

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
NÍVEL MESTRADO**

**URSULA GLIESCH SILVA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

Ursula Gliesch Silva

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS- como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Edi Chaves

Porto Alegre

2013

**Ursula Gliesch Silva**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:  
PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Edi Chaves

Aprovado em \_\_\_\_\_

---

Profa. Dra Enf. Anna Hecher Luz– UFRGS

---

Profa. Dra Simone Edi Chaves

---

Profa.Dra Enf. Karin Viegas– UNISINOS

Porto Alegre

2013

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Mariana, Lais e Artur a vocês, que nunca me pediram nada além de ser simplesmente a mãe de vocês. Obrigado por fazerem a diferença em minha vida, trazendo todos os sentidos dela para bem perto de nossa família, com as nossas inúmeras rodas de conversa, pelos vínculos construídos, nossos encontros e desencontros. Agradeço em especial as maravilhosas horas acolhedoras que passamos juntos e por acreditarem em mim. A vocês meu eterno amor, sempre!

Ao Paulo, meu companheiro, cúmplice de todas as horas, pela presença e estímulo constante, meu sincero reconhecimento, agradecimento e amor!

Aos meus pais, Ernst Gunther (*in memoriam*) e Ruth Hildegard. Pai e mãe, obrigada pela vida, pelos valores éticos e principalmente pela fé em Deus e todos ensinamentos recebidos. Em especial, mãe, obrigada por zelar e cuidar também de meus filhos, Amo vocês!

À Dra. Simone Edi Chaves, ilustre “doutora” e mestre na arte de abrir os caminhos profissionais; pela desconstrução do pensamento linear rotineiro e usual e tecnicista do meu cotidiano e por possibilitar a reconstruir em mim o verdadeiro significado do ser Enfermeiro num Serviço de Saúde. A provocação e o estímulo constante contribuíram para voltar meu olhar para as inúmeras possibilidades que profissionais que laboram no cenário da saúde têm ao resgatar o verdadeiro significado e a essência de ser cuidador. Muito obrigada por me mostrar os caminhos que levam à humanização e às diversas formas de trilhá-los. Agradeço também por me acolher em tantos momentos desta minha trajetória no mestrado profissional. Agradeço em especial por ter despertado em mim o interesse pela Educação Permanente em Saúde, ressignificando, inúmeras possibilidades dentro de um serviço de saúde.

À Mestre Enfermeira Fátima Farias, Gerente dos Serviços Assistenciais do HU, por aceitar a realização deste trabalho, pela confiança e parceria em todos os momentos.

À Mestre Enfermeira Márcia Strapasson, Chefia de Enfermagem Materno Infantil e idealizadora na implantação das práticas humanizadas no CO do HU, por acreditar diariamente ser possível.

Às usuárias do CO que acreditam nas práticas que lá ocorrem e depositam confiança na equipe.

À equipe de profissionais do CO, dos diferentes turnos, pela acolhida pelos encontros, falas, olhares, empatia e pelos contatos sem reservas e restrições que me possibilitaram conhecer o universo das relações e cuidados, mas, principalmente, pela torcida na finalização deste trabalho!

Que esta dissertação possa traduzir nossos sonhos, nossos ideais, nossos valores construídos a partir de um novo pensar e sentir no coletivo no Centro Obstétrico do HU.

Muito Obrigada!

## HOMENAGEM ESPECIAL

Gostaria homenagear em especial as pessoas e as instituições que, com certeza, sempre serão referências positivas em minha vida.

Homenageio o PPGENF da UNISINOS, instituição referência em minha vida acadêmica desde minha formação em Enfermagem e, que de forma pioneira, desenvolveu e concretizou o Mestrado Profissional em Enfermagem, possibilitando aos inúmeros profissionais que trabalham e produzem saúde, fazerem a diferença na Enfermagem.

Escolhendo como protagonistas desta homenagem, direciono-a a duas enfermeiras muito especiais: Dra. Anna Luz e Dra. Lisia Fensterseifer. Obrigada Lisia e Anna pela luta constante na consolidação da Enfermagem no nosso estado e país, como ciência, zelando pela qualificação e reconhecimento da nossa categoria profissional, sempre de forma ética e igualitária. Agradeço também pela possibilidade para participar da 1ª turma.

À dedicada professora Marlene Teixeira que, além de representar para mim um exemplo de pessoa e profissional, oportunizou que eu navegasse nos fundamentos básicos da Ergologia e nela reconhecesse a importância e o impacto da linguagem para os profissionais da saúde nas relações que constituímos no momento de cuidar do outro.

Homenageio em especial a Ir Lúcia Boniatti, Presidente do Sistema de Saúde Mãe de Deus, pelos ensinamentos, pelas trocas, incentivo, pelo acolhimento, amizade e por acreditar que a verdadeira mudança e essência das instituições de saúde é a humanização das relações que se estabelecem.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, que me acompanha e guia em todos os momentos da minha vida.

Ao Hospital Universitário–Ulbra Canoas, sob a gestão do Sistema de Saúde Mãe de Deus que contribuiu como campo viabilizando concretizar esta pesquisa; em especial, agradeço ao Diretor Superintendente de Relações Institucionais do Sistema de Saúde Mãe de Deus, Dr. Rogério Pires, que em 2009 possibilitou que eu conhecesse a Política Nacional de Humanização. Apresentado-a como uma necessidade e um caminho possível no estabelecimento de uma nova forma de relação entre todos atores dos Serviços de Saúde.

Ao Diretor de Recursos Humanos do Sistema de Saúde Mãe de Deus, Marcelo Sonneborn, que me incentivou e apoiou na trajetória do Mestrado.

Aos queridos colegas da área de Recursos Humanos do Sistema de Saúde Mãe de Deus, pela torcida e apoio diário.

Aos colegas do Mestrado Profissional em Enfermagem, pela amizade, carinho, parceria e por todas as trocas ocorridas nas rodas de conversa, mas, principalmente, pela possibilidade de construir uma nova rede em minha vida.

Aos dedicados professores do Mestrado: Dra. Karin Viegas, Dra. Patricia Fagundes, Dra. Tonan, Dra. Lisia, Dra. Anna Luz, Dra. Simone Edi Chaves, Dra. Rosângela Barbiani, Dra. Elisa Kern Castro, Dra. Sandra Leal e Dra. Marlene Teixeira.

À Unisinos pela formação fortalecida em valores éticos e morais percebidos, desde a minha graduação em Enfermagem e, por acreditar nas potencialidades da Enfermagem.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a consolidação desta pesquisa.

A todos o meu muito obrigada!!!

## RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo principal propor alternativas para o desenvolvimento de práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico de um Hospital Universitário, por meio da Educação Permanente em Saúde. Para o alcance desse propósito, fez-se necessário identificar quais as práticas humanizadas de cuidado que atualmente ocorrem no CO e, detectar os pontos facilitadores e os pontos dificultadores para disseminar as práticas humanizadas de cuidado no CO, por meio da Educação Permanente em Saúde. O caminho percorrido para a realização deste estudo foi o da pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa utilizando a técnica do Grupo Focal para a coleta de dados. A análise das informações possibilitou que fossem propostas quatro categorias: a) a percepção da equipe sobre práticas humanizadas, b) o trabalho despersonalizado e robotizado do cuidado, c) a fragmentação do cuidado e d) as relações de poder e a disposição da equipe para aprender. A pesquisa contribui no apontamento de caminhos para o desenvolvimento de ações educativas que possibilitem repensar o modelo atual, trabalhar coletivamente as dificuldades, resgatar as características de cada indivíduo envolvido no diálogo e no investimento das relações subjetivas decorrentes do encontro com o outro, sendo que estes fortalecem o foco das práticas humanizadas.

Palavras-Chave: Educação Permanente em Saúde, Humanização do Cuidado, Parto Humanizado, Enfermagem, Hospital Universitário.

## ABSTRACT

This study aimed to propose alternatives in order to improve humanized care practices in the Obstetric Center of an University Hospital, through the Permanent Health Education. The main and in order to achieve this, it was necessary to first identify which humanized practices care currently occur in the O C and to find out difficult points and facilitating points to disseminate humanized care practices.. This study path was an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, where a focus group technique for data collect was used. The data analysis allowed to emerge four categories: 1) team perception about humanized practices, 2) depersonalized work and robotic care, 3) the care fragmentation and the power relation, 4) and the disposal for health professionals to learn. The research shows us ways to develop educational programs that enable to health workers to rethink the current model, working collectively difficulties, recover every individual characteristics involved in care taking through dialogue and subjective relations investment arising from the encounter with the other and these strengthen the focus of humanized practices.

Keywords: Health Education; Humanization of Assistance; Humanizing Delivery; Nursing; Hospitals, University.

## RESUMEN

Esta investigación busca proponer alternativas para el desarrollo de estas prácticas de atención humanizada en el Centro Obstétrico del Hospital Universitario, a través de la Educación Permanente en Salud . Para lograr esto, fue necesario identificar cuáles de estas prácticas de cuidado humanizado ocurren en la actualidad en el CO junto en el HU y detectar los puntos que facilitan y los puntos que obstaculizan la diseminación de las prácticas de cuidado humanizado en el Centro obstétrico del HU, a través de la Educación Permanente en Salud. La trayectoria de este estudio fue el estudio de investigación exploratorio- descriptivo con enfoque cualitativo, donde se utilizó la técnica de grupos focales para recoger datos. El análisis de la información permite que se propongan cuatro categorías: a) la percepción del equipo sobre las prácticas humanizadas, b) el trabajo despersonalizado y robotizado, c) la fragmentación de la atención y d) las relaciones de poder y la voluntad del personal para aprender. La investigación ayuda a señalar el camino para el desarrollo de programas educativos que permitan repensar el modelo actual, trabajando colectivamente las dificultades, rescatar a las características de cada individuo implicado en las relaciones de diálogo y de inversión derivados de encuentro subjetivo con el otro ser que fortalezcan el foco de las prácticas humanizadas.

Palabras clave: Educación Permanente en Salud, Humanización de la Atención, Parto Humanizado, Enfermería, Hospital Universidad.

*“O mundo é como um espelho que devolve a cada pessoa o reflexo de seus próprios pensamentos e atos. A maneira como você encara a vida é que faz toda a diferença. A vida muda, quando você muda.”*

Luis Fernando Veríssimo

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira Saúde Coletiva  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CO – Centro Obstétrico  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FACED – Faculdade de Educação  
GTH – Grupos de Trabalho de Humanização  
HU – Hospital Universitário  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PAM – Posto de Atendimento Médico  
PNH – Política Nacional de Humanização  
RS – Rio Grande do Sul  
SSMD – Sistema de Saúde Mãe de Deus  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
ULBRA – Universidade Luterana do Brasil  
UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Motivações em Estudar este Tema</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>17</b>
1.2.1 Objetivo Geral .....	17
1.2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>1.3 Justificativa</b> .....	<b>17</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 A Humanização da Assistência em Saúde</b> .....	<b>19</b>
2.1.1 A Política Nacional de Humanização em Saúde .....	19
2.1.2 A humanização no Cenário dos Centros Obstétricos.....	22
<b>2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b> .....	<b>27</b>
2.2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	27
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1 Delineamento do Estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2 Local do Estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.4 Coleta de Dados</b> .....	<b>33</b>
<b>3.5 Análise DOS DADOS</b> .....	<b>35</b>
<b>4 Aspectos Éticos</b> .....	<b>38</b>
<b>5.1 PERCEPÇÃO DA EQUIPE SOBRE PRÁTICAS HUMANIZADA</b> .....	<b>39</b>
<b>5.2 Trabalho despersonalizado e robotizado do cuidado</b> .....	<b>44</b>
<b>5.3 A fragmentação do cuidado e as relações de poder</b> .....	<b>48</b>
<b>5.4A disposição da equipe para aprender</b> .....	<b>52</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>71</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>73</b>
<b>ANEXO 2</b> .....	<b>76</b>
<b>ANEXO 3</b> .....	<b>79</b>
<b>ANEXO 4</b> .....	<b>80</b>
<b>ANEXO 5</b> .....	<b>81</b>

# 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

## 1.1 MOTIVAÇÕES EM ESTUDAR ESTE TEMA

Como enfermeira, tenho assumido em meu cotidiano de trabalho o compromisso em defesa da qualidade da atenção à saúde a partir das orientações políticas do Sistema de Saúde estruturado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Minha integração se dá por meio dos serviços realizados no Hospital Universitário (HU) de Canoas, Rio Grande do Sul (RS), meu local de trabalho.

Atualmente, sinto-me convocada em aprofundar meus estudos com vistas ao fortalecimento dos princípios do SUS (BRASIL, 1990), principalmente para ações que apontem para as políticas de prevenção e promoção da saúde com a participação coletiva. A Lei Orgânica da saúde 8080/90, refere quais são os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade, preservação da autonomia, direito a informação (BRASIL, 1990).

Deste modo, este estudo nasce a partir da minha experiência de vida e trabalho na área da saúde, iniciada há 33 anos, quando assumi meu primeiro desafio profissional como enfermeira de uma unidade de internação em um hospital privado. Essa experiência coincide cronologicamente com o final da época da Ditadura Militar no Brasil, em que o modelo de saúde sustentava-se na perspectiva médico centrado. O dilema profissional, que já surgia naquele momento, me instigava a pensar em outros modos de cuidar e de compreender a saúde das pessoas fazendo com que eu me colocasse frente à escolha de ser enfermeira e zelar pelas necessidades de saúde dos usuários. Seguindo como base o conceito ampliado de saúde, que, a partir da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, entende-se como :”conceito ampliado de saúde, no sentido amplo, que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. (BRASIL, 2011a). Após dois anos de prática assistencial, fui em busca de conhecimento no campo da gestão hospitalar e, ao concluir a Especialização em Administração Hospitalar, no ano de 1985, tinha a forte intenção de conhecer a forma e a linguagem das organizações hospitalares para, propor e empreender um modo de cuidado que resgatasse os conceitos de uma saúde integral comprometida com as necessidades de saúde dos usuários a partir

do seu contexto social.

Em 1988, iniciei na Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) o curso de Licenciatura em Enfermagem. Esse foi um fato marcante em minha vida por ter-me oportunizado navegar nos conceitos do campo da Educação, particularmente os de Paulo Freire, com que pude perceber o verdadeiro sentido da educação.

Concomitante à minha formação na área da Educação, em 1988, vivenciamos a implantação do SUS nos Serviços de Saúde no país. Nesse contexto, participei, na comunidade da Vila Tronco na cidade de Porto Alegre, mais especificamente em uma unidade de saúde, o Posto de Atendimento Médico – PAM 3, atualmente Vila dos Comerciários, de ações que visavam a garantir a universalidade da atenção à saúde. Visavam também ao princípio da equidade, com o qual buscávamos aumentar o tempo de atendimento aos usuários deste Serviço de Saúde de 12 horas diurnas de segunda a sexta-feira para o funcionamento de 24 horas por dia e sete dias da semana – uma necessidade de acesso importante para a comunidade local.

Ao longo da trajetória de trabalho, busquei alinhar as atividades como enfermeira-educadora com os conhecimentos preconizados por Paulo Freire e iniciei minha trajetória como professora de Escola de Formação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre. Por identificar-me com a educação e com a gestão, retornei a atuar na área hospitalar no final da década de 1990, na área de capacitação e desenvolvimento de pessoas, desempenhando a função de Enfermeira de Educação Continuada.

No início do ano de 2000, a maioria dos hospitais não constituía espaços de escuta e valorização da experiência do cuidador como forma de aprendizagem e de possibilidade de mudança da prática profissional. A dialética de conhecer e transformar não constitui dualidades de uma ação educativa, mas, sim, aspectos distintos da prática dos trabalhadores.

Atualmente, trabalho na área de Gestão de Pessoas de um hospital privado e vivencio muitos desafios junto aos trabalhadores do hospital, bem como as potencialidades que eles empreendem no processo do cuidado; as diferentes formas como eles constituem uma rede própria para compartilhar o conhecimento e de como enfrentam e “sobrevivem” às complexas situações do cotidiano do setor da saúde.

Em janeiro de 2011, recebi o convite para integrar a equipe de projeto que

iniciou a transição da gestão do Hospital Universitário(HU)ULBRA de Canoas para o Sistema de Saúde Mãe de Deus. O HU tem o foco do seu “negócio” voltado ao atendimento SUS e, para tanto, torna-se imprescindível o alinhamento das práticas empreendidas no cuidado por todo o corpo funcional com as Políticas Públicas e os Programas do Ministério da Saúde (MS).

Frente aos inúmeros desafios que vivi e vivo como enfermeira e como educadora, busco, ao ingressar no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, aprofundar meus estudos para compreender as relações que vão se constituindo num serviço de saúde e que podem interferir para a melhoria das práticas de cuidado em saúde, em especial, no campo da Enfermagem.

Deste modo, o projeto de pesquisa apresentado vincula-se ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

O tema escolhido para o desenvolvimento da pesquisa busca conhecer as práticas humanizadas de cuidado que ocorrem no Centro Obstétrico doHU e entender de que forma a equipe multidisciplinar dissemina o aprendizado dessas práticas a partir dos conceitos da Educação Permanente em Saúde.

A humanização em saúde visa a alcançar questões como: uma gestão participativa nos serviços, englobando todos os segmentos; a redução de filas e do tempo de espera; um atendimento acolhedor e resoluto baseado em critérios de risco; a implantação do modelo de atenção com responsabilização e vínculos; a valorização do trabalho na saúde e por fim assegurar a garantia dos direitos dos usuários, ou seja, saúde como direito constitucional. (BRASIL, 2004).

Este estudo tem como tema central a humanização das práticas de cuidado como foco da Educação Permanente em Saúde (EPS) num Centro Obstétrico (CO). A escolha do local, CO, sustenta-se por esta área no HU estar passando por uma profunda transformação de sua prática assistencial, migrando de técnicas intervencionistasde cuidado, medicalização do parto para um modelo fundamentalmente de resgate à cidadania, da integralidade e de respeitoeigualdade às usuárias que procuram o serviço.

A relevância deste estudo sustenta-seporque, a partir de 2011,o CO,integrou-seà Rede de Serviços de Saúde no Município de Canoas sendoa maternidade de referência para esta. O número de partos realizados noCO, no ano de 2011, foi 2.975. Desses,entre parto normal e parto cirúrgico, sendo que 66,3% foram partos

normais. Com a consolidação do Serviço Materno Infantil e a aproximação com as Unidades de Saúde do Município no ano de 2012, o número de partos elevou para 3.349 entre parto normal e parto cirúrgico sendo que, desses, 66,8% foram partos normais. Dados de 2013 apontam que nos primeiros meses do ano ocorreram 2.784 partos, somando partos vaginais e partos cirúrgico. Destes 67,6% foram partos vaginais. Os dados quantitativos de produção conforme Sistema de Informações de Produção das áreas utilizado no Hospital Universitário.

Frente a este cenário, em abril de 2012, a equipe de enfermagem iniciou gradativamente a implantação de algumas práticas humanizadas de cuidado no CO, tanto para assegurar às usuárias maior qualidade, segurança e acolhimento à quanto dar maior significado ao trabalho, para os trabalhadores que lá atuam. Entretanto, o conhecimento e o reconhecimento do que sejam as práticas humanizadas e a forma tradicional do modelo biomédico centrado em rituais hospitalares ainda é fortemente percebido no dia-a-dia no setor. Somando a este fato, a pouca experiência técnica das equipes à alta rotatividade dos profissionais e o despreparo dos que efetivamente têm o cuidado, principalmente na construção de relações de trabalho, são fatores que resultam numa assistência fragmentada e mecanicista, distante das práticas humanizadas de cuidado propostas. A necessidade de articular as ações e envolver todos integrantes do CO com a rede de serviço que atende a mulher gestante no município de Canoas surge como uma oportunidade a ser desenvolvida por meio de ações educativas reflexivas e construídas no coletivo e cotidiano do serviço.

A urgência em conhecer e compreender a percepção dos profissionais quanto à conexão e articulação dos profissionais na busca por práticas humanizadas do CO do HU levam ao desafio da questão central desta pesquisa que é: como propor atividades educativas a partir dos conceitos da Educação Permanente em Saúde com vistas à prática humanizada no Centro Obstétrico?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Propor alternativas para o desenvolvimento de práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário por meio da Educação Permanente em Saúde a partir dos resultados de pesquisa realizada com os profissionais da área.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

1. Conhecer a percepção dos profissionais sobre as práticas humanizadas de cuidado que atualmente ocorrem no CO do HU.
2. Detectar os pontos facilitadores e os pontos dificultadores para disseminar as práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico do HU por meio da Educação Permanente em Saúde;

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A humanização constitui um conjunto de abordagens, por vezes complexo, mas ao mesmo tempo prioritário nas organizações de saúde. Os investimentos em qualidade de vida exigem a construção de uma cultura humanizada, em que haja a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para tanto, são relevantes estudos que apontem para a tomada de decisões estratégicas na implementação de políticas públicas prioritárias.

O desenvolvimento de pesquisas em enfermagem, fornecendo espaços para abordagens epidemiológicas não-individualizadas, que rompem barreiras disciplinares (WOOLCOCK, 1998), constituem um caminho indispensável na construção de novas formas de relacionamento com os usuários. Uma comunidade

organizada, com vistas à redução dos agravos, contribui diretamente para que os sujeitos tenham possibilidade e oportunidade de investir sua vida, tendo garantido seus direitos e potencializando qualidade de vida. É instrumento de qualificação dos modos de se viver e usufruir de boa saúde, na vida em sociedade. (FRANCO; MERHY, 2003).

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes, é colocar-se no lugar do outro e reconhecer seus direitos. Para tanto urge desenvolver nos serviços de saúde, em especial no Centro Obstétrico, um olhar sensível para as relações estabelecidas entre os sujeitos trabalhadores, equipe multidisciplinar e usuárias, para que juntos possam construir distintas formas que deem conta das condições sociais, raciais, étnicas, culturais, hierárquicas e de saúde das mulheres.

Com este estudo pretende-se contribuir para a construção de uma proposta de Educação Permanente em Saúde no Centro Obstétrico do HU. Propor modos de se pensar as práticas de cuidado por meio de ações educativas que nascem no contexto do trabalhadores significando o cuidado em saúde realizado junto às usuárias do CO.

A capacidade de tornar os resultados desta pesquisa em construção de práticas e assistências humanizadas permitirá perceber que as redes e conexões estabelecidas entre indivíduos, profissionais e comunidades geram condutas de reciprocidade e lealdades potencializadoras de situações de saúde humanizada. É prioridade desenvolver pesquisas desta natureza que apontem caminhos capazes de informar e formar profissionais na articulação e efetivação de ações de alta prioridade, que fortaleçam e produzam saúde e oportunizem soluções para as situações vividas no ambiente hospitalar. Por fim, oportunizar a socialização dos dados resultantes da pesquisa é possibilitar que os sujeitos do lugar de onde se olha e fala e se produz reflexão, se aproprie do conhecimento produzido gerando qualidade e redimensionamento do seu papel de sociedade. (GOHN, 2005).

## **2 FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL**

### **2.1 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

A humanização em saúde tem sido um grande desafio à implementação do Sistema de Saúde composta por uma gama complexa de abordagens e sofrendo a influência de inúmeras e imbricadas variáveis, impactando fortemente na percepção do usuário que utiliza os serviços de saúde, sendo ao mesmo tempo uma questão prioritária para todos que utilizam o SUS. Os investimentos em qualidade de vida exigem a construção de uma cultura humanizada, onde haja a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para tanto, é relevante que sejam conduzidos estudos que apontem para a tomada de decisões estratégicas na implementação de políticas públicas prioritárias.

Conforme o Ministério da Saúde, “[...] entende-se por humanização, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário, trabalhadores e gestores, ou seja, nos remete a pensar que a humanização é co-responsabilidade de todos” (BRASIL, 2008,p. 18).

Considerando a redefinição do conceito de humanização, sob a ótica de Benevides e Passos (2005a), as autoras indicam que a humanização seria como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Sugerem ainda que, para alcançar este fim, deva-se, então, investir, a partir desta concepção do humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde. Considerando que estes usufruem do sistema e nele se transformam acolhendo tais atores e que uma das formas de mudar o cenário é fomentando seu protagonismo, sendo este o verdadeiro desafio de mudar e alterar o modo de fazer, trabalhar e de produzir na saúde.

#### **2.1.1 A Política Nacional de Humanização em Saúde**

A trajetória do SUS, desde sua criação em 1988, com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, já nos indica a necessidade de repensarmos as práticas de atenção à saúde com vistas ao atendimento integral às necessidades dos usuários do sistema de saúde. Deste modo, ao aprofundamos os itens relacionados à legislação da área da saúde com os objetivos deste projeto, é importante destacar alguns dos princípios e diretrizes descritos na lei , no capítulo II , artigo 7.(BRASIL, 1990):

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde.

Estes princípios definidos na criação do SUS produziram enormes avanços para a população brasileira. Entretanto, o aumento populacional na evolução dos anos e a crescente procura por serviços de saúde resultaram numa importante diferença entre a oferta e a demanda. Este descompasso, acrescido de problemas crônicos como a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho e as dificuldades constantes, principalmente na ampliação de acesso a serviços, propiciou um ambiente frágil e de constante turbulência onde deveria ser local de prática de cuidado.(BRASIL, 1990).

Este cenário, em especial com a constante imagem negativa do Sistema de Saúde na mídia, principalmente na divulgação dos estrangulamentos de acesso nos serviços de emergência, sinaliza, para o campo da saúde, a necessidade de mudança. Estas mudanças somente ocorrerão quando pensarmos na inversão do modelo de gestão, com o qual se possa considerar o trabalhador da saúde partícipe do processo de trabalho e que ele assuma o compromisso e responsabilidade junto às necessidades de saúde da população. É neste contexto que foi criada no SUS, em 2003, a Política Nacional de Humanização(PNH) da Atenção e Gestão no SUS. Formulada como principal objetivo de aplicar os princípios do SUS nos espaços das práticas de atenção e de gestão em saúde, através de motivações, incentivos e

trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a promoção e produção da saúde, bem como da valorização da pessoa como sujeito. (BRASIL, 2004).

Essa política tem como princípios a inseparabilidade, a transversalidade e a autonomia. A inseparabilidade diz respeito à atenção, à saúde e ao gestor, procurando fazer com que haja uma fusão entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde. A autonomia se refere ao empoderamento e protagonismo dos sujeitos/usuários. Já transversalidade é a presença desta política em todos os espaços do gerar e fazer saúde. (BRASIL 1990).

O método preposto na PNH para o alcance dos princípios é o da inclusão, dos diferentes agentes implicados nos processos de fazer saúde. Quando dizemos incluir, referimo-nos aos gestores, trabalhadores e usuários e estamos falando no sentido da produção desta autonomia, do protagonismo e da co-responsabilidade que necessita ser desenvolvida, amadurecida e principalmente assumida por todos. (BRASIL, 2008).

Dentre as formas ou métodos para estarmos incluindo os diversos atores para o alcance das diretrizes da PNH, destacam-se a realização das *rodas de conversa – espaços coletivos de participação* – e a análise coletiva dos conflitos e o fortalecimento e fomento das redes de serviços em saúde. (BRASIL, 2008).

Nas diretrizes da PNH, encontram-se listados diferentes métodos de inclusão: acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento das grupalidades e coletivos. (BRASIL, 2008).

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação, que são os dispositivos, sendo que estes têm a função de difundir e capilarizar a estratégia da PNH e gerar resultados à sociedade. As formas de trabalho propostas na PNH e que trazem sentido ao trabalho, para todos os atores envolvidos nos espaços de saúde, são: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), que visam à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional; no eixo da Educação Permanente em Saúde, oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios ambientes de trabalho (BRASIL 2008).

Conforme Benevides e Passos (2005), ao explicitar a PNH, como sendo o método da PNH que, conduz a um processo, e, a um modo de caminhar com vistas

à inclusão do outro no processo de produção e promoção da saúde. As diretrizes são as orientações gerais da PNH para a inclusão e podem ser definidas por meio da clínica ampliada, da co-gestão, da responsabilidade compartilhada, da valorização do trabalhador e o protagonismo. Refere também que os dispositivos são as atualizações das diretrizes da PNH que envolve o coletivo para promover mudanças no modelo de atenção e de gestão. E, por último, as ferramentas que são os instrumentos capazes de operar os dispositivos.

### **2.1.2 A humanização no Cenário dos Centros Obstétricos**

Segundo dados do Ministério da Saúde, as mulheres representam 50,77% da população brasileira e são as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2011b). Além disso, dados epidemiológicos nos mostram que são as mulheres que vivem mais que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A situação de saúde da mulher tem agravos sociais decorrentes de anos de valorização do gênero masculino, também pela discriminação nas relações de trabalho e pela sobrecarga com dupla jornada, sendo ela a responsável pelo trabalho doméstico. (BRASIL, 2011a).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde direcionadas para gravidez e no parto no ano de 1984, quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse Programa incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção para as mulheres. Esses princípios serviram de arcabouço conceitual para a formulação do SUS. (Brasil, 2011a )

No ano de 1996, de acordo com registros do MS (2001, p.18), houve a primeira iniciativa federal concreta com vistas a zelar pela saúde das mulheres. Instituiu-se o Programa Maternidade Segura, uma parceria entre MS, Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o fundo das Nações Unidas para infância (UNICEF) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). A meta principal deste programa era reduzir a mortalidade materna e perinatal no país.

Todavia, (BRASIL,2011) em 1996 , em todo somente uma Maternidade alcançou o título e o Programa não teve continuidade , pela baixa adesão .

No contexto mundial, a mortalidade materna tem sido o indicador utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições de como morreram as mulheres e quais as principais causas de mortalidade, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Estudo realizado pela OMS em 1990, estimou que aproximadamente 585.000 mulheres no mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (COELHO, 2003). Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a Razão da Mortalidade Materna-RMM corrigida foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

No ano de 1996, a OMS publicou o guia: *Assistência ao parto Normal: um guia prático* (OMS 1996)que, além de classificar as práticas adotadas na assistência ao parto, traz as recomendações para as boas práticas a serem adotadas.

Em, 2001( Brasil 2001, p.105)em uma nova tentativa para reduzir a mortalidade materna e perinatal no país, publica o manual técnico que traz as diretrizes para os Serviços de Saúde : “Parto, aborto e puerério:assistência à mulher”(BRASIL, 2001, p.105). Este manual traz os dez passos necessários para uma efetiva atenção humanizada ao parto.

#### **Dez passos para a Atenção Humanizada ao Parto:**

- 1- Permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhante da família ou um amigo durante o trabalho de parto e parto, dando-lhe segurança e apoio.
- 2- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, até a conclusão do processo obstétrico.
- 3- Oferecer à mulher o máximo de informações e explicações segundo a sua demanda.
- 4- Respeitar o direito da mulher à privacidade no local do nascimento.
- 5- Permitir à mulher a liberdade de caminhar, mover-se e adotar as posições que deseja durante o período de dilatação e expulsão, encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino,com as pernas levantadas).
- 6- Orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagem, banho morno e técnicas de relaxamento.

- 7- Oferecer fluidos via oral durante o trabalho de parto e o parto.
- 8- Permitir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.
- 9- Possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto por meio do partograma.
- 10- Oferecer alojamento conjunto e esforçar-se para pôr em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, tornando-se um Hospital Amigo da Criança.

**Fonte :** Brasil 2001, p.105

De acordo com dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) observados desde 1999 estes, apontavam em 2001, que 65% dos óbitos maternos ocorriam no momento do parto. Nas capitais brasileiras em 2001 ocorreram 74,5 óbitos maternos por 100mil nascidos vivos, podendo-se comparar com países desenvolvidos, essa taxa oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, 2003). O agravo desta taxa está bastante associado com a relação que temos com a gravidez, que é um evento fisiológico natural e relacionado com a vida. Entretanto, no Brasil, ainda é conduzido como patológico principalmente ao se observar a relação das usuárias nos hospitais e serviços de saúde, onde, imediatamente após seu ingresso, são denominadas *pacientes* e submetidas a procedimentos invasivos e rotineiros.

No cenário atual, a atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias, gerando inúmeras iatrogênias pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda em muitos lugares o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia, contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais. (BRASIL, 2011b). Muitas são as histórias de mulheres na busca pelos serviços de saúde no momento do parto, tornando-se vítimas de discriminação, frustrações e violações de seus direitos, percorrendo vários serviços para serem acolhidas. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção à saúde da mulher são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados.

Cabe ressaltar que a humanização da assistência, como um todo nos serviços de saúde do país, era uma prática exitosa e insipiente entre a década de 1990 a 2000, tendo em vista que o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH) foi lançado em 2001 e tornou-se Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. (RATTNER; AMORIN; KATZ, 2013).

Pensar no conceito de práticas humanizadas, tendo em vista que ele ainda não está de todo o modo incorporado dentro da “práxis” obstétrica brasileira, representa um desafio para todos. O conceito de humanização do parto esbarra sempre no conceito de humanização da própria assistência hospitalar. Entretanto, o que diferencia as práticas humanizadas de cuidado no momento de parto? Como podemos pensar estas questões? Como podemos envolver todos os trabalhadores da área? O cuidado humanizado começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares e é capaz de estabelecer uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais. Para a implementação das práticas humanizadas de cuidado, faz-se necessário que algumas normas e padrões sejam seguidos e incorporados pelas equipes multiprofissionais.

A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, induzindo-nos a pensar na necessidade de desenvolvermos práticas educativas que nos coloque em reflexão à nossa prática de cuidado. A humanização é algo que se constrói no ato, no momento singular que o cuidado pressupõe (MEHRY, 2007). Para a realização de práticas humanizadas, observa-se que medidas necessárias não implicam grandes transformações dentro da estrutura hospitalar, nem altos investimentos financeiros. A mudança de perspectiva na hora do cuidado ainda é o obstáculo mais árduo a ser vencido.

As práticas humanizadas no momento do parto têm sido um tema muito discutido, descrito e disseminado por movimentos sociais, principalmente pelas mulheres voluntárias que se organizaram, em rede, para lutar por práticas que respeitem a individualidade delas, valorizando-as como protagonistas e buscando que se permita uma assistência adequada à sua cultura, crença, valores. Uma das redes, instituída no Brasil com início em 2005, denominada “Parto do Princípio” tem nas suas diretrizes a forte intenção de mudar a cultura vigente no Brasil de intervenções desnecessárias a parturientes, que elevam a mortalidade materna, bem como trabalhar na implantação de práticas humanizadas no parto. (PENNA, 2009).

Nessa rede, para que um parto seja considerado humanizado, a mulher é um ser participante ativo das decisões, que escolhe a posição do parto, utiliza a água morna como mecanismo não farmacológico de alívio da dor, caminha segundo a sua necessidade, contribui no posicionamento vertical para facilitar a dinâmica da

rotação e da descida do bebê, diminuindo a distócia<sup>1</sup> observada em trabalhos de parto conduzidos somente com a paciente deitada. Também é incentivada a participação do acompanhante, para massagear a gestante, caso ela o desejar e apoiar nos exercícios de alívio da dor. A presença constante de acompanhantes é incentivada durante todas as etapas e também no pós-parto imediato. A paciente é orientada a colocar o recém nascido no seio materno e, com isso, fortalecer os vínculos com a criança, criando condições que irão facilitar a amamentação natural. (RATTNER;AMORIN;KATZ, 2013).

Desta forma, de maneira bastante simples, envolvendo todos integrantes da equipe e propondo modificações dentro da estrutura hospitalar, é possível efetivar as práticas humanizadas em qualquer maternidade de serviço do SUS. Desde as medidas mais simples, que priorizem fundamentalmente a privacidade da parturiente, a presença do acompanhante e o espaço para deambulação, até ambientes com recursos de banhos com hidromassagem, regulagem da luz e presença de massoterapeutas são necessários. O foco a ser alcançado é preservar o momento único do nascimento de um filho na vida de um casal. (RATTNER;AMORIN;KATZ, 2013).

No decorrer dos anos, após a implantação da PNH, observou-se que nos Serviços de Saúde, mais especificamente nos hospitais, as ações definidas para promover a humanização da relação entre todos os envolvidos ocorreu por vezes de forma desalinhada e desarticulada dos princípios da Política. Neste contexto, ainda encontramos os serviços voltados para atender a mulher no modelo assistencial vigente do Serviços, A mulher, por desconhecer os direitos a ela assegurados pelo SUS e retomados na PNH, que na maioria das vezes não tem informação do que seja o respeito à sua individualidade, satisfaz-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir. Com isso, a assistência à mulher perdeu seu ponto básico, que é o de ser voltada para ela própria, sendo essa uma pessoa completa, com princípios, cultura, vontades e medos.(MARTINS,2001).

Por representar um processo contínuo, a humanização demanda reflexões permanentes sobre os atos do cotidiano e as condutas e os valores de cada um que integra o cenário do trabalho; este é um dos desafios da gestão e dos trabalhadores da saúde. Segundo Martins (2001), a humanização é um processo amplo, demorado

---

<sup>1</sup>Dificuldades encontradas na evolução de um trabalho de parto, tornando uma função difícil, impossível ou perigosa para a mãe e para o feto (MICHAELIS, 2012).

e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão publicados, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

O termo humanização foi atribuído pelo Ministro da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-natal e Nascimento, tendo como uma das premissas básicas, melhorar as condições do atendimento e, que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas, também, ouviu o que a gestante descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. Este, fortalece no documento, a importância da participação da família durante a gestação, o parto e puerpério.(BRASIL, 2002)

## 2.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

### 2.2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em saúde foi instituída, por meio da Portaria 198/GM no ano de 2005 (BRASIL, 2005). A EPS surge no Brasil no momento em que o Sistema Único de Saúde buscava sua consolidação e, assim, enfrentava os diversos problemas do dia-a-dia: falta de recursos, orçamentos financeiros restritos, falta de acesso, falta de trabalhadores somando à má formação profissional que traz dificuldades e entraves nas relações de trabalho. Neste contexto, há o reconhecimento do Ministério da Saúde de que os problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde podem ser uma importante ferramenta para repensar a prática profissional.

A aprendizagem decorrente do compartilhamento das situações do dia-a-dia possibilita aos trabalhadores e gestores refletir sobre o trabalho, seus papéis e, a partir das colocações, construir novas formas de trabalho e novas formas de enfrentamento nas situações adversas. (BRASIL, 2005)

O MS, assumindo o desafio de propor políticas no campo da educação em saúde, propicia, por meio da EPS, uma aprendizagem com base no diálogo sobre a necessidade de existir um processo educativo voltado a:” ressignificar e valorizar a prática do cotidiano nos espaços de saúde, bem como as relações decorrentes

desta prática...” . A Política , em 2004 no lançamento foi definida como estratégica para consolidação do SUS (BRASIL, 2004, p.68).

Ao resgatarmos nos documentos do MS, os princípios e diretrizes do SUS, é importante destacar que desde a Reforma Sanitária em 1986 e, posteriormente, a Constituição Federal promulgada em 1988, buscam-se formas para a efetivação de uma política de saúde que traga para o centro do debate a questão da formação dos trabalhadores do Sistema de Saúde. Tanto que, conforme texto da Constituição Federal, em seu Artigo 198, lê-se que, “compete ao Sistema de Saúde à avaliação da formação dos trabalhadores do SUS”.(BRASIL,1988, Cap.3)

A EPS, conforme Ceccim (2005) pode ser definida como uma ação pedagógica que enfoca o cotidiano do trabalho em saúde e o leva a uma auto-análise e à reflexão do processo. A EPS avança no sentido multiprofissional e na construção coletiva por meio das experiências vivenciadas de novos conhecimentos que podem gerar novas práticas de cuidado em saúde.

A instituição de uma prática de EPS é uma forma de desenvolver coletivamente os trabalhadores, incentivando-os a refletir sobre suas práticas, as dificuldades no dia-a-dia e, juntos, procurarem possibilidades de melhorias para o trabalhador, o serviço e, principalmente, o usuário. Ao aprofundarmos o tema da EPS, podemos destacar dentre seus objetivos a busca da transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2005 p.8).

O desafio de viver as mudanças que estão ocorrendo no processo de trabalho em um determinado serviço de saúde e no contexto deste estudo, no Centro Obstétrico do HU, nos remete a pensar na relevância e na necessidade de implementarmos práticas humanizadas de cuidado, valorizando o cotidiano do trabalho e desenvolvendo proposições políticas e reflexivas nos atores. Isso traz um desafio profundo à gestão institucional, que tem como pressuposto articular as ações de cuidado integral e humanizado, transformando os trabalhadores em partícipes ativos do processo de mudança.( BRASIL, 2005).

A EPS traz em sua essência o repensar na forma de desenvolver os trabalhadores da saúde. Esta reflexão crítica necessária sobre a prática do cotidiano do serviço prestado onde ele está inserido. Desta forma, a EPS é um forte aliado da gestão institucional por trabalhar o comprometimento e a transformação do protagonista de tal forma que o trabalhador da saúde sinta-se incentivado a visualizar melhorias para os usuários e que seja capaz de produzir relações

positivas na rede onde ele está inserido e no local onde labora.( BRASIL, 2004, p.10)

Há uma profunda ligação entre educação e trabalho considerando que as práticas cotidianas de trabalho geram conhecimento científico e técnico. Entretanto, há pouco espaço para explorar estas ações como possibilidades efetivas e reais para mudarmos e/ou propormos novos modos de pensar o trabalho em saúde.

Ceccim (2005, p. 163) nos indica que:

“tradicionalmente, falamos de formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais como se fosse possível apenas prescrever habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização”.

No contexto teórico, as ações de EPS propõem uma forma de caminhar, refletir, construir em coletivo e partilhar vivências entre as equipes. A EPS parte sempre das necessidades colocadas a partir da análise e problematização do processo de trabalho.( BRASIL, 2004.P.8).

Desvendar nas intersecções, os “nós críticos” no caminho que a usuária percorre nos serviços de saúde durante o período gestacional até o momento da chegada no CO do HU, são espaços e possibilidades que dispomos para entender a subjetividade da relação do cuidado, do usuário e da gestão. Buscar a lógica da EPS representa uma grande possibilidade de construir novas formas de caminhar, refletir e compartilhar saberes neste ambiente.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2010), justifica-se por ser um estudo de um processo vivencial e exploratório em campo. De acordo com Gil (2008), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para futuros estudos. Há também a possibilidade de aprofundar a investigação com vistas a dar maior clareza e sentido para todos os envolvidos sobre o tema estudado. (GIL, 2008).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2011), na pesquisa qualitativa, os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o curso do projeto. A abordagem qualitativa por ter o objetivo de entender o contexto onde o fenômeno ocorre, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado; dedica-se às relações sociais, partindo do pressuposto de que há uma relação dinâmica, uma interdependência entre o sujeito e o objetivo. Reconhecer que o sujeito é um ser indissociável entre o mundo real e a subjetividade do mesmo (MINAYO, 2010). Desta forma, o sujeito é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo significados a eles.

Segundo Minayo (2010), o uso desta abordagem permite a reconstrução da história e das crenças. Busca-se levantar as percepções dos integrantes da equipe, sujeitos do estudo, com vistas a compreender e identificar as relações estabelecidas nos ambientes de trabalho.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo é o Centro Obstétrico do Hospital Universitário – ULBRA Canoas (HU). O Hospital Universitário de Canoas foi construído pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) e, iniciou as atividades para os usuários da Rede de Serviços de Saúde de Canoas em 2005, sendo que o foco do atendimento voltava-se prioritariamente para a área de Saúde da Mulher, Materno Infantil e Pediatria.

Localizado no Campus da ULBRA de Canoas, o HU foi constituído com

objetivo de ser polo formador para os acadêmicos da área da saúde para os cursos de: Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

O HU possui 56.750 m<sup>2</sup> de área física construída, distribuídos em 10 andares com capacidade instalada de 480 leitos, sendo que até julho de 2013, o HU contabiliza 410 leitos ativos e em pleno funcionamento. Em abril de 2009, decorrente da grave crise financeira que a Instituição de Ensino Ulbra enfrentou, as atividades do HU foram encerradas. O hospital permaneceu por quatro meses fechado e os usuários do hospital, em especial as usuárias do CO, objeto do presente estudo, foram redirecionadas a outros municípios. Em julho de 2009, a ULBRA fez nova tentativa para reabrir o hospital, de forma parcial, ativando o funcionamento das unidades com foco na linha de cuidado materno infantil e pediatria, mantendo o CO fechado.

O HU representa um importante elo na rede de serviços de saúde para o município de Canoas, sendo o único hospital Materno Infantil do município, para uma população de 350.000 habitantes. A crise que a ULBRA enfrentou em 2009 abalou esta ligação, fragmentando o atendimento aos usuários do SUS em especial às gestantes.

Por um contrato firmado, entre a Prefeitura Municipal de Canoas, o Governo do Estado do RS e o Sistema de Saúde Mãe de Deus (SSMD), em janeiro de 2011, o SSSMD assume a gestão do HU por um período inicial de cinco anos.

O CO, local do estudo, reaberto sob a gestão do SSMD, em janeiro de 2011, localiza-se no 5º andar do hospital está constituído por uma área de Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico (2 consultórios, 1 posto de enfermagem com funcionamento nas 24hs do dia, 2 boxes de observação, 1 sala de preparo da paciente obstétrica e 1 sala para realização de monitoramento do batimentos cardíaco-fetais). O Centro Obstétrico, área restrita e de circulação restrita, é composto por 1 sala de recuperação com 4 leitos, 2 salas de pré-parto com 3 boxes cada, cadeiras para o acompanhante, 2 salas de parto normal, 2 salas de parto cesáreo, 1 sala para procedimentos cirúrgicos e 4 berços para admissão de recém-nascido).

A equipe multiprofissional da área é composta por diversos profissionais, sendo que o Assistente Social e o Psicólogo realizam suas atividades para além do CO, que atendem às usuárias nas 24hs do dia (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Equipe multiprofissional que atua no CO.

<b>Funções</b>	<b>Quantitativo</b>
Coordenador Médico	1
Chefia de Enfermagem	1
Enfermeiro	8
Técnico de Enfermagem	45
Médico (Obstetras e Pediatras)	26
Agente de Atendimento – Recepção PA Obstétrico	3
Auxiliar de Farmácia	5
Assistente Social (Alojamento Conjunto)	1
Psicólogo	1
Residentes da Ginecologia e Obstetrícia	3
Anestesista	3
Auxiliares de Higienização	3
<b>Total :</b>	<b>100</b>

Fonte:Sistema ADPWEB – Relatório: Quantitativo/Função/área CO-out/13

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os convidados a participar do presente estudo, são profissionais integrantes da equipe multidisciplinar que laboram no Centro Obstétrico do HU. Eles aceitaram participar de forma espontânea da pesquisa sendo que sua participação nos grupos focais ocorreu fora de seu turno de trabalho.

O convite para participação dos GF foi realizado a todos profissionais da área nos diferentes turnos de trabalho, e, buscando os profissionais que atendessem aos critérios de inclusão definidos para este estudo.

Como critério de inclusão foi definido que os profissionais tivessem comprovada atuação no CO do HU por um período igual ou superior a três meses. O número de participantes foi definido pelo aceite em participar dos GF.

Durante a etapa de esclarecimento da temática e dos objetivos da pesquisa foi assegurado aos participantes que os dados coletados seriam utilizados única e exclusivamente para o alcance dos objetivos do estudo. O esclarecimento dos aspectos éticos ocorreu mediante a leitura individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE.O cuidado em manter o sigilo e a forma com as informações coletadas buscou trazer clareza e segurança aos participantes sendo-lhes assegurado que a participação no estudo não traria prejuízo em nenhum aspecto seu trabalho.

Os participantes dos grupos focais somaram 13 integrantes da equipe

multidisciplinar: 1 médico residente, 2 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 auxiliar administrativo e 1 estagiária do 8º semestre do curso de psicologia. A representatividade da Enfermagem nos grupos focais foi a maioria justifica-se por ser 54% do quadro funcional. Os integrantes da equipe médica do CO e da Neonatologia foram convidados havendo o comparecimento de 1 médico nos dois GF.

A duração mínima de 60 minutos e máxima de 90 minutos por grupo foi respeitada. O primeiro grupo focal foi composto por seis e, o segundo contou com 7 participantes. Seguindo a recomendação de Barbour e Kitzinger (1999), os participantes selecionados, eram indivíduos de dentro de um grupo e, que convivem diretamente com o assunto discutido e, possuem profundo conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes.

A fim de preservar a identidade das participantes, utilizou-se a letra P ao referir a fala da pessoa participante do GF e o número do participante.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Observar o ser humano é uma das formas de conhecer e compreender os acontecimentos e principalmente as interações estabelecidas durante o processo do parto. A inserção do pesquisador, em turnos diversos, no período de janeiro de 2013 a julho de 2013, objetivou acompanhar a rotina de trabalho e as práticas assistenciais no Centro Obstétrico. Constitui-se esta etapa, um processo fundamental por trazer, proximidade com a equipe, interação e conhecimentos das práticas de cuidado empreendidas pela equipe. O estabelecimento de um vínculo do pesquisador com a equipe constitui-se em um fator fundamental para adesão dos trabalhadores, nos grupos focais.

Compreender os fenômenos que ocorrem no CO, analisar com profundidade os relatos das usuárias, os acompanhantes e as interações com a equipe, permitiu à pesquisadora avaliar quais os conhecimentos que o grupo produz e qual forma que as modificações das práticas de cuidado que estão sendo instituídas neste espaço.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a técnica do Grupo Focal (GF), onde se entende que a partir da interação grupal pode-se promover uma ampla problematização sobre a temática em estudo.

Utilizou-se como recurso de contexto inicial para os participantes ,a projeção editada de um vídeo documentário lançado no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2012, intitulado“Violência obstétrica – a voz das brasileiras”,produzido e dirigido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. (BIANCA et al., 2012)

Após a acolhida aos participantes houve a projeção editada do vídeo. O vídeo documentário, na íntegra , possui 52 minutos de gravação sendo produzido a partir de depoimentos reais de mulheres, gravado em suas casas, com recursos de webcam, celular e máquina fotográfica. Esta produção foi possível pela união das mulheres em rede, com o objetivo de trazer informações sobre os direitos das mulheres nas diferentes situações, durante a após o parto em diversas regiões do Brasil.

Com o objetivo de contextualizar aos participantes sobre a temática central deste estudo, o vídeo documentário foi editado e reduzido para um tempo de vinte minutos, sendo que, imediatamente após a projeção do documentário, os participantes iniciaram a falar de forma espontânea, relacionando as situações do dia-a-dia no CO com o documentário que assistiram.

Como forma de apoiar os participantes dos Gfs para as questões centrais do estudo, foram formuladas questões abertas , visando trazer ao grupo a percepção que possuíam quanto a práticas humanizadas que ocorrem no CO, bem como a identificar os fatores facilitadores e os nós críticos decorrentes das práticas humanizadas na assistência. Conhecer quais as atividades educativas que o grupo percebe como possibilidade a serem desenvolvidas no CO e como fortalecer as práticas humanizadas foi o terceiro questionamento realizado ao grupo.

A realização da discussão dos Grupos Focais foi conduzida pelo próprio pesquisador que desempenhou a função de moderador e contou com apoio de um auxiliar.

A discussão focal é uma técnica de coleta de dados associada ao método qualitativo, pois há o entendimento de como se formam as diferentes percepções e relações presentes num grupo sobre determinado fato, prática, tema. A vantagem da discussão focal, diferente da simples entrevista grupal, é a possibilidade de observar a interação discursiva do grupo sobre determinado conteúdo em um período de tempo limitado. A essência do Grupo Focal é apoiar-se na interação entre os

participantes para colher dados com base em tópicos fornecidos pelo pesquisador e depois analisar essas interações. (CARLINI-COTRIM 1996; GUI, 2003; FLICK, 2004; POPE;MAYS, 2005).

A escolha da técnica do grupo focal neste trabalho fundamenta-se por ela favorecer o compartilhamento de experiências, por sua dinamicidade e principalmente por se constituir em uma técnica que favorece a construção coletiva de conhecimentos. Estudos que utilizaram o grupo focal demonstram ser uma discussão e troca de experiências em torno de determinada temática. (BACKES, 2011).

As falas dos grupos focais foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram duração média de 60 minutos, o primeiro grupo, e 90 minutos o segundo grupo focal.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Inicialmente fez-se a leitura das falas transcritas, definindo-se as temáticas evocadas pelo coletivo para, posteriormente, definir as categorias de análise de modo que permitisse agrupar os temas com características em comum ou que se relacionavam no contexto a ser pesquisado. Por fim, interpretou-se os dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto (BARDIN, L. 2011).

A realização de dois grupos focais (GF) ocorridos no mês de agosto de 2013 contou com sete participantes em um grupo e , seis participantes respectivamente, no segundo grupo. Os participantes representavam a área Assistencial multiprofissional e, 1 representante da área médica aceitou participar dos GF. A coleta dos dados ocorreu conforme descrição.

A Análise de Conteúdo descrita por Bardin como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p.48).

O objetivo na utilização deste método para este estudo, buscou chegar a inferências lógicas com base nas unidades de codificação ou de registro que

organizam os dados coletados em categorias. A Análise do conteúdo está relacionada com a linguística enquanto procura conhecer aquilo que está por trás das palavras. Ela trabalha a palavra ou a prática da língua realizada por emissores enquanto estes expressam significados. Por isso, a Análise do Conteúdo está relacionada com a parte semântica da linguística, que é o estudo do sentido das unidades linguísticas. O ponto de partida é a compreensão da linguagem como expressão da realidade ou como significado (BARDIN,2011; MINAYO, 2010).

Para a análise das informações foi realizada uma leitura completa das transcrições dos encontros dos GF com o objetivo de selecionar as falas pertinentes aos objetivos da pesquisa. A análise do material escrito seguiu as propostas de Bardin (2011), Minayo (2010), Gomes (2003), em que buscou compreender as percepções de humanização no contexto do CO do HU.

A análise de conteúdo é uma forma tradicional na pesquisa qualitativa, pois envolve a categorização de tópicos relevantes às questões pesquisadas, o discurso, a observação do comportamento e a comunicação não-verbal. (GOLDIM, 2003). Para Minayo (2010), envolve compreender o centro da questão proposta visando a atingir os objetivos e abrange três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com interpretação.

Na pré-análise, primeira fase, organiza-se o material a ser analisado e definem-se os trechos significativos de acordo com a proposta do estudo. Para Gomes (2003), as questões estudadas abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si e podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Faz-se uma releitura da totalidade do material para ter uma visão global dos dados e anotações para posterior interpretação (GOLDIM, 2000). Realizar-se-á a leitura repetida de todo o material coletado, em função dos objetivos do trabalho, para esclarecer a variedade de perspectivas produzidas pelos sujeitos de pesquisa.

A exploração do material, segunda fase, é o momento da codificação, ou transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. É a fase destinada a esclarecer as percepções objetivadas, referidos pelos participantes da pesquisa (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Na terceira fase, tratamento dos resultados e a interpretação, deve-se tentar desvendar, naquilo que tem a ver com tema e objetivos, o que está subjacente ao conteúdo (GOMES, 2003). A partir disso, poderão ser propostas inferências e

interpretações em torno de outras dimensões teóricas, sugeridas pela leitura pertinente ao tema. (MINAYO, 2010).

Ao término da análise das informações coletadas, emergiram quatro categorias, desvelando-se, dessa maneira, as percepções que os participantes têm sobre as práticas humanizadas que ocorrem no CO atualmente e quais os rumos e propostas educativas a serem construídas por este coletivo. As categorias são:

- a) a percepção da equipe sobre práticas humanizadas;
- b) trabalho despersonalizado e robotizado do cuidado;
- c) fragmentação do cuidado e as relações de poder;
- d) disposição da equipe para aprender.

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

Após a aprovação do presente trabalho na Banca de Qualificação em janeiro de 2013, este recebeu a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e do Sistema de Saúde Mãe de Deus (ANEXO 2).

Os aspectos éticos do presente estudo obedecem rigorosamente à Resolução Nº Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), e às orientações estabelecidas pelo CEP da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS, 2012). Para cada pesquisado convidado, procedeu-se ao esclarecimento e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) sendo que, após anuência deste, assinou-se o termo. O princípio básico do consentimento informado é a transparência quanto aos procedimentos e quanto aos direitos e deveres de todos os envolvidos no processo de pesquisa. (SPINK; MENEGON, 1999).

O pesquisador guardará o material, resguardando a privacidade e confidencialidade dos nomes (identificações) das participantes garantido o anonimato delas. Quanto aos conteúdos/informações, serão utilizados exclusivamente para a produção científica. A pesquisa estará atenta a três cuidados éticos: o consentimento informado, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisadores e participantes. (SPINK; MENEGON, 1999). Os resultados da pesquisa serão de domínio público.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir apresentam-se as quatro categorias que emergiram na análise deste estudo, as quais desvelam as percepções dos participantes acerca das práticas humanizadas que ocorrem no CO, bem como sobre as possibilidades de rumos e propostas educativas a serem construídas por este coletivo. Como já foi referido as quais foram constituídas por: a percepção da equipe sobre práticas humanizadas; trabalho despersonalizado e robotizado do cuidado; a fragmentação do cuidado e as relações de poder; a disposição da equipe para aprender.

### 5.1 PERCEPÇÃO DA EQUIPE SOBRE PRÁTICAS HUMANIZADA

Na primeira categoria de análise constituída no presente trabalho, identifico qual a percepção<sup>1</sup> que a equipe de saúde tem em relação às praticas humanizadas que efetivamente já ocorrem no CO do HU.

Os participantes do estudo referiram de maneira clara que no HU, somente em 2012, foram implementadas ações no HU que atendem à Lei 11.108/2005 que garante o direito de acompanhante à gestante. Este fato constituiu um importante avanço no que diz respeito às práticas humanizadas no ambiente do CO. Principalmente nas relações dos profissionais com as usuárias, possibilitando e ampliando a capacidade de conversa, escuta e interação. Neste sentido, as falas a seguir retratam a percepção dos participantes:

*[...] é e me chamou bastante a atenção também a questão do acompanhante. “como é importante já que eu estou no espaço, um espaço que me é estranho, com pessoas que me são completamente estranhas” (a usuária referindo-se ao CO e os profissionais) como é importante que eu ter alguém afetivamente aqui comigo, como ajuda?(P1)*

Para P1, a presença do acompanhante traz para a usuária maior segurança e proteção no momento do parto, vindo ao encontro do conceito de acolhimento por ser este um momento único na vida dela. Deste modo, observa-se que o relato de

---

<sup>1</sup> Percepção: ato, efeito ou faculdade de perceber. Perceber: apoderar-se de, aprender pelos sentidos. 1. Adquirir conhecimento de, por meio dos sentidos. 2. Formar ideia de, entender, compreender. (FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa. 3ª ed.)

P1 valoriza e aceita a presença do acompanhante estando, desta forma, alinhado com as propostas da política de PNH, onde refere-se que a presença do acompanhante interfere de modo significativo e positivo no cuidado à gestante.

*[...] tem que ficar ao lado da paciente e que tá ali pra dar apoio pra ela, fazer massagem, ficar junto dela, conversa um pouco com ela, a gente insere ele junto na, a gente ensina a fazer massagem na, na parte que dói, né, direitinho e eles fazem [...]. (P2)*

O P2, profissional da equipe de enfermagem, relata o quanto representou no momento do trabalho de parto, a presença do acompanhante<sup>2</sup> e como este fato contribui e agregou de forma positiva na rotina dos profissionais no CO, proporcionando maior interação com os pais e possibilitando o desenvolvimento de ações educativas no que diz respeito ao trabalho de parto, parto, nascimento, entre outras questões.

*Ai, eu sinceramente tenho muito orgulho de trabalhar aqui, de todas as mudanças que a gente conseguiu, é um trabalho de formiguinha? É, a gente não conseguiu assim, grandes, entendeu? Mas pequenas mudanças que fizeram muita diferença, né, como o familiar ficar junto o tempo todo, foi uma vitória, porque antigamente só entrava na hora do parto, às vezes a gente não achava, às vezes a gente não conseguia chamar, agora ele fica ali junto o tempo todo, desde o preparo até tá junto com a paciente. (P3)*

De acordo com Boaretto(2001), apesar de o termo humanização estar se incorporando gradativamente nas práticas de intervenção e em várias áreas de conhecimento nas instituições de saúde, ele possui diferentes sentidos e significados dependendo do papel que o profissional de saúde ocupa na organização. Na fala dos P1 e P2, eles valorizaram e identificaram que a presença do acompanhante durante o pré-parto e parto trata-se de uma etapa importante e fundamental no estabelecimento de um vínculo, uma relação mais próxima com as usuárias.

A multiplicidade de interpretações do termo *humanização do parto*, segundo DINIZ (2005) traz ao cotidiano dos serviços de saúde, em especial no CO, um

---

<sup>2</sup> Lei do acompanhante: Inicia a vigorar a LEI Nº 11.108, em 7 de abril de 2005 onde lê-se no Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

conjunto amplo de propostas de mudança na prática e a incorporação de conceitos novos, desafiadores para equipe e por vezes conflitantes.

As possibilidades que surgiram no cenário da saúde com as propostas de inserção de práticas humanizadoras nas maternidades possibilitaram, principalmente às profissionais mulheres, identificarem-se no papel de protagonistas destas melhorias. Entretanto, Rattner (2009) salienta que a maior parte das práticas adotadas no atendimento ao parto foi implantada a partir do final dos anos 90, por vezes, sem critérios de avaliação. Com isso, muitas práticas benéficas têm sido utilizadas de forma inadequada, gerando divergências entre os profissionais que laboram nos CO.

Em ambos os grupos focais, houve consenso nas falas dos participantes no tocante à presença do acompanhante, como sendo algo benéfico ao processo de trabalho de parto e nascimento. Os participantes relatam que o fato de terem a possibilidade do acompanhante no CO já é por si só um grande diferencial no CO do HU. Percebe-se, entretanto, na fala do P3, que, mesmo reconhecendo os benefícios da presença do acompanhante e das práticas humanizadas como sendo vitórias conquistadas na realidade do HU, este trabalho evoluiu de forma mais lenta do que sua expectativa. A própria participante compara o trabalho desenvolvido no CO ao de uma "formiguinha".

*E seria importante... tem que levantar, a mãe...a mãe precisa caminhar, a mãe precisa ir no banheiro, precisa comer, e tu precisa ajudar ela, ela quer ajuda-, eu acho até que o, claro, isso é impossível, um acompanhante, né, se é, mas acho que o acompanhante tem muito mais utilidade aqui no SR do que no pré-parto.(P5)*

Com a fala do P5, constata-se que no CO o acompanhante está presente nas fases de pré-parto e parto. Atendendo de forma parcial ao que diz a Lei nº 11.108/2005, que preconiza a presença do acompanhante no período do pré-parto e parto e, também, no pós-parto. O participante relata as necessidades fisiológicas que a mãe tem após o parto imediato e, diz que seriam melhor atendidas se o acompanhante permanecesse apoiando-a nesta fase também.

Outro ponto importante destacado nesta categoria refere-se à prática humanizada que está relacionada à referência e contra-referências das usuárias dos serviços de saúde

*Isso a gente já tem uma melhoria nesse sentido, a gente já tem uma parceria com a rede (referindo-se à Unidade Básica de Saúde) que, uma vez por mês as gestantes vêm conhecer a maternidade, daí elas conhecem a equipe que vai atender ela, principalmente a equipe de enfermagem, né, que a gente vai estar, mas é fixa, essa é uma melhoria que a gente já começou a implantar e[...] (P6)*

Os participantes relatam que as práticas humanizadas de fato, representam uma importante forma de construção de um vínculo com a gestante e a equipe de saúde durante todo o período gestacional. A aproximação dela no espaço físico, local onde, em breve, estará ocorrendo o parto, propicia o estabelecimento de relações entre os profissionais e a usuária. Neste espaço, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, há o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades-demandas (MEHRY,1997,p.135). Portanto, deve-se considerar o desenvolvimento de cada um com respeito às individualidades, às crenças e à cultura.

Neste sentido, emerge o valor do acolhimento, identificado pelo P6, quando relata “[...] a gente já tem uma parceria com a rede” referindo-se ao momento formal em que os serviços de saúde propiciam uma aproximação entre si. Entretanto, conforme o preconizado na PNH, (BRASIL,2004) o que legitima e favorece a construção de uma relação de aproximação e confiança dos usuários com os profissionais das equipes e serviços do hospital é o acolhimento que ocorre durante toda gestação com os encontros e desencontros que a usuária estabelece com o HU.

De acordo com a PNH (BRASIL,2004,p.9),acolhimento significa:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele,ouvindo sua queixa,permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias,e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Desta forma, é possível perceber que o acolhimento, presente nas relações e nos contatos da usuária com os serviços de saúde do HU, é uma possibilidade de reinventar e fortalecer as práticas humanizadas existentes, ampliando e criando laços de aproximações com as gestantes, antes mesmo delas virem ao CO para o momento do nascimento do bebê.

Outra questão ainda relacionada às práticas humanizadas foi observada a partir do relato dos P4, P1 e P6 que referiram perceber que a segunda prática

humanizada mais freqüente no CO é o contato pele a pele do recém nascido com a mãe imediatamente após o nascimento:

*[...] assim, as gurias têm mais experiência que eu, né, mas aquele momento ali, né, eu senti que desde o bebê e a mãe usam aquele tempo ali que fica mãe e bebê, aquele contato pele a pele, várias vezes, os bebês sugando, e já bem antes quando eu cheguei as gurias já me passaram isso, lá no CO, de por o bebê pra mamar, a primeira vez que eu consegui fazer isso, gente, eu chorei, porque as gurias já faziam (pigarro), desculpe, daí eu coloquei o bebezinho saiu assim, é lindo, e deu pra ver, deu tempo, que elas ficam, tanto o bebê quanto a mãe.(P4)*

*[...] o vínculo, estabelece um vínculo imediato [...]. P1:*

*Uma coisa que eu queria colocar é a parte que não foi falado muito, da pediatria da relação que é depois que o bebê nasce que eu noto que mudou bastante assim, desde que eu entrei aqui no hospital e até agora, a gente tenta bastante fazer contato pele a pele, tentar fazer que mame, claro que muitas vezes é na correria, já nasceu um, já tá nascendo outro e não tem como deixar ali, já-, é tudo muito corrido, mas quando dá a gente tenta, mesmo cesárea, né?(P 6).*

A valorização e a importância do momento de colocar o RN em contato pele a pele com a mãe pela equipe trazem na fala do P6, o dilema no cotidiano dos profissionais do CO, que entre outros aspectos é soma da elevada demanda de trabalho com a necessidade de profissionais capacitados tecnicamente, e com atitude disponível para esta mudança.

As práticas consideradas humanizadoras e descritas como diretrizes de assistência humanizada ao parto e nascimento pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tem seu início no pré-natal na rede de assistência, na qualidade das informações disponíveis para gestantes e familiares, no respeito à privacidade e direito de escolha da forma do nascimento e de quem será o acompanhante. Além disso, o manejo da dor, alívio por meios não invasivos como: duchas, massagens, técnicas de relaxamento.

Embora a redução da iluminação da sala do parto na hora do nascimento não se constitui numa prática que tenha adesão plena de todos profissionais, foi reconhecida nos grupos focais como sendo um passo importante a ser dado na consolidação das práticas humanizadas, conforme a fala a seguir:

*[...]e a equipe médica também aceita as luzes apagadas também, todo mundo aceita, a equipe pediátrica [...]. (P2)*

A percepção dos participantes dos GF, em relação às práticas humanizadas

implementadas no CO do HU, referem-se a alguns itens como o cumprimento parcial da “Lei do Acompanhante”, principalmente quando a prática trouxe algum benefício para os integrantes da equipe.

Não se constata, uma implicação do conhecimento do conceito sobre o que de fato é um cuidado humanizado a citar: acolhimento com orientações sistematizadas a todos envolvidos, banho e ducha morna, massagem, presença de doula, a escolha da parturiente quanto à posição na hora do parto, ambiência para deambulação durante todo trabalho parto.

Segundo Rattner(2009), há um reconhecimento, no Brasil, de que a presença de um acompanhante,por escolha da mulher, na hora do parto, como sendo a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem sucedido pela menor probabilidade de utilizar analgesia e maior satisfação.

Assim, esta categoria demonstra que algumas práticas humanizadas estão ocorrendo no ambiente do CO. Entretanto, ainda há espaço para ampliar o debate junto à equipe multiprofissional, com vistas à redução das intervenções centradas nos modelos mais tradicionais de cuidado à gestante.

## 5.2 TRABALHO DESPERSONALIZADO E ROBOTIZADO DO CUIDADO

O intenso ritmo de trabalho no COe,a busca incessante em atender rapidamente a todas usuárias no tempo e qualidade adequada, é traduzido pelos participantes de ambos os Grupos Focais como uma sobrecarga de trabalho e, por vezes com uma fala desprovida de emoções que traduz *arobotização do cuidado*. Na descrição de como as tarefas do cotidiano diário são desempenhadas no CO, emerge um forte sentimento de frustração e,o grupo expressou como sofrimento dos profissionais, em função da dificuldade em prestar um atendimento de forma mais acolhedora, integral e personalizada às usuárias.

A necessidade de revisão e atenção apontada pelos participantes referente ao processo de trabalho fez emergir a Categoria 2 “**trabalho despersonalizado e robotizado do cuidado**”. Entendendo que aí há a tradução de todo o sentimento gerado pela equipe de saúde. Importante também observar que os profissionais são seres humanos que têm ânsia de serem tratados com respeito e valorização. Eles necessitam ser ouvidos e terem um espaço adequado de escuta, estabelecer vínculos, construir diálogos para desenvolver todo o seu potencial relacional e trazer

significado efetivo ao processo de trabalho. Nas falas a seguir, é possível perceber que o ato do nascimento por vezes torna-se “normal” e rotineiro para os profissionais do CO, despersonalizando o indivíduo e a família.

*[...] que nem hoje deu seis partos, aquilo fica meio que, não assim, mas fica meio que, aquilo mecânico, sabe, muito normal fazer parto, muito normal ver criança nascer, muito normal ver as perna aberta lá, sabe aquilo tudo fica muito normal pra ti[...]. (P6)*

Na fala do P6, constata-se a preocupação e o sofrimento de um profissional em conflito com seus valores pessoais e profissionais a fim de prover conforto, ajudar no momento do parto de forma única, individual, preservando a grávida do excesso de exposição. Entretanto, este profissional empreende um esforço pessoal ao tentar evitar que este cuidado que ele realiza se torne mecânico, normal e rotineiro.

Conforme Dejours (2002), o trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por suas aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que integram sua história passada. Entretanto, a organização do trabalho ocorre por vontade de outros, sendo que o trabalhador se coloca à disposição da empresa para a realização da tarefa. Quando a relação do trabalhador com a empresa é bloqueada, o sofrimento começa e torna o trabalho fatigante, ocasionando sentimentos de desprazer e tensão.

*[...]nossa! E naquele dia tinham sido seis, então, pra gente que trabalha, falta eu acho um trabalho pros profissionais, sabe, porque a gente que tá lá, fica tudo muito normal, vira uma rotina, sendo que não é normal um parto, mas não é tão normal assim, sabe? É uma vida que se ganha pra uma mãe é uma vida que se ganha pra uma família, sabe[...].(P4)*

*[...]como eu falei, fica mecânico aquilo, sabe, é papel, papel, papel, e tem que correrdo sentimento[...] Se eu pudesse ficar só com a paciente seria a maior maravilha do mundo.(P6).*

Na fala do P6, fica claro o grau de sofrimento e, os sinais de frustração resultantes de um processo de trabalho mecânico e rotineiro principalmente trazendo o dilema pessoal estabelecido entre “seguir com a rotina de excessos de registros em papel” ou ser cuidadora seguindo seu desejo e motivação ao referir que “seria a maior maravilha do mundo”.

Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, orientar, estabelecer vínculos são quesitos indispensáveis e defendidos no Programa de Humanização no

Prénatal e Nascimento (PHPN) instituído pelo MS. Concretizar esses quesitos no cotidiano dos profissionais para que as práticas assistenciais efetivamente sejam mais humanizadoras, representa um desafio para todos no CO.

*[...] experimentando com a mãe, ajudando, né, daí tu fica com aquilo ali na tua cabeça, né, eu tenho que fazer a checagem, eu tenho fazer os papéis, a gente fica pensando nisso, né, meu horário tá correndo, entendeu? (P2)*

Na busca da compreensão melhor da linha do tempo e na tentativa de encontrar uma resposta para o ponto chave, de quando, na trajetória da Enfermagem, os profissionais do CO, que certamente são humanos, mas em determinados processos e momentos do atendimento, acabam robotizando e mecanizando os cuidados assistenciais, se desumanizaram?

Como se migrou de um atendimento em que os partos eram assistidos em domicílio, junto da família para uma forma de tornarem o parto semelhante a um processo produtivo de uma fábrica?

Segundo Rattner, Amorine, Katz (2013), na retrospectiva histórica da evolução do parto no século XX, o modelo preconizado de parto era predominantemente domiciliar realizado por parteiras e visto como um processo natural e fisiológico até cerca 1940. A partir deste período, decorrente do advento da antissepsia, antibioticoterapia e da hemotransfusão, a hospitalização para o parto tornou-se necessária com a possibilidade de realizar procedimentos de forma mais segura. Concomitante a este momento, houve o aumento do uso do fórceps e de episiotomias, que permitia atender rapidamente a grande demanda, para um crescente aumento de partos hospitalares em todo mundo.

Nesse processo de migração do parto domiciliar para hospitalar, as mulheres grávidas passaram a ser vistas como pacientes e iniciaram os procedimentos e práticas padronizadas como jejum, tricotomia, enteróclise, venóclise que se difundiram como rituais e rotinas sem fundamentação científica.

A abordagem industrial e tecnicista em relação à saúde também contribuiu para que os hospitais se desenvolvessem como locais privilegiados em se tratando de equipamentos caros e sofisticados, atraindo profissionais médicos especializados passando à população uma imagem de assistência organizada e segura. Entretanto, Braga e Paula (1986), dizem que, como resultante de uma assistência organizada, seguiu-se a clássica tríade das avaliações de qualidade (estrutura-processo-

resultado).Um dos componentes do processo assistencial é a relação interpessoal que ocorre no ato e a ela tem sido associado o conceito de humanização.

Desta forma, Sabatino (2010) contextualiza que quando a mulher entra em um estabelecimento para parir, é como se ela entrasse em uma linha de produção com rotinas e procedimentos técnicos despersonalizantes.

*[...] não, eu tenho a impressão que assim, ó, falando bem fora, né,mas é uma rotina que as pessoas não olham aquele paciente assim em específico assim, ah, é uma rotina de trabalho, ah, não sei explicar muito, mas ah, vira aquela rotina, tipo assim, “tchê, tu não foi pro quarto”? P5*

O P5 refere-se à forma rotineira que se estabelece no âmbito do CO, quando da alta da usuária no pós parto, que localiza-se na área do CO, independente da condição individual da usuária para ir ao quarto no Alojamento Conjunto. O uso de expressão típica regional do sul do Brasil “tchê” evoca uma relação de informalidade, porém acusativa, pois transfere a responsabilidade do profissional da saúde para usuária. Ao invés de colocar-se na posição da usuária, avaliando-a e escutando-a de forma individual e empática sobre sua condição após o nascimento, verificar se o RN está em segurança e acolhido por ela, percebe-se que ela julga que a paciente tenha suficiente autonomia em sair do CO de um hospital sem ter sido autorizada ou liberada pelos profissionais.

Para Dejours (1997), a ênfase dada pela organização hospitalar em desenvolver, padronizar e concentrar recursos e processos como mecanismos de controle, sobrepõe-se à subjetivação dos sujeitos, produzindo efeitos nem sempre desejados e esperados. A docilização e disciplinarização dos corpos também infantilizam, descomprometem, desresponsabilizam e despotencializam os trabalhadores.

Frente às falas dos participantes, percebe-se a urgência e a necessidade de mudança de atitude dos profissionais que atendem as usuárias no CO e o olhar da gestão do hospital para apoiar no preparo e no desenvolvimento, de maneira que fortaleçam e permitam estes profissionais estabelecerem relações e vínculo de forma individualizada com cada individual as usuárias.

### 5.3 A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO E AS RELAÇÕES DE PODER

O processo de trabalho em saúde, em especial nas instituições hospitalares, ainda nos dias de hoje, apresenta sinais e sintomas do processo e da organização de trabalho com origem na década de 1970. A aplicação das teorias da administração, principalmente da Escola Taylorista, trouxe ao Brasil modelos rígidos voltados ao processo e ao resultado que, inicialmente, foram desenvolvidos para promover eficiência e eficácia dos processos produtivos e industriais. Esses processos foram incorporados no dia-a-dia dos hospitais na década de 80 visando racionalizar e padronizar as atividades nos hospitais. Entretanto, a implantação destes modelos por vezes sobrepôs-se à essência e à atividade-fim dos hospitais: o cuidado humano.

“Essas instituições hospitalares se organizam sob regras rígidas que auxiliam no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo em que propiciam a defesa dos interesses em oposição à reflexão sobre a integralidade do processo assistencial”. (PIRES, 1996, p.12)

O modelo assistencial decorrente da organização do processo de trabalho vigente no CO do HU atualmente é exercido por diversas categorias profissionais, a saber: médicos obstetras, médicos pediatras neonatologistas, anestesistas, enfermeiros obstetras, técnicos de enfermagem, auxiliares de farmácia, residentes e acadêmicos de medicina. Entretanto, apesar da coletividade existente, que mais se aproxima de um agrupamento de profissionais, também é centrado no modelo biomédico.

A integralidade<sup>3</sup>, com seus múltiplos sentidos que traduzem atributos e valores desejáveis nas práticas humanizadas no momento do parto, contrapõe-se ao modelo biomédico, que consiste na busca de patologias no uso de tecnologia duras, e em intervenções e procedimentos que desconsideram o processo fisiológico da parturição. (RATTNER, 2013).

Ao refletir sobre a perspectiva da integralidade, tão visceral e necessária no

---

<sup>3</sup>Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção de saúde. Prevê-se portanto a cobertura em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações) capaz de viabilizar uma atenção integral.

Ref : MS . Humaniza SUS Documento base para gestores e trabalhadores -4ª edição Brasília DF 2008.

momento do parto e nascimento, e na busca efetiva de produzir práticas com significado e humanizadas, percebe-se, na fala dos participantes, a dicotomia que vivenciam no cotidiano da prática no CO do HU:

*[...] Acho que essa questão da abordagem do atendimento, acho que, talvez, de primeira mão, a técnica que vai preparar o paciente, vai abordar, vai conversar, vai explicar, e passou dali, vai lá pra dentro e talvez outra não vai tratar da mesma forma, é uma abordagem diferente, daí, daí vem o médico, então, todo....., as abordagens teriam que ser igual assim, padrão, o mesmo atendimento, o mesmo-, e isso não tem, entendeu? Isso é uma coisa que [...].(P2)*

A fala do P2 retrata o modo fragmentado do processo de acolhimento e atendimento. O acolhimento às usuárias e acompanhantes tem seu início no Pronto Atendimento Obstétrico, no momento em que a equipe de enfermagem recebe a usuária, orienta e explica, informando-a sobre o que ocorrerá durante o trabalho parto. Essa abordagem, na percepção do participante<sup>2</sup>, modifica-se no momento em que a usuária recebe o atendimento médico. Na fala dela, é possível conhecer, o valor que o enfermeiro deposita em sua atividade e, por outro lado, o sentimento de desconforto e a frustração quando percebe que o acolhimento realizado por ele, é descontinuado e desconstruído após a chegada do profissional médico:

*[...] daí vem o médico, então, todo [...]., as abordagens teriam que ser igual assim, padrão, o mesmo atendimento, o mesmo-, e isso não tem, entendeu?(P2)*

Os valores compartilhados na cultura das organizações de saúde que prevalecem ainda no cotidiano são: a fragmentação, as relações hierárquicas de trabalho e o trabalho individualizado de profissionais. Conforme Ayres(2005), as tecnociências biomédicas são orientadas por um horizonte normativo e restritivo em relação ao que se entende hoje por saúde, como humanização e a integralidade.

É possível observar as configurações das equipes de trabalho resultantes dessa cultura. Representativamente, são agrupamentos de profissionais que desempenham de forma desintegrada as suas ações, sem alinhamento e interação comunicacional, trazendo a manutenção da fragmentação das ações, estranhamento e o distanciamento dos trabalhadores nas relações pessoais e com o trabalho que executam incluindo a sua relação com as usuárias. (PEDUZZI, 1998(2001).

O P3 relata sua experiência como profissional, que iniciou sua trajetória no Centro de Tratamento Intensivo Neonatologia -CTINEO - e, após alguns anos, passou a atuar no CO. Esta caminhada profissional lhe possibilita trazerem sua fala quais as práticas que ocorrem no CO e quais os sentimentos evocados quando inserida neste espaço:

*[...] E assim, como eu tinha, eu tive as duas pontas, né, eu sai da NEO, onde trabalhava, e fui pro CO e uma coisa que eu percebo no CO é que assim, ali o que tá em jogo, o que tá em (roda) é a mãe, tirou a criança [OUTRA: acabou o problema], o jeito que tirou, o que que aconteceu, acabou o problema, bom, a mulher tá aqui, inteirinha, bonitinha, a criança-.....só que as duas coisas não desvincula tanto, né, em momento algum desvincula, porque essa mulher vai continuar com dor, essa mulher vai ter um pós-parto difícil, porque o filho tá na UTI, né, uma série de coisas, né, que vai gerar nisso, então não é uma única pessoa, não é uma ruptura, acabou, nasceu acabou, eu fiz a minha parte. Não! (P3)*

Desenvolver formas para a realização de um trabalho coletivo que rompam com a fragmentação do cuidado no HU é um caminho a ser investido e que, certamente, trará resultados efetivos pelas relações entre os sujeitos envolvidos na produção da vida. Romper com a fragmentação do trabalho em saúde “somente será viável com a mudança simultânea dos sujeitos concretos que habitam estes espaços”. (CAMPOS, 2007, p. 42-43).

Urge iniciar um processo de mudança que busque evoluir do modelo atual de práticas fragmentadas da comunicação seccionada vigente, da hierarquização e dos papéis sobrepostos, competitivo, para uma prática efetivamente voltada à atenção das usuárias, de forma coletiva e que exigirá de todos integrantes e profissionais do CO, um olhar profundo do processo de trabalho vigente, fazendo escutar e respeitar a voz das usuárias.

*Nós como enfermeiras cuidamos dos dois, nós estamos nos preocupando com os dois, nós sabemos que a continuidade é importante. Então, só que as duas especialidades estão muito longe uma da outra, eu acho, sabe, que é uma briga de forças, às vezes com alguns profissionais, sabe, não todos, mas tem profissionais que brigam forças e aí, tipo assim, quem sai perdendo “ah, é o chato que não sei o quê”, “é o chato que não sei o quê”(P5)*

Ao refletir sobre a perspectiva da integralidade, tão visceral e necessária no momento do parto e nascimento, e na busca efetiva de produzir práticas com significado e humanizadas, é possível detectar na fala dos participantes, a dicotomia que estas vivenciam no cotidiano no CO do HU:

*Acho que essa questão da abordagem do atendimento, acho que, talvez, de primeira mão, a técnica que vai preparar o paciente, vai abordar, vai conversar, vai explicar, e passou dali, vai lá pra dentro e talvez outra não vai tratar da mesma forma, é uma abordagem diferente, daí, daí vem o médico, então....As abordagens teriam que ser igual assim, padrão, o mesmo atendimento, o mesmo-, e isso não tem, entendeu? (P2)*

O processo de mudança, que representa uma ruptura no atual deverá envolver toda comunidade e a rede de atenção à saúde em que o HU encontra-se inserido. A atenção às usuárias inicia nas unidades de serviço e, o HU representa uma estação na vida das mulheres e é para esta unidade que retornarão. Portanto, ao observar de que forma o cuidado a esta usuária é tido, verificam-se fragmentações e rupturas na relação da rede, mais especificamente das unidades que atendem gestantes, em relação ao hospital. É possível perceber a necessidade da construção de linhas de relações entre os diferentes atores envolvidos no processo para que reforcem o sistema de referência e de contra-referência atual, na fala de P1:

*[...]a gestante está recebendo, todo o apoio de uma equipe, de diversos profissionais e no momento do parto, que são aquelas pessoas que transmitem pra ela confiabilidade e segurança, dependendo de como é que se dá o processo, desse convênio seja ele público ou privado, esse grupo, esse profissional não tem acesso ao hospital, ou não atende ou não pode, por uma série de fatores do próprio processo de atendimento, né. E, isso também causa, assim, uma delas até comentou “eu queria meu medicou queria, né” porque todo o vínculo, toda a confiabilidade, ela se dá durante o período de gestação com aquela equipe, com aquele profissional específico, e aí é importante, só que o próprio processo de atendimento em rede causa, não, [...] e isso também gera medo, principalmente quando, porque é um momento muito inseguro, é uma coisa muito diferente, nova, ou é a primeira vez que você vivencia, ou a segunda, mas é sempre diferente né, então isso também me chamou bastante a atenção, que é nosso cotidiano, porque nós vivenciamos isso, acho que é muito isso, acho que quem trabalha na unidade sente muito[...].P1*

A fala de P1 nos remete ao distanciamento existente ainda hoje entre os atores dos serviços que produzem o cuidado tanto no hospital quanto os que compõem a equipe de atenção no período pré-natal. A concepção de um cuidado humanizado e integral fragmenta-se na prática do conceito quando não é oferecida à usuária a continuidade da presença dos profissionais que a conhecem e que acompanharam sua história pessoal durante a gestação. As tramas que se estabelecem nos diferentes mundos, hospital e unidade, trazem um foco distorcido e

uma lógica perversa para as usuárias: “[...]aquelas pessoas que transmitem pra ela confiabilidade e segurança, dependendo de como é que se dá o processo [...] ao referir-se a equipe que acompanhou no pré-natal”.

Conforme Mehry (2003), em sua escrita sobre o papel do hospital no “Sistema de Saúde: o outro ângulo da integralidade” há a noção de que ao referirmos sistema, está clara e implícita a ideia de um funcionamento harmonioso entre as partes. Entretanto, neste contexto, o conceito de sistema de saúde tem uma concepção idealizada que não se sustenta na prática pelos diferentes campos e lógicas de funcionamento dos serviços que o compõem. Esses muitas vezes operam de formas distintas, com normas e processos diferentes e são acessados de formas desiguais pelos usuários.

A integralidade do cuidado, tão essencial para uma atenção humanizada, não é exclusiva das práticas que ocorrem no CO do HU, ela frequentemente transversaliza todo o sistema que a usuária utiliza no processo gestacional.

O HU representa uma das partes da linha de cuidado às gestantes e elas têm a possibilidade de estabelecer conexões com a equipe do CO em diferentes momentos durante a gestação, tendo em vista que é neste local que são realizados os exames de diagnóstico no laboratório de análises e os exames de ultrassonografias. Repensar o papel do hospital na rede de serviços, conectando a comunidade, em especial as gestantes, de forma a constituir e construir uma prática mais humana pelo fortalecimento do elo da integralidade com um cuidado centrado no usuário que agregará saberes e práticas nas construções de novos coletivos.

Um dos papéis imprescindíveis e necessários para reverter esse cenário de dicotomia, fragmentação do cuidado, é a inclusão dos gestores do processo como um todo, tanto no hospital, quanto da academia e da atenção básica. Eles podem intervir de forma positiva propondo maneiras de fortalecer as relações e preencher as lacunas existentes.

#### 5.4A DISPOSIÇÃO DA EQUIPE PARA APRENDER

Durante os grupos focais realizados nesta pesquisa, buscou-se entender como os profissionais que trabalham no CO percebem as práticas humanizadas de cuidado introduzidas principalmente pela equipe de enfermagem a partir de abril de 2012, como sendo uma possibilidade de mudança comportamental no sentido de

resgatar as relações com as usuárias e equipe para juntos constituir e difundirem conhecimento que o coletivo tenha gerado *in loco*.

A pergunta norteadora dirigida aos participantes que fez emergir a categoria<sup>4</sup>, que buscou detectar quais os pontos dificultadores e os pontos facilitadores que os profissionais enfrentam no cotidiano, para disseminar as práticas humanizadas de cuidado.

Durante o grupo, os participantes referiram que, ainda têm certa dificuldade em relacionar o investimento em práticas educativas sustentadas pelo viés teórico da educação permanente em saúde ao investimento na busca da resolução de problemas no cotidiano do trabalho.

Para Freire (2000), somente quando o indivíduo reflete sobre sua prática e procura melhorá-la está transformando a si mesmo e sendo crítico-criativo. Não é suficiente o sujeito ter consciência de sua situação, ele deve dispor-se a transformar a realidade.

Observam-se na fala dos participantes as questões que são pontos dificultadores para o desenvolvimento de ações educativas e que estão relacionadas com os problemas ligados ao processo de trabalho, como: a falta de um espaço físico adequado, e, a mudança de práticas iniciadas pela enfermagem como novas rotinas e processos. As equipes reduzidas e volume elevado de trabalho representa aos participantes um aspecto dificultador para EPS, o que é evidenciado nas falas dos P2 e P3.

*[...] Eu percebo também, que nessa parte da humanização, pelo menos aqui, (refere-se ao CO) é só praticamente, só a área da enfermagem e sendo que, eu observo que as pessoas que mais precisam não têm, não têm essas palestras, não têm esses cursos que, são os obstetras, nós precisamos, mas os obstetras precisam mais ainda do que a enfermagem[...].(P 2)*

Torna-se evidente, que, para prosseguir com as práticas humanizadas no CO, urge repensar o investimento na forma como esta educação ocorre junto à equipe multiprofissional do CO. O P2 traz em sua fala a participação nas ações educativas como a temática *humanização* possui como atores predominantemente da enfermagem.

De acordo com Meyer, et al. (2006), os profissionais da saúde fundamentam seu saber técnico em ações educativas que seguem a regra da transmissão vertical do conhecimento especializado desvalorizando os saberes construídos no cotidiano

do ato de cuidar. Essa forma de transmissão de conhecimento entende-se melhor quando resgatamos a forma como ela foi se constituindo, fundamentado nas práticas sanitárias do início do século XX. Este saber baseia-se na objetividade e nos modelos tecnicistas clássicos que procuravam explicar o processo saúde-doença. É cada vez mais evidente que as atividades educativas que efetivamente provocam o repensar dos comportamentos e atitudes com valorização do subjetivo e da contribuição dos sujeitos envolvidos, provocam as mudanças das práticas em saúde, entretanto há pouco reconhecimento por parte da equipe nesta forma de conhecimento .

*A gente tá aprendendo e quando tu tá aprendendo, tu demora, tu não tem nada pra fazer [...] daqui a pouco para, chama a fulana, “vem cá, me ajuda”, entendeu? Mas de repente, daqui a pouco, a gente consegue ficar um pouco mais ágil também, né? Todo início é meio difícil[...] e aí a gente tá aprendendo a fazer juntos, mas tá aprendendo[...] (P 3)*

OP3 traz em sua fala, como sendo um dos aspectos dificultadores no processo educativo a forma como o processo de trabalho está instituído no cotidiano do CO. Nesta situação em especial, o participante refere-se ao sistema de informações que encontra-se na fase de implantação . Para tanto, a importância de considerar a variável *tempo* na absorção de novos conhecimentos por todos além dos demais processos assistenciais que lá ocorrem. Este mesmo participante fala sobre a importância do apoio da equipe no processo de aprendizagem, quando diz: *chama a fulana, “vem cá, me ajuda”, entendeu?*

No mesmo momento em que ocorre o reconhecimento de que a forma como está sendo disseminada e introduzida uma nova rotina e que, por esta mudança estar gerando, por vezes, sentimento de ansiedade pelo novo e algumas resistências em não visualizar possibilidades de troca e melhorias no processo do cuidado de forma imediata, no coletivo, emerge a fala empática do participante 2:

*Tu te sobre carrega de repente, vocês tão sobrecarregadas: É que não é culpa da instituição, pra mim é culpa do sistema mesmo, sabe, é necessário [...]. (P2).*

Na seqüência de falas, percebe-se o sentimento evocado pelo coletivo e empático durante este momento de implantação do sistema e a tentativa de justificar esta dificuldade reduzindo o sentimento de “culpa” da instituição direcionando-a ao Sistema de Informações.

As alternativas educativas que os profissionais do CO têm disponíveis no HU atualmente fortalecem a prática por meio de capacitações atreladas a conhecimentos técnicos voltados a processos e rotinas. Estes momentos de capacitação, contribuem para promoção de um cuidado seguro e ágil às usuárias.,no uso de tecnologias, equipamentos e processos assistenciais .

Entretanto, a educação para o processo de trabalho no CO não se restringe ao fortalecimento técnico. A busca por maneiras que valorizem as práticas que lá ocorrem, por meio do resgate da subjetividade do trabalhador, é uma forma de trazer a ele maior satisfação pessoal no que ele faz. A proposta de implantação de ações educativas inovadoras e criativas representa uma possibilidade e uma alternativa que permite intervir de um novo modo para preparar os profissionais para agir como agentes de mudança. Assegurar aos profissionais ambiência e condições para expressarem com liberdade e construírem novas formas de agir, com o apoio da gestão constitui um caminho.

Ainda nesta categoria, quando buscamos identificar pontos facilitadores para o desenvolvimento das práticas humanizadas, é evidente, a necessidade de se ampliar a integração das equipes, sob a forma de rodas de conversa, *rounds*, e, grupos de estudo. Assim, observa-se na fala dos P4 e P3, a seguir, a disposição da equipe em aprender e a vontade em empreender mais investimento em práticas educativas. A preocupação do P4 em incluir todos os atores do CO, iniciando pelos que compõem a área de formação (preceptores e residentes), para uma roda em que ocorressem trocas sistemáticas.

*É o que eu ia dizer, eu acho que nós plantaríamos uma semente melhor se, é claro, se nós começássemos, os obstetras, é muito importante a gente tentar modificar alguma coisa, né, nos procedimentos deles (referindo-se aos os médicos obstetras) mas eu acho que nós deveríamos ah, conversar com os residentes, porque daí a gente planta uma semente, ele modifica a maneira dele, a gente mostra o outro lado da humanização, entendeu? E esses, os obstetras, eles já estão mais, já é um pouco mais difícil de mudar, mas se nós começarmos a mudar os residentes, entendeu?(P 4).*

A questão chave a ser construída, no coletivo, é em aceitar o outro, e construir um grupo de trabalho no CO, que tenha coerência e consonância com as praticas humanizadas.

A comparação de uma prática educativa, os *rounds* multidisciplinares, avaliada como positiva e que ocorre semanalmente no Centro de Tratamento

Intensivo Neonatal fez com que o P3 reproduzisse e sugerisse esta prática como sendo uma possibilidade positiva a ser implantada no CO.

*[...] Fazer um round, já que ele tem na NEO, seria bem interessante se a gente conseguisse ter algum momento, por mais difícil que seja ter algum momento com todo mundo, mas, seria um momento, né, de se[...]. (P3)*

Faz-se necessário desenvolver ações que busquem resgatar a subjetividade que há no trabalho para que encontrem verdadeiro significado e satisfação pessoal no ato do cuidar. Nas falas a seguir, as participantes do GF trazem um retorno valioso do significado do trabalho dos profissionais do CO. Essas profissionais do Alojamento Conjunto (AC) recebem elogios das usuárias e familiares, quando elas se encontram neste setor.

A abertura de uma reflexão sobre a forma como um dos participantes procede no processo do cuidado, no momento do GF, permitiu que ele explicitasse no coletivo o quanto deseja uma nova forma de relacionar-se no trabalho, quando diz:

*Eu vou mudar, se eu dissesse, bah, eu fiquei com vergonha de mim mesma, porque às vezes a gente, nós somos muito mecanicistas, né, eu quero ver ação, “ah, pai, é assim, é sempre assim, é assim que a gente faz” até às vezes até pela exigência e pelas urgências que ocorrem, e a gente não para pra se, pra observar aquilo ali e ver, e será que é assim mesmo, “mas a XXX, ela faz a mesma coisa que eu” só que ela faz diferente, ela tem uma forma diferente de intervir, de falar, de se relacionar (outra: o porquê) e os grupos de conversa, ou reuniões ou, eu acho que nós precisamos de espaços para conversar, mais espaços pra fazer isso[...](P 2)*

Neste momento, surgiram propostas e formas criativas entre os participantes de como valorizar esta produção do cuidado. A contribuição dos P2e P3, no GF, busca encontrar mecanismos de valorização e trazer sentido para o trabalho desenvolvido pela equipe do CO. Busca também a continuidade nas relações estabelecidas junto às usuárias lá, mesmo após sua saída do ambiente conforme sua fala:

*[...] As gurias até acho que até de que elas ficam no CO fechado, né, mas ali no alojamento a gente recebe bastante elogio das gurias lá, (referindo-se aos profissionais do CO) de algumas pessoas, né, não de todas, mas que são-, aquelas que são bem comprometidas, os elogios são[...]. Infelizmente eles acabam se perdendo (os elogios) [...]. P 2*

*E na volta a pessoa diz, “Bah, que legal, tá fiz um bom trabalho, a pessoa me reconheceu”. Infelizmente, não chega. Ah, mas quando a*

*gente faz um bom trabalho.(P3).*

Atualmente, ainda não foi constituído um mecanismo formal de disseminação dos elogios que os usuários fazem do CO, o que é evidenciado na fala do participante 2:

*[...] no CO fechado,né! A equipe que efetivamente produziu o cuidado desconhece o valor e o impacto desta produção”. (P2)*

Ao analisar esta fala, é possível identificar uma alternativa de estabelecer um vínculo entre as relações empreendidas durante o cuidado e a passagem da usuária no CO, tendo como base o elogio da usuária.

O elogio é de fato voltado ao cuidado, às relações estabelecidas, ao momento e à experiência que houve no CO. Por outro lado, para os profissionais conhecerem este resultado, o desfecho avaliado pelo usuário, há necessidade de resgatar o sentido de integralidade do cuidado e o que isso representa para os profissionais.

Os P4 e P3 buscam formas de incentivar os profissionais do CO ao relatar, durante o GF, a experiência que consideram positiva e que está ocorrendo no CTINeo – Centro de Terapia Intensivo Neonatologia. Neste setor, foi instituído um livro que permanece sob o balcão de entrada, onde são oportunizados registros espontâneos de depoimentos dos pais durante a internação de seus RNs (Recém Nascidos).

*Lá na neo a gente tem um caderno, diário, diário de bebê, [...]. (P 4)*

*Ah, tem o diário de bebê na neo mesmo,[...].(P 3)*

*[...]A gente também poderia criar alguns folders pra elas mesmo botar a próprio punho, não precisa se identificar, né, olha[...].(P 4).*

Segundo MEHRY (2002,p. 51), ao descrever a tese 15 da Micropolítica do trabalho vivo em ato, nos traz a reflexão do que representa o trabalho vivo em ato e as resultantes dele:

*É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das praticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras*

Com as falas dos participantes, houve o reconhecimento de que,para que ocorram mudanças nas práticas de cuidado na busca de práticas humanizadas de

cuidado,urge a necessidade de inserção de todos atores envolvidos no processo do cuidado , principalmente os médicos , sendo este aspecto uma etapa fundamental a ser atingida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresento as considerações finais sobre a pesquisa realizada e, resgato o aprendizado que esta caminhada me proporcionou. Esta buscou contribuir, construindo uma proposta que possibilite encaminhamentos para consolidação das práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário, por meio da Educação Permanente em Saúde.

Para o alcance do objetivo principal do estudo, fez-se necessário, inicialmente, conhecer junto aos profissionais do CO quais as práticas humanizadas de cuidado que eles empreendem no local atualmente e, detectar os pontos facilitadores e os pontos dificultadores na disseminação das práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico do HU utilizando os dispositivos da Educação Permanente em Saúde.

A sustentação teórica para este estudo buscou princípios e diretrizes da PNH somados aos conceitos de humanização nos Centros Obstétricos e na concepção da EPS, incluindo, no processo de trabalho do CO do HU.

A coleta de dados ocorreu por meio da realização de dois grupos focais. Após a coleta de dados, fez-se a transcrição e a análise de conteúdo das falas. A partir da análise das informações coletadas, emergiram quatro categorias, desvelando-se, dessa maneira, as percepções que os participantes têm sobre as práticas humanizadas que ocorrem no CO atualmente e os rumos e propostas educativas a serem construídas por este coletivo. As categorias evocadas foram: a percepção da equipe sobre práticas humanizadas, trabalho despersonalizado e robotizado do cuidado, a fragmentação do cuidado e as relações de poder, bem como a disposição da equipe para aprender.

A identificação das participantes dos GF, na maioria, em relação às práticas humanizadas implementadas no CO do HU, referem-se a alguns itens descritos no referencial teórico e a forma com que foram implementadas, principalmente pela equipe de enfermagem. As práticas implementadas que tiveram maior adesão visavam a cumprir o previsto na legislação. A adesão ocorreu principalmente quando a prática trouxe algum benefício para equipe, a exemplo da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Foi possível detectar que, as práticas humanizadas implantadas no processo de trabalho no CO do HU encontram-se veladas em muitas situações do cotidiano,

seja pelo excesso de trabalho, pelas rotinas que tornam o trabalho robotizado ou pelo fortalecimento no uso das tecnologias duras<sup>4</sup> voltadas à tecnologia de informação que resultam no distanciamento dos profissionais dos diferentes sentidos da integralidade, do processo de acolhimento, escuta, empatia e principalmente de colocar-se no lugar do outro e respeitar a individualidade no momento do nascimento.

Observa-se, entretanto, que os participantes da pesquisa, tem forte disposição para investir em práticas humanizadas no CO. Todavia, esta disposição ainda está associada em algumas situações, a ações fragmentadas e pontuais. Esses obstáculos encontram-se pautados na dificuldade da equipe de saúde em se perceberem como os atores mais importantes do processo, além de necessitarem colocarem-se, afetarem-se, sentirem-se parte integrante do processo. Mesmo que isso, em alguns momentos, exija um movimento de “desterritorialização”, ou seja, sair do lugar do conforto.

O processo de produção de saúde no CO e, o atendimento às usuárias centra-se ainda no presente momento, no modelo biomédico prescritor e voltado a uma estrutura terapêutica desconsiderando o parto um processo fisiológico. A mudança , para que o nascimento possa ser fisiológico e menos traumático e invasivo para a parturiente e sua família, requer principalmente a ruptura com modelo atual e o envolvimento de todos profissionais , e, não somente a equipe de enfermagem.

O desenvolvimento de ações educativas com vistas a repensar o modelo biomédico atual, buscando resgatar o foco na preservação das características de cada indivíduo, no diálogo e no investimento nas relações subjetivas decorrentes do encontro com o outro fortalece o foco das práticas humanizadas e representa um passo importante para consolidação das práticas humanizadas.

O repensar a forma como o processo de trabalho no CO atualmente está constituído ,deve contemplar, além de práticas humanizadas, a busca por novos modos de produzir este cuidado, incluindo o protagonismo do outro e, a inclusão de todos os atores envolvidos.

Importante incluir a necessidade de revisão do dimensionamento de pessoal

---

4 Tecnologias duras : aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos;tecnologias leves-duras:aqueelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados , como a Clínica e a Epidemiologia;tecnologiasleves:aqueelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional da saúde e usuário. CECILIO , L.C.O.MEHRY,E.E, 2003

em todos os turnos e equipes alinhando com a produção da área e revendo as atribuições administrativas que afastam os cuidadores de sua essência que é o cuidado humanizado.

Visualizo algumas proposições educativas sob a forma de temas que deverão ser discutidas e validadas pelo coletivo dos profissionais que laboram no CO por meio da EPS sem que estas sejam vistas como protocolo ou rotinas a serem cumpridas, mas, sim, como uma forma de dar continuidade e ampliar as práticas humanizadas já em implantação.

As propostas educativas buscam relacionar e atrelar diretamente os achados dos GF com a análise do conteúdo das falas dos participantes.

A possibilidade de constituir efetivamente a rede de atenção à mulher gestante – referência contra-referência do município Canoas com ações de aproximação da equipe do CO, com os profissionais das Unidades Básicas do Município, e, com a Academia, irá zelar pela integralidade do cuidado das usuárias e prevenir com que ações fragmentadas de cuidado ocorram.

A disposição da equipe em aprender, torna-se possível, na medida em que são propostos momentos coletivos. Nestes, a revisão, reinvenção do processo de trabalho sustentado práticas seguras, com o objetivo único de sustentar o valor de práticas humanizada ao parto são o foco principal. As ações de Educação Permanente em Saúde devem ser disponibilizadas para todos envolvidos na produção da saúde, profissionais, usuárias e seus acompanhantes, gestores e acadêmicos em formação. A utilização de espaços nas salas de espera dos familiares e das usuárias constitui-se importante forma de trocas e construções de conhecimento.

Como forma de valorizar e reconhecer os profissionais que trabalham no CO, evitando com que o cuidado prestado seja robotizado, e que o cuidador realize este de forma despersonalizada o HU, poderá disponibilizar diferentes formas de tecnologias relacionais. Construir com os profissionais, ações que fortaleçam a comunicação interna entre os integrantes da equipe, por meio de murais, painéis, jornal, grupo de e-mails e redes sociais de compartilhamento, elaboração de álbuns de recordações e mensagens dos familiares e usuárias para equipe são algumas formas.

Incorporar ao cotidiano do CO, ações de multidisciplinaridade e de efetiva inclusão, com objetivo de aproximar, alinhar ensino, gestão, usuários e profissionais, que

resultem em equipes integradas , valorizadas e com estímulo à formação de vínculos.

Os resultados desta pesquisa evocaram em mim inúmeras reflexões. As práticas, atualmente são principalmente empreendidas pela equipe de enfermagem, no CO, mas, como falar de humanização sem pensar em aceitar e acolher o outro, os outros, da área de formação, familiar, com suas semelhanças e diferenças? Nas observações do cotidiano do trabalho, detecto, que, as relações profissionais e as estruturas institucionais nos impõem barreiras mais relacionais do que físicas, mas, o que nos impede de mudar o nosso olhar? Esse olhar profissional que cuida e assiste, necessita, de alguma forma, valorizar nossas crenças, cultura, história nossa bagagem de vivências para que possamos ir encontrar o outro e aprender com ele, aceitando-o e incluindo-o no processo e com isso construir novas formas de relacionamento no ambiente do trabalho.

O aprender coletivo representa um exercício de humildade e de complementaridade entre os diferentes atores envolvidos e que vai além do cotidiano do CO. O uso de tecnologias leves (tecnologias relacionais) apesar de ainda não constituir hoje uma prática no cotidiano do CO, representa uma alternativa fundamental e uma objetivo a ser perseguido visando dar prosseguimento nas práticas humanizadas. Nesse sentido, visualizo possibilidades de intervenções possíveis para este espaço buscando contribuir como profissional e protagonista na identificação e consolidação de novos modos de fazer saúde.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.549-560, 2005.
- BACKES, Dirce Steinet AL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011
- BARBOUR, Roseline; KITZINGER, Jenny. **Developing focus group research: politics, theory and practice**. New Delhi: Sage Publications, 1999.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.1, p.389-406, 2005.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 10, n.3, p.561-571, 2005.
- BOARETTO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro**. (Tese de doutorado). Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz /MS, 2005.
- BOMFIM, Leny A. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiência com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-96, 2009.
- BRAGA, J. C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: informações para Gestores e Técnicos. Ministério da Saúde Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Política nacional de humanização**. Janeiro, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342)>. Acesso em: 15 nov. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente**

**entra na roda:** polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários do Sistema Único de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** CONASS: Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: 2004. 68p.

\_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, DE 1988 TÍTULO VIII – DA ÓRDEM SOCIAL; CAPÍTULO II – SEÇÃO II, DA SAÚDE – ARTIGOS 196; 197; 198 (PARÁGRAFO 29); – [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01\\_Constituicao.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf) acesso em 05dez.2013

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 3ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v.20, n.3, p. 285-293, 1996.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, p:161-177, set2004/fev2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira e MEHRY, Emerosn Elias. **A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, 2003.

COELHO, Marta Roberta Santana. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.** 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, BA, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução REnº 196/96.** Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/pesquisa>> Acesso em: 05 dez. 2013  
2 CONSTITUIÇÃO FEDERAL, DE 1988

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p.51-66.

DALLAGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos Focais como estratégia metodológica em Pesquisas na Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, 1999.

DAVINI, Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. In: BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 9., Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez Editora, 2002. 5.ed. ampliada. 168 p.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195-223.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DISTÓCIA. In: MICHAELIS: dicionário de português online. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=distocia&CP=57082&typeToSearchRadio=exactly&pagRadio=50>>. Acesso em: 15 dez. 2012

FLICK, Uwe. **Introducción a la investigación cualitativa**. Madrid: Morata, 2007.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias (Org.). **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 28 ed., São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ªed. . São Paulo: Atlas, 2008, 216p.

GOHN, Maria da Glória. **O protagonismo da sociedade civil**. Movimentos sociais, ONGS e redes solidárias. São Paulo: Cortez, 2005.

GOLDENBERG, Paulete. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Organizado por Paulete Goldenberg, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Mara Helena de Andréa **Gomes**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz,

2003.444 p, Cap 8,p.177

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**.2.ed. rev. ampliada. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, R. Análise de dados e pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 67-80.

GRITTEN, Luciana, et al. Pesquisa-Ação: Uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-70, Out./Dez. 2008.

GUI, R.T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Revista de Psicologia Organizacional do Trabalho**, v. 3, n. 1, p. 135-60, 2003.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

MARTINS, Maria CeziraFantini. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MEHRY, Emerson Elias ,Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 113-50

MERHY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora HUCitec, 2007

MEYER, Dagmaret AL: “Você aprende. A gente ensina”? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342,jun,2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VERA, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-30, Mai./Ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO Panamericana de Saúde. OMS, Organização Mundial da Saúde. **Evaluación en Procesos de Educación Permanente y Capacitación en Salud: experiencias y lecciones**. OPS/OMS, 2006.

PENNA, Renata. **Nossa Rede**.Parto do Princípio.2009.Disponível em : <http://www.partodoprincipio.com.br/aceso> em 10 de novembro 2012.

PIRES, Denise E. **Processo de Trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**. Tese de Doutorado em Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

PIZZOL, S.J.S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-68, 2004.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo. Práticas Humanizadas: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33 n. 1, p. 80-8, 2009.

QUEIROZ, Danielli Teixeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Renfuerj**, v. 15, n. 2, p. 276-83, Abr./Jun, 2007.

RATTNER, Daphne; AMORIN, Melania; KATZ, Leila. Implementação da Humanização na Atenção a Partos e Nascimento pelo Ministério da Saúde. In: AUTORA OU AUTORAS que organizaram o livro (Org). Título do livro. **PROAGO**, Ciclo 10, vol. 2, p. 95-145. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013.

ROSSO, F. Gestão de pessoas: a arte de liderar seres humanos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 2, Abr./Jun. p. 349-52, 2002.

RUBIN, H; RUBIN, I. **Qualitative interviewing**: The art of hearing data. London: Sage Publications, 1995.

SENA, Ligia Moreiras et al. Violência obstétrica: a voz das brasileiras. Produção e direção de Bianca Zorzan. DVD, 51min 1seg.  
Disponível <<http://www.partodoprincipio.com.br/>>. Acesso em 05 out. 2013

SABATINO H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Rev. Tempus Actas Saúde**, v.4, n. 4, p. 143-148, .2010.

SILVA, Simone Chaves Machado da; RATTO, Cleber Gibbon. Educar para a “grandesaúde” – vida e (trans)formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 36. p. 177-85, Jan./Mar. 2011.

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, M.J.P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez Editora, 1999, p.63-92.

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Cátia. Uma semiótica da integralidade: o signo da

integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 133-55.

WOOLCOCK, M. **Social capital and economic development**: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, v. 27, p. 151-208, 1998.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO NORTEADOR PARA COLETA DE DADOS GRUPO FOCAL

#### **Momento 1**

Acolhida dos participantes, apresentação dos TCLE assinados pelos participantes, pesquisador e orientador da pesquisa conforme os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução N°196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996),

Orientar os participantes quanto à dinâmica do Grupo Focal e tempo de duração.

Orientar os participantes, de que estes podem desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum bem como obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados sempre que solicitado.

#### **Momento 2**

Projeção da imagem do HU e do CO com o seguinte questionamento: O que me vem a mente quando observo a imagem do meu local de trabalho?

#### **Momento 3**

Projeção editada do documentário lançado no Congresso ABRASCO 2012, com título: “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”.

#### **Momento 4**

Questões para debate no GF após filme:

- O que estas imagens têm a ver com o dia a dia de vocês?
- Qual a percepção de vocês quanto a práticas humanizadas que ocorrem no HU?
- Como elas ocorrem?
- Quais práticas humanizadas que ocorrem na assistência do CO do HU?

- Quais os fatores facilitadores e quais os nós críticos decorrentes das práticas humanizadas na assistência do CO?
- Que atividades educativas a serem desenvolvidas no CO, para que tenhamos mais práticas de cuidado humanizadas?
- Sugestões.

### **Momento 5**

Encerramento do GFe agradecimento aos participantes.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma conversa em grupo, chamado de grupo focal que constitui uma das etapas do projeto de pesquisa da Mestranda em Enfermagem, Ursula Gliesch Silva, endereço eletrônico: [ursulagliesch@gmail.com](mailto:ursulagliesch@gmail.com) e telefone (51) 91320454, aluna do programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS e do Sistema de Saúde Mãe de Deus, sob a orientação da professora e pesquisadora Dra. Simone Edi Chaves (Orientadora), endereço eletrônico: [simonechaves2@gmail.com](mailto:simonechaves2@gmail.com) e telefone (51) 81777704.

A pesquisa proposta tem como título: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO tendo como tema central a Humanização em Saúde. Para este estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

1-Identificar quais as práticas humanizadas de cuidado que atualmente ocorrem no CO do HU.

2- Detectar os pontos facilitadores e os pontos dificultadores para disseminar as práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico do HU, por meio da Educação Permanente em Saúde;

A metodologia para coleta de dados será de uma conversa em grupo, chamado de grupo focal, que terá o tempo de duração mínimo de 60 minutos e no máximo 90 minutos. Os participantes do grupo serão colaboradores do HU, sendo que não haverá prejuízo algum aos participantes do estudo. Não haverá custo para participar do grupo e, este ocorrerá fora do horário de trabalho, de forma livre e espontânea. O grupo será coordenado pela pesquisadora Ursula e ocorrerá na sala de aula nº2045 do 2ºandar, área de ensino, do HU local protegido de som e reservado. Está assegurado aos participantes por meio deste termo, que será preservado o sigilo das falas e contribuições que vierem durante o grupo.

A proposta de gravar as falas do grupo em gravador de voz digital, para posterior análise será pactuado pelos pesquisadores que se comprometem formalmente em:

- Preservar a identidade do/a participante, não divulgado nome ou informações que possam vir identificar participantes e/ou turno e local de trabalho;
- Os dados obtidos por meio de gravação serão utilizados apenas para os fins da investigação;
- O material coletado será imediatamente destruído na integralidade após a transcrição das falas do grupo, no prazo de 30 dias após a coleta dos dados.
- O/a participante pode desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum;
- O/a participante sempre poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados.

Este projeto foi aprovado pelo CEP da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS em: 18/05/2013 e submetido à análise do CEPdo Sistema de Saúde Mãe de Deus em junho de 2013.

O sujeito pesquisado afirma que, após estes esclarecimentos, compreendeu o objetivo e a metodologia da pesquisa e está disposto a participar como sujeito de pesquisa.

Este termo é assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e a outra depositada nos arquivos da Universidade sob responsabilidade da pesquisadora.

Canoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Orientador da UNISINOS

---

Assinatura da Mestranda/Pesquisadora

## ANEXO 1



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
 RESOLUÇÃO 059/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 13/005    **Versão do Projeto:** 17/05/2013    **Versão do TCLE:** 17/05/2013

**Coordenadores:**

**Pesquisadora:** Ursula Gliesch Silva (PPG em Enfermagem).

**Título:** Educação Permanente em Saúde: Práticas Humanizadas no Centro Obstétrico.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 17 de maio de 2013.

  
 Prof. Dr. José Roque Junges  
 Coordenador do CEP/UNISINOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A professora e pesquisadora Dra. Simone Edi Chaves (Orientadora), endereço eletrônico: simonechaves2@gmail.com e telefone (51) 81777704 e a Mestranda em Enfermagem, Enif. Ursula Gliesch Silva, endereço eletrônico: ursulagliesch@gmail.com e telefone (51) 91320454, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS e do Sistema de Saúde Mãe de Deus, estão pesquisando sobre o tema da Humanização em Saúde, com profissionais do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Canoas/RS. O projeto tem como título EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO.

Esta pesquisa tem como objetivo propor alternativas para o desenvolvimento de práticas humanizadas de cuidado no Centro Obstétrico do HU, por meio da Educação Permanente em Saúde. Para tanto, faz-se necessário identificar as práticas humanizadas de cuidado desenvolvidas no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Canoas no momento presente, bem como detectar os pontos facilitadores e os pontos dificultadores para o desenvolvimento das práticas de humanização.

Este estudo justifica-se por contribuir para a construção de uma proposta de Educação Permanente em Saúde no Centro Obstétrico do HU, propor modos de pensar as práticas de cuidado através de ações educativas que nascem no contexto do trabalho, dessa forma, ressignificando o cuidado em saúde realizado junto às usuárias do Centro Obstétrico. Os profissionais da saúde, quando valorizados, são capazes de tomarem-se protagonistas e, de forma coletiva, transformar a realidade, incluindo de forma gradativa práticas humanizadas junto as usuárias e seus pares no Centro Obstétrico do HU.

Será utilizado como instrumento para coleta de dados o grupo Focal, o qual caracteriza-se como uma conversa em grupo. A participação das usuárias do centro obstétrico será isenta de remuneração, e não acarretará ônus aos participantes. O grupo focal será conduzido e coordenado pela pesquisadora. Serão conduzidos dois grupos focais com a participação de no mínimo 6 e no máximo 12 participantes. Durante o encontro as conversas serão registradas em gravador de voz, e posteriormente transcritas e analisadas.

Os pesquisadores comprometem-se em:

- Preservar a identidade do/a participante, pois não serão divulgados nome ou informações que possam identificar participantes e/ou local da pesquisa;
- Informar aos participantes que, a participação no grupo focal é isenta de remuneração ou ônus;

- Utilizar os dados obtidos apenas para os fins da pesquisa proposta;
- Aceitar que o/a participante possa desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum;
- Manter informados o/a participante sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados em qualquer momento desta.
- Esclarecer de forma detalhada aos participantes o propósito da pesquisa, e incluir o sujeito pesquisado somente após a afirmação de que este compreendeu o objetivo, a justificativa e a metodologia da pesquisa e, que está disposto a participar como sujeito de pesquisa, bem como tenha assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Este termo é assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e a outra, depositada nos arquivos da Universidade sob responsabilidade da pesquisadora.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Canoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
 Ursula Glesch Silva

**CEP - UNISINOS**  
**VERSÃO APROVADA**  
 Em: 21.10.13  


## ANEXO 2

HOSPITAL MÃE DE DEUS /  
SOCIEDADE EDUCADORA E  
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO

**Pesquisador:** ursula gliesch silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13138213.7.0000.5344

**Instituição Proponente:** Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 308.322

**Data da Relatoria:** 13/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

Projeto do mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS.

Estudo qualitativo, exploratório, descritivo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivos: Propor alternativas para o desenvolvimento de práticas humanizadas de cuidado no CO através da educação permanente em saúde. Identificar as práticas humanizadas de cuidado e detectar pontos facilitadores ou dificultadores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

não há riscos.

**Benefícios:**

Com este estudo pretende-se contribuir para a construção de uma proposta de Educação Permanente em Saúde no Centro Obstétrico do HU. Propor modos de se pensar as práticas de cuidado por meio de ações educativas que nascem no contexto do trabalho ressignificando o cuidado em saúde realizado junto às usuárias do CO.

**Endereço:** JOSE DE ALENCAR, 286

**Bairro:** MENINO DEUS

**CEP:** 90.880-480

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3230-6087

**Fax:** (51)3230-2032

**E-mail:** cep.uemd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /  
SOCIEDADE EDUCADORA E  
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 308.322

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e adequada eticamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado eticamente

**Recomendações:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em destaque na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa e CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 266  
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.860-480  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /  
SOCIEDADE EDUCADORA E  
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 308.322

PORTO ALEGRE, 18 de Junho de 2013

---

Assinador por:  
**ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO**  
(Coordenador)

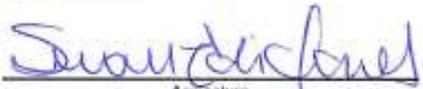
Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286  
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: oep.ucmd@maededeus.com.br

## ANEXO 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 24	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: ursula gliesch silva			
6. CPF: 264.595.400-63		7. Endereço (Rua, n.º): GUARAUM VILA ASSUNÇÃO 1.51 PORTO ALEGRE RIO GRANDE DO SUL 91900600	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (51) 9132-0454	11. Email: ursulagliesch@gmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>08</u> / <u>02</u> / <u>2013</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS		14. CNPJ: 92.959.006/0008-85	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (51) 3591-1122		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>SIMONE CALES</u>		CPF: <u>40731758072</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora PPG Em/UNISINOS</u>			
Data: <u>08</u> / <u>02</u> / <u>2013</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO 4

<b>AESC - SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS</b>				
<b>Diretoria de Relações Institucionais</b>				
Tabela 2 - Partos por modalidade entre mães internadas no Hospital Universitário de Canoas no período de 2011 a 2013 (DATASUS, 2013);				
Parto	2011	2012	2013	Total
Natural	1.767	2.244	1.232	5.243
Cesáreo	838	1.068	518	2.424
Total	2.605	3.312	1.750	7.667
Fonte: TabWin para definições RD2008;				

**ANEXO 5****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR DA INSTITUIÇÃO LOCAL DA  
PESQUISA- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO- CANOAS**

Porto Alegre, 03 de junho de 2013.

**Ilmo. Sr.**

**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Sistema de Saúde Mãe de Deus- Hospital Mãe de Deus**

Prezado Senhor:

Eu, Enfermeira *Silvia TrescastroKönig*, portadora dos seguintes documentos de identificação: RG: 1057235911 e CPF: 001736850-21, atualmente exercendo as atividades de : Chefia de Enfermagem dos Pacientes Adultos do Hospital Universitário Canoas, sob a gestão do Sistema de Saúde Mãe de Deus, declaro que tenho conhecimento na íntegra do projeto de pesquisa intitulado: “EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CENTRO OBSTÉTRICO”. Este projeto será desenvolvido pela pesquisadora Ursula Gliesch Silva, que, parte de uma proposta de intervenção que se sustenta nos conceitos da Educação Permanente em Saúde, ou seja, busca refletir a partir da realidade do trabalho, dando significado aquilo que ocorre no dia a dia do Centro Obstétrico para que possamos repensar e discutir as práticas de cuidado e propor alternativas que contribuam para a integralidade da atenção à saúde – Práticas Humanizadas de Cuidado. O mesmo é requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do vale dos Sinos – Unisinos.

Declaro que fui informada pela responsável do estudo sobre as características, os objetivos da pesquisa, o público alvo que participará dos grupos focais bem como todas as atividades que serão realizadas no setor, o qual represento na instituição para esta pesquisa.

A referida pesquisa será realizada no Centro Obstétrico do Hospital Universitário – HU Ulbra Canoas, e, só poderá iniciar a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos – Universidade do

Vale dos Sinos e, da Carta de aprovação do CEP do Sistema de Saúde Mãe de Deus, em conformidade com a Resolução 196/96.

Silvia TrescastroKönig \_\_\_\_\_

Contato: endereço eletrônico: Silvia .hu@maededeus.com.br e/ ou porfone :  
051 98276516,

Chefia de Enfermagem dos Pacientes Adultos do Hospital Universitário  
Canoas- Sistema de Saúde Mãe de Deus