas estratégias são propostas para o enfrentamento dos desafios frente a esse contexto, como a discussão do modelo assistencial e a conscientização das mulheres acerca de seus direitos (DINIZ, 2015; JARDIM; MODENA, 2018; KOPERECK *et al.*, 2018;). No Brasil, políticas foram criadas com o intuito de atuar na mudança desse cenário obstétrico neonatal.

4.2 As políticas de humanização do parto e nascimento e sua articulação com a Política Nacional de Humanização

Criada no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS, trata-se de uma política pública voltada para a ativação de dispositivos que favoreçam ações de humanização e efetivação dos princípios do SUS no âmbito das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no país e promovendo trocas entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2004, 2006).

Segundo Campos (2007), ela tem como objetivo ajudar os coletivos organizados na produção e na articulação de arranjos, pactos e ações concretas, capazes de viabilizar mudanças na gestão, indispensáveis para que haja também mudanças nos modos de atenção.

A PNH tem como propósitos fortalecer iniciativas de humanização existentes, desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e atenção, aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e gestão, implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem sucedidas, além de contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização (BRASIL, 2004).

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde e participação coletiva e compartilhada nos processos de gestão. A comunicação entre esses três grupos provoca movimentos de inquietação e perturbação, que são como um “motor” de mudanças, resultando em uma série de discussões com o intuito de promover mudanças nos modos de gerir e de cuidar, proporcionando a construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder e trabalho (BRASIL, 2004).

Apostando na inclusão de trabalhador, usuário e gestor na produção e gestão do cuidado, assim como nos processos de trabalho, a PNH utiliza como ferramentas as rodas de conversas, a gestão de conflitos gerados pela inclusão das diferenças, o incentivo às redes e movimentos sociais. A inclusão dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles possam reinventar

seus processos de trabalho, ocasionando mudanças nos serviços de saúde (ROZA *et al.*, 2014; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A PNH propõe o movimento de mudança dos modelos de gestão e atenção biomédicos, pautados na hierarquização, centrados na doença e no atendimento hospitalar. Ela busca a implantação de um modelo com responsabilização e vínculo, com garantia de direitos dos usuários, valorização do trabalho na saúde, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco e gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2004).

4.3 Princípios do HumanizaSUS

Pautada em três princípios, a PNH deve estar inserida em todos os programas e políticas do SUS. Por meio da ampliação do grau de contato e da comunicação entre pessoas e grupos, ela busca transformar as relações de trabalho, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas (BRASIL, 2004).

4.3.1 Transversalidade

É o reconhecimento de que diferentes especialidades e práticas de saúde, por meio da ampliação do grau de comunicação intergrupal, podem colocar o seu trabalho em análise, discutindo cada um com a sua experiência, sobre o sujeito que é assistido, produzindo assim, modelos de saúde de forma mais corresponsável e promovendo mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2004, 2006).

4.3.2 Indissociabilidade entre atenção e gestão

A proposta desse princípio seria contribuir com o modo de discutir e construir, coletivamente, estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, entendidos como indissociáveis dos modos como são geridos. O processo de gestão e atenção estão interligados, visto que as decisões tomadas pela gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Diante disso, os trabalhadores devem buscar conhecer o funcionamento da gestão dos serviços e participar ativamente dos processos de tomada de decisões nas ações de saúde coletiva e nas organizações de saúde. O cuidado deve abranger o usuário e sua rede familiar, e não se restringir somente aos trabalhadores e equipes de saúde. Os usuários também devem ser protagonistas

em relação a sua saúde, se corresponsabilizando pelo autocuidado nos tratamentos (BRASIL, 2004, 2006).

4.3.3 Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

A ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo, por meio da responsabilidade compartilhada interfere diretamente nas mudanças da gestão e atenção dos serviços, quando construídas coletivamente. Um SUS humanizado reconhece o papel de cada cidadão, assim como seus direitos, valorizando e incentivando o seu protagonismo. Portanto, os pacientes deixam de ser só pacientes e os trabalhadores não cumprem somente ordens. Eles fazem parte do processo de construção e produção de saúde (BRASIL, 2004, 2006).

Quadro 2 - Diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Diretrizes	O que é?	Como fazer?
ACOLHIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde; - Responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário desde a sua chegada até a sua saída; - Ouvir sua queixa por meio de uma escuta qualificada que permita analisar a demanda; - Garantia de atenção integral, resolutiva e responsável; - Acionamento/articulação das redes internas e externas dos serviços (horizontalidade do cuidado). 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestando um atendimento com resolutividade e responsabilização; - Postura de escuta e compromisso; - Capacidade de avaliar riscos; - Construção de um plano de cuidados com a equipe, permitindo a continuidade da assistência; - Estabelecimento de articulações com os serviços para a eficácia dos encaminhamentos; - Rede de cuidados.

<p>GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cogestão: inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão; - Conjunto ampliado de sujeitos que compõem a organização; - Adição de novas funções e novos sujeitos na atuação de análise de contextos e problemas, e tomada de decisão; - “Todos são gestores de seus processos de trabalho”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização e experimentação de rodas que colocam as diferenças em contato, produzindo movimentos que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e atenção; - Arranjos e dispositivos divididos em dois grupos: um que permita o acordo entre as necessidades/interesses de usuários trabalhadores e gestores e outro que se refere aos mecanismos que garantam a participação ativa no cotidiano dos serviços de saúde; - Organização de espaços coletivos: colegiados gestores, mesas de negociação, gerência de portas abertas.
<p>AMBIÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Método para construção coletiva dos espaços de saúde; - Organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho; - Propostas de mudança das práticas, dos processos e das relações de trabalho pautadas na construção coletiva e participativa; - Diretriz espacial; - Sintonizar o “que fazer” com o “como fazer”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método da tríplice inclusão da PNH; - Saberes que potencializam mudanças; - Interação de diferentes saberes/ profissões; - Modo de fazer que afirme as especificidades do saber de cada um para a produção de um objetivo comum.

<p>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prática interdisciplinar que visa entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida; - Propõe qualificar o modo de se fazer saúde; - Aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde; - Integrar a equipe multiprofissional na busca de um cuidado integral, criando vínculo com o usuário; - Possibilidade de tomada de decisões compartilhadas e compromissadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos; - Qualificação do diálogo de modo a compreender a doença e se responsabilizar pela produção da saúde, possibilitando tomada de decisões compartilhadas; - Discussão do projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial, cogestão e acolhimento.
<p>VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar visibilidade à experiência dos trabalhadores; - Inclusão na tomada de decisão; - Aposta na capacidade de analisar, qualificar e definir os processos de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de formação em saúde e trabalho; - Comunidade ampliada de pesquisa; - Tornar possíveis o diálogo, intervenção e análise dos problemas do grupo; - Assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.
<p>DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Direitos garantidos por lei; - Incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar o cumprimento deles em todas as fases do cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

Fonte: Brasil (2004, 2006).

A PNH, referencial teórico deste estudo, sustenta a perspectiva de humanização, transversaliza políticas do SUS, produz inclusão e tem sido base para sustentação de outras estratégias como a Política de Qualificação das Maternidades (PQM) e a Rede Cegonha. Ao analisar as estratégias de cuidado e humanização implementadas pelas instituições de saúde, espera-se encontrar uma relação direta com as diretrizes e dispositivos propostos a partir da política, contribuindo para a promoção de um cuidado obstétrico e neonatal de qualidade.

Por meio de cursos de formação/intervenção, os dispositivos da PNH são reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Os cursos têm como proposta formar para intervir, o que nada mais é do que formar profissionais de saúde para colocarem o seu trabalho em análise e a partir dele tornarem-se construtor de novas realidades, promovendo mudanças nos modelos de atenção e gestão à saúde. A intervenção é mudança (BRASIL, 2004; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Segundo Roza e colaboradores (2014), o processo de formação sustenta-se em práticas concretas de intervenção, cujos referenciais da PNH passam a ser operacionalizados no sentido de produzir práticas coletivas entre os diferentes atores do SUS. A formação não se separa da intervenção, do mesmo modo que as situações de trabalho são espaços privilegiados de formação.

Esse dispositivo traz o conhecimento como produtor de realidade. O conhecimento produz sujeitos e mundos. No fazer/aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento (ROZA *et al.*, 2014).

5 METODOLOGIA

O presente estudo originou-se de um recorte do projeto internacional, multicêntrico, intitulado: “VOE - Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas multissetoriais, empoderamento e cuidado no contexto da política de humanização do parto e nascimento no Brasil”, realizado em cooperação internacional, multidisciplinar conduzido pela Ryerson University e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, vinculado ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero - NUPESMeG, em parceria com sete outras IES brasileiras (ZANCHETTA *et al.*, 2020)

Nesse estudo descritivo, de abordagem qualitativa, buscou-se compreender a percepção de cuidado de mulheres, tomando como referência os princípios e as diretrizes da PNH (2003).

A pesquisa qualitativa aplica-se ao estudo das representações, histórias, crenças, percepções, valores, atitudes e interpretações de cada indivíduo. Responde às perguntas que não podem ser expressas em números e é caracterizada pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 2015). Além de permitir desvelar processos sociais pouco desconhecidos, revisar e criar novos conceitos e categorias durante a investigação, propicia a criação de novos conceitos e abordagens (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Como estudante de pós-graduação, nível mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais, integrante do NUPESMeG e do grupo que desenvolveu o estudo no centro de Belo Horizonte/MG, também, como enfermeira obstétrica, trabalhadora do cenário do estudo em tela, a autora desta pesquisa, ao realizá-la, buscou o alcance dos objetivos propostos, bem como a articulação dos interesses relativos tanto à formação acadêmica, em consonância com a Linha de Pesquisa Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação (PPG) da EE/UFMG, quanto ao seu trabalho no cuidado às mulheres e bebês.

5.1 Cenário do estudo

Para fins dessa pesquisa, foi selecionada uma das instituições do centro de pesquisa - BH, o HSF, localizado no município de Belo Horizonte- MG, no Distrito Sanitário Norte. Esse serviço, que é referência nacional e internacional em humanização do parto e nascimento, presta assistência exclusiva às usuárias do SUS.

Trata-se de uma maternidade que assiste uma população superior a 400 mil pessoas dos distritos sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte. Possui 185 leitos, sendo 87 obstétricos,

40 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI), 30 em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 15 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e 12 de outras clínicas. Além disso, sua infraestrutura também conta com a Casa da Gestante, Banco de Leite Humano, creche para os filhos dos trabalhadores e a Unidade Carlos Prates, onde, no ano de 2020m aconteceram 13.548 atendimentos como por exemplo: inserção de dispositivo intrauterino (DIU), pré-natal de alto risco, vasectomias, laqueaduras tubárias e atendimentos de equipe multiprofissional. São realizados cerca de 900 partos ao mês (HSF, 2020).

O HSF é o terceiro maior hospital do País em número de partos, totalizando no ano de 2020 a assistência a 10.451 partos. Também é o primeiro em Minas Gerais no atendimento a gestantes de mais de 200 municípios. Tornou-se maternidade referência em gestação de risco habitual e alto risco para os municípios de Santa Luzia, Ribeirão das Neves, Jaboticatubas, Taquaraçu de Minas e Nova União, além da microrregião de Curvelo-MG. De acordo com os indicadores assistenciais, do total de partos assistidos no ano de 2020, 36,3% foram de gestantes de alto risco (HSF, 2021).

O HSF conta com duas unidades de atendimento: na Unidade Carlos Prates (UCP), localizada na região Noroeste de Belo Horizonte, são realizados os atendimentos ambulatoriais como consultas de pré natal de baixo e alto risco e de puerpério, inserção de DIU, além de cirurgias ginecológicas. Na Unidade Tupi está localizada a maternidade e neonatologia.

A instituição também conta com uma linha de ensino e pesquisa e oferta quatro cursos de pós-graduação na modalidade residência, sendo elas: residência médica em ginecologia e obstetrícia, residência médica em neonatologia, residência em enfermagem obstétrica e residência multiprofissional em neonatologia (HSF, 2020).

O HSF tem como princípios institucionais a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, equidade na assistência à saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera. Todos os princípios são pautados nas diretrizes do SUS. Sua missão é desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, especialmente à mulher e à criança, em nível hospitalar e ambulatorial com qualidade e resolutividade, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo (HSF, 2020).

A instituição tem como visão um hospital público, universalizado, que ofereça um atendimento de qualidade aos usuários, principalmente à mulher e à criança, trabalhando em parceria com a comunidade e com mecanismos de controle social, dentro de um Sistema de Saúde hierarquizado e regionalizado, apostando em inovações propostas pela PNH (2003), dentre elas a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário,

trabalhadores e gestores, fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, gestão compartilhada, dentre outras (HSF, 2020).

5.2 Participantes da pesquisa

As participantes desse estudo foram 11 puérperas, com bom estado geral e pelo menos seis horas após o parto normal, que se encontravam no setor de Alojamento Conjunto (AC). Foram incluídas as mulheres que tiveram parto normal, independente de quem assistiu o parto, médico ou enfermeira obstétrica, com 18 anos ou mais, que deram à luz a recém-nascido vivo em boas condições de vitalidade - Apgar maior ou igual a 7. Como critérios de exclusão, tomou-se como referência a pesquisa maior: mulheres com transtornos mentais; deficiência cognitiva; ou que não eram capazes de manter conversa oral. Nenhuma das participantes negou-se a fazer parte da pesquisa. No Quadro 3 apresenta-se a caracterização das entrevistadas em relação aos dados sociodemográficos, cidade de residência e paridade.

Reconhecendo que a humanização inclui a tríplice inclusão, identificou-se na fala das mulheres elementos que colocavam em questão as suas necessidades/interesses, além do componente da gestão, o que mostrou a necessidade de inclusão de uma das gestoras da instituição, atuante na linha de políticas institucionais, como participante da pesquisa, finalizando com um total de 12 participantes.

Quadro 3- Caracterização das puérperas participantes do estudo.

Participante	Idade	Situação conjugal	Cor auto referida	Escolaridade	Cidade de residência	Paridade
E1	21	Solteira	Branca	Ensino médio completo	Belo Horizonte	G1PN1
E2	26	Casada	Parda	Ensino médio completo	Betim	G3PN3
E3	29	Casada	Branca	Ensino médio completo	Crucilândia	G2PN2
E4	40	Solteira	Parda	Superior completo	Caetanópolis	G2PC1N1

E5	28	Casada	Branca	Superior completo	São João del-Rei	G2PN2
E6	28	Solteira	Branca	Ensino médio completo	Vespasiano	G1PN1
E7	35	Casada	Parda	Superior completo	Belo Horizonte	G2PN2
E8	30	Casada	Branca	Superior completo	Pará de Minas	G1PN1
E9	23	Solteira	Negra	Ensino médio completo	Belo Horizonte	G1PN1
E10	27	Casada	Branca	Ensino médio completo	Belo Horizonte	G1PN1
E11	25	Solteira	Branca	Ensino médio completo	Belo Horizonte	G2PN2

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

5.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020, por meio de entrevista em profundidade. Antes da realização das entrevistas, a autora participou de reuniões com demais pesquisadores do VOE -centro BH, oportunidade em que o objeto, objetivos, referenciais teóricos e metodológicos e o processo de coleta de dados eram exaustivamente discutidos e alinhados em grupo.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora após a realização de teste piloto, período em que foram feitos ajustes no instrumento de pesquisa - um roteiro semiestruturado, tanto para as participantes puérperas (APÊNDICE A), quanto para o representante da gestão do serviço (APÊNDICE B). Antes da realização da entrevista, logo após a leitura e esclarecimentos necessários, a participante procedia a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Todas as entrevistas foram gravadas, em seguida transcritas na íntegra e validadas pela pesquisadora e pela orientadora do estudo.

Segundo Minayo (2015), as entrevistas podem ser consideradas conversas e se diferem pela sua forma de organização. Podem ser classificadas em: sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada ou entrevista projetiva. Algumas considerações práticas devem ser levadas em conta na formalidade de uma

entrevista. Durante a entrada do pesquisador no campo, é importante que ele faça uma apresentação de si mesmo para adquirir a confiança do entrevistado, mencione o interesse em realizar a pesquisa e os motivos, justifique a escolha do entrevistado e garanta seu anonimato e sigilo dos dados.

A entrevista semiestruturada segue um roteiro que é utilizado pelo pesquisador. Facilita a abordagem dos participantes e apresenta a vantagem de possuir certo grau de flexibilidade para inserção de novas questões no decorrer da entrevista (MINAYO, 2015).

É importante ressaltar que o sentimento e a emoção são fundamentais na construção do conhecimento dos sujeitos envolvidos no processo de entrevista. Dessa forma, é fundamental reiterar que não se trata de um processo de mão única em que o pesquisador detém todo o controle e não será por ele afetado. Ao contrário, implica constante interação e negociação de posições (RICHARDSON, 1999).

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada próximo à enfermaria do hospital, conduzida pela pesquisadora principal e também nos leitos das participantes quando havia biombos de isolamento, preservando a sua privacidade. O tempo médio de realização das entrevistas foi de 20 minutos, variando entre dez e 30 minutos.

Os nomes das participantes foram codificados para não serem identificadas. Seus nomes foram substituídos por códigos alfanuméricos, compostos pela letra E seguida pela identificação numérica correspondente à sequência em que as entrevistas foram realizadas. A primeira mulher entrevistada recebeu a codificação E1, sequencialmente até E11, última puérpera entrevistada. O representante da gestão recebeu a codificação G.

O critério utilizado para a interrupção das entrevistas foi a saturação de dados. Segundo Fuchs e Ness (2015), a falha em atingir a saturação dos dados tem impacto na qualidade da pesquisa conduzida e dificulta a validação do conteúdo. Eles ressaltam que

um estudo pequeno atingirá a saturação mais rapidamente do que um estudo maior. A saturação de dados é atingida quando há informações suficientes para replicar o estudo, quando a capacidade de obter novas informações adicionais foi atingida e quando a codificação adicional não é mais viável. (FUSCH; NESS, 2015, p.1408).

Um diário de campo também foi utilizado para registro sobre a vivência, percepções, impressões da pesquisadora e destaques afins, relativos ao trabalho de campo.

Vale destacar que um fator dificultador para a realização da coleta de dados foi a pandemia de COVID-19, visto que a coleta de dados foi interrompida por um período de cinco

meses, considerando o plano de contingência firmado pelo Conselho Diretor do serviço, que era atualizado semanalmente.

5.4 Tratamento e Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas, na íntegra, realizou-se a análise temática de conteúdo para tratamento dos dados. Ela pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42).

A análise temática permite descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação e desdobra-se em três etapas: pré análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2015).

Na etapa da pré análise, procedeu-se à leitura flutuante, que é o momento em que o pesquisador entra em contato direto com o seu material e permite que sejam elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa, demarcando núcleos de sentido.

Durante a segunda etapa, as falas foram organizadas a partir das diretrizes e dispositivos da PNH (2003) e organizadas por similaridade, tanto das puérperas como da representante da gestão. Com base nesta primeira organização, construiu-se subcategorias, e finalmente, as grandes categorias temáticas. Na terceira etapa, os dados já categorizados foram analisados à luz do referencial teórico-conceitual.

Bardin (2011) apresenta os critérios de categorização, ou seja, escolha de categorias, que segundo a autora, reflete uma realidade de determinados momentos. Na análise de conteúdo, as categorias são vistas como classes que agrupam elementos, resumindo características comuns e permitindo uma organização do conteúdo.

Os dados foram codificados e agrupados após uma leitura ampliada, por meio de quadros e subcategorias e reestruturados de acordo com diretrizes e dispositivos da PNH-referencial conceitual - construindo, ao final, duas categorias.

5.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG e do HSF/Fundação de Assistência Integral à Saúde, CAAE: 13897119.5.1001.5149, parecer nº:

4063222. O estudo seguiu os princípios éticos e legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos dispostos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aplicado aos participantes o TCLE, em duas vias.

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para o cumprimento dos objetivos dessa pesquisa e mantidos em sigilo. Para manter o respeito aos preceitos da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes foram identificados com a letra E de entrevistado, seguido do número de ordem de entrada de cada um. As entrevistas foram gravadas após consentimento dos participantes e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, e serão guardados pelo prazo de cinco anos.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas partes: a primeira parte se refere à caracterização das participantes e a segunda diz respeito às seguintes categorias que foram elaboradas a partir dos dados obtidos:

1. A humanização como experiência concreta de cuidado;
2. Estratégias de cuidado implementadas pelo serviço para humanização do parto e nascimento.

6.1 Sobre as participantes

A caracterização das participantes indicou que a média de idade das mulheres foi de 28 anos, sendo que a idade variou entre 21 e 40 anos. Das 11 mulheres, 6 eram casadas e cinco solteiras. Em relação à cor, seis mulheres se autodeclararam brancas, três pardas e duas negras.

Das mulheres participantes, sete mulheres possuíam ensino médio completo, e as demais possuíam ensino superior completo, sendo que duas eram trabalhadoras da área da saúde.

Das 11 participantes, cinco somente residiam em Belo Horizonte, e as outras seis em cidades da região metropolitana. Chegaram ao serviço, cenário do estudo, nove mulheres por sua própria decisão, e as demais foram referenciadas pelo serviço que as atendia originalmente.

Em relação à paridade, cinco eram primigestas, ou seja, que vivenciaram a gestação pela primeira vez. Outras seis mulheres eram múltíparas, e somente uma delas estava vivenciando a terceira gestação. Apenas uma referiu ter passado por uma cirurgia cesariana.

O representante da gestão atuava na linha de políticas institucionais do colegiado gestor, composta por três gestores no total. O colegiado gestor era composto por seis linhas institucionais com profissionais de diferentes áreas: Cuidado Materno Infantil (Perinatal), Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio Administrativo, Apoio Técnico e Apoio ao Trabalhador.

6.2 A humanização como experiência concreta de cuidado

Na percepção das mulheres à luz da PNH, o cuidado recebido no processo de parto e nascimento apareceu pelas seguintes diretrizes: acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, direitos dos usuários e ambiência. Essa categoria foi elaborada de acordo com as falas das participantes que trazem suas experiências individuais, vivências e opiniões, tanto da gestão do

serviço quanto das usuárias. Também aborda a trajetória percorrida por elas na escolha do local de nascimento de seus filhos e os fatores que influenciaram nessa escolha.

A PNH aborda o acolhimento nas suas diretrizes como um processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde, em que o trabalhador torna-se responsável pelo usuário desde sua chegada até a saída, garantindo uma escuta qualificada de suas queixas, analisando as demandas para a construção de um plano de cuidados para permitir a continuidade da assistência.

As mulheres falaram sobre o cuidado recebido durante o processo de internação e das experiências vivenciadas. Observou-se, nas falas, a ênfase que elas davam às atitudes dos profissionais: paciência, acolhimento, dúvidas esclarecidas na assistência e compararam a experiência atual com as anteriores.

A seguir, algumas falas que enfatizaram a atitude de paciência por parte dos profissionais e de respeito ao momento “mágico” do parto, como era compreendido pelas mulheres ao vivenciá-lo, quando eram consideradas as suas experiências e singularidades:

O primeiro foi bem mais sofrido... E aqui já foi diferente, as enfermeiras têm **muita paciência...** comigo até demais (risos). Foi bem diferente. (E2)

O Dr [médico residente] **foi muito paciente comigo** porque eu estava com muita dor, pra mim tava insuportável.. **conversou**, falou que eu poderia ter analgesia se eu quisesse, que era minha escolha, tal, tal, tal. A [enfermeira obstétrica] também que esteve comigo na hora que ela nasceu, **foi super paciente**, ela colocou tipo uma oração, não sei, que na hora que eu achava que não ia aguentar mais, aquilo **me empoderou** tanto, **me deu tanta força e eu consegui**. Ela **foi muito paciente comigo...** (E10)

E11 complementou:

Então meu parto foi assim, muito mágico né? No momento que ela saiu de dentro de mim, **a gente teve o nosso momento, ela [referia-se à sua filha recém-nascida] ficou comigo, ela não foi tirada de mim...** Eu não amamenteei no primeiro momento por escolha mesmo, porque eu tava com muito medo de amamentar, aí eu não amamenteei. Mas aí né, logo depois fizeram os procedimentos, enfim, aqueles negócios todos, mediu, pesou e eu. (E11)

O acolhimento foi um ponto bastante enfatizado nas falas das puérperas, e complementado nas falas do representante da gestão, ao reiterar que o acolhimento era compreendido como algo que deveria ser construído diariamente, no cotidiano do serviço, colocando em destaque as necessidades das mulheres.

[...] e eu sinto que essa questão do acolhimento, essas questões das diretrizes são questões que você pode, **você não pode simplesmente olhar pras diretrizes e achar que você vai ter elas**, é um exercício todo dia quando você chega no trabalho, de você tentar atender e pensar. E quando você pensar na diretriz você pode pensar o nome que ela for, mas você **pensar em atender a necessidade daquele usuário** e assim as vezes é um usuário que não tá mais aqui, mas tem uma questão que ele não tá conseguindo na rede, eu não posso me desresponsabilizar de pensar também nesse espaço do [hospital] e nesse espaço da rede. (G)

A importância do acolhimento foi enfatizada pelas falas das seguintes participantes:

Em relação à assistência eu fui **muito bem amparada** desde a hora em que eu cheguei... **Me senti muito bem acolhida** de ter realizado o meu parto assim, porque pra mim foi um sonho. A [enfermeira obstétrica] super **me recepcionou super bem**, é...a [técnica em enfermagem], assim, **foram muito amorosas comigo, muito paciente**. (E11).

Foi uma **experiência muito positiva, eu fui muito respeitada, muito acolhida, muito amada**. Foi tudo muito bacana, a gente teve assim, **muito amor**. (E5)

Promover o **apoio e empoderamento** durante o cuidado é fundamental para que a mulher se sinta segura e acredite na sua capacidade e no seu potencial para vivenciar o trabalho de parto e o parto. Desse modo, torna-se indispensável a criação do vínculo profissional-usuária, estabelecendo relações entre a mulher cuidada e o prestador de cuidados.

Nas falas seguintes, as entrevistadas demonstraram a importância do apoio para o sentimento de empoderamento. Uma delas (E5) referiu-se a esse apoio desde o pré-natal.

... não vai direto pra analgesia não, **você consegue, você é forte**. Então assim, **ela me fez sentir forte**. Me fez sentir que eu poderia esperar mais. (E11)

E isso pra mim foi essencial, porque **sempre me encorajaram que eu ia conseguir**, [diziam os profissionais] Você vai conseguir que está acabando, que ela [a bebê] tá vindo. Então **isso pra mim foi o auge da humanização**, foi lindo, foi perfeito! (E10)

Eu só recebi amor, eu recebi assim, além de tudo, a profissional que me acompanhou no pré natal foi um guia pra mim. Ela **me ajudou muito, me incentivou muito, ela me direcionava** nas minhas buscas, **me incentivava** a pesquisar, a saber o que eu queria, o que eu não queria e isso foi fundamental. E depois a assistência, né? Durante o trabalho de parto e o pós-parto, foi assim, fundamental pras minhas escolhas serem de forma consciente e pra apoiar também todo o meu puerpério que veio assim, a mil. Um baby blues intenso que se eu não tivesse recebido todo o **carinho e acolhimento** que eu recebi anteriormente no processo de gestação e parto eu acho que teria sido muito dificultado. (E5)

Outros recortes das falas das mulheres sobre o empoderamento, encorajamento recebido pelos profissionais, corroboraram o discurso apresentado pela representante da gestão, como no trecho apresentado a seguir.

Nosso discurso sempre foi esse, a mulher tem capacidade de parir e a gente tem que dar a ela condições pra isso. Então eu acho que a ideia do CPN, das banheiras foi pensando nisso, no que que a mulher precisa. E também tem um movimento que o [hospital] sempre fez que é muito importante, é essa coisa de viajar, de estimular os profissionais que eles saiam da instituição pra eles verem outras experiências. [...] e receber pessoas de outras experiências também. Então essa coisa de você estar aberto ao novo e ao que pode ser, sabe? É o que eu chamo de... aquela coisa que a gente, é o próprio nascimento. Você nunca sabe como vai ser o parto né? mas você sabe que ele é uma coisa nova. **Então eu acho que essa possibilidade de abertura é o que faz muita diferença aqui, e assim uma abertura sempre focada na necessidade, na autonomia e na construção de cidadania, assim de fortalecer essa mulher enquanto sujeito sabe?** (G.)

Uma das participantes complementou:

Vinha alguém [durante o trabalho de parto] e **me empoderava** [dizia] que eu poderia ir mais, eu acho que isso faz parte da humanização também. (E11)

As mulheres compararam a assistência recebida em outros serviços com a assistência ofertada pela maternidade, cenário do estudo. Observou-se que isso foi um fator de influência na escolha do serviço.

Ah, aqui tem muito mais... como se diz... como que eu vou falar, [risos]. **Aqui tem muito mais assistência**, muitas coisas que lá na minha cidade não tem. (E2)

O primeiro foi bem mais sofrido, o pessoal não me dava muita atenção lá no hospital. E aqui já foi diferente. (E3)

Então assim, aqui **não foi nada imposto**. Eu não senti que eu deveria parir sentada, deitada, **eu pode escolher**. Uma coisa que no meu primeiro parto eu não tive, foi totalmente diferente. O meu primeiro parto foi induzido com 40 semanas, não tinha nem necessidade e foi induzido, eu sofri muitas horas até o meu filho nascer no outro hospital. (E11)

A humanização foi outro ponto identificado pelas participantes. Elas falaram de práticas que na sua experiência concreta traduziram o que é humanização, como nas falas abaixo:

Na verdade eu acho que todo o processo do meu parto, desde a hora que eu cheguei até a hora que eu fui embora, **foi humanizado**...e realmente foi, porque **eu me senti acolhida**, sabe? Eu me senti bem, **sentí que poderia ir mais** quando eu achava que eu não poderia [...] eu já queria ganhar no Sofia de todo jeito, **eu queria no [hospital] por conta da humanização, por conta do cuidado né, assim, do respeito que tem com a gente, com a mulher.** (E11)

O que eu fiquei assim de queixo caído, **o que foi mais humanizado de tudo foi terem pego o plano de parto**, lido, na hora da correria assim a gente nem lembrou de entregar né, na admissão. Então vocês pegaram a pasta, leram, e assim, **foi tudo de acordo com o que eu pedi. O respeito que vocês têm pelo plano de parto da gestante**, que o [hospital] tem. **E acho que isso é essencial para qualquer humanização, porque ali você está respeitando uma gestante, sabe?** Foi tudo.

Porque foi muito surreal, **um tratamento muito humano, sabe?** Muito maravilhoso. (E10)

Bom, a minha experiência foi muito positiva. Eu tive um parto muito harmonioso... e **apoio** também, assistência no pós parto. Tive a oportunidade de ir pro [hospital] de novo, com problemas com a amamentação. Então assim, eu acho que é um serviço completo, que oferece **ajuda integral pra mulher** nessa fase e que na minha opinião é muito perfeito. (E5)

Envolver a mulher na tomada de decisões, na visão delas, se refletiu na **satisfação** quanto ao processo de cuidado no parto. O **respeito** foi algo muito citado nos discursos das mulheres, assim como o **esclarecimento das dúvidas** durante o processo de parto e nascimento. É disso que trataram as participantes nas falas seguintes:

... **explicou. Falou tudo, sobre tudo o que eu tive dúvida.** E sobre tudo que eu falava assim: ah, eu quero uma anestesia e tal, porque na hora que você tá lá, sentindo dor, **aí eles sentavam e explicavam pra mim o que poderia acontecer**, o que que poderia não acontecer. Aí foi tipo muito bem resumido, muito claro pra mim. (E1)

Mas **eles me explicaram tudo** que ia acontecer, me explicaram tudo primeiro antes de fazer. **Me deram opção de escolha também.** (E2)

[...] uma enfermeira obstetra que foi super simpática, uma gracinha, **me esclareceu tudo**, falou que eu não estava em trabalho de parto, que eu não poderia ser internada né? “(E8)

Fui **a todo momento muito respeitada. Recebi assim, orientações que eu não sabia**, apesar de ter estudado, lido, pesquisado bastante, coisas que eu não sabia. Então assim, **a minha experiência foi maravilhosa.** (E5)

Tive todas as minhas vontades respeitadas, tanto no primeiro como no segundo parto. Sem nada a reclamar. O tratamento de todos os funcionários, e **o respeito com todo o processo de parto**, a hora de ouro, **respeito** e pronto atendimento aos meus pedidos... (E7)

A todo o momento ele falou: se você quiser analgesia você vai poder, a gente vai olhar quarto com banheira se você quiser, se tiver disponível. Então assim, **me deixou à vontade e com um leque de opções que eu poderia escolher... Eu fui muito respeitada**, da forma que **eu tive a opção de escolher como eu queria ganhar a Alice**, se eu queria ganhar sentada, de quatro, de lado, em pé, pendurada, do jeito que eu bem entender, eu pude ganhar ela sabe? E isso pra mim fez parte da humanização. (E11)

Notou-se nas falas que nesse serviço as mulheres tinham a oportunidade de exercer seus direitos e espaços de escuta:

Então, eu sinto que no Sofia as políticas, as diretrizes da política de humanização na verdade fortaleceram práticas que já eram realizadas, que agora na pandemia se tornaram um desafio, como por exemplo a questão da **escuta qualificada**, que aí você cria vários espaços de escuta, que a gente não tinha só a **ouvidoria**, a gente tinha a **reunião de acompanhante, a reunião de puérperas**, então você **criar vários mecanismos para fazer com que essa política se movimente dentro do hospital, porque a política em si, ela não tem sentido se ela não for colocada em prática, se ela não for exercida pelos trabalhadores**, e aí o Sofia tem isso muito forte desde o início [...] Então quando os gestores fazem o exercício de **buscar aquilo que a**

mulher precisa, você consegue construir políticas que atendam às necessidades, né? É uma questão de construir a cidadania dessa mulher. (G.)

A fala da gestão corroborou a fala da usuária que apontou a escuta qualificada como garantia de direitos frente aos seus pedidos.

E outra coisa, o momento que eu solicitei que eu queria ir pra banheira, em nenhum momento vocês se recusaram, o Sofia recusou a isso, porque eu me sentia bem, eu queria ficar mais confortável né, e vocês atenderam o meu pedido. Ah, assim, foi tudo lindo. Eu agradeço muito, muito mesmo. Outra coisa que eu achei muito legal, muito humanizado: que nenhum momento ninguém me ofereceu analgesia, anestesia [...](E10)

Um dos discursos trouxe marcas de VO, que refletiram na busca por uma assistência humanizada na gestação atual.

“[...] o **médico pediu pra enfermeira subir em cima de mim**, ele não deixou eu levantar da maca. É, eu **tive episiotomia. Eu tive um trauma**, eu tinha uma visão de parto totalmente diferente porque **o meu primeiro parto foi traumático**, eu fiquei muito tempo deitada no meu primeiro parto, coisa que no segundo eu perguntava pras meninas: posso andar? As enfermeiras liberaram pra eu andar, **não ficavam me tocando o tempo** todo coisa que no meu primeiro parto eu fui tocada, assim, a cada hora, toda hora o médico enfiava, olhava lá quanto que eu tava de dilatação.. Quando eu cheguei o médico fez o toque, falou que eu tava em trabalho de parto, depois eu não fui mais tocada. É... **as coisas aconteceram super naturalmente, ninguém ligou ocitocina, fez nada assim pra acelerar, aconteceu tudo muito natural**, pra mim foi uma realização, foi um sonho realizado, porque o meu primeiro parto foi muito traumático. Eu senti muito, sabe? (E11)

As boas práticas e o direito de escolha novamente apareceram nas falas:

Esse foi muito melhor, **eu me senti segura, acolhida**. Tudo que eu não senti no primeiro. **Eu não tive medo**, eu consegui pegar a [filha] quando ela começou a sair, a enfermeira deixou eu segurar, foi me guiando pra eu pegar ela, pra ela vir até o meu colo sabe? Eu me senti é... tô procurando a palavra... **me senti respeitada, muito...** não é que eu me senti mais mulher, eu senti que eu sou forte, sabe? Eu me senti muito forte, muito poderosa nesse momento... Nenhum momento as meninas ficaram; ah, você não pode levantar! Ah, você não pode comer! Isso pra mim **foi muito humanizado**, e ninguém ficou falando assim: para de gritar, é... cala a boca. Não tive isso. Coisa que do meu primeiro eu tive. Eu pude me expressar da maneira que eu bem entendesse, sabe? (E11)

Observou-se nas falas da gestão como o serviço conseguiu se estruturar para ampliar suas potências de atendimento promovendo sempre um ambiente acolhedor às usuárias do serviço. Notou-se que o serviço tentava diariamente se adequar às diretrizes das políticas públicas, mas que várias estratégias já eram utilizadas bem antes das políticas entrarem em

vigor, e se fortaleceram após a criação das mesmas. As falas seguintes chamaram atenção do que fazer e como fazer, do acolhimento e ambiência como diretrizes que se complementam.

Então, por exemplo, esse ano, se a gente for pensar em pandemia, a escolha da abertura da Unidade Carlos Prates, né? E aí a gente tinha todo um ambulatório e hospital aqui, uma aglomeração que a gente não via solução porque nosso espaço físico é pequeno e não tem pra onde expandir, e fazer obra ia demorar muito tempo, então “a gente tem aquela unidade, vamos investir lá?” **O colegiado topa todo fazer esse movimento de investimento lá pra poder dar melhor condição para as usuárias e pensar em novas potências de atendimento entendeu?** (G.)

O [hospital], a nossa maternidade nasceu com o alojamento conjunto, na época que todo mundo tinha berçário, era uma questão que a mãe tinha que permanecer com o filho. **Era uma questão que já era de entendimento dos gestores da época que era assim que deveria ser, aí é depois que a gente tem as portarias normativas e toda a política. Por exemplo, antes de chegar a política de humanização do recém-nascido que é o método canguru, o [hospital] já tinha visto a experiência fora e já tava realizando aqui.** Então eu acho que é nessa proposta de aceitar esses desafios de acordo com a necessidade [...] Então você não tem que falar que o CPN precisa ter, hoje o CPN tem uma portaria que fala tudo que ele precisa de ter, mas a mulher pode querer outra coisa, então **você tem que estar sempre atento a essa necessidade da mulher e construir essa autonomia da mulher.**” (G.)

Esse discurso complementou-se à visão de umas das participantes sobre a ambiência do serviço.

E realmente foi até o que eu falei no meu relato de parto, **não é de paredes bonitas que a gente precisa, é de amor e foi o que eu recebi lá.** Aconselho pra todas as grávidas que eu conheço, vai ganhar no [hospital], ganha no [hospital]. **Nossa eu acho que é um hospital sensacional, que acolhe as pessoas né, e os profissionais é tipo coração de mãe, reconhece as pessoas.** (E8)

... e fui pra sala de parto. Não lembro o nome, mas eu fui pra uma que não tinha banheira, porque como eu tinha tomado anestesia, tava de cateter, não tinha mais como entrar na água. Aí eu fui pra sala, fui pro banquinho, nossa, assim, meu parto **foi muito melhor do que eu imaginei.** (E11)

Notou-se, nas falas, que as experiências vivenciadas por outras mulheres, opiniões familiares, assim como informações veiculadas nas redes sociais foram fatores que influenciaram na trajetória da escolha do local de nascimento, mesmo que algumas opiniões fossem contrárias às suas decisões.

Foi quando **eu comecei a estudar** sobre o [hospital] e me apaixonei. Aí eu **assisti documentários** sobre o parto normal, porque essa realidade mecânica aqui da cidade não faz a gente nem conhecer esse mundo. Nossa, eu não tinha noção nenhuma do que era um parto humanizado né? [...] E aí eu entrei num **grupo de mães grávidas** de BH que todo **mundo aconselhava o [hospital]** e eu **fui assim, pelos olhos dessas pessoas** e não me arrependo nem um pouco. **Então eu escolhi o [hospital] por isso, pelas indicações.** E é engraçado que sempre né, apesar de ser um hospital super bem

falado, sempre tem aquela pessoa pra te pinicar. E eu escutei de uma colega minha que ela falou assim: mas o [hospital] é muito simples, eu acho que não convém você ir pra lá não. (E8)

Tem um **grupo daqui de BH, de pessoas que pariram no [hospital]** e nesses grupos as meninas indicaram o filme renascimento do parto, eu nem sabia que existia esse filme. Aí eu procurei, assisti, vi lá que o [hospital] era referência, e fui procurar mais sobre humanização e assim, eu amei. Amei a proposta, nem sabia que existia.” (E10)

... na verdade, assim, eu achei muita diferença o que, **os comentários das outras pessoas que já estiveram aqui**, principalmente a minha mãe. **E fora outras pessoas também, que falaram, aí eu comecei a ficar meio com medo, mas teve gente que falou bem.** (E1)

Pra mim estar no [hospital] foi uma escolha pra mim e até mesmo da minha família, porque minha mãe e algumas cunhadas já ganharam aqui e sempre falaram muito bem. (E9)

Diante da pandemia, o serviço precisou se reinventar para cuidar das mulheres, sem que elas precisassem sair de casa. Uma das estratégias encontradas para a resolução desse problema foi o investimento nas redes sociais, como uma forma de atender às demandas das usuárias:

Na pandemia, por causa da situação que tá, e assim da situação e da mudança do mundo também né, a gente avançou muito nas redes sociais, porque **a gente viu que as usuárias precisavam disso**. A população que vem ganhar menino aqui é a população que tá no instagram, que olha site. E aí como é que eu falo com a usuária que ela não pode vir aqui, que ela tem que ficar em casa, mas também não dou **condição de informação pra ela de qualidade?** Então a gente construiu tipo um mini colegiado, a gente fica brincando, um grupo de pessoas de diferentes áreas, pra gente discutir a pauta do instagram daquele mês, entendeu? E aí por exemplo, criamos outros canais de comunicação como o whatsapp, e aí hoje em dia todo mundo usa o whatsapp, então porque que o Sofia não pode ter um whatsapp pra tirar dúvidas das usuárias que perguntaram? Pra evitar que venham e pra **dar informação de qualidade**. Então a gente buscou, a gente tá tentando fazer essa transição porque é difícil pra gente também né? (G.)

As entrevistadas também falaram de avanços e de desafios encontrados no serviço:

Olha, na portaria ali, ali eu acho meio complicado na portaria. Porque tipo assim, tem muita gente ali que fica muito estressada, sabe? Que é tipo você passar pela triagem e você não tem uma certa prioridade. Claro que aqui é hospital de gestante, ninguém aqui tem **prioridade**, mas lá tem uns coisinha lá falando, tipo que se você tá em trabalho de parto, cê tem que tá tipo com uma pulseirinha laranja né? Aí eu não tive isso não, eles colocaram amarela e eu lá sentindo dor. **Demora** atender a gente, esses trem, mas tirando isso, eles tipo... quando me atenderam fizeram o que tinha que ter feito né? (E1)

Teve uma residente que foi muuuuito sem educação[...] Eu acho que ela poderia ter explicado pra gente melhor os procedimentos. (E5)

O atendimento não deixa nada a desejar, **todos nos receberam muito bem**. Depois que meu bebê nasceu, fomos direcionados a enfermaria, por estar bem cheio, ficamos em uma maca que estava bem na porta, atrapalhando até a passagem das pessoas. Porém poucas horas depois fomos transferidos para uma enfermaria mais vazia, onde

nos acomodamos tranquilamente. Nada a reclamar do atendimento desde a entrada até a saída. (E8)

Eu até citei a questão das médicas aqui, não que tenha sido ruim, só que elas foram diferentes. Meu marido até brincou né, médicas, não sei se elas acham superiores a enfermeiras é... porque as duas que me receberam foram bem mais secas, e também a que pôs o DIU diferente das enfermeiras também foi um pouco mais seca. Não é criticando não, porque eu não tenho o que reclamar nada. (E8)

É assim, a única coisa que poderia ter sido diferente mesmo é só a questão da amamentação, porque como eu sou mãe de primeira viagem, eu não tive orientação tão boa assim, sabe? (E10)

Não é puxação de saco, não é nada, nada mesmo, mas eu acho que nada poderia ter sido diferente. **Tudo aconteceu da melhor forma possível, desde a hora que eu cheguei, até a hora que eu fui embora.** Apesar de que assim, né, eu trabalho na assistência e sei o que poderia ser melhorado e tem muita coisa que a gente sabe que pode ser melhorado. (E11)

Os desafios apontados pelas usuárias foram corroborados pela gestão, que também reconheceu as dificuldades do serviço e tentava encontrar formas de solucioná-las:

[...] a gente foi referência do MS por muito tempo como projeto de maternidade segura, SUS que dá certo, e as pessoas vem pra cá achando que aqui é uma ilha da fantasia, que tudo dá certo. **Aqui não é fácil, é muito pesado.** Lidar com os conflitos internos, com um médico grosseiro, da relação do médico com a enfermeira, isso é muito pesado. Na verdade todo mundo tá muito envolvido no trabalho, o maior patrimônio do Sofia são os trabalhadores. Não é o que nós vamos comprar. Não adianta o serviço oferecer tudo de bom, se não tiver um trabalhador formado para aquilo. (G)

Em relação ao que as mulheres disseram sobre o cuidado, destacaram-se as expressões que resultaram na seguinte nuvem de palavras (Figura 1).

E quando sai a política, o [hospital] passa a dar nomes a coisas que ele já tinha desde a origem dele, que é a questão do cuidado, do respeito, da autonomia da mulher. O [hospital] veio antes do SUS também, então quando veio o SUS, vem essa questão da garantia do direito, que aí vira uma decisão do colegiado diretor. Então, quando começou tinha um CTA que era uma comissão técnico administrativa, mas que era formada por 4 pessoas de diferentes formações e esse grupo foi evoluindo até o colegiado diretor, que **a gente tem hoje o colegiado gestor, são pessoas de diferentes formações compondo a gestão do [hospital]**. O [hospital] tem a linha de políticas institucionais que vai dando o direcionamento, mas ele **tem uma participação muito grande do coletivo nas decisões né, e aí sempre pensando no norte da garantia dos direitos, dos princípios do SUS e que vem muito casando com a política de humanização.** Então eu acho que isso é o diferencial que a gente tem e essa linha que é ser 100% SUS que é uma escolha do colegiado diretor. A gente já teve várias reuniões do colegiado, que a gente chama de planejamento estratégico, é convocado o controle social. O Dr. [membro fundador] fala que nada do que a gente foi criando foi feito no planejamento estratégico, a gente não planejou nada do que foi feito, mas ao mesmo tempo o [hospital] consegue se reinventar nos desafios que são apresentados. (G)

Estratégias implementadas pelo serviço articulam gestão e atenção e refletem no cuidado, o que pôde ser identificado na fala da seguinte usuária:

Estar nesse serviço pra mim foi maravilhoso, eu não esperava que um serviço do SUS, né? **Um serviço totalmente gratuito funcionasse tão perfeito, em tanta harmonia. Eu acho que o [hospital] ele vem pra mostrar que o SUS dá certo e que a gente precisa de acreditar nele. Que quando as coisas funcionam em perfeita harmonia, a gestão é boa, os profissionais estão empenhados, o serviço dá certo.** E o [hospital] tá aí pra mostrar isso né? Estar nesse serviço pra mim foi muito gratificante, eu tenho muito orgulho de falar que eu tive o meu filho no [hospital] e é isso. (E5)

Se o [hospital] fosse um hospital particular eu usaria pra pagar porque vale a pena viu? **E é inacreditável que é um hospital 100% SUS pelo tratamento que a gente tem.** (E8)

A composição multiprofissional, participação do coletivo, foi abordada na fala da gestão.

Mas a gente tem tentado trabalhar **sempre no coletivo** pra ver se aquilo vai valer a pena ou não vai, se é esse caminho que a gente vai ou não, entendeu? [...] **e a gente conseguindo fazer esse alinhamento de composição, multiprofissional, fazendo com que não exista uma hierarquia de saberes né, mas assim, um compartilhamento pensando na necessidade do usuário.** (G.)

Então eu acho que é essa coisa da participação desse coletivo de trabalhadores que tão no dia a dia da assistência, gestores, e não entendendo que há lugar, apesar dos desafios que as pessoas gostam de falar: “ah, você é a caneta e eu sou a enxada”, que um tá lá no plantão e você tá só na decisão, acaba que a gente tem uma relação, acaba que a gente vai construindo, acaba que todo mundo de certa forma já vivenciou vários espaços. (G.)

Mas também foi uma questão apontada na humanização do cuidado por meio das falas das mulheres, como nos trechos a seguir:

O [hospital] é outro mundo, é uma coisa assim, inacreditável. Eu aconselho pra todo mundo. Nossa é demais, vocês são demais! **Desde o porteiro que me recebeu até o porteiro que estava na hora de eu ir embora, todo mundo, o pessoal da limpeza que eu encontrei nos corredores, os médicos que passaram pelo quarto, enfermeira, todas as enfermeiras, fonoaudióloga, pediatra, tudo, tudo, tudo, todo mundo, muito carinho, eu não tenho o que reclamar**, muito pelo contrário, só elogiar o Sofia. E o [hospital] **me fez ser uma mãe melhor**, porque eu aprendi em tão pouco tempo a cuidar da minha filha, coisa que eu não tinha nem noção, porque eu não me preparei pra isso, não fiz curso de amamentação, não fiz nada. (E8)

O [hospital] é a melhor maternidade do mundo. Eu **fui tão bem tratada nesse lugar que fica até difícil falar o que foi mais humanizado. As enfermeiras, os médicos, as faxineiras, as cozinheiras, todos são maravilhosos. Me senti especial numa hora tão difícil e alegre ao mesmo tempo, em volta de tanto carinho e dedicação de todos**. Principalmente da enfermeira obstetra e enfermeiras são maravilhosas!” (E9)

Gratidão por essa maternidade. Tudo, desde o moço, nem sei o nome do moço que me pegou, que trouxe a cadeira de rodas pra mim, que eu confesso que não foi legal essa cadeira de rodas, mas, assim foi pra uma boa causa. Mas foi assim, tudo com respeito sabe? As meninas do pré parto, as outras meninas que foram tirar meu sangue, todo mundo, todo mundo foi muito maravilhoso. Eu não tenho o que agradecer, sabe? Não sei como agradecer por tudo. **Desde os lanches, o almoço, das pessoas que iam lá examinar a gente, cada uma**. (E10)

Notou-se a dificuldade que a gestão desse serviço encontrava na inclusão do trabalhador no processo de gestão. As falas mostraram os desafios apontados pela gestão:

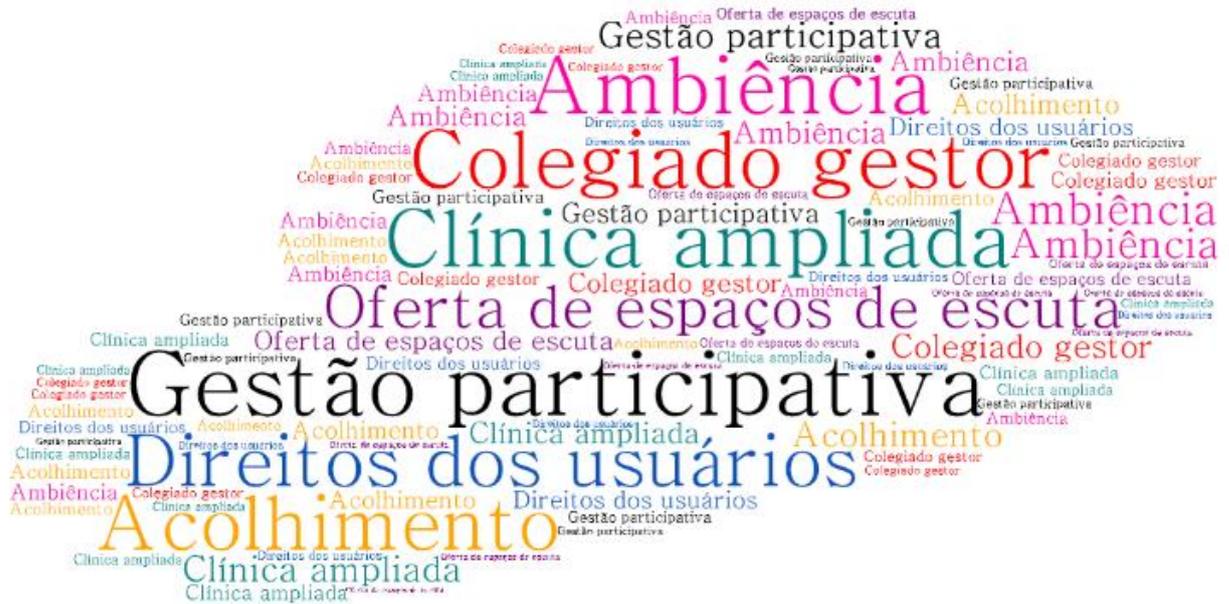
Eu vejo que, eu sinto que há uma questão, **há um desafio, porque na verdade o trabalhador, ainda mais o trabalhador médico, ele não tem interesse de estar nesse espaço de gestão, então ele tem uma dificuldade nesse processo de gestão**.

Eu vejo o processo de, as políticas, as diretrizes no dia a dia do hospital como se fosse tudo misturado, formação, gestão e trabalho, né? Porque o que você faz no seu plantão? Você gere o seu plantão o tempo todo, você gera o seu trabalho, você gere o seu acolhimento, o que é prioridade, você sabe que tem mulher que tem mais necessidade que a outra, ao mesmo tempo você tá com um aluno, você tem que tomar a decisão se tem que dar uma vaga ou não. Então acaba que, **eu acho que o trabalhador, ele tem o desafio de se ver nesse espaço de gestão compartilhada**, mas eu acho que ao mesmo tempo a gente tenta criar mecanismos pra dar conta disso.

[...], **por isso que o colegiado é tão importante. Que as pessoas tem opinião diferente e que a discussão aconteça. Se todo mundo concordasse, a gente não conseguia avançar tanto. Não adianta o serviço oferecer tudo de bom, se não tiver um trabalhador formado para aquilo. Se o trabalhador não condizer com o serviço**. Eu acho que o **desafio** hoje é sempre estar contando a história, porque a história é que fez a **fundação dos nossos pilares que graças a deus elas andam junto com o SUS e com a PNH entendeu?** (G.)

As estratégias de cuidado implementadas pelo serviço sob a perspectiva da representante da gestão, resultaram na seguinte nuvem de palavras (Figura 2):

Figura 2 – Estratégias de cuidado implementadas sob a perspectiva da representante da gestão.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados da pesquisa.

Após análise das entrevistas e das duas nuvens de palavras apresentadas anteriormente, foi possível construir uma terceira nuvem onde se cruzam os principais termos destacados nas falas das mulheres e da gestão (Figura 3):

Figura 3 - Principais termos destacados nas falas das mulheres participantes e da gestão.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar a humanização do parto e nascimento sob a percepção das mulheres em uma maternidade referência para a humanização do parto e nascimento e compreender as estratégias de cuidado implementadas por essa maternidade, sob a percepção das mulheres e gestão do serviço. Em relação às puérperas, pode-se destacar a satisfação pelo cuidado recebido, demarcado pelas experiências de parto. Quanto à gestão do serviço, identificou-se as estratégias implementadas na assistência para a humanização do cuidado, por meio de práticas baseadas em evidências, estruturação física do serviço e bases construídas e atravessadas pelas políticas públicas de saúde.

Os resultados permitiram também demarcar lacunas existentes na assistência e desafios enfrentados pelo serviço, principalmente no que diz respeito à inclusão do trabalhador no processo de gestão.

Os dados analisados trazem muito das experiências vivenciadas, das percepções sobre o cuidado e o acolhimento durante a internação, sobre os direitos da mulher durante o parto e nascimento e permitem uma reflexão acerca da assistência que vem sendo oferecida a essas mulheres.

À luz da PNH, das falas das mulheres emergiram cinco das sete diretrizes apresentadas: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, gestão participativa e cogestão e direitos dos usuários. Nos discursos das mulheres, as diretrizes que mais se destacaram foram o acolhimento e direitos das usuárias. Já na gestão, é possível observar apontamentos relevantes sobre a gestão participativa e cogestão, além da clínica ampliada.

Benevides e Passos (2005) apontam a humanização como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que quando ocorre a mobilização dos atores engajados nas práticas locais, estes são capazes de transformar coletivamente a si mesmo e as realidades. Torna-se necessário então investir na produção de formas variadas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, por meio do acolhimento, de como fazer, e incentivando seu protagonismo.

Quando estamos implicados na construção de políticas públicas de saúde, impõe-se o desafio da alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde, para resultar em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais, na qualidade de vida dos usuários e na gestão das práticas dos serviços de saúde. A humanização se faz presente na maioria dos programas e políticas públicas, e podemos observar que ela reflete diretamente na atenção-satisfação do usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Como diretriz da PNH, o acolhimento é considerado um dos recursos importantes para a humanização da assistência. Segundo o MS, ele não tem local, hora, nem profissional específico para fazê-lo. É uma responsabilidade que cabe a todos os atores do serviço é um compromisso de resposta às necessidades dos usuários que procuram o serviço de saúde. Ele implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e doença e na ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2004, 2006).

As mulheres entrevistadas trouxeram o acolhimento recebido no serviço como uma experiência positiva. Referiram ter sido muito bem recepcionadas e acolhidas pela equipe, e enfatizaram a paciência dos profissionais como ponto importante naquele momento. As falas da gestão complementaram essa opinião, ao dizer sobre a importância da construção diária desse processo, sempre visando atender às necessidades dos usuários.

Estudos constataram, de forma predominante, no que se refere ao acolhimento pelos profissionais nos serviços de saúde, 80% de satisfação das mulheres em relação ao cuidado prestado pelos profissionais, à postura, esclarecimento de dúvidas, acolhimento, empatia e sensibilidade. Ficou claro que o tratamento respeitoso, a garantia e valorização dos direitos das mulheres é algo buscado por todas, sendo considerado um aspecto importante e essencial para a humanização. Apontado como medida de alívio do desconforto do processo parturitivo, o acolhimento é de suma importância para a qualidade da assistência prestada à mulher não só no período gestacional, mas em toda a sua vida. Portanto os profissionais que prestam assistência a essas mulheres precisam ser sensibilizados para a participação nesse processo (DULFE *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2015).

Nos relatos das mulheres entrevistadas, foi possível observar como o vínculo formado com a equipe, concretizado por meio da confiança adquirida e a promoção do encorajamento e empoderamento foram importantes para que a mulher se sentisse segura durante o processo. Elas trazem o conceito de empoderamento através da prática concreta ao dizerem da oportunidade de liberdade de escolhas, autonomia e protagonismo no cenário do parto.

É muito importante que os profissionais envolvidos na assistência desenvolvam ações durante o trabalho de parto que promovam a autonomia da mulher no processo de tomada de decisão, além de encorajar e auxiliar o contato precoce com seus bebês e reforçar a importância do papel do acompanhante (VELHO *et al.*, 2012).

No que se refere à escuta ativa dos profissionais frente às dúvidas e anseios, os estudos apresentaram predominância na satisfação das mulheres em relação à empatia e sensibilidade dos profissionais, além da disposição para criação de vínculos. O estabelecimento do vínculo

terapêutico faz com que seja possível identificar as necessidades individuais de cada parturiente. Observou-se que a interação entre usuário-paciente configura-se uma relação de cuidado, na qual o diálogo não é somente uma forma isolada de informação, mas um ato de cuidar. Por meio dele é possível reduzir o nível de estresse durante o processo parturitivo (DULFE *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2015).

Assim como Benevides e Passos (2005) trouxeram em seu estudo a humanização como conceito-sintoma e conceito-experiência, os resultados do presente estudo trazem a humanização como tradução de experiências concretas a partir dos relatos das participantes.

O cuidado humanizado é visto por elas por meio do tratamento recebido pelos profissionais, do apoio atrelado ao respeito e garantia de direitos, orientações, esclarecimento de dúvidas, possibilidade de escolhas e promoção da autonomia perante as situações vivenciadas durante o trabalho de parto. Observou-se nos relatos, que a humanização não se encontra ancorada somente nas políticas, mas também é baseada na experiência do cuidado que as coloquem no lugar do “ser cuidado.”

A garantia de direitos foi uma das diretrizes bastante ressaltadas nas falas das participantes. Ao analisar esses dados, que foram coletados durante a pandemia da COVID-19, observou-se que as mulheres não pontuaram nenhuma diferença na assistência devido à pandemia, mesmo com algumas restrições impostas pelos protocolos institucionais, como por exemplo, visitas pós parto e trocas de acompanhante (HSF, 2020).

O direito ao acompanhante desde o início do trabalho de parto, parto e até o pós parto é assegurado pela Lei Federal 11.108/2005. Porém diante da pandemia, a maioria das maternidades vem realizando algumas restrições em relação ao número de acompanhantes, visando a redução de riscos e disseminação da infecção (QUINTANA, 2020). Com a redução do número de acompanhantes, os serviços de doulas e enfermeiras obstétricas particulares foram suspensos, assim como as visitas às maternidades (OSANAN *et al.*, 2020). Em outros países também afetados pela pandemia, como os EUA, as maternidades buscaram proibir a presença de acompanhantes durante o parto (KING; SHAH, 2020).

A declaração publicada pela *International Confederation of the Midwives* (ICM) em 2020, intitulada “Os direitos das mulheres no parto devem ser mantidos durante a pandemia”, aponta que no contexto da pandemia, as mulheres podem encontrar mais dificuldades no que diz respeito às suas escolhas e ao acolhimento nos serviços de saúde. Além disso, a garantia da presença do acompanhante, o respeito à autonomia das mulheres e intervenções desnecessárias são pontos que devem ser tomados como alerta durante a assistência (SOUZA *et al.*, 2020).

Dias e Domingues (2005) apontam em seu estudo que o conceito de humanização da assistência inclui vários aspectos, seja relacionado à mudança para um modelo hospitalar voltado às necessidades das mulheres, seja na mudança da estrutura física do serviço, transformando-o num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de novas práticas de humanização da assistência. Essa humanização também implica a atuação do profissional ante a fisiologia do parto, oferecendo suporte emocional necessário às mulheres, respeitando sua autonomia, reconhecendo aspectos sociais, favorecendo o vínculo mãe-bebê e a presença do acompanhante, além da informação sobre todos os procedimentos e garantia de direitos.

Os resultados deste estudo mostram a relação que as mulheres fazem entre a humanização e o plano de parto e a sua importância, a partir do momento em que a equipe respeita os desejos da mulher, fortalecendo mais uma vez o seu protagonismo no cenário do parto. O plano de parto é uma estratégia documentada utilizada pelas mulheres para manifestarem seus desejos pessoais durante o processo de parto e nascimento, é um eixo de relação estabelecido entre gestante e profissional (SUARÉZ-CORTÉS *et al*, 2015).

Em um estudo realizado no ano de 2019, cujo objetivo era analisar a percepção das mulheres que realizaram o plano de parto sobre a experiência de parto, os significados do plano de parto, seus elementos constituintes e a relação do plano de parto com o trabalho de parto e parto, observou-se a relação direta entre cumprimento do plano de parto e experiência positiva. Sua construção conjunta entre profissional e gestante durante o pré natal, contribuíram para um desenvolvimento favorável do trabalho de parto (SANTOS *et al*, 2021).

O grau de informação durante a assistência tem sido um fator de relevância para as mulheres que sentem estar no controle da situação. Para elas, receber informação suficiente é sinônimo de humanização e representa o cuidado na atenção (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Pautado nas políticas públicas, observou-se a oferta de espaços de escuta qualificada aos usuários do serviço, por meio de ouvidoria, redes sociais, reuniões de puérperas e de acompanhantes. O serviço se mostrou aberto às opiniões e mudanças, visto que a importância de atender às necessidades das mulheres como forma de construção de cidadania foi um fator marcante nos discursos do representante gestor, que também apontou as necessidades de se criar mecanismos que façam com que essas políticas se movimentem dentro do serviço.

As diretrizes da PNH (2003) afirmam que, por meio da oferta de uma escuta qualificada dos trabalhadores ante as necessidades do usuário, é possível ampliar a efetividade das práticas em saúde, garantindo um acesso oportuno às tecnologias adequadas, assegurando um atendimento de qualidade, de acordo com prioridades, riscos e vulnerabilidade. A escuta

qualificada possibilita o encontro com a subjetividade do indivíduo e se desenha como uma importante ferramenta para que as diretrizes possam nortear a gestão do cuidado.

A qualificação do diálogo possibilita um atendimento ao usuário de forma integral, estabelecendo vínculo terapêutico, fazendo com que a diversidade e singularidade prevaleçam, reforçando o protagonismo do sujeito dentro do serviço (SANTOS, 2019).

A VO foi outro ponto abordado por uma das entrevistadas, que comparou a experiência de parto atual com a anterior. A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada com 23.940 puérperas, identificou um excesso de intervenções desnecessárias durante o processo de parto e nascimento que expuseram mulheres e crianças a iatrogenias. Mais de 50% das mulheres foram submetidas a episiotomia, 37% a manobras de Kristeller que é um procedimento que pode trazer graves consequências para a mulher e seu bebê. Dessas mulheres entrevistadas, 90% ficaram em posição litotômica durante o parto, quando o recomendado é estimular a verticalização, e 40% delas receberam a infusão de ocitocina e ruptura artificial das membranas para acelerar o trabalho de parto (LEAL; GAMA, 2014).

Foi possível observar diversas práticas de VO nos relatos, como por exemplo: manobra de Kristeller, episiotomia, exames de toque consecutivos, que tornaram o processo traumático e que deixou marcas na memória. Rodrigues e colaboradores (2015) apontam em seu estudo que essas práticas institucionais constituem uma violência de ordem sexual e devem ser abolidas.

Em contrapartida, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento ofertadas pelo serviço foram apontadas pelas mulheres como essenciais para a evolução nesse processo, tais como o uso de banheiras, bola e chuveiro como métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de escolha da posição para parir, presença do acompanhante e oferta de analgesia. Segundo Dulfé e colaboradores (2017), o acompanhamento do trabalho de parto deve ser estimulado pelos serviços como promoção de apoio à parturiente. O uso de técnicas e métodos não farmacológicos para alívio da dor são valiosos pois possibilitam um alívio do estresse psicológico do processo além do alívio da dor física.

Outro ponto observado nos dados foi a capacidade do serviço de estruturação para ampliar suas potências de atendimento e ambiência. As falas mostram que mesmo com os desafios diários de adequação às diretrizes e dispositivos da PNH, sabe-se que as estratégias se fortaleceram após a criação das políticas, visto que várias já eram implementadas antes das políticas entrarem em vigor.

O processo de ambiência foi visto no serviço como formas de adequação da gestão para fornecer melhores condições para as usuárias, sempre com a preocupação de atender à mulher

na sua necessidade. Diante disso, houve a necessidade de construção de uma nova unidade para acolher as demandas das mulheres. Percebeu-se nos relatos das usuárias que a ambiência tem uma forte ligação com o acolhimento, a partir do momento que uma delas relatou que o serviço não precisa de paredes bonitas (estrutura física), mas sim de amor e de uma assistência de qualidade.

A PNH (2003) conceitua a ambiência como um ambiente físico e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para uma atenção acolhedora. Mas também mostra que ela é marcada tanto pelas tecnologias médicas quanto por componentes sensíveis ou estéticos. A ambiência vai muito além de um ambiente físico, é também um componente afetivo expresso na forma de acolhimento e da atenção dispensada ao usuário e da interação entre trabalhador e gestor.

Um estudo mostrou que os atributos definidores do conceito de ambiência caracterizam também a assistência centrada na parturiente, tornando-a protagonista do processo assistencial, com a liberdade de escolha de seu acompanhante, posição durante o parto, dieta livre, e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (DIAS *et al.*, 2019).

Cultura, crenças e opiniões familiares são características que podem interferir na trajetória de escolha do tipo de parto e local de nascimento. A família é um ponto de apoio e traz segurança nesse momento, mas também pode trazer tensão ao processo. Notou-se, nos resultados, que cada vez mais as mulheres buscam estratégias para ajudar a escolha da maternidade. Essa trajetória foi marcada pelos estudos, discussões em redes sociais, indicações de mulheres que já vivenciaram a gestação e foram assistidas pelo serviço referido.

Escutar experiências positivas de outras mulheres e ter referências em relação ao local de nascimento promove mais segurança e tranquilidade durante as escolhas e fortalecem as decisões já tomadas.

A família é sinônimo de fortaleza, proteção e confiança para o indivíduo e pode ser determinante nas escolhas das mulheres. Seu apoio e aprovação é fundamental para a afirmação de convicções. O parto se torna um evento familiar e a opinião desse grupo, que na maioria das vezes traz consigo experiências anteriores, será importante na determinação das escolhas. Mas quando as decisões das mulheres são contrárias à opinião familiar, observa-se um desconforto por parte delas, já que romper com a cultura familiar não é um processo fácil e demanda discurso de argumentação em defesa daquilo que acreditam ser o melhor, após buscarem informações de qualidade sobre o caminho que desejam seguir. A família é o setor que mais vai influenciar essas mulheres no ciclo gravídico puerperal, e ao mesmo tempo será suporte na continuidade do cuidado (VIANA, 2016).

Os resultados mostraram que as mulheres estão investindo cada vez mais na busca por informações no período da gestação, seja por meio das redes sociais, grupos de gestantes, profissionais, encontros de casais grávidos, exposições, dentre outros.

No ano de 2015, foi estruturada entre a UFMG e a Prefeitura de Belo Horizonte, a exposição Sentidos do Nascer. Trazendo dimensões sociopolíticas e econômicas, essa exposição propiciou aos visitantes uma vivência imersiva, sensibilizando-os para uma necessidade de mudança de modelo e problematizando representações sociais sobre o parto e nascimento. Um estudo realizado sobre essa exposição mostrou que o conhecimento sobre as práticas baseadas em evidências científicas aumentou, contribuiu para melhorar o conhecimento das gestantes e a mudar suas percepções e preferências sobre o parto normal a partir de avaliações com diferentes abordagens. Além disso, muitas mães ressignificaram suas experiências e perceberam que sofreram desrespeito, VO ou foram mal assistidas durante a gestação e parto (LANSKY, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Mecanismos como organizações não governamentais (ONGs) movimentos de mulheres e rodas de conversas também têm sido vistos como formas de disseminar informações e compartilhar experiências. O empoderamento dessas mulheres permite que elas fortaleçam umas às outras para fazerem as próprias escolhas. A internet é o meio mais comum de comunicação entre elas. Foi possível observar no relato de umas das entrevistadas que o compartilhamento de informações e a troca de experiências com outras gestantes influenciou na escolha em parir no hospital citado neste estudo.

No cenário atual, observa-se cada vez mais a potência que as redes sociais alcançaram. Como estratégia de captação dessas mulheres, esse serviço buscou formas de atender à distância às demandas trazidas por elas, como medida de prevenção contra a pandemia da COVID-19.

Os resultados também trouxeram avanços e desafios encontrados no serviço. As mulheres apontaram como lacunas a demora do atendimento na triagem, a falta de empatia por parte de alguns profissionais e a falta de orientação sobre a amamentação.

A literatura mostrou que a demora do atendimento, indisponibilidade de vagas de internação e o seguimento rígido das normas institucionais foram causas de avaliação negativa por parte dos usuários. Mulheres que passaram por esses problemas demonstraram insatisfação quanto ao atendimento recebido e sentimentos de mágoa, trauma e medo em relação ao parto normal (DULFE *et al.*, 2017).

Reconheceu-se que não existe serviço perfeito e isso foi apontado por ambas as partes ao falarem sobre os avanços e desafios encontrados na implementação de estratégias para humanização do cuidado. Por ser considerado um hospital referência em humanização, muitas

peças chegam ao serviço com expectativas de que ele seja perfeito. Observou-se nos resultados as dificuldades encontradas pela gestão ao lidar com conflitos internos entre os trabalhadores e na inclusão dos mesmos na organização do serviço.

A cogestão é outra diretriz que integra a Política Nacional de Humanização. Trata-se de um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva. Ela inclui novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão, ampliando os espaços de discussão, viabilizando o exercício do diálogo e pactuação de diferenças. Nesses espaços é possível construir conhecimentos compartilhados de acordo com as subjetividades e particularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004).

Os resultados nos mostraram que dentro das estratégias de humanização implementadas pelo serviço, podemos encontrar a formação do colegiado gestor. O hospital que nasceu antes da criação do SUS foi construído pela comunidade e um de seus fundadores firmou o compromisso de que a comunidade nunca saísse dele, e isso é visto pela gestão como um diferencial na humanização. A criação da PNH surgiu para nomear estratégias de cuidado que já eram implementadas pelo serviço. Ela veio para dar concretude aos conceitos. A criação do colegiado gestor trouxe uma forma de inclusão de diferentes sujeitos no serviço, com a finalidade de adequá-lo cada vez mais às necessidades dos usuários.

De acordo com a PNH (2003), o colegiado gestor é composto por todos os membros da equipe ou representantes que elaboram o projeto de ação da instituição e atuam no processo de trabalho acolhendo os usuários, elaborando propostas, criando e avaliando os indicadores.

O serviço se reinventa frente aos desafios articulando a atenção à gestão, quando abre as portas para a comunidade com as reuniões do colegiado, trazendo o controle social para a realização do planejamento estratégico. O alinhamento do trabalho com o coletivo, por meio do compartilhamento de saberes de uma composição multiprofissional reflete numa assistência de qualidade, mais uma vez voltada para as necessidades da população atendida.

A gestão aponta a inclusão do trabalhador como um dos desafios encontrados, quando fala que o trabalhador, principalmente médico, não tem interesse em estar no processo de gestão. O discurso é de que esse profissional divide o seu processo de trabalho somente em assistência, porém se bem observado, esse processo engloba todas as áreas: formação, gestão e serviço. O trabalhador gerencia seu trabalho o tempo todo, classifica as prioridades, gere seu acolhimento e atua na formação no momento em que capacita/ensina o seu residente. Ele tem o desafio de se enxergar no espaço de gestão compartilhada, e o serviço tenta criar mecanismos para que isso aconteça, incentivando a participação do trabalhador nas reuniões do colegiado.

Incluir trabalhadores no processo de tomada de decisão é um desafio. A inclusão de sujeitos produz estranhamento e permite a produção de mudanças. Incluir é tomar a perturbação da inclusão como matéria-prima para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas mais aproximadas da realidade dos sujeitos que se singularizam nessa relação, ampliando o grau de contato e de troca interpessoal (PASCHE, 2009).

A partir das nuvens de palavras construídas, principalmente onde se encontram as principais percepções das mulheres e a gestão, é possível observar, à luz da PNH, onde se aproximam e se distanciam o que ambos os lados pensam. A perspectiva da gestão aponta para um serviço mais inclusivo, participativo, enquanto a percepção das mulheres aponta para o cuidado, acolhimento e garantia de direitos, tornando-se visível a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A humanização enquanto política de saúde, se constrói tendo como direcionamento essa indissociabilidade entre gerir e cuidar. Não existem formas de modificar a assistência sem alterar a organização dos processos de trabalho e atores envolvidos (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Encontrou-se como limitação do estudo a não-realização das entrevistas com os profissionais do serviço, visto que a PNH tem como método a trílice inclusão de diferentes sujeitos: gestores, usuários e trabalhadores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que as estratégias de cuidado implementadas pelo serviço para a humanização do parto e nascimento tem relação direta com a satisfação das mulheres no processo parturitivo e agregam qualidade a esse processo. Essas estratégias, muitas já implementadas no serviço, se fortaleceram com a criação de políticas públicas como a PNH e Rede Cegonha.

Acolhimento, respeito, paciência, apoio e garantia de direitos foram algumas das palavras utilizadas pelas mulheres para descrever o cuidado que receberam durante o processo de internação nesse serviço. Após análise dos discursos, observou-se a satisfação das pacientes em relação à assistência recebida. Lacunas também foram apontadas principalmente em relação à demora no pronto atendimento.

As falas da gestão mostram que o serviço, 100% SUS, referência em humanização do parto e nascimento, se esforça desde a sua criação, para implementar as estratégias propostas pelas políticas públicas de saúde materno infantil, atentando-se sempre às necessidades apresentadas pelas usuárias, com a proposta de uma gestão participativa. Desafios foram encontrados pelo serviço no que diz respeito à inclusão dos seus trabalhadores no processo de gestão. A indissociabilidade entre atenção e gestão pode ser observada nos discursos das participantes.

Ouvir os relatos das mulheres e compreender como elas vivenciam o cuidado implementado é um caminho que pode ajudar outros profissionais, gestores a seguirem o caminho da humanização, que está muito além de práticas baseadas em evidências.

Reconhecendo que a PNH aborda a tríplice inclusão, sugere-se a realização de um novo estudo que inclua os trabalhadores, dando continuidade a essa pesquisa, que abriu espaço para as mulheres e gestão do serviço.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011. doi: 10.1590/S1414-32832010005000035. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 mar. 2021.
- ALVARES, A. S. *et al.* Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2620-2627, 2018. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0290. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001202620&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=Os%20resultados%20indicam%20que%20a,%C3%B3timo%20para%2076%25%20das%20mulheres. Acesso em: 26 mar. 2021.
- AMARAL, R. da C. S. *et al.* A enfermagem obstétrica e sua interface com o modelo obstétrico brasileiro. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, v. 87, n. 25, 2019. Doi: DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.224>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/224>. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.
- BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S208-S219, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176913>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300025&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Bethesda: USAID-TRAction Project, 2010. Disponível em: https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. 48 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Nota Técnica nº 6 - Atenção às gestantes no contexto da infecção SARS-CoV-2**. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014128689-Nota-Te%CC%81cnica-gestantes.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. *In*: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 11-5.

CASTRILLO, B. Tell me by whom is defined and I'll tell if it is violent: a reflection on obstetric violence. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 43-68, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872016000300043&script=sci_abstract. Acesso em: 26 mar. 2021.

CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo. **Caderno e saúde coletiva**, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000>. Acesso em: 26 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **People who are at higher risk for severe illness**. Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 1, p. 7-13, 2004. doi: 10.1590/S1413-81232004000100002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002. Acesso em: 26 mar. 2021.

DIAS, M. A. B. *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S169-S181, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00154213>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2021.

DIAS, P. F. *et al.* Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 348-359, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0698>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900348&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2021.

DULFE, P. A. M. *et al.* A assistência obstétrica ao parto e nascimento na percepção das mulheres. **Revista de enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 11, supl. 12, p. 5402-5416, 2017. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22795p5402-5416-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22795/25555>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Humanização**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 26 mar. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003. Acesso em: 26 mar. 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Notas FPA Política Social 387**. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2017/01/26/notas-fpa-politica-social-387/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

FUSCH, P. I.; NESS, L. R. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. **Qualitative Report**, v. 20, n. 9, p. 1408-1416, 2015.

HAJE, L.; SEABRA, R. Debatedoras cobram uso do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/>. 2019. Acesso em: 01 jun. 2021.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN (HSF). **Quem somos**. 2020. Disponível em: <https://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/quem-somos>. Acesso em: 26 mar. 2021.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3069, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100613&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 mar. 2021.

KING, L. P.; SHAH, N. The Ethical Argument Against Allowing Birth Partners in All New York Hospitals. Disponível em: <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2020/04/08/new-york-coronavirus-birth-partners/>. 2020. Acesso em: 22 Abr, 2021.

KOPERECK, C. S. *et al.* A violência obstétrica no contexto multinacional. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 7, p. 2050-60, 2018. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231399p2050-2060-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231399/29506>. Acesso em: 28 mar. 2021.

LANSKY, S.; LEÃO, M. R. C. **Seminário BH pelo Parto Normal**. 2010. Disponível em: http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811. Acesso em: 20 jan. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 28 jan. 2021.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Nascer no Brasil** – inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. 6. ed. Petrópolis, Vozes, 2002.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, O. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 262-6, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56644>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0262.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2021.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MATOS, G. C. *et al.* A Trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7(esp), p.870-888, 2013. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i3a11552p870-878-2013>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 11. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2015

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 25, p. 197- 219, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>. Acesso em: 04 jun. 2019.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.8, p.1859-1868, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2021.

OLIVEIRA, B. F. *et al.* Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 24, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190395>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100220. Acesso em: 20 mar. 2021.

OSANAN, G.C. *et al.* Coronavírus na gravidez: considerações e recomendações SOGIMIG. 2020. Disponível em: <https://www.sogimig.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Sogimig-Orienta%C3%A7%C3%B5es-sobre-Covid-19-1.pdf>. Acesso em: 12. Fev. 2021.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039- 61, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1039.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 4, supl. 2, S33-41, 2009.

PICKLES, C. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. **South Africa Crime Quarterly**, n. 54, p. 5-16, 2015. doi: <https://doi.org/10.4314/sacq.v54i1.1>. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10520/EJC182566>. Acesso em: 21 jan. 2021.

QUINTANA, S.M. Recomendações SOGESP para gestantes em tempos de COVID-19. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/recomendacoes-sogesp-para-gestantes-em-tempos-de-covid-19/>. 2020. Acesso em 12. Fev. 2021.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO (REHUNA). **Movimento pela humanização do parto**. Carta de Campinas; 1993.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 521-30. 2015. doi: 10.5902/2179769214471.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, F. A. A. *et al.* Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 6, p. 782-9. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000600003. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1999/pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

RODRIGUES, F. A. C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ROZA, M. M. R. *et al.* A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, Supl 1, p. 1041-52, 2014. Doi: 10.1590/1807-57622013.0199.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009. doi: 10.1590/S1414-32832009000500012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 170-9, 2019. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>. Disponível em:

SANTOS, F.S.R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 6 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X0014371>. Acesso em: 27 mai. 2021.

SILVA, R.M. *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026. Acesso em: 30 mai. 2021.

SILVA, B.H.R.; MAFRA, C.R. **Avaliação da enfermagem obstétrica sobre o papel da doula durante o pré-parto e parto**. 2020. 16f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem)- Centro Universitário de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em:<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14791/1/TCC%20Final%20Bruna%20Hosana.pdf>. Acesso em: 25. Mai. 2021.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, supl. 1, p. 253-256, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100014>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292021000100253&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021.

SOUZA, K. V. *et al.* **Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão - CAEO/PN/APICEON**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019.

SOUZA, K. V. *et al.* Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare enfermagem**, v.25. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148/pdf>. Acesso em: 31 mai 2021.

SOUZA, K. V.; SANTOS FILHO, S. B. **Educação Profissional em Saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2019. 375p.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.23, n. 3, p 520-526, 2015. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CnCH3f9JjpyCsCStbtdrZfS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30. mai. 2021.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 21 jan. 2021.

VALADÃO, C. L.; PEGORARO, R. F. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 91-98, 2020. Doi: 10.22409/1984-0292/v32i1/5739. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922020000100091. Acesso em: 10 mar. 2021.

VANEGAS, D. P. O. *et al.* Humanização dos serviços reprodutivos a partir das vivências de mulheres: contribuições para reflexão. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, e1005, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1005>. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioteca/2020/08/1118344/1005-texto-del-articulo-9322-2-10-20200505.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021

VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 458-66, 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200026>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>

VENEZUELA. República Bolivariana de Venezuela. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Caracas: UNFPA;2007.

VIANA, D. L. **A trajetória de mulheres assistidas em um centro de parto normal e sua relação com as escolhas no parto e no nascimento**. 2016. 89 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-ABNKBA/1/d_bora_lucas_viana_final.pdf. Acesso em: 14 jan. 2021.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017. Acesso em: 21 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 20 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, World Health Organization; 2018. 200 p.

ZANCHETTA, M. S. *et al.* Reflexão metodológica sobre o trabalho de campo de pesquisa internacional multicêntrica Brasil-Canadá. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, e20200390, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0390>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000200503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

**APÊNDICE A- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM
PUÉRPERAS**

Nome:

Data da entrevista:

Idade:

Situação conjugal:

Cor auto referida:

Escolaridade:

Cidade de residência:

Paridade:

Questões norteadoras:

- 1- Conte-me sobre a sua experiência de parto.
- 2- Como é para você estar nesse serviço?
- 3- Como foi a sua assistência aqui nesse hospital?
- 4- O que pra você poderia ter sido diferente no serviço?
- 5- O hospital Sofia Feldman é considerado referência em humanização do parto e nascimento. O que você acha que foi mais humanizado durante a sua assistência?

APÊNDICE B- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM GESTORES

Nome:

Data da entrevista:

Idade:

Questões norteadoras:

1. Como o serviço se reinventa para oferecer o que está na PNH? O que é mais difícil para sustentar a PNH aqui?
2. Quais são as estratégias de cuidado implementadas no serviço? Quais são os desafios encontrados?
3. Como ocorre a inclusão do trabalhador no processo de tomada de decisão? Quais são as estratégias utilizadas pelo serviço para incluir trabalhadores e usuários nesse processo?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes de grupo focal e entrevista



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Abordagem da violência obstétrica no Brasil: perspectivas multisetoriais, empoderamento e cuidado no contexto da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Brasil”, coordenada pelas Pesquisadoras Margareth Zanchetta (Universidade Ryerson, Toronto, Canadá) e Kleyde Ventura de Souza (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). A pesquisa de campo está sendo desenvolvida por _____ (nome do estudante), estudante de graduação em _____ (nome da escola), na Universidade Ryerson, Toronto/Canadá, acompanhado diretamente pelo(a) pesquisador(a) Dr(a). _____, professor(a) da Universidade _____ (nome da universidade), _____ (cidade)/Brasil, e indiretamente pelo(a) Dr(a). _____, professor(a) da escola _____ (nome da escola), Toronto/Canadá.

Nesta pesquisa pretendemos:

1. Examinar as estratégias que as instituições de saúde vêm desenvolvendo para informar as mulheres e os parceiros delas sobre o parto humanizado, como recomendado pelo Ministério da Saúde;
2. Avaliar o impacto social da participação das mulheres em grupos de gestantes para aumentar o entendimento e o conhecimento sobre seus direitos e o que fazer para denunciar casos de violência que porventura venham sofrer durante o período que está grávida (denominado de violência obstétrica);
3. Documentar as demandas das mulheres (durante a gestação, parto e puerpério), seus parceiros, bem como dos profissionais dos serviços de saúde e social para ajudar os serviços comunitários disponíveis a melhorar a qualidade do atendimento e de apoio às mulheres vítimas de violência obstétrica;
4. Discutir as potenciais mudanças na prática com base nas recomendações das mulheres no pós-parto e seus parceiros masculinos ou femininos ou seus acompanhantes, que observaram a violência obstétrica durante o parto;
5. Esclarecer as propostas apresentadas pelos profissionais de saúde para minimizar as barreiras à aplicação das recomendações para o parto humanizado;
6. Avaliar a eficácia e a viabilidade das sugestões para o acompanhamento regular e sistematizado (monitoramento) de mulheres que sofreram violência obstétrica em relação aos riscos à segurança física do(s) recém-nascido(s).

Para participar desta pesquisa, você deverá assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso sejam identificados

e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele/ela tem assegurado o direito de receber os cuidados necessários e outras formas de compensação, incluindo financeira por danos, assegurados por um Seguro oferecido pela Universidade Ryerson aos serviços de saúde que colaboram com esta pesquisa.

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, sem nenhuma consequência para si mesmo. Você poderá retirar o consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento, sendo o Termo de Consentimento assinado destruído fisicamente, testemunhado por todos. Neste caso, os arquivos de áudio também serão apagados e todos os formulários com as informações registradas serão destruídos.

Você pode participar desta pesquisa, se você for:

- a) Pessoa do sexo feminino ou masculino com idade igual ou superior a 18 anos,
- b) Gestante com idade igual ou superior a 18 anos,
- c) Mãe com idade igual ou superior a 18 anos que teve um bebê nos últimos 12 meses,
- d) Mulher legalmente autorizada a fornecer consentimento informado verbal ou assinado, ou ter sua participação autorizada por pessoa legalmente responsável,
- e) For ou tenha sido parceiro(a)/acompanhante de uma mulher com quem compartilha/compartilhou experiências e situações relacionadas à violência obstétrica,
- f) Profissional de saúde e serviço social que presta cuidados no contexto da atenção primária, secundária e terciária (pré-natal, parto normal, parto cesáreo, pós-parto, puerpério) à gestantes e puérperas,
- g) Pessoa (do sexo feminino ou masculino) que não se identifique como de origem indígena,

Você **não** pode participar deste estudo, se você for:

- a) Pessoa do sexo masculino ou feminino com idade igual ou inferior a 17 anos,
- b) Gestante com mais de 14 anos cuja gravidez tenha sido em consequência de estupro ou qualquer outra forma de violência sexual,
- c) Mãe que teve um bebê há mais de 13 meses,
- d) Gestante com menos de 17 anos,
- e) Profissional de saúde e serviço social que não presta cuidados no contexto da atenção primária, secundária e terciária (pré-natal, parto normal, parto cesáreo, pós-parto, puerpério) à gestantes e puérperas,
- f) Pessoa (do sexo feminino ou masculino) que se auto-identifica como de origem indígena,

Sua participação consiste em integrar grupos de discussão composto somente por mulheres, grupos de discussão de profissionais de saúde e serviço social, ou realizar entrevista individual enquanto acompanhante/parceiro(a) ou profissional. A participação na pesquisa é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelos profissionais ou na relação interprofissional da instituição onde a pesquisa está sendo realizada.

Os pesquisadores protegerão a identificação mínima dos participantes, asseguradas somente nas entrevistas individuais. Os pesquisadores não são responsáveis pelo sigilo das informações compartilhadas em grupos focais, já que não há um controle sobre os comportamentos dos outros participantes do grupo em disseminar tais informações em seus

contextos sociais. O(a) participante não será identificado(a) em nenhuma publicação científica ou atividade acadêmica em que a pesquisa venha a ser apresentada.

Esteja ciente de que esta pesquisa oferece riscos mínimos psicológicos, como um certo nível de ansiedade e desconforto devido à lembrança de fatos passados. Para minimizar tais riscos e suas consequências imediatas, os pesquisadores interromperão a entrevista e somente prosseguirão quando o participante assegurar o desejo e condições de retomar a entrevista. A pesquisa poderá ainda ser suspensa em definitivo, caso seja o seu desejo. Caso o(a) participante seja gestante ou acompanhante/parceiro(a), a fim de obter suporte nesta situação, recomendamos que entrem em contato com a Associação Brasileira de Enfermeiros e Parteiras Obstétricas pelo e-mail faleconosco@abenfo.or.br ou acesse o site <http://abenfo.wixsite.com/meusite>, ou diretamente com os pesquisadores brasileiros responsáveis. Caso o(a) participante seja profissional, recomendamos que entrem em contato com sua Associação profissional para discutir os aspectos relacionados à prática ou entre em contato diretamente com os pesquisadores brasileiros responsáveis. Outro possível risco é de identificação social devido a quebra de confidencialidade ao expor partes de depoimentos que possam ser reconhecidos por pessoas que lhes conheçam. Para minimizar este risco, os pesquisadores explicarão aos demais participantes do grupo focal sobre a necessidade de um compromisso entre todos para não compartilhar as informações discutidas no grupo com outras pessoas não participantes.

Para a preservação da confidencialidade e anonimato, os pesquisadores identificarão as entrevistas e grupos focais pelo nome da cidade de origem do participante e numeração sequencial dos participantes (participante 1, participante 2, participante 3...). Em todos os processos de coleta e análise de dados, e relatório de pesquisa, os pesquisadores somente utilizarão os códigos de identificação pré-definidos. Os pesquisadores e os serviços de saúde onde a pesquisa está sendo implementada assegurarão assistência integral e gratuita em caso de riscos que a pesquisa porventura venha trazer, durante e após sua implementação.

Esteja ciente de que os benefícios da pesquisa não são pessoais e sim indiretos, pois estará contribuindo para que mulheres, famílias e profissionais de saúde e serviço social possam criar novas oportunidades de compartilhamento das experiências bem-sucedidas e das dificuldades relacionadas à implementação da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento. Esteja ciente de que a pesquisa pretende, também, estimular a cultura de colaboração e parceria entre mulheres, famílias e profissionais para responder às necessidades vivenciadas por todos, contribuindo para a melhoria do contexto vivenciado, semeando o empoderamento individual e coletivo.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa, por meio de relatório entregue aos serviços de saúde. Os dados fornecidos nesta pesquisa serão mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores responsáveis por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este termo encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores protegerão a sua identidade com padrões profissionais e éticos de sigilo, nos termos da Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisadoras responsáveis:

- No Brasil: Dra. Kleyde Ventura de Souza (Universidade Federal de Minas Gerais) - Email: kleydeventura@gmail.com; Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-100; Tel: +55 31 3409-8025.

- No Canadá: Dra. Margareth Santos Zanchetta (Escola de Enfermagem Daphne Cockwell, Universidade Ryerson) - Email: mzanchet@ryerson.ca; Endereço: 350 Victoria Street - POD 474A, Toronto, Ontário – Canada - M5B 2K3; Tel: +1 416-979-5000 ext. 4557.

Comitês de Ética em Pesquisa:

- No Brasil: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - E-mail: coep@prpq.ufmg.br; Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901/Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005; Tel: +55 31 3409-4592.

Ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – E-mail: conep@saude.gov.br; Endereço: SRTV 701, SRTVN, edifício PO 700, Asa Norte, Brasília-DF. CEP: 70.723-040; Tel: +55 61 3315-2951.

- No Canadá: Comitê de Ética em Pesquisa da Vice-Presidência em Pesquisa e Inovação da Universidade Ryerson - E-mail: rebchair@ryerson.ca; Endereço: 350 Victoria Street, Toronto, Ontário - Canadá, M5B 2K3; Tel: +1 416-979-5042.

A qualquer momento em que um pesquisador pedir para usar as informações do Registro para pesquisa, ele ou ela necessitará obter a permissão de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Registro para fazê-lo. O CEP é responsável pela proteção dos direitos das pessoas que fazem parte nas pesquisas, como você.

Eu declaro que fui informado(a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações ou modificar a decisão de participar se assim desejar. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa e com a gravação da minha participação no grupo de discussão/entrevista individual. Recebi o termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

_____(cidade), _____(estado), _____(data).

Assinatura do(a) co-pesquisador(a) local

Assinatura do(a) estudante pesquisador

Dr(a). _____(nome)

_____(nome)

A equipe de pesquisa agradece sua participação.

1. Dra. Margareth Santos Zanchetta, Doutora, Enfermeira, Pesquisadora principal, Universidade Ryerson.
2. Dra. Kleyde Ventura de Souza, Doutora, Enfermeira, Co-Pesquisadora principal, Universidade Federal de Minas Gerais.
3. Dra. Érica Dumont Pena, Doutora, Enfermeira, Pesquisadora coordenadora, Universidade Federal de Minas Gerais.
4. Dra Sepali Guruge, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Ryerson.
5. Dra. Oona St. Amant, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Ryerson.
6. Dra. Karline Wilson-Mitchell, Doutora, Obstetriz, Co-pesquisadora, Universidade Ryerson
7. Dra. Jordan Tustin, Doutora, Epidemiologista, Co-pesquisadora, Universidade Ryerson
8. Dr. Henry Parada, Doutor, Assistente Social, Co-pesquisador, Universidade Ryerson
9. Dra. Ivone Evangelista Cabral, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
10. Dra. Ana Luiza de Oliveira Carvalho, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
11. Aldrin de Sousa Pinheiro, Mestre, Enfermeiro, Co-pesquisador, Universidade Federal de Roraima.
12. Elen Petean Parmejiani, Mestre, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal de Roraima.
13. Dr. Delmar Teixeira Gomes, Doutor, Enfermeiro, Co-pesquisador, Universidade Federal de Juiz de Fora.
14. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal de Juiz de Fora.
15. Dr. Valdecyr Herdy Alves, Doutor, Enfermeiro, Co-pesquisador, Universidade Federal Fluminense.
16. Dra. Bianca Dargam Gomes Vieira, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal Fluminense.
17. Dr. Audrey Vidal Pereira, Doutor, Enfermeiro, Co-pesquisador, Universidade Federal Fluminense.
18. Dra. Maria Suely de Sousa Pereira, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal do Amazonas.
19. Dra. Raquel Faria da Silva Lima, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal do Amazonas.
20. Dra. Ilse Sodré da Motta, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal do Amazonas.
21. Dra. Walterlânia Silva Santos, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade de Brasília.
22. Dra. Mônica Chiodi Toscano de Campos, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade de Brasília.
23. Dra. Lara Mabelle Milfont Boeckmann, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade de Brasília.
24. Dra. Rafaella Queiroga Souto, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal da Paraíba.
25. Dra. Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas, Doutora, Enfermeira, Co-pesquisadora, Universidade Federal da Paraíba.
26. Dra. Ingrid Cunha Ventura Felipe, Doutora, Enfermeira. Pesquisadora associada, Universidade Ryerson.
27. Dr. Edwaldo Costa, Doutor, Pesquisador associado, Comunicólogo e Jornalista, Primeiro-Tenente, Marinha do Brasil.