

BRUNA GOULART GONÇALVES

**EFETIVAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO EM HOSPITAIS DE ENSINO DO SUL DO
BRASIL: ESTRATÉGIAS DA GESTÃO**

RIO GRANDE – RS

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**EFETIVAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO EM HOSPITAIS DE ENSINO DO SUL DO
BRASIL: ESTRATÉGIAS DA GESTÃO**

BRUNA GOULART GONÇALVES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Enf^a Dr^a Nalú Pereira da Costa Kerber.

RIO GRANDE - RS

2012

G635e Gonçalves, Bruna Goulart

Efetivação do parto humanizado em hospitais de ensino do sul do Brasil: estratégias da gestão / Bruna Goulart Gonçalves. – 2012.
77 f.

Orientadora: Nalu Pereira da Costa Kerber
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Parto humanizado. 3. Hospitais de ensino. I. Título. II. Kerber, Nalu Pereira da Costa

CDU: 616-083

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência e por sempre me dar força para conseguir concretizar os meus sonhos;

Aos meus pais, Norberto e Gecy, pela presença constante em toda minha vida, pelo incentivo aos meus estudos e pela educação que me deram;

À minha irmã, Marta, minha segunda mãe, por sempre acreditar no meu potencial e por me apoiar constantemente na minha formação;

Aos demais familiares, avó, sobrinhas, dinda, tios, primas, por depositarem em mim confiança e por me estimularem a novas conquistas.

Às minhas amigas, pelo companheirismo, pelas palavras de motivação durante a construção deste trabalho e, principalmente, pelo tempo que dispuseram para me levar a abstrair de tudo;

Às professoras e aos colegas do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, pelo conhecimento construído, pelas discussões tão ricas que tivemos, pelas experiências que trocamos e pelo convívio durante esse período da minha vida;

À Banca Examinadora deste estudo, pelas relevantes e cuidadosas contribuições que permitiram melhorar a qualidade deste trabalho e pelo apoio nesta conquista;

E, por fim, meu agradecimento especial à minha orientadora, amiga e meu exemplo, Enf^a Dr^a Nalú, por se dedicar, incansavelmente, ao meu processo de aprendizagem e crescimento; meu eterno reconhecimento e gratidão!

*“A gente pode morar numa casa mais ou menos, numa rua mais ou menos, numa cidade mais ou menos, e até ter um governo mais ou menos. A gente pode dormir numa cama mais ou menos, comer um feijão mais ou menos, ter um transporte mais ou menos, e até ser obrigado a acreditar mais ou menos no futuro. A gente pode olhar em volta e sentir que tudo está mais ou menos...
TUDO BEM!
O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos. Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos.”*

(Chico Xavier)

BRUNA GOULART GONÇALVES

EFETIVAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO EM HOSPITAIS DE ENSINO DO SUL DO BRASIL: ESTRATÉGIAS DA GESTÃO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 29/02/2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Helena Heidtmann Vaghetti

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
<hr/> <p>Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – Presidente (FURG)</p>
<hr/> <p>Dra. Marilu Correa Soares – Membro Externo (UFPEL)</p>
<hr/> <p>Dra. Helena Heidtmann Vaghetti – Membro Interno (FURG)</p>
<hr/> <p>Dra. Fabiane Ferreira Francioni - Suplente Interno (FURG)</p>

RESUMO

Este estudo, de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, tem como objetivo identificar as estratégias de gestores hospitalares para efetivação do parto humanizado em hospitais ensino e, a partir de uma revisão integrativa, visualizar o que há na produção científica envolvendo as questões estratégicas utilizadas por gestores de hospitais ensino para a implantação da humanização do parto. Os locais de estudo foram o Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, de Rio Grande/RS, e o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, em Pelotas/RS. Os sujeitos foram cinco gestores das instituições envolvidas. Os dados utilizados neste estudo foram extraídos do instrumento aplicado aos gestores da pesquisa intitulada “Assistência Humanizada ao Parto de Adolescentes”. Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise textual. Os resultados encontrados neste estudo mostraram, a partir da literatura, que se espera que o gestor, a partir do planejamento de suas ações seja capaz de proporcionar uma estrutura física adequada; respeite os direitos das parturientes; valorize os trabalhadores de saúde; crie estratégias para a redução das taxas de cesariana; elabore um protocolo no qual está descrito todo o processo do tipo de assistência desejada para a instituição. A partir do contexto investigativo, foi possível verificar que o planejamento estratégico é um instrumento eficaz na busca da otimização dos serviços de saúde, por ser um método com um espaço democrático cujos atores sociais envolvidos poderão assumir responsabilidades compartilhadas. Os gestores mostraram-se conscientes sobre a existência da Política de Humanização ao Parto e Nascimento preconizada pelo Ministério da Saúde e do papel que possuem para sua implantação, porém fazem referências às inadequações estruturais das instituições. Destaca-se a importância deste estudo em contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido para o alcance da humanização do processo de parturição nos contextos investigados, se estendendo também para outras instituições de ensino.

Descritores: Planejamento estratégico; parto humanizado; hospitais de ensino.

ABSTRACT

This study, a qualitative and exploratory study aims to identify strategies for hospital managers effectuation of humanized childbirth in hospitals and education, from an integrative review, see what's on scientific issues involving the strategic use by managers teaching hospitals for the implementation of the humanization of birth. The study sites were the University Hospital, Federal University of Rio Grande - FURG of Rio Grande / RS, and Teaching Hospital, Federal University of Pelotas - UFPEL in Pelotas / RS. The subjects were five managers of the institutions involved. The data used in this study were taken from the instrument applied to managers of research entitled "Humanized Childbirth Care for Adolescents." For data processing we used the technique of textual analysis. The results of this study showed, from the literature, it is expected that the manager, from the planning of your actions is able to provide an adequate physical infrastructure, respects the rights of pregnant women, enhances health workers, create strategies for reducing cesarean rates; develop a protocol is described in which the whole process of the type of assistance required for the institution. From the research context, we found that strategic planning is an effective tool in the quest for optimization of health services, as a method with which a democratic social actors may assume shared responsibilities. Managers showed they were aware of the existence of the Policy to Labor and Delivery Humanization recommended by the Health Ministry and the role they have for their deployment, but made reference to structural inadequacies of institutions. We emphasize the importance of this study contribute to the reflection on the work that has been developed to achieve the humanization of childbirth process in the contexts investigated, extending also to other educational institutions.

Descriptors: Strategic Planning; Humanizing Delivery; Teaching Hospitals.

RESUMEN

Este estudio, un estudio cualitativo y exploratorio con el objetivo de identificar estrategias para la efectivización del hospital gestores del parto humanizado en los hospitales y la educación, a partir de una revisión integradora, ver lo que hay sobre las cuestiones científicas que impliquen la utilización estratégica de gerentes hospitales docentes para la aplicación de la humanización del parto. Los sitios de estudio fueron el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Rio Grande - FURG de Rio Grande / RS, y el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Pelotas - UFPEL en Pelotas / RS. Los sujetos fueron cinco directores de las instituciones involucradas. Los datos utilizados en este estudio fueron tomados del instrumento aplicado a los directores de investigación titulado "La atención del parto humanizado para Adolescentes". Para el procesamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis textual. Los resultados de este estudio mostraron, desde la literatura, se espera que el gerente, desde la planificación de sus acciones es capaz de proporcionar una infraestructura física adecuada, que respete los derechos de las mujeres embarazadas, trabajadores de la salud mejora, crear estrategias para la reducción de las tasas de cesárea; elaborar un protocolo en el que se describe todo el proceso del tipo de asistencia requerida para la institución. En el contexto de la investigación, se encontró que la planificación estratégica es una herramienta eficaz en la búsqueda de la optimización de los servicios de salud, como un método con el que unos actores sociales democráticos pueden asumir las responsabilidades compartidas. Los administradores mostraron que eran conscientes de la existencia de la Política de Humanización del Trabajo y Entrega recomendado por el Ministerio de Salud y el papel que tienen para su despliegue, pero hizo referencia a las deficiencias estructurales de las instituciones. Hacemos hincapié en la importancia de este estudio contribuyen a la reflexión sobre el trabajo que se ha desarrollado para lograr la humanización del proceso del parto en los contextos estudiados, que se extiende también a otras instituciones educativas.

Descriptor: Planificación Estratégica; parto humanizado; hospitales escuela.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	15
2.1. OBJETIVO GERAL.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	16
3.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	20
3.3. GESTÃO EM SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO.....	22
4. METODOLOGIA.....	25
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2. LOCAL DA PESQUISA.....	26
4.3. SUJEITOS DA PESQUISA.....	27
4.4. COLETA DE DADOS.....	27
4.5. ANÁLISE DE DADOS.....	28
4.6. ASPÉCTOS ÉTICOS.....	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1. ARTIGO 1.....	32
5.2. ARTIGO 2.....	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXO A – Parecer Aprovado pelo CEPAS.....	66
ANEXO B – Autorização para uso de banco de dados.....	67
ANEXO C – Normas Avances em Enfermería.....	68
ANEXO D – Normas ACTA Paulista de Enfermagem.....	74

1. INTRODUÇÃO

A história da parturição no Brasil, no século XIX, mostra que, tradicionalmente, os partos eram feitos de cócoras (verticalmente); seus cuidados, realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras. Elas eram de confiança da família e possuíam um saber empírico. Assistiam domiciliarmente às mulheres durante a gestação, parto e puerpério e ficavam responsáveis por todos os cuidados com o recém-nascido (BRENES, 1991).

Foi sob a influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau, que o parto em decúbito horizontal foi introduzido nos hospitais. A posição horizontal facilitava as intervenções médicas, como o uso do fórceps, por exemplo. Nos anos 40, com a institucionalização do parto, o que até então era considerado natural, íntimo e feminino, passou a ser caracterizado como evento médico e passou a ser vivido de maneira pública (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Nessa perspectiva, entende-se que a assistência ao parto e nascimento guiado pela medicalização transformou a mulher e o recém-nascido em objetos da ação dos profissionais. A partir de então, levando a questionamentos como os efetuados por Carneiro (2000, p. 16): “Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual? Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural?”. O parto é um processo fisiológico normal que, na maioria dos casos, deveria se desenvolver sem intervenções, pois estas deveriam ser realizadas como último recurso e não como rotina de procedimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de pesquisas baseadas em evidências, elaborou um manual, no intuito de discutir as rígidas rotinas impostas à parturiente, e de direcionar uma seleção de práticas de assistência ao trabalho de parto, consideradas inadequadas, prejudiciais ou ineficazes, a fim de orientar as instituições de saúde na implantação de uma assistência humanizada (SILVA; TONETE, 2006).

Essas condutas e práticas preconizadas no parto normal foram classificadas em quatro categorias, dependendo de sua utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais: 1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis (que devem ser estimuladas); 2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes (que devem ser eliminadas); 3. Práticas no parto normal em que não existam evidências para apoiar sua recomendação (que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão); 4. Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) adotou as práticas preconizadas pela OMS e vem direcionando o que deve ser desenvolvido ou transformado pelos trabalhadores e gestores dos serviços no intuito de efetivá-las. Ao cumprir essas condutas e práticas, a atenção adequada à mulher no momento do parto passa a representar um passo indispensável para a garantia de que ela exerça a maternidade com segurança e bem-estar, sendo este um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e sua família, respeitando todos os significados desse momento (BRASIL, 2001).

Uma das medidas adotadas pelo MS foi a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, chamando a atenção para a reorganização da assistência por meio da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério. Assim, esse programa propõe o acesso das mulheres aos serviços de saúde, a fim de garantir a realização em conjunto com os mínimos procedimentos. No que se refere aos direitos institucionais relacionados ao parto e nascimento, podemos citar: acompanhamento pré-natal, escolha da maternidade, atendimento humanizado no parto e puerpério, além da assistência adequada à criança (BRASIL, 2000).

No tocante à gestão em saúde, são definidas, pelo MS, as atribuições nos três níveis de gestão para a sua devida implantação das políticas públicas de saúde no país. Ao governo federal, cabe articular com estados, municípios e Distrito Federal, a sua implantação e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo, definindo normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa, com a devida alocação

de recursos. A responsabilidade do estado é elaborar, em articulação com os municípios, os sistemas de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção. Ao município, cabe garantir o atendimento pré-natal, parto e puerpério, realizando o cadastramento e o acompanhamento de suas gestantes (BRASIL, 2000).

Sabe-se que o PHPN apresenta, estruturados, os princípios de que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura, de acordo com princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico (BRASIL, 2000).

Para a OMS (1996), humanizar o parto é dar direito à mulher a privacidade, ter o acompanhante de sua escolha, permitir que se alimente durante o processo de parturição, conceder liberdade de movimentação, escolher a posição de parto. Entende-se que, para conseguir efetivar o alcance desses princípios, é necessário um planejamento a longo prazo, de forma a assegurar que haja uma transformação da realidade nas instituições prestadoras de assistência à saúde materno-infantil.

Dentre as diversas formas de se planejar ações, condutas, processos de trabalho e de se organizar a assistência, visualiza-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Matus (HUERTAS, 1996), como um método eficaz, capaz de trazer resultados adequados e bem organizados, pois se consolida através de ações, permitindo a avaliação constante do processo. Tal método caracteriza-se como um caminho que busca a racionalidade na burocracia, intervindo no conflito social através do uso de recursos na produção de uma mudança situacional para atingir objetivos.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos envolvendo a temática parto humanizado. No que diz respeito às dificuldades visualizadas para a implantação do modelo de assistência humanizada ao parto na estrutura hospitalar, foi verificado, em estudo de Dias e Domingues (2005), que é devido ao tipo de modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do

envolvimento e aderência dos gestores, além da capacitação dos profissionais de saúde.

Estudos que derivaram da pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, realizada nos hospitais ensino de Rio Grande e Pelotas/RS, de novembro de 2008 a outubro de 2009, trazem como resultados questões de relevância quanto ao cuidado à mulher durante o trabalho de parto e parto.

Na cidade do Rio Grande, estudo realizado com os trabalhadores do Centro Obstétrico (CO), sobre as práticas prejudiciais ao parto, evidenciou que a maioria destes sujeitos desconsidera as recomendações da OMS e do MS sobre o parto normal, sobrepondo-se a opinião dos trabalhadores às orientações do MS. Foi apontado pelas autoras do estudo que a falta de um protocolo de atendimento, baseado em evidências científicas, favorece a perpetuação do modelo utilizado na unidade. Ademais, apesar da unidade não possuir um protocolo de atendimento à parturiente, ficou evidente existir uma rotina oculta no local, pois os trabalhadores obtiveram respostas semelhantes sobre as práticas desenvolvidas (CARVALHO *et al.*, 2010).

Nessa mesma linha de pensamento, o estudo de Busanello (2010), na mesma instituição, encontrou como parte de seus achados a rotinização de algumas práticas prejudiciais ao parto, como a episiotomia, a infusão de ocitocina de rotina, o enterocлизма, a amniotomia, o uso de dispositivos invasivos e a posição de litotomia no parto. Realidade semelhante pôde ser observada em estudo realizado no hospital ensino de Pelotas. O estudo evidenciou que em tal instituição as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, como o uso rotineiro da posição de litotomia para o parto e da episiotomia, ainda são utilizadas, apontando, assim, que as práticas realizadas na atenção ao parto no hospital em estudo ainda não contemplam, em sua totalidade, a proposta do PHPN preconizada pelo MS (SILVA *et al.*, 2011).

Outros estudos realizados no Hospital Universitário de Rio Grande, envolvendo as recomendações da OMS, identificaram que práticas como a oferta de líquidos e a presença do acompanhante não foram estimuladas para a maior parte das parturientes. Tanto o incentivo à amamentação, quanto o contato precoce entre mãe e recém-nascido (RN), apresentaram índice muito

baixo. Esses achados confirmam a necessidade de um direcionamento para mudanças efetivas no processo de trabalho desse local (GONÇALVES, 2010; ENDERLE, 2010).

No entanto, para prover uma mudança nessa realidade, é necessário que a gestão em saúde das instituições assuma o papel de atores da reorganização do processo de humanização, pois é a partir da gestão que se começa a prestação de uma assistência de qualidade. Nesse sentido, Silva *et al.* (2010) apontam que a efetivação da atenção humanizada nos centros obstétricos depende principalmente da estrutura organizacional das instituições hospitalares e de uma equipe de saúde comprometida e preparada.

Diante do exposto, a relevância da presente investigação respalda-se nos estudos desenvolvidos na realidade dos cenários da pesquisa. Tal panorama mostra a necessidade de se investir mais nessa área e atesta a necessidade de produção do conhecimento, com base na proposta de humanização da atenção à saúde da mulher. Entende-se que os gestores têm responsabilidade com as práticas desenvolvidas no interior das instituições, sendo atores ativos no processo de mudança desta realidade.

Dessa forma, o estudo buscará responder a seguinte questão de pesquisa: Quais são as estratégias de gestão necessárias para efetivação do parto humanizado em hospitais de ensino dos municípios do Rio Grande e Pelotas/RS?

2. OBJETIVOS

- Visualizar o que há na produção científica envolvendo as questões estratégicas utilizadas por gestores de hospitais ensino para a implantação do parto humanizado;

- Identificar as estratégias de gestores hospitalares para efetivação do parto humanizado em hospitais ensino.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A partir do século XX, começaram as reflexões quanto à organização das instituições de saúde e da prática de seus trabalhadores, levando a incorporação de diversas diretrizes que passaram a constituir os programas e políticas de saúde do país (BRENES, 1991).

O tipo de descentralização que predominou no Brasil foi político-administrativa, causando a divisão de poder e das responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde. Assim, estados e municípios passaram a partilhar com a União a tarefa de formular, planejar e implementar políticas, programas, ações e serviços de saúde (MELO; SANTOS, 2007).

Políticas públicas são diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público, que constituem regras e procedimentos para a relação com a sociedade. Elas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder; o papel do conflito social nos processos de decisão e a repartição de custos e benefícios sociais. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados, até contraditórios, há a necessidade de mediações sociais e institucionais para se obter o mínimo de consenso, a fim de que, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e tornem-se eficazes (TEIXEIRA, 2002).

As políticas públicas compreendem um conjunto de decisões do governo que influenciam diretamente na vida dos cidadãos. O processo de políticas públicas numa sociedade democrática é extremamente dinâmico, pois conta com a participação de diversos atores em vários níveis. É imprescindível que todos os afetados e envolvidos em políticas públicas participem o máximo

possível de todo o processo. Dessa forma, o Estado implementa um projeto de governo por intermédio de programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade (SILVA, 2011).

No que tange à saúde da mulher, na década de 80, começaram as discussões sobre o crescente número de mortes de mulheres, principalmente as ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, o que gerou uma mudança nas políticas de atenção à saúde desse grupo específico, a partir da pressão causada por uma mobilização de um grupo de mulheres que reivindicavam melhores condições de atenção em todas as etapas de suas vidas; não apenas na fase reprodutiva. Em 1984, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que objetivava oferecer às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 2009).

No que diz respeito aos modelos de atenção ao parto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar referencia dois tipos: o modelo tecnológico, no qual há um predomínio do pensamento de que o parto é um “risco potencial” (por essa razão, deverá ser realizado no ambiente hospitalar, sendo o médico responsável tanto pelos partos de alto risco quanto os de baixo risco). Esse modelo tem como atributos a utilização intensiva de novas tecnologias e as altas taxas de cesariana, bem como as demais intervenções. O outro modelo é o natural, no qual se tem a mulher como foco, sendo ela sujeito ativo do processo de parturição; o parto é considerado como evento fisiológico normal que segue um curso natural, portanto as intervenções são mínimas (BRASIL, 2008).

Já no ano de 2000, o MS sentiu necessidade de estabelecer novas estratégias. Criou-se, com o objetivo de reorganizar a assistência, o PHPN. Vinculou-se formalmente, assim, o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres, garantindo a qualidade e demandando a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001).

A humanização do parto compreende a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. além de proporcionar um ambiente acolhedor, com rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Levou-se, assim, em consideração, o fato de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Humanização (PNH) descreve as cinco diretrizes centrais para orientar as ações das equipes de saúde, a saber: o Acolhimento, a Gestão Democrática, a Clínica Ampliada, a Valorização do Trabalho e a Garantia aos Direitos dos Usuários. O Acolhimento é entendido como a produção de um campo de cuidado compartilhado entre o sujeito que cuida e os que são cuidados; a Gestão Democrática implica no compartilhamento de poder e nas decisões orientadas por princípios éticos e políticos, a fim de ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construindo, assim, a corresponsabilização (BRASIL, 2004).

A Clínica Ampliada tem a proposta de um cuidado diferenciado além do biológico, incluindo dimensões sociais e subjetivas, com ações interdisciplinares e com apostas no trabalho em equipe, permitindo, assim, reconstruir relações de poder da equipe e dos usuários e suas respectivas redes sociofamiliares, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua (BRASIL, 2004).

A Valorização do Trabalho visa valorizar o trabalhador por meio da melhoria das condições de trabalho, do exercício das profissões de forma digna, com ambientes e remuneração adequados, além de produzir modos de gestão das organizações que coloquem o interesse público como foco principal (BRASIL, 2004).

A quinta diretriz, a Garantia aos Direitos dos Usuários, é focada na produção ativa de saúde entre os sujeitos e sua rede sociofamiliar, bem como nos trabalhadores de saúde, mediante a corresponsabilização no processo de produção de cuidado na atenção à saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com o MS (BRASIL, 2004), a PNH tem uma coordenação vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), contando com um núcleo técnico e um quadro de consultores que trabalham integradamente com as demais secretarias e órgãos do próprio MS, de modo a apoiar as atividades de cooperação para o desenvolvimento dos projetos e demais inovações no modelo de atenção e de gestão do SUS nos estados, municípios e instituições de saúde.

A humanização da assistência nos serviços de saúde é essencial para a resolução da burocratização dos serviços, da superlotação nas instituições de saúde, da falta de recursos humanos qualificados, da ineficaz promoção em saúde. Para que esse tipo de assistência ocorra, é necessário considerar e respeitar a individualidade e a subjetividade dos sujeitos, além da necessidade de criar espaços nos serviços de saúde para o acolhimento destes, tornando legítimo o direito dos usuários à atenção integral e resolutiva (PESSINI, 2003).

A portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, chamada de Rede Cegonha, é a mais recente na saúde da mulher. Entrou na agenda política devido à sua extrema importância; trata-se de um conjunto de medidas que visa garantir atendimento adequado, seguro e humanizado, desde o planejamento familiar e a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até a atenção integral à saúde do bebê (de zero a dois anos de vida). Os princípios de tal portaria são a defesa dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais; a equidade; o enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, jovens e adolescentes (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha é vista como a principal estratégia para a mudança obstétrica no Brasil. Possui quatro componentes, interligados entre si, para a sua implantação: a qualificação no pré natal; a qualificação da atenção intra-hospitalar (boas práticas, reformulação da ambiência, espaços para grupos e para deambulação das pacientes, direito ao acompanhante); redes de atenção, com a atenção básica, gestão e governança (na qual o gestor deve sair de sua instituição e conversar com os responsáveis das unidades básicas, para poder visualizar a realidade das usuárias do seu serviço de saúde e para poder, então, oferecer uma assistência obstétrica de qualidade) (BRASIL, 2011).

3.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Planejar significa focar em um futuro desejado e identificar as formas para conseguir cumprir essa meta, tendo-se em mente os possíveis sucessos e insucessos das tomadas de decisão. O planejamento estratégico observa a cadeia de conseqüências de causas e efeitos durante um tempo, relacionada com uma decisão real ou intencionada que o gestor tomará, levando em consideração as possíveis alternativas de ações para o futuro, que serão a base para a tomada de decisão (STEINER, 1998).

O planejamento estratégico não é um fim em si mesmo, mas um conjunto de conceitos para ajudar os líderes a tomar importantes decisões e ações (BRYSON, 1998).

Planejar é uma das funções do gestor, independentemente de qual for o tipo de instituição que atue, sendo uma atividade básica e imprescindível que deve ser bem desempenhada para que o processo administrativo gere os resultados esperados. Esse processo faz com que haja uma transformação nos recursos humanos, financeiros, materiais, de informação e tecnologia, gerando, assim, o alcance das metas.

No contexto da saúde latino-americana, ocorreram três etapas no desenvolvimento do planejamento em saúde: a primeira, motivada pela Carta de Punta del Este e pelas concepções econômicas da época, na qual a saúde se incorpora ao planejamento do desenvolvimento, criando-se um método próprio, que aprimorava aspectos operativos de avaliação e programação; a segunda, originada na meta de Saúde para Todos no Ano 2000, que juntamente com os aportes de Testa e Matus, trouxeram à saúde um arsenal metodológico atualizado, possibilitando mudanças sobre as concepções em saúde e dando flexibilidade, adaptabilidade e interatividade ao planejamento sanitário; e, a terceira, em que as iniciativas para planejar estrategicamente a saúde despontam com novos aportes sobre a gênese e a abordagem da saúde (GONZÁLEZ, 2009).

As experiências de aplicação e desenvolvimento de métodos de planejamento estratégico público atualmente em curso no Brasil são o resultado de múltiplas confluências, tanto no que diz respeito às características do processo de democratização da esfera pública quanto no que toca às inovações metodológicas que apresentam (FORTES; GOMES, 1999).

Quando não se pensa na grande estratégia, há a certeza de ser apenas um seguidor de ações já prontas e a ficar sempre atrás dos que abrem o caminho. Nesse sentido, Carlos Matus, economista chileno precursor do Planejamento Estratégico Situacional (PES), define o método como o cálculo que precede e preside a ação, possibilitando ao homem/ator social conduzir seu futuro e impor-se ao contexto por meio da razão, em interação com os outros, o que lhe permite ser estratégico na construção de projetos e nas intervenções (HUERTAS, 1996).

O PES é um método que trabalha no processamento de problemas atuais, problemas potenciais (ameaças e oportunidades) e dos macroproblemas. É também a ferramenta que permite ao homem viabilizar a possibilidade de exercer governabilidade diante de situações futuras. Governabilidade refere-se ao quanto de controle o ator tem sobre a situação que pretende governar, requerendo flexibilidade e energia, uma vez que trabalha com a reflexão coletiva, e é norteador pela política e pelo poder (LIMA; HADDAD; SARDINHA, 2008).

De acordo com Fortes e Gomes (1999, p. 9-10), os princípios do PES poderiam ser resumidos da seguinte forma:

- o planejamento necessita contemplar a análise e o exercício do melhor uso dos recursos disponíveis para construir a viabilidade de um plano rumo aos objetivos buscados. Assim, tornar-se-á um elemento de condução da organização, no sentido de enfrentamento dos problemas que limitam ou ameaçam o cumprimento da sua missão social;

- todo o plano está embasado em uma situação específica, de acordo com o que a leitura da realidade de cada ator social e de seus compromissos para transformação desta, porém cada ator tem uma visão; logo, o planejamento deve incluir a análise e a definição de ações a serem realizadas para buscar o desenvolvimento mais adequado dessas relações;

- a participação de todos os atores sociais durante o processo de execução do plano é fundamental, pois o plano só se completa na ação. As formas e canais devem ser adequados de acordo com participação de cada nível diferente de inserção na instituição (operacional, técnico-operacional, técnico-político, político); devem ser intimamente articuladas, para que a participação ocorra de fato.

Esse tipo de planejamento é fundamental para transformar a realidade, proporcionar capacidade de direção, gerência, administração e controle do sistema social. Em razão do modo de processar problemas, tem grande aplicabilidade na gestão em saúde, pois facilita o enfrentamento de problemas complexos e não estruturados.

É importante salientar que a abordagem desenvolvida por Matus não apenas resolve problemas, mas os processa, ou seja, explica como o problema nasce e se desenvolve, possibilitando o desenvolvimento de planos para atacar as causas do problema mediante operações; analisa a viabilidade política do plano e enfrenta o problema na prática (HUERTAS, 1996).

Steiner (1998) explica que o gestor deve visualizar, por um tempo, as conseqüências, as causas e os efeitos para poder fazer melhor uso da tomada de decisões. A essência do planejamento estratégico é a identificação sistemática de oportunidades e perigos das estratégias e políticas para atingir metas e o desenvolvimento de planos para garantir a implementação de estratégias e, assim, obter os fins pretendidos. Denomina-se sistemático, porque é organizado e realizado com base em uma dada realidade.

3.3. GESTÃO EM SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compreender o outro e a reconhecer direitos. Além disso, a atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, sendo levada em consideração a subjetividade de cada um (BRASIL, 2009).

A humanização da assistência é entendida como a valorização de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) a partir da mudança nos modelos de atenção e gestão do mesmo (BRASIL, 2011). Suas diretrizes são orientações gerais e expressam-se sempre no método de inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde.

Acredito que quando direcionada ao momento do parto, a humanização da assistência, implica, principalmente, em uma atuação profissional que respeite os aspectos fisiológicos, sem intervir desnecessariamente, reconhecendo, assim, os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento; oferecendo, nesse momento tão especial, suporte emocional à mulher e à sua família, facilitando, então, os laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Por isso, existem aspectos referentes à autonomia da mulher que devem ser assegurados durante todo esse processo como a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a estarão assistindo, o direito de ter um acompanhante de sua escolha, o fornecimento de informações sobre os procedimentos a que serão submetidas e a garantia de seus direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

No que diz respeito ao modelo de gestão adotado pelos hospitais de ensino, penso que este deveria servir de exemplo para demais unidades e aos profissionais de saúde. Deveriam, então, implantar em suas instituições os modelos de atenção à saúde, preconizados pelo MS, os quais são embasados em estudos científicos que buscam promover a excelência no atendimento.

Para Louzada, Stang e Calabrez (2008), a humanização no meio hospitalar só terá sucesso quando as instituições apresentarem uma gestão dinâmica, ousada, moderna, que leve em consideração tanto a formação administrativa quanto a holística. Tal gestão deve prezar constantemente pela atualização para todos os profissionais, por meio de cursos e treinamentos, proporcionando, assim, qualificação e bem estar.

No que diz respeito à estrutura física, o MS preconiza que as instituições de saúde disponibilizem às usuárias salas de parto especiais, chamadas de PPP (pré-parto, parto e puerpério), que são quartos agradáveis, onde a mulher vivenciará o seu trabalho de parto, parto e puerpério imediato, com a

possibilidade de ser assistida, durante todo o processo, por um acompanhante de sua escolha, além de ser atendida por profissionais capacitados e sensibilizados com as necessidades individuais e humanas das mulheres. Com o uso dessas salas, é possível reduzir a ocorrência de cesáreas e aumentar a de partos vaginais (BRASIL, 2000).

A assistência que costumamos observar na realidade brasileira não é essa, nesta direção o que a gestão em saúde deve buscar é o seu compromisso ético-estético-político da humanização do SUS, assentando-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Em um primeiro momento foi realizado uma revisão integrativa a partir do método de Cooper (1989), no qual o pesquisador explora as produções científicas já desenvolvidas sobre um único assunto, com o intuito de obter dados e informações abrangentes, no caso deste estudo, acerca de estratégias para implantação do parto humanizado em hospitais de ensino.

Essa modalidade de revisão permite um maior entendimento acerca de um fenômeno e, tem como objetivo apresentar o estágio atual de conhecimento sobre um assunto específico, permitindo subsidiar a elaboração de conceitos, a revisão de teorias e evidências (COOPER, 1989).

O segundo momento metodológico desse estudo trata-se de um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”¹, voltado para uma abordagem qualitativa, que consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que permitem aos pesquisadores o estudo dos fenômenos em seus cenários naturais, possibilitando interpretar os significados que as pessoas atribuem a eles (DENZIN e LINCOLN, 2006).

Em relação ao objetivo, o caráter exploratório, busca proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo como finalidade a sua explicitação e a construção de pressupostos/hipóteses. Esse tipo de estudo visa compreender

¹ Pesquisa com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq Processo Nº 551217/2007-3, com coordenação geral da Doutora Nalú Pereira da Costa Kerber, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A pesquisa envolveu duas universidades públicas no Estado do Rio Grande do Sul: a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no município do Rio Grande, e a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os sujeitos foram as puérperas adolescentes que tiveram seus partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos centros obstétricos(COs) dos hospitais universitários ligados às universidades envolvidas no estudo; familiares ou acompanhantes das adolescentes que estiveram presentes durante o processo de parturição; trabalhadores atuantes nos COs e os gestores das instituições envolvidas. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2008 a outubro de 2009.

o problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos (LEOPARDI, 2002).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

Os locais de desenvolvimento do presente estudo foram o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, em Rio Grande-RS, e o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, em Pelotas-RS, ambos hospitais públicos, que têm como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão.

O contexto investigativo refere-se ao Centro Obstétrico dos hospitais envolvidos. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, do município do Rio Grande, está em funcionamento desde o ano de 1992, no andar térreo desse hospital, ao lado do centro cirúrgico. Conta com uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido (RN), expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários. Funciona 24 horas/dia.

Atuavam nesse espaço de trabalho, na época da coleta dados: uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho (à noite era realizado esquema de 12/24 horas); nove médicos; dois residentes R2; dois residentes R3; estudantes de medicina e de enfermagem.

O Centro Obstétrico do Hospital Escola (HE) de Pelotas constitui-se de campo de estágio para a Graduação, Pós-Graduação e Residência de vários cursos na área da saúde. Situa-se no andar térreo, comunicando-se diretamente com o Centro Cirúrgico. Sua área física é composta de uma sala de exame, uma sala de pré-parto com dois leitos e banheiro, uma sala de partos, uma sala de atendimento ao RN, um lavabo, um expurgo, 12 leitos de internação obstétrica e seis leitos de internação ginecológica, além de um leito de isolamento clínico.

Atuavam neste local de trabalho, à época de realização da coleta de dados, dois enfermeiros e seis técnicos/auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho diurno e um enfermeiro e quatro técnicos/auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho noturno, em uma escala 12/60 horas; o plantão médico era de 24 horas, realizado por sete médicos residentes e dez médicos preceptores.

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

A população do presente estudo foi composta pelos gestores das instituições envolvidas, que estavam em atuação no ano de 2008, totalizando cinco sujeitos.

No HU de Rio Grande, foi realizada a entrevista com um representante de cada área da gestão: coordenação de enfermagem, coordenação médica, coordenação administrativa, um representante da direção geral do hospital e o chefe da maternidade. Já no HE de Pelotas, apenas se conseguiu entrevistar o diretor responsável pela maternidade, que fazia parte da coordenação médica. Os demais membros da gestão haviam deixado o seu cargo na época da coleta de dados, ficando, portanto, inviável entrevistar a nova composição devido à falta de experiência dos sujeitos no cargo.

A escolha pelos gestores se deu por entender que, além de ter a responsabilidade de gerir os serviços, eles precisam proporcionar os meios de colocar em prática as propostas feitas pelo MS, de forma a assegurar a melhor qualidade assistencial de sua instituição.

4.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu de duas formas, inicialmente para a revisão integrativa, através das duas primeiras etapas, no total de cinco, das propostas por Cooper (1989):

- **Formulação do problema:** etapa onde são abordados os aspectos mais importantes a serem considerados no estudo a partir de uma questão norteadora, que nesse caso foi: “Qual a produção científica existente envolvendo a temática do parto humanizado nas relações com a gestão e sua implantação em hospitais de ensino?”.

- **Coleta dos dados:** seleção dos critérios utilizados para a busca dos artigos científicos (base de dados, descritores, critérios de inclusão/exclusão). A busca foi realizada no mês de janeiro de 2012, no site de busca do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – *BIREME* via descritores de saúde. Foi utilizado o descritor *Parto Humanizado*, a partir do qual foram disponibilizados 194 estudos. Os resumos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: acesso a texto completo, artigo fruto de investigação científica a partir do ano de 2005, hospitais públicos como contexto investigativo e referência direta à humanização do parto. Ao cumprir os critérios de elegibilidade, ficaram 10 estudos para análise.

A segunda forma de coleta se deu através da extração de dados do instrumento aplicado aos Gestores dos hospitais de ensino de Rio Grande e Pelotas pela pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” (KERBER, 2007). As entrevistas foram realizadas com o intuito de investigar a concepção dos sujeitos do estudo acerca da temática abordada, sendo que, para este estudo. A questão utilizada foi “Que estratégias você considera necessárias para alcançar a efetivação do parto-humanizado neste hospital?”.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente se deu continuidade às três últimas etapas propostas por Cooper (1989) para a revisão integrativa:

- **Avaliação dos dados coletados:** são as informações contidas nos artigos amostrados, nas quais o pesquisador deve explicar quais foram os procedimentos empregados na avaliação dos estudos selecionados.

- **Análise e interpretação dos dados:** sintetização e discussão dos dados, comparando com o conhecimento teórico.

- **Apresentação dos resultados:** fase final, no qual o pesquisador explicita as possíveis lacunas ou vieses despontados por essa proposta de revisão integrativa.

Para o tratamento dos dados extraídos do banco de dados da pesquisa multicêntrica, foi utilizada a técnica de análise textual de Adam, Heidmann e Maingueneau (2010, p. 66), que permite construir um “eixo de comparação suficientemente pertinente e complexo para considerar, ao mesmo tempo, o traço comum percebido e as diferenças fundamentais dos fenômenos a serem comparados”.

Nesse processo foram desenvolvidas as etapas de elaboração de relações de igualdade entre as falas, no qual as falas foram agrupadas através de traços que tinham em comum, considerando todas elas com o mesmo grau de importância para a análise; elaboração de critérios de comparação, nessa etapa além do que é comum também é visualizada as particularidades de cada fenômeno; e a liberdade de variação discursiva, onde de fato acontece a interpretação das relações criadas nas etapas anteriores (ADAM; HEIDMANN; MAINGUENEAU, 2010).

Foram constituídos os efeitos de sentido próprios, criando, então, a liberdade de variação discursiva, que possibilitou relacionar entre si as falas dos gestores, estabelecendo, assim, uma correlação com as orientações do MS acerca do Parto Humanizado, dos compromissos da gestão. Tal estratégia permitiu discutir o conjunto dos dados a partir da literatura científica atual.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

De forma a contemplar os aspectos éticos concernentes às pesquisas envolvendo seres humanos, a macropesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética Em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da FURG para apreciação, sendo aprovado no dia 14/05/2008, com o Parecer nº 031/2008 (Anexo A).

A utilização do banco de dados para este projeto foi autorizada pela coordenação geral da pesquisa (Anexo B).

Em obediência à Resolução 196/96 (SAÚDE, 1996) para manter o anonimato dos participantes envolvidos na pesquisa, estes serão identificados pela palavra Gestor seguida de números sequenciais. Ex: Gestor 1

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como forma de mostrar os achados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de dois artigos científicos. O primeiro, uma revisão integrativa, intitulado “Estratégias para a implantação do parto humanizado: revisão integrativa da literatura” foi elaborado conforme as normas do periódico científico *Avances en Enfermería* (ANEXO C). Tal produção busca dar visibilidade sobre o que há de produção científica na temática.

O segundo artigo, de abordagem qualitativa, intitulado “Estratégias para viabilização do parto humanizado em hospitais de ensino”, foi elaborado de acordo com as normas da *Revista ACTA Paulista* (ANEXO D). O artigo busca identificar as estratégias de gestão para implantação do parto humanizado.

5.1. ARTIGO 1

**ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO:
revisão integrativa da literatura**

Bruna Goulart Gonçalves²

Nalú Pereira da Costa Kerber³

RESUMO: Revisão integrativa com o objetivo de visualizar a produção científica envolvendo as estratégias utilizadas por gestores de hospitais de ensino para a implantação do parto humanizado. Levantamento bibliográfico realizado no mês de janeiro de 2012, no Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, com o descritor Parto Humanizado. Foram selecionados dez artigos científicos por apresentarem foco na relação do parto humanizado com as estratégias para a sua implantação. Com os achados foi possível constatar as seguintes estratégias que se espera que o gestor aplique na instituição, a partir do planejamento de suas ações: proporcionar uma estrutura física adequada; respeitar os direitos das parturientes; valorizar os trabalhadores de saúde; reduzir as taxas de cesariana; elaborar um protocolo no qual está descrito o processo do tipo de assistência desejada para a instituição, juntamente com a equipe. Foi possível concluir que cabe ao gestor uma grande responsabilidade do controle e avaliação das estratégias para a implantação de uma assistência humanizada ao parto, bem como a necessidade de novos estudos científicos que abordem tanto as fortalezas quanto as dificuldades encontradas para a viabilização da implantação e efetivação de modelos de humanização.

Descritores: Enfermagem; Parto Humanizado; Gestão em Saúde.

RESUMEN: revisión integradora con el fin de ver la producción científica acerca de las estrategias utilizadas por los gestores de hospitales de enseñanza para la aplicación de parto humanizado. Revisión bibliográfica realizada en enero de 2012, en

² Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. brunaggoncalves@gmail.com Fone: (53)9162.6008 – Rio Grande/RS/Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

el Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud, con el descriptor Parto Humanizado. Diez artículos fueron seleccionados por presentar el enfoque sobre la relación del parto humanizado con las estrategias para su despliegue. Con los resultados se estableció las siguientes estrategias que se espera aplicar el gerente de la institución, desde la planificación de sus acciones: proporcionar una estructura física adecuada, respetar los derechos de las mujeres embarazadas, valorizar a los trabajadores de la salud, reducir las tasas de cesáreas , desarrollar un protocolo en el que se describe todo el proceso del tipo de asistencia requerida para la institución, junto con el equipo. Se concluyó que es una gran responsabilidad para el administrador la evaluación de las estrategias para el despliegue de un parto humanizado, así como la necesidad de nuevos estudios científicos que se ocupan de los puntos fuertes y las dificultades, incluso en la viabilidad de implementación de modelos de la humanización.

Descriptor: Enfermería; Parto Humanizado; Gestión en Salud.

Keywords: Nursing; Humanizing Delivery; Health Management.

INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por importantes transformações dos serviços de saúde prestados às mulheres no Brasil, com a construção de dispositivos legais que os regulamentam¹. Muito se tem refletido quanto à organização das instituições de saúde e quanto à prática de seus trabalhadores, levando à incorporação de diversas diretrizes que passaram a constituir os programas e políticas de saúde do país.

A tarefa de formular, planejar e implantar políticas, programas, ações e serviços de saúde passaram a ser partilhadas entre a União, os estados e os municípios. O processo de descentralização que predominou no Brasil foi político-administrativo, causando a partilha de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde².

Dentre os programas implantados ao longo do século XX, o Ministério da Saúde instituiu, no final da década de 1990, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), chamando a atenção para a reorganização da assistência à mulher

e à criança no ciclo gravídico-puerperal, por meio da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério. Assim, ampliou-se o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantiu-se a realização de um conjunto com os mínimos procedimentos. No que se refere aos direitos institucionais relacionados ao parto e nascimento, podem ser citados: o acompanhamento pré-natal, a escolha da maternidade, o atendimento humanizado no parto e puerpério e a assistência adequada à criança.

O PHPN apresenta os direitos das gestantes e recém-nascidos, que devem ser assegurados pelos trabalhadores e gestores das instituições de saúde. Dentre eles estão: toda gestante tem direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal, com um conjunto mínimo de cuidados realizados por profissional com formação adequada para tal, de forma humanizada e segura³.

No que se refere especificamente à gestão em saúde, são definidas as atribuições nos três níveis de gestão para a sua devida implantação no País. Ao governo federal, cabe articular, com Estados, Municípios e Distrito Federal, a sua implantação e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo, definindo normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa, com a devida alocação de recursos³.

Aos estados, cabe a responsabilidade de elaborar, em articulação com os municípios, os sistemas de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção. Aos municípios, cabe garantir o atendimento pré-natal e do puerpério, realizando o cadastramento e acompanhamento das gestantes³.

Essas atribuições são concebidas como a forma concreta de organizar o sistema de saúde, direcionando as atividades concernentes a cada gestor em sua específica instância. Cada gestor de um serviço de saúde tem a responsabilidade de coordenar e garantir que o modelo assistencial preconizado pela política de saúde do país seja desenvolvido na particularidade do seu serviço.

Há muitos fatores envolvidos na execução desse trabalho de gestão hospitalar e, principalmente, no tocante à humanização da atenção prestada. Nesse sentido, um estudo⁴ desenvolvido com abordagem nos aspectos humanos na gestão hospitalar faz a argumentação de que, para humanizar a assistência hospitalar, precisa-se levar em consideração tanto a palavra do usuário quanto a palavra dos profissionais da saúde, possibilitando que ambos pensem e promovam ações, campanhas, programas e políticas assistenciais.

Considerando que a sensibilização dos profissionais da saúde é imprescindível, a enfermagem, como profissão atuante nesse campo de assistência, possui papel relevante na efetivação da Política de Humanização do Parto. No entanto, não depende somente dela, mas também da gestão da instituição. Há de se ter o interesse por esse conhecimento e por proporcionar a sensibilização dos profissionais para que seja possível implantar o programa de humanização em cada uma das suas realidades.

A partir do questionamento: “Qual a produção científica existente envolvendo a temática do parto humanizado nas relações com a gestão e sua implantação em hospitais de ensino?” foi possível definir o objetivo deste estudo: visualizar a produção científica envolvendo as questões estratégicas utilizadas por gestores de hospitais ensino para a implantação do parto humanizado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, na qual o pesquisador explora as produções científicas já desenvolvidas sobre um único assunto, com o intuito de obter dados e informações abrangentes, no caso deste estudo, acerca de estratégias para implantação do parto humanizado em hospitais de ensino⁵.

Essa metodologia de revisão⁵ permite um maior entendimento acerca de um fenômeno e, tem como objetivo apresentar o estágio atual de conhecimento sobre um assunto específico, permitindo subsidiar a elaboração de conceitos, a revisão de teorias e evidências.

A operacionalização dessa revisão se dá por cinco etapas propostas por Cooper⁵:

- **Formulação do problema:** etapa onde são abordados os aspectos mais importantes a serem considerados no estudo a partir de uma questão norteadora, que nesse caso foi: “Qual a produção científica existente envolvendo a temática do parto humanizado nas relações com a gestão e sua implantação em hospitais de ensino?”.

- **Coleta dos dados:** seleção dos critérios utilizados para a busca dos artigos científicos (base de dados, descritores, critérios de inclusão/exclusão). A busca foi realizada no mês de janeiro de 2012, no site de busca do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – *BIREME* via descritores de saúde. Foi utilizado o descritor *Parto Humanizado*, a partir do qual foram disponibilizados 194 estudos. Os resumos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: acesso a texto completo, artigo fruto de investigação científica a partir do ano de 2005, hospitais de ensino como contexto investigativo e referência direta à humanização do parto. Ao cumprir os critérios de elegibilidade, ficaram 10 estudos para análise.

- **Avaliação dos dados coletados:** são as informações contidas nos artigos amostrados, nas quais o pesquisador deve explicar quais foram os procedimentos empregados na avaliação dos estudos selecionados.

- **Análise e interpretação dos dados:** sintetização e discussão dos dados, comparando com o conhecimento teórico.

- **Apresentação dos resultados:** fase final, no qual o pesquisador explicita as possíveis lacunas ou vieses despontados por essa proposta de revisão integrativa.

Foi realizada a avaliação criteriosa dos dez manuscritos e, a partir da leitura exploratória do texto completo destes, foi possível identificar as informações que mais contemplavam o objeto do estudo em questão, que estarão descritas nos resultados e discussão.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Observou-se que a temática de gestão e sua relação com a implantação do parto humanizado é pouco explorada, sendo a maior parte dos estudos direcionados à percepção das usuárias acerca da assistência e a importância do parto humanizado. Isso justifica o fato da amostra de estudos incluída para análise ser de apenas dez artigos. Todavia, os artigos analisados descreveram de forma clara e objetiva o caminho metodológico utilizado, o que facilitou o entendimento e extração dos resultados.

O procedimento utilizado para a análise dos artigos selecionados foi processada a partir de uma busca de questões estratégicas que permeavam os estudos de gestão para implantação do parto humanizado em hospitais públicos.

A fim de proporcionar uma visão mais clara dos resultados, os dados foram sintetizados e agrupados por estratégias semelhantes, despontando as seguintes estratégias:

- proporcionar a estrutura física adequada, composta com salas de pré parto, parto e pós parto (PPP), a fim de manter a privacidade da parturiente, além de permitir a deambulação e a presença do acompanhante⁶⁻¹²;
- cumprir a lei, respeitando os direitos das parturientes^{7-9;11-13};
- valorização dos trabalhadores de saúde, ofertando capacitação da humanização da assistência, melhor remuneração, carga horária^{7-13;14};
- reduzir as taxas de cesariana^{7-9;13-15};
- elaboração de um protocolo no qual está descrito todo o processo do tipo de assistência desejada para a instituição^{9;11;13}.

A atenção humanizada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Esse é um direito fundamental de toda mulher. Tanto a instituição quanto a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a parturiente e seu acompanhante, respeitando todos seus direitos e os significados desse momento¹⁶.

O aspecto da possibilidade da presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o PPP é assegurado através da Lei 11.108/2005. As evidências científicas mostram que a presença do acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido¹⁷.

Cabe ressaltar que para a efetivação desse tipo de assistência desejada, é essencial um ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível, garantindo o relaxamento psicofísico tanto da mulher quanto da equipe de trabalhadores que está prestando atendimento. Mas sabe-se que a garantia desse direito é prejudicada pela

ausência de infra-estrutura nas unidades de saúde para receber o acompanhante da parturiente¹⁸.

A inadequação do espaço físico no CO inviabiliza a adoção de práticas úteis para o parto vaginal, como o respeito ao direito da mulher à privacidade no momento do parto e a liberdade de posição e movimentação¹¹, o que poderia contribuir ainda para a redução da taxa de cesariana, pois com a possibilidade de deambulação, há um aumento da dilatação do canal de parto.

Além da reestruturação física dos hospitais de ensino, faz-se necessário rever as ações adotadas pela gestão das instituições e a maneira como está se dando o atendimento prestado pelos trabalhadores da equipe de saúde, pois eles são mediadores essenciais para a proposta de um novo modelo¹⁹, pois caso haja uma insensibilidade da importância desse programa de humanização de alguma das partes, isso significaria maiores obstáculos para a implementação do modelo humanizado do parto e nascimento¹³.

Respeitar o direito das mulheres de serem informadas previamente acerca da realização de qualquer procedimento e de cuidado, de modo com que elas possam participar ativamente dos processos de decisão sobre si, é uma forma do trabalhador de saúde respeitar essa paciente como um todo²⁰.

Entende-se que é preciso que haja, além do comprometimento e adesão daqueles que trabalham diretamente com a assistência a essas mulheres, o comprometimento dos gestores com a proposta do PHPN, fazendo-se necessário que eles compreendam sua participação política no desempenho de suas funções gestoras e, ainda, tenham conhecimento das políticas existentes e do que podem fazer para conseguir implantá-las em suas realidades.

Espera-se que o gestor utilize como estratégia, o planejamento de suas ações, com o intuito de que seja capaz de acompanhar a assistência que está sendo prestada à cliente em sua instituição e possibilite a criação de um modelo humanizado de parto e nascimento adequado para a realidade dos serviços de saúde.

O enfermeiro tem que ter consciência de sua importância nesse processo de co-gestão humanizada¹⁵, pois por estar imerso na realidade do local consegue ter uma visibilidade maior das possibilidades que ali se encontram para humanizar a assistência.

Desta maneira, seria viável a discussão da assistência ao parto com uma visão mais ampla e crítica, buscando como resultado a mudança na prática profissional, pois dar visibilidade às dificuldades existentes para implantação da humanização ao parto pode auxiliar na construção de estratégias para a validação do PHPN.

CONCLUSÃO

A partir desta revisão, foi possível verificar, dentro das especificações metodológicas, as publicações sobre a implantação do parto humanizado relacionadas com a gestão das instituições de saúde.

Constatou-se que, para possibilitar a humanização do parto como modelo assistencial nas instituições, os gestores devem ter essa meta como prioridade, além de terem convicção da importância de sua participação política para garantir a indissociabilidade entre o modelo de atenção e de gestão, além do pensamento de que é preciso a colaboração de todos nos processos gerenciais e assistenciais para a verdadeira efetivação do processo de humanização.

Todos os estudos pesquisados mostraram a importância da implantação do parto humanizado nas instituições, abordando toda a dimensão do PHPN e sua importância para a instituição e para os usuários.

Os temas tratados sobre gestão no setor da saúde destacam que o gestor em saúde deve planejar, controlar e avaliar o tipo de assistência que está sendo prestada ao cliente, buscando a humanização do processo de atenção à saúde e sensibilização dos profissionais envolvidos de todos os níveis, atentando para o fato de que somente a realização de oficinas de sensibilização não trazem retorno após o término das atividades, e sim, uma participação onde todos se sintam atores de todo o processo da assistência.

Chama-se a atenção para a necessidade de estudos sobre as dificuldades e facilidades encontradas pela gestão das instituições para a implantação de modelos assistências de tal grandiosidade, pois assim haveria uma contribuição dos estudos científicos, evitando desgastes desnecessários e fracassos na adoção de estratégias em outras realidades. Pode-se concluir então que há uma lacuna a ser preenchida para criação de novas pesquisas científicas, tamanha a importância da temática.

REFERÊNCIAS

- (1) Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1991; 7(1):135-149.
- (2) Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis. 2007; 16(3):426-32.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

- (4) Pinochet LHC, Galvão CR. Aspectos humanos na gestão hospitalar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo. 2010; 34(4):498-507.
- (5) Cooper HM. *Integrative Research: a guide for literature reviews*. 2. ed. v. 2. London SAGE Publication, 1989.
- (6) Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo. 2005; 13(6):960-67.
- (7) Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):615-626.
- (8) Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):699-705.
- (9) Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc Anna Nery R Enferm*, Rio de Janeiro. 2006; 10(3):439-47.
- (10) Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*, Paraná. 2008; 13(4):585-90.
- (11) Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife. 2009; 9(1):59-67.
- (12) Busanello J, Kerber NPC, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Mendoza-Sassi RA, Azambuja EP. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores de saúde. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2011; 19(2):218-23.
- (13) Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife. 2011; 11(4):415-25.
- (14) Guimarães EER, Chianca TCM, Oliveira AC. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo. 2007; 15(4):536-42.
- (15) Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na Implantação de práticas do modelo humanizado em Maternidades. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2009; 17(1):165-169.

- (16) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
- (17) Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo. 2007; 20(4):434-440.
- (18) Simões SMF, Jesus D V, Boechat JS. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2007; 6(2).
- (19) Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005; 10(sup):221-30.
- (20) Chaves PL, Costa VT, Lunardi VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. *Revista Texto contexto – enfermagem*, Florianópolis. 2005; 14(1):38-43.

5.2. ARTIGO 2

ESTRATÉGIAS PARA VIABILIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO EM HOSPITAIS DE ENSINO⁴

STRATEGIES FOR ENABLING THE HUMANIZED DELIVERY IN THE UNIVERSITY HOSPITALS

ESTRATEGIAS PARA LA HABILITACIÓN DEL PARTO HUMANIZADO EN LOS HOSPITALES UNIVERSITÁRIOS

Bruna Goulart Gonçalves⁵Nalú Pereira da Costa Kerber⁶**RESUMO**

OBJETIVOS: Identificar o entendimento dos gestores sobre as estratégias para efetivação do parto humanizado em hospitais ensino de Rio Grande e Pelotas/RS.

MÉTODOS: Estudo qualitativo, de caráter exploratório, desenvolvido de novembro de 2008 a outubro de 2009, com cinco representantes da gestão, com atuação, em 2008, nos dois hospitais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual procedendo-se a análise descritiva dos achados com base na produção científica acerca da temática.

RESULTADOS: As estratégias apontadas pelos gestores como viabilizadoras do parto humanizado foram de ordem organizacional, capacitação e treinamento dos profissionais envolvidos no momento do parto e, modificações dentro da estrutura hospitalar como forma de transformar este espaço em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência.

⁴ Estudo derivado da pesquisa intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, desenvolvida de novembro de 2008 a outubro de 2009, coordenada pela Profª Drª Nalú Pereira da Costa Kerber, financiada pelo CNPq, edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT- Saúde 22/2007 - Saúde da Mulher, processo 551217/2007-3, que teve como objetivo geral: analisar a concepção de puérperas adolescentes sobre a humanização da assistência ao parto e puerpério imediato. Teve como sujeitos adolescentes, familiares, trabalhadores e gestores do HU-FURG.

⁵ Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. brunagoncalves@gmail.com Fone: (53)9162.6008.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

CONCLUSÃO: Considera-se que os gestores apresentam conhecimento acerca da Política de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde, reconhecendo seu papel como responsáveis pela implantação desta política.

Descritores: Políticas Públicas; Enfermagem; Gestão em Saúde; Parto Humanizado.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Identify the understanding of management on strategies for effective delivery humanized in the University Hospital of Rio Grande and Pelotas/RS.

METHODS: A qualitative study was exploratory, developed in March 2009 with four representatives of management 2008 in these hospitals. Data collection was developed through individual interview proceeding to a descriptive analysis of the findings, making a reflection based on the scientific production on the subject.

RESULTS: The strategies identified by managers as enablers of humanized childbirth were organizational: training of professionals involved in childbirth, as regards the humanized; and changes within the hospital structure, in order to transform this space into a more friendly and conducive to the implementation of the humanization of care practices.

CONCLUSIONS: It is considered that the managers have knowledge of the Humanization Policy recommended by Health Ministry, recognizing their role as responsible for the implementation of this policy.

Descriptors: Public Policies; Nursing; Health Management; Humanizing Delivery.

RESUMEN

OBJETIVOS: Identificar la comprensión de la gestión sobre las estrategias para el Hospital Universitario efectivar el parto humanizado en los hospitales Universitarios de Rio Grande y Pelotas/RS.

MÉTODOS: Fue desarrollado un estudio cualitativo, exploratorio, en marzo de 2009 con cuatro representantes de la administración 2008 de los hospitales. La recolección de datos fue desarrollada a través de entrevista individual procediendo a un análisis descriptivo de los resultados, con una reflexión que tuvo como base la producción científica sobre el tema.

RESULTADOS: Las estrategias identificadas por los administradores como facilitadores del parto humanizado son de orden de la organización: la formación de los profesionales que intervienen en el parto, en cuanto a la humanización; y los cambios en la estructura del hospital, con el fin de transformar este espacio en un lugar más agradable y propicio para la aplicación de la humanización de las prácticas de cuidado.

CONCLUSIÓN: Se considera que los gerentes tienen conocimiento de la Política de Humanización recomendada por el Ministerio de la Salud, reconociendo su papel como responsable de la aplicación de esta política.

Descriptor: Políticas Públicas; Enfermería; Gestión en Salud; Parto Humanizado

INTRODUÇÃO

Dentre as políticas públicas criadas pelo sistema de saúde brasileiro, desponta a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários⁽¹⁾. Essa política se propõe a uma mudança no modelo de atenção e gestão fundamentada na racionalidade médica. Baseia-se em princípios como a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos e entre os grupos, ampliando e promovendo mudanças nas práticas de saúde⁽²⁾.

Dessa forma, na busca por melhor atendimento aos usuários, visando o bem-estar e o cuidado com os mesmos, a gestão tem a responsabilidade de melhoria constante dos serviços, disponibilizando recursos e atendendo às necessidades básicas dos usuários.

No que diz respeito à assistência prestada às mulheres no ciclo-gravídico puerperal, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), visando mudanças no modelo de atenção. No entanto, tais transformações não serão efetivadas se não se processarem, também, em nível de gestão. A luta por um serviço público e humanizado é tarefa que convoca: gestores, trabalhadores e usuários⁽³⁾.

As desejadas mudanças no modelo de atenção, necessárias para a concretização do parto humanizado, não têm sido vislumbradas em muitas realidades dos serviços de saúde. Alguns estudos demonstram a dificuldade de adesão e o distanciamento entre o modelo vigente e o modelo humanizado de

atendimento⁽⁴⁻⁵⁾, justificado pela falta de disponibilidade de trabalhadores médicos e de enfermagem capacitados para realizar uma assistência integral e de qualidade⁽⁶⁻⁷⁾.

Em vista disso, percebe-se a necessidade de investimentos da gestão para viabilizar a efetivação do parto humanizado nas instituições. Os serviços precisam investir na capacitação dos trabalhadores, de forma sistemática e contínua, na formação dos estudantes e na estrutura dos serviços, para aprimorar a qualidade da assistência às usuárias e, assegurar também a contínua promoção do desenvolvimento técnico e científico⁽⁸⁻⁹⁾.

A gestão pública da saúde, de forma descentralizada, é caracterizada pelo exercício das funções gestoras, as quais não são realizadas apenas por quem está na gerência, mas também por quem assume funções na coordenação e na prestação dos serviços de saúde⁽¹⁰⁾. A enfermeira ganha destaque nesse papel, pois, cada vez mais, é evidenciada em cargos chaves na gestão em saúde⁽¹¹⁾.

Introduzir um modelo humanizado de parto e nascimento na realidade dos serviços de saúde pode ser um grande desafio, não apenas por trazer novas propostas às práticas assistenciais, mas, também, por lançar uma redefinição nas relações que envolvem os sujeitos desse processo⁽¹²⁾.

No exercício da gestão propõe-se inverter a lógica da supervalorização do controle e da hierarquia, para instituir práticas como a análise do processo de trabalho, o diálogo e a participação junto aos usuários e demais profissionais⁽¹³⁾. Assim, o modelo de gestão humanizado pode ser centrado no trabalho em equipe e na construção de tomada de decisões pactuadas por todos os atores, o que resulta em um fazer mais democrático.

Diante do exposto, reflete-se sobre a importância desta temática, uma vez que se entende que os gestores têm a responsabilidade de direcionar o processo de trabalho nos serviços. Em vista disso o presente estudo tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas pelos gestores para efetivação do parto humanizado nos hospitais ensino dos municípios de Rio Grande e Pelotas/RS.

MÉTODO

Este estudo apresenta abordagem qualitativa e tem caráter exploratório, uma vez que visa “um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos”^(14:37).

Os locais do estudo foram os hospitais ensino de Rio Grande e Pelotas/RS, ambos hospitais públicos que fazem parte da rede de serviços que compõe o SUS e oferecem campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

O cenário investigativo foi o Centro Obstétrico (CO), sendo que no Hospital Universitário (HU) da FURG, este está em funcionamento desde 1992, localiza-se no andar térreo, ao lado do centro cirúrgico. Sua área física é composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários, funcionando 24 horas/dia.

A equipe profissional que atuava nesse espaço de trabalho, à época de realização da pesquisa, era composta por uma enfermeira e uma técnica/auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho (manhã, tarde e noite, sendo à noite o turno era realizado em esquema de 12/36 horas), além de um plantão médico 24 horas.

Já o CO do Hospital Escola (HE) da UFPEL, que situa-se no andar térreo, comunicando-se diretamente com o Centro Cirúrgico. Sua área física é composta de uma sala de exame, uma sala de pré-parto com dois leitos e banheiro, uma sala de partos, uma sala de atendimento ao RN, um lavabo, um expurgo, 12 leitos de internação obstétrica e seis leitos de internação ginecológica, além de um leito de isolamento clínico.

Atuavam neste local de trabalho, à época de realização da coleta de dados, dois enfermeiros e seis técnicos/auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho diurno e um enfermeiro e quatro técnicos/Auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho noturno, em uma escala 12/60 horas; o

plantão médico é de 24 horas, realizado por sete médicos residentes e dez médicos preceptores.

O grupo de sujeitos foi constituído de cinco participantes que se encontravam em cargos de gestão, com atuação em 2008, no HU de Rio Grande, foi realizada a entrevista com um representante de cada área da gestão: coordenação de enfermagem, coordenação médica, coordenação administrativa, um representante da direção geral do hospital e o chefe da maternidade. Já no HE de Pelotas, apenas se conseguiu entrevistar o diretor responsável pela maternidade, que fazia parte da coordenação médica. Os demais membros da gestão haviam deixado o seu cargo na época da coleta de dados, ficando, portanto, inviável entrevistar a nova composição devido à falta de experiência dos sujeitos no cargo.

As entrevistas que compuseram o banco de dados foram realizadas individualmente junto aos gestores dos hospitais de ensino de Rio Grande e Pelotas/RS de novembro de 2008 a outubro de 2009, após a obtenção por escrito de seu consentimento livre e esclarecido. A questão utilizada foi a seguinte: “Que estratégias você considera necessárias para alcançar a efetivação do parto humanizado neste hospital?”. A análise de dados processou-se a partir de análise textual, correlacionando os achados com outros estudos envolvendo a temática.

De forma a contemplar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96, sobre Pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” (KERBER, 2007) obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG), sob o número 31/2008. Os participantes foram identificados pela letra G seguida de números sequenciais, de forma a manter seu anonimato.

RESULTADOS

Ao se analisar os depoimentos dos gestores acerca das estratégias que precisariam ser implantadas para efetivação do parto humanizado nos hospitais

de estudo, foi possível destacar que os achados se concentraram nos aspectos organizacionais do serviço, como o processo de capacitação dos profissionais e adequações do espaço físico de atendimento às parturientes.

Percebeu-se que as maiores preocupações estão voltadas para a capacitação e treinamento dos profissionais envolvidos no momento do parto, visto que muitos destes, segundo os gestores, ainda mostram dificuldades na aplicação do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. Outros, ainda, até resistem a ele. As fala a seguir são demonstrativas disso:

“[...] É importante o preparo dos profissionais, que pode acontecer através de cursos e conversas onde se possa discutir, mas que não aconteça em um só momento e, não pode ser algo para se conseguir um credenciamento, mas que realmente deve ser efetivado e cobrado. Existe a necessidade de mudança talvez de cultura destes profissionais, e isso é demorado mesmo [...]” (Gestor 2).

“[...] alguns resistem muito à presença de um familiar na sala de pré-parto e parto. E a política preconiza que toda gestante tem direito a opção, se ela optar pela presença dessa pessoa junto com ela não pode ser impedida”. (Gestor 4).

“[...] Treinamento [...] e equipe multidisciplinar para atendimento, durante 24 horas integralmente.” (Gestor 5).

A dificuldade da gestão em se adaptar às novas tendências no mercado de saúde, buscando atividades de humanização hospitalar é evidenciada na fala do Gestor 3, o qual demonstra conhecimento a respeito dos protocolos. No entanto, mostra certa dificuldade de exercer sua autonomia para adaptar o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

“[...] Essas definições de parto humanizado, vem de cima para baixo, ou seja, existem por parte do MS já protocolos definidos, ou seja, ações definidas que visam desenvolver o parto humanizado. Como se faz, como se monta, como se evolui. [...] mas hoje não teríamos definido, imagino eu, que na parte técnica, nenhuma estratégia, porque a gente espera receber isso do MS para depois montar alguma coisa [...]” (Gestor 3).

Outro elemento que se insere no interior dos aspectos organizacionais faz referência ao ambiente físico do CO. No que diz respeito à realidade das salas de pré-parto e parto dos locais estudados, derivaram as seguintes falas:

“[...]se tu tiver, como hoje, três leitos de pré-parto um do lado do outro, com três familiares e tu fazendo toque em uma gestante na frente do familiar da outra, isso é uma coisa meio complicada, mas acho que isso é uma das estratégias, sala de pré-parto e parto individualizadas [...]” (Gestor 1).

“[...] precisamos da criação de espaços físicos adequados, ampliação do numero de leitos disponíveis [...]” (Gestor 5).

Há o destaque por parte dos gestores de que algumas medidas de adequação já estavam sendo tomadas no que se refere à estrutura física de um dos hospitais:

“[...] nós estamos construindo o novo centro obstétrico, ele é bem mais amplo, ele garante a privacidade bem melhor da gestante, com salas individualizadas de pré-parto, acho que isso é fundamental [...]” (Gestor 1).

“[...] teria que ter uma melhor área física, e já estamos com obras no novo CO.” (Gestor 4).

DISCUSSÃO

Despontou das falas dos gestores a consciência de que seria de extrema importância o preparo dos profissionais de saúde para a implantação de uma assistência humanizada ao parto. Salientam, ainda, que esse processo deve se desenvolver de forma contínua dentro da instituição, a fim de promover uma mudança cultural nas relações.

No segmento hospitalar, com foco no cliente, a adoção de uma gestão que preconize a humanização é trabalhosa, leva tempo, requer paciência, treinamento e persistência, mas é viável, estimulante e altamente recompensadora⁽¹⁵⁾. A capacitação e envolvimento dos profissionais e gestores são de suma importância para que o processo seja implantado e tenha continuidade, não ficando como uma simples qualificação, o que acaba beneficiando apenas o profissional, sem atender as necessidades do cliente.

Além disso, a capacitação e a sensibilidade dos profissionais precisam estar voltadas para uma assistência que atenda às necessidades das mulheres e suas famílias, respeitando suas opiniões e preferências, oferecendo ao acompanhante o esclarecimento de suas dúvidas sobre as condutas e

procedimentos e estimulando-os a participar em todos os procedimentos durante o trabalho de parto e parto.

Desde meados da década passada, o modelo de assistência obstétrica vem se disseminando, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Incentiva-se a mudança na prática dos profissionais de saúde sobre a parturiente e sua família.

O MS apresenta um protocolo de atenção ao parto, no qual estão estabelecidas todas as ações que precisam ser desenvolvidas e estimuladas. No espaço hospitalar, existe uma série de obstáculos para se implantar uma metodologia de assistência que promova o parto de maneira humanizada. A equipe de saúde não aceita com tranqüilidade algumas práticas evidenciadas pelo MS como positivas para o parto⁽¹⁶⁾.

O que se sabe é que os gestores e trabalhadores de um grande número de serviços de saúde não conseguiram estabelecer o modelo assistencial proposto pelo MS, seja por resistência dos trabalhadores, seja por dificuldades organizativas. Trazem como desafio, nesse processo de gestão, o investimento em políticas de recursos humanos, além do repensar o papel da universidade na formação de profissionais para o SUS, pois serão essas pessoas que contribuirão futuramente, mediante a sua atuação técnica e política, compartilhada e participativa, para o desenvolvimento e efetivação do sistema de saúde⁽¹⁰⁾.

Uma questão que chamou a atenção se refere ao estabelecimento do protocolo de atenção preconizado pelo MS, o qual é considerado como algo impositivo por parte da gestão federal. Ao mesmo tempo, os gestores se manifestam em posição de expectadores, aguardando as definições da forma de trabalho programada pelo MS. Isto é uma controvérsia, pois, se há e definições, normatizações e protocolos, o que exatamente eles estão esperando? Diante disso, infere-se que o gestor, especificamente, não conheça realmente a proposta do PHPN e, por isso, tenha esse posicionamento no momento de expor seu entendimento.

Salienta-se que, dentre os cinco gestores sujeitos deste estudo, três tem formação na área da saúde, sendo duas enfermeiras e um médico, o que poderia funcionar como impulsionador de movimento para humanização da

atenção ao parto, uma vez que possuem formação que os habilita a compreender melhor as questões envolvidas. Neste cenário, pelo cargo que exercem, entende-se que deveriam ter conhecimento de todas as propostas ministeriais, enviando esforços para a efetivação da atenção em saúde que é proposto pelo PHPN. Pressupõe-se que integrantes da equipe de saúde tem maior facilidade na programação de estratégias e ações necessárias para alcançar objetivos e metas desejadas.

Além do mais, entende-se que o gestor em saúde faz parte da equipe, mesmo de forma não aparente; precisa, assim, inserir-se concretamente no contexto de trabalho. Todas as relações que envolvem os sujeitos no âmbito hospitalar (gestor, equipe de saúde, pacientes, familiares) trazem repercussões nas ações de cuidado⁽¹⁷⁾.

Por isso, concebe-se a necessidade de estabelecimento de um plano de trabalho, que é o produto momentâneo do processo pelo qual um ator seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos, sendo, tal procedimento, a mediação entre o conhecimento e a ação. Reflete-se que o planejamento estratégico pode ser a melhor forma de direcionar o trabalho no interior dos serviços de saúde, pois este lida com incertezas, imprecisões, surpresas, rejeições e apoio de outros atores⁽¹⁸⁾.

O ponto fraco da gestão investigada parece ser a falta de planejamento estratégico para o processo de trabalho como um todo. Os planos são pensados em curto prazo, executados de acordo com as necessidades aparentemente mais urgentes e, mais visualizadas pelo conjunto dos atores envolvidos na assistência.

Um exemplo disso é a modificação do ambiente físico. Tal medida desponta como sendo a única ação já encaminhada no intuito de efetivação do parto humanizado em uma das realidades. As modificações na estrutura física são importantes, pois podem transformar o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação das práticas humanizadoras da assistência⁽⁷⁾. Dessa forma, torna-se óbvio que algumas modificações dentro da estrutura hospitalar são necessárias para a efetivação do parto humanizado, na forma de medidas simples que priorizem fundamentalmente a privacidade da parturiente, a presença do acompanhante e o espaço para deambulação⁽¹⁵⁾.

A estrutura física de um dos locais deste estudo está sendo modificada, a partir da construção de uma nova estrutura, porém o ideal seria a construção desse ambiente embasada no PHPN, já que é um programa do MS no qual a estrutura física adequada está descrita, porém essa não é a realidade. Assim, ficaria dentro das normas, facilitando a implantação dessa proposta. A partir daí, buscar-se-ia estratégias relacionais para que a produção do cuidado se processasse de forma humanizada. Constatou-se neste estudo que a falta de um local adequado influencia no agir dos profissionais, bem como, em determinadas situações, acaba por constranger algum familiar se ele estiver presente na sala de pré-parto.

O foco relacional é o apelo mais amplamente disseminado e aceito como projeto humanizador na proposta do PHPN, aludindo à produção do cuidado em saúde baseado no encontro entre sujeitos (profissionais e pacientes)⁽¹⁹⁾. Foi justamente neste panorama que se percebeu a inexistência de qualquer estratégia sendo colocada em prática no local de estudo para uma potencial mudança do serviço prestado.

O tratamento recebido pelas mulheres e a forma como o processo do parto é conduzido são mais importantes que os aspectos clínicos, a utilização de tecnologias no trabalho de parto e a própria estrutura física. Para que haja uma assistência humanizada no momento do parto é imprescindível que ocorra uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a parturiente⁽²⁰⁾. Observa-se, então, que apesar de todas essas influências, a implantação da humanização do parto estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, muito deles relacionados com a cultura hospitalar, com a influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta. Em vista disso, acredita-se que este tema precisa ser mais discutido tanto entre gestores quanto trabalhadores dos serviços e usuários.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo foram extremamente significativos, pois foi possível observar que os gestores demonstraram conhecimento acerca do PHPN preconizado pelo MS, reconhecendo seu papel como responsáveis pela implantação dessa política. Todavia, como exposto por eles, mesmo tendo o conhecimento a respeito do protocolo a ser seguido, os locais do estudo em questão não apresentam as adequações previstas e nem possuem estratégias firmadas para a prática efetiva da humanização do parto.

A política de humanização ao parto destaca-se pelo foco na mulher como sujeito do processo, buscando trazer uma nova vivência no período de pré-parto, parto e pós-parto, o que faz com que esse processo se torne mais humano e menos traumático para as mulheres e familiares.

A gravidez é um período no qual a gestante e seus familiares aguardam ansiosos a chegada de um novo bebê, necessitando de um ambiente tranquilo, com atendimento de qualidade, em que os direitos da mulher sejam respeitados, mantendo a integridade física e psicológica dessas mulheres.

Destacaram ainda o papel do gestor na busca pela humanização do processo de atenção à saúde e sensibilização dos profissionais envolvidos em todos os níveis e a importância da gestão participativa.

Já em relação às realidades locais, foi perceptível a preocupação apresentada pelos gestores em relação à capacitação e treinamento dos profissionais envolvidos no momento do parto e a necessidade de modificações na estrutura hospitalar, na perspectiva de transformar o espaço em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência.

Assim, é necessário que os gestores não ofereçam somente a adequação do ambiente através de um espaço físico capaz de atender a individualidade da mulher e de seu acompanhante, o que é um direito do qual ela pode usufruir, se assim o desejar, mas que pensem em estratégias para a capacitação/qualificação do profissional de saúde, com base em uma proposta que defenda os direitos do cidadão, na qual todos os sujeitos sejam entendidos

como atores do processo de transformação e colaboradores da instituição, em busca da implantação do PHPN.

Portanto, a aposta em uma gestão corresponsável, com a participação dos trabalhadores nas decisões assistenciais, pode diminuir os distanciamentos entre o que o MS preconiza e a realidade que está sendo constatada na prática. Assim a humanização da assistência será responsabilidade tanto dos profissionais diretamente ligados à prestação de cuidados, quanto dos gestores e usuários, possibilitando uma mudança da realidade dos serviços de saúde na atenção à mulher no trabalho de parto, parto, puerpério e nascimento de seu filho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
2. Santos Filho SBS, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface – Comunic., Saude, Educ. (online). 2009; 13: 603-13.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.
4. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. Rev Rene. 2010; 11:92-98.
5. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Gonçalves BG. Parto de adolescents: elementos qualitativos da assistência. Rev Escola Enferm. USP, São Paulo. No prelo 2011.
6. Pinto CMS, Komura Hoga LA. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. Ciencia y Enfermería X. 2004; 1: 57-66.
7. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10: 669-705.
8. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a

utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Rev Escola Enferm. USP, São Paulo. No prelo 2011.

9. Cecagno D, Siqueira HCH. Educação continuada: um novo modelo de ensino na Enfermagem – Incubadora de aprendizagem. Editora e Gráfica Universitária, Pelotas, v.1, 2006.
10. Souza MKB, Melo CMM. A atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. Rev. enferm. UERJ. 2009; 17(2):198-02.
11. Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2007; 16(3): 426-32.
12. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a humanização dos profissionais de saúde. Rev Ciência Cuidado e Saúde. No prelo 2011.
13. Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. Cienc. Saude Colet. 2005; 10(1):119-27.
14. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
15. Prizskulnik G, Maia AC. Parto humanizado: influências no segmento saúde. O Mundo da Saúde. São Paulo. 2009; 33:80-88.
16. Machado NXS, Praça NS. Centro de Parto Normal e Assistência Obstétrica centrada nas necessidades das parturientes. Rev Esc Enferm. USP, São Paulo. 2006; 40:274-9.
17. Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Acta paul. Enferm. 2008; 21(3):412-19.
18. Matus C. O plano como aposta. São Paulo em perspectiva. 1991; 5(4): 28-42.
19. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10:615-626.
20. Gama AS et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(11):2480-88.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos neste estudo, foi possível identificar as estratégias apontadas pelos gestores em saúde para a implantação do parto humanizado.

Os gestores em saúde têm um papel imprescindível para a efetivação do parto humanizado dentro das realidades investigadas. Mostraram-se conscientes sobre a política preconizada pelo MS e do papel que possuem para implantá-la, porém fazem referências às inadequações estruturais das instituições em que se encontram e admitem não terem planos específicos para a modificação da realidade.

Foi perceptível a preocupação apresentada pelos gestores em relação à capacitação e treinamento dos profissionais envolvidos no momento do parto e a necessidade de modificações na estrutura hospitalar, na perspectiva de transformar o espaço em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência.

Para a verdadeira efetivação do processo de humanização, os processos gerenciais e assistenciais devem se processar por meio da participação política de todos os atores envolvidos a fim de garantir às preconizações feitas pelo MS.

O planejamento estratégico é um instrumento eficaz na busca da otimização dos serviços de saúde, por ser um método com um espaço democrático cujos atores sociais envolvidos poderão assumir responsabilidades compartilhadas. Engloba também o desenvolvimento de ações que atendam as necessidades deles próprios, da instituição e dos usuários.

Neste sentido, espera-se que o gestor, no planejamento de suas ações, acompanhe a assistência que está sendo prestada ao cliente e promova capacitação dos trabalhadores envolvidos na busca da humanização do processo de atenção à saúde.

Sugere-se que a enfermagem, enquanto categoria profissional que costuma ocupar cargos chave na gestão do SUS necessite aplicar, em sua

prática, o desenvolvimento de ações políticas importantes e, assim, contribuir para a implantação de políticas públicas de saúde em seu local de trabalho.

Enfim, os resultados encontrados neste estudo fornecem uma visualização das estratégias que estão sendo utilizadas pelos gestores na tentativa da implantação do parto humanizado, que contribuirá para reflexão sobre o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido nos hospitais deste contexto investigativo e de outras instituições de ensino.

Chama-se a atenção para a necessidade de estudos sobre as dificuldades e facilidades estratégicas encontradas pela gestão das instituições para a implantação de modelos assistências, dando visibilidade às transformações organizacionais e ao envolvimento de todos os atores para o alcance da humanização da assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

ADAM, J. M.; HEIDMANN, U.; MAINGUENEAU, D. **Análises textuais e discursivas: metodologias e aplicações**. Cortez Editora, São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

_____. **Princípios Fundamentais do PHPN**. Disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=914&id_reg=3532&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=914 Acesso em: 21 novembro 2009.

_____. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a **Rede Cegonha**. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro , v. 7, nº 2, p. 135-49, Abril – junho, 1991 .

BUSANELLO, J. **As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um hospital universitário do extremo sul do Brasil**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 2010. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

_____ ; KERBER, N. P. C.; FERNANDES, G. F. M.; ZACARIAS, C. C.; CAPPELLARO, J.; SILVA, M. E. Humanização do parto e a humanização dos profissionais de saúde. **Rev Ciência Cuidado e Saúde**. No prelo 2011.

_____ ; KERBER, N. P. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; MENDOZA-SASSI, R. A.; AZAMBUJA, E. P. de. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 218-23, 2011.

CARNEIRO, L. M. Humanizar é preciso. **Jornal da Rede saúde**. v. 20, p. 16-17, 2000.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; COSTA, M. M. G.; GONÇALVES, B. G.; QUADROS, V. F. Práticas Prejudiciais ao Parto: Relato dos Trabalhadores de Saúde do Sul do Brasil. **Rev. Rene**. vol. 11, n. Especial, p. 92-98, 2010.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B. G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Escola Enferm**. USP, São Paulo. No prelo 2011.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 960-67, 2005.

CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H. C. H. Educação **continuada: um novo modelo de ensino na Enfermagem** – Incubadora de aprendizagem. Editora e Gráfica Universitária, Pelotas, v.1, 2006.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Revista Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 1, jan-mar, 2005.

COOPER, H. M. **Integrative Research: a guide for literature reviews**. 2. ed. v. 2. London SAGE Publication, 1989.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta paul. Enferm**. Vol., n. 3, p. 412-19, 2008.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Trad. Sandra Regina Netz.. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 615-26, 2005.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma

política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 699-705, 2005.

ENDERLE, C. F. **Atenção Humanizada ao parto de adolescentes**: um estudo sob a ótica dos sujeitos. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. 2010. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

ENDERLE, C. F.; KERBER, N. P. C.; SUSIN, L. R. O.; GONÇALVES, B. G. Parto de adolescents: elementos qualitativos da assistência. **Rev Escola Enferm. USP**, São Paulo. No prelo 2011.

FORTES, A.; GOMES, A. **Planejamento estratégico situacional participativo**. Caderno de conceitos. Oficina de Planejamento Estratégico – FESP. Rio de Janeiro, 1999.

FREITAS, F.; COSTA, S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed Editora, 4ª edição, 2001.

GAMA, A. S.; GIFFIN, K. M.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**. vol. 25, n. 11, p. 2480-88, 2009.

GONÇALVES, B. G. **Avaliação das práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para o parto normal em um centro obstétrico, na ótica das adolescentes**, 2010, 64 folhas, Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande, Graduação em Enfermagem, Rio Grande.

GONZÁLEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1587-97, 2009.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento parto adolescente. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.1, p.107-14. 2006.

GUIMARÃES, E. E. R.; CHIANCA, T. C. M.; OLIVEIRA, A. C. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 536-42, 2007.

HUERTAS, F. **ÉL MÉTODO PES**: planificación estratégica situacional. Franco Huertas entrevista a Carlos Matus. Ed. La Paz, 1ª edição, 1996.

KERBER, N.P.C. **Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes**. Pesquisa financiada pelo CNPq. Processo Nº 551217/2007-3, 2007.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, S. V.; HADDAD, M. C. L.; SARDINHA, D. S. S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Rev Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 138-44, 2008.

LOWDERMILK, D. L. Fatores e processos do parto e nascimento. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed editora, 2002, p. 296-313.

LOUZADA, S. S. S.; STANG, F.; CALABREZ, M. Administra e humanizar no hospital. **Rev FACEVV**, n.1, 2º semestre, 2008.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 274-79, 2006.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 9, n. 1, p. 59-67, 2009

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006.

MATUS, C. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**. Vol. 5, n. 4, p. 28-42, 1991.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-32, 2007.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-25, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.L.; ZAHER, V.L. et al. Humanização em saúde: O resgate do ser com competência científica. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 27, n.2, p.203-05. 2003.

PINOCHET, L. H. C.; GALVÃO, C. R. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. Vol. 34, n. 4, p. 498-507, 2010.

PINTO, C. M. S., KOMURA HOGA, L. A. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. **Ciencia y Enfermería**. Vol. 1, s/n, p. 57-66, 2004.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na Implantação de práticas do modelo humanizado em Maternidades. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 165-69, 2009.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009.

REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. sup, p. 221-30, 2005.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada á enfermagem. **Cogitare Enferm**. Vol. 3, n. 2, p. 109-12, 1998.

SANTOS FILHO, S. B. S.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunic.**, Saude, Educ. (online). Vol. 13, s/n, p. 603-13, 2009.

SAÚDE. CN. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 13, n. 4, p. 585-90, 2008.

SILVA, D. C. Contextualização: políticas públicas no Brasil. **Revista Jus Navigandi** (online), p. 1-3, 2011. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/19158/contextualizacao-politicas-publicas-no-brasil>

SILVA, L. R. da; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. de. Histórias, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Outubro - dezembro 2005, v. 14, p. 585-93.

SILVA, R. C.; SOARES, M. C.; MUNIZ, R. M.; ANDRADE, F. P.; GOMES, V.; TORRES, A. A. A concepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado em adolescentes. **Enfermería Global**, 2011, v. 10, p. 330-41.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem**, março-abril 2006; v.14, p. 199-206.

SIMÕES, S. M. F.; JESUS, D. V.; BOECHAT, J. S. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. Online **Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007.

SOUZA, M. K. B.; MELO, C. M. M. A atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. **Rev. enferm.** UERJ. Vol. 17, n. 2, p. 198-202, 2009.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Cienc. Saude Colet.** Vol. 10, n. 1, p. 119-27, 2005.

STEINER, G. A. "**Planificación Estratégica, Lo que Todo Director debe Saber**". Vigésima Tercera Reimpresión. Editorial CECOSA, 1998.

TEIXEIRA, E. C. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. **AATR.** Bahia, p. 1-11, 2002.

VERSIANI, C. C. et al. Maternidade segura: relato de experiência. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 109-14, 2008.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

ANEXO A

**CEPAS**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPEP
3º andar do Hospital Universitário, Rua visconde de Parangará n.º 102 - Campus Saúde
Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 0235 / 3233 8736 - Fax: 3233 6822 (PROPEP)
E-Mail: cepas@furg.br Homepage: <http://www.cepas.furg.br>

PARECER Nº 031/2008

PROCESSO Nº 23116.001158/2008-61

CEPAS Nº 14/2008

TÍTULO DO PROJETO: "Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Nalú Pereira da Costa Kerber

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto por este Comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, o mesmo foi APROVADO.

Segundo normas da CONEP devem ser enviados relatório de acompanhamento aos Comitês de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório parcial: jan/2009 e jan/2010.

Data de envio do relatório final: jjan/2011.

Rio Grande, RS, 14/05/2008.


Alexandra M. S. de Freitas
Coordenadora do CEPAS

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER

Rio Grande, 21 de novembro de 2011.

Eu, Nalú Pereira da Costa Kerber, coordenadora da pesquisa “Atenção Humanizada no Parto de Adolescentes”, autorizo a minha orientanda, mestranda BRUNA GOULART GONÇALVES, a utilizar os dados referentes à pesquisa realizada com os gestores em Rio Grande e Pelotas, para a sua dissertação do mestrado.

Prof. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber

Coordenadora da pesquisa

ANEXO C

NORMAS AVANCES EM ENFERMERÍA

A revista Avances en Enfermería, da Universidade Nacional da Colômbia é publicada semestralmente e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspectos relativos ao processo:

Categorías dos Artigos Segundo Colciencias:

- 1 Artigo de pesquisa científica e tecnológica. Documento que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: introdução, metodologia, resultados e conclusões.
- 2 Artigo de reflexão. Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais.
- 3 Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integram os resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 50 referências.
- 4 Artigo curto. Documento breve que apresenta resultados originais preliminares ou parciais de uma pesquisa científica ou tecnológica que geralmente precisam ser divulgados rapidamente.
- 5 Relatório de caso. Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico.

Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos.

6 Revisão de tema. Documento produto da revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

7 Editorial. Documento escrito pelo editor, um membro do comitê editorial ou um pesquisador convidado, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

8. Tradução. Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

9. Documento de reflexão não derivado de pesquisa.

10. Resenha bibliográfica.

11. Outros.

Crítérios de Elegibilidade dos Artigos

O material que for colocado para apreciação do comitê editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

1 Clareza e precisão na redação: a redação do documento deve ser coerente com o conteúdo e clara para o leitor.

2 Originalidade: o documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

3 Objetividade e validade: as afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

4 Importância e contribuições ao conhecimento: o documento faz contribuições interessante para modernizar o tema objeto de pesquisa. Os anteriores são os critérios básicos a considerar quando se julga a elegibilidade dos documentos.

Informação do Autor

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone, fax, e-mail. Se o artigo é de vários autores, é preciso identificar a contribuição de cada autor no trabalho.

No caso dos relatórios de pesquisa, o pesquisador principal assumirá a responsabilidade sobre a integridade e confiabilidade dos dados compilados. Se a autoria de um artigo é grupal, é preciso nomear um ou mais autores para

assumirem a responsabilidade em nome do grupo. Nesse caso, os outros membros não são autores, e serão incluídos na lista de reconhecimentos.

Quando um artigo for submetido a apreciação do comitê editorial, seu autor aceita que:

Sob nenhum conceito receberá pagamento algum pela inclusão de seu documento na publicação.

Não poderá apresentar o mesmo documento à consideração de comitês de outras publicações até não obter resposta escrita sobre a decisão tomada a respeito da aceitação ou recusa de seu artigo.

Caso o artigo for publicado, ele torna-se propriedade permanente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia e não poderá ser publicado em outro meio sem licença escrita do autor e da Universidade.

Processo de Seleção de Artigos

O procedimento para eleger os artigos a serem incluídos em Avances en Enfermería é o seguinte:

1 Todos os artigos encaminhados ao comitê editorial da revista são revisados inicialmente pelos membros do comitê a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas instruções. Se o artigo não obedece esses critérios, o documento não continuará o processo de seleção e será devolvido ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação.

2 Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requerimentos formais, o documento é enviado a dois pareceristas para revisão: um deles é um professor da Faculdade e outro pessoal externo à universidade, preferivelmente internacional, ambos com grande saber notório na área do artigo. Será garantido sempre o anonimato dos autores e pareceristas durante o processo de avaliação.

3 Com base nos conceitos dos pareceristas, o comitê decide se o artigo será publicado ou não. Em ambosos casos o autor recebe uma carta que inclui as opiniões dos pareceristas e a decisão tomada, em caso de aceitação, o autor recebe confirmação sobre as sugestões e correções aplicáveis antes de

publicar o artigo.

4 Se o artigo for avaliado positivamente por um parecerista e negativamente por outro, o artigo é encaminhado a um terceiro parecerista, e com base em sua opinião se inclui ou não o documento na publicação.

5 Depois de receber as correções aplicadas pelo autor, o comitê editorial envia o documento a um corretor de estilo ou editor de documentos. Quando acaba a edição correspondente, o artigo é devolvido ao autor, quem terá prazo de cinco dias úteis para dar a aprovação final. O autor deve enviar a autorização e apontar claramente as correções não aceites, dado que com isso, ele fica responsabilizado por todas as afirmações feitas no artigo, incluindo aquelas que foram mudadas ou corrigidas pelo editor de documentos e autorizadas pelo autor.

6 Se nos 5 dias úteis posteriores ao recebimento do documento o autor não se pronunciar, o comitê editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.

7 O autor deve enviar os dados do formato Publindex ao comitê editorial.

Preparação do Documento

Antes de enviar um documento, verifique a observância com as seguintes condições:

O documento está escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos 4 lados.

As páginas do documento estão numeradas.

Apresentação do(s) autor(es) incluindo: nomes e sobrenomes completos, titulação acadêmica, cargo atual e vinculação institucional, bem como endereço eletrônico, fones, cidade e país.

Um resumo em espanhol de não mais de 250 palavras, que inclua o objetivo, os pontos focais e as conclusões do artigo.

O resumo não pode ter afirmações que não estejam incluídas no documento.

Para o caso de publicações de pesquisa, o resumo deve incluir objetivos do levantamento, métodos, resultados, discussão e conclusões.

O artigo inclui 3 a 5 descritores ou palavras chave em espanhol e inglês, dos DeCS (BIREME) que permitem identificar inequivocamente o conteúdo do documento para localizá-lo facilmente. As palavras chave podem ser obtidas no seguinte endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

O artigo não usa abreviaturas nem siglas no título nem no resumo e o uso de abreviaturas no texto é limitado.

Antes de usar uma abreviatura por primeira vez, especifica-se o nome completo e entre parêntesis as siglas.

Exemplo: Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS).

O documento não se refere a marcas comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, salvo quando estritamente necessário.

Para o caso das pesquisas patrocinadas, o artigo inclui uma subseção final onde se especifica o patrocinador.

Tem uma cópia impressa e uma eletrônica em formato .doc.

Tem uma cópia impressa e uma eletrônica em formato TIF ou JPG das ilustrações, fotografias e/ou esquemas a serem utilizados como ilustração do texto.

A extensão é de mínimo 10 páginas e máximo 25 (até 5.000 palavras).

As tabelas, gráficos e fotos têm um título ou legenda explicativa não maior a 15 palavras.

As notas de rodapé se utilizam só para explicações que ampliem o texto principal.

O autor deve utilizar as referências bibliográficas de acordo com as normas Vancouver, as quais são enumeradas no texto de forma consecutiva e entre parênteses.

As referências devem aparecer assim:

Zamora Garzón G. La especialización tecnológica: consideraciones sobre su naturaleza y requerimientos. Educación Superior y Desarrollo: Órgano de difusión del ICFES. Jul./sep. 1984; 3(3):10-20.

Para referências de sites, deve levar em conta: tema, site principal ou autor e o

endereço específico ou URL. Exemplo:

Cardiac Function. American College of Cardiology.

<http://www.acc.org/login/index.taf>

Referencias bibliográficas: devem ir no final do artigo e não como notas de rodapé, devem ser numeradas de acordo com a ordem de aparição no texto e citadas da seguinte forma:

(1) García Márquez G. Cien años de soledad. Bogotá: Oveja Negra; 1984, 347 p.

(2) Velásquez OC, Isaza I. Manual para la elaboración de citas bibliográficas de impresos y audiovisuales. Medellín: Escuela Interamericana de Bibliotecología; 1975, 47 p.

Quando houver uma referência com mais de dois autores, a cita deve ser realizada da seguinte forma:

Restrepo M, Gómez JJ, Aristizábal J. Manual de documentación: las técnicas para la investigación y redacción. Bogotá: Andina; 1996, pp. 126-136.

Quando a referência é sobre uma publicação periódica:

Benner P. From novice to expert. American Journal of Nursing. Marzo 1982; 82(03):407.

Para solucionar qualquer dúvida sobre o uso das referências bibliográficas pode consultar o estilo Vancouver (“Exemplos de referências bibliográficas”) no seguinte URL: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp

NÃO se deve incluir uma bibliografia adicional. Unicamente as referências.

ANEXO D

NORMAS ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada bimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por até cinco autores, sendo enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob suas inteiras responsabilidades, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Acta Paulista de Enfermagem edita o artigo no idioma inglês, na versão online. Somente quando o artigo for aprovado para publicação os autores deverão providenciar a tradução para o inglês.

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada (no texto do artigo) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo que estes documentos devem estar anexados como documentos complementares. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE.

O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. O número de figuras e/ou tabelas/ quadros não deve exceder a 5 (cinco). O número de referências não deve exceder a 35. **Caso estas normas não sejam atendidas o artigo será, sumariamente, devolvido.**

O manuscrito deve estar organizado segundo uma das seções descritas abaixo.

Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescentados a esta estrutura.

Artigos de Revisão: destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

Relato de experiência: destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

Atualização: destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

Resenhas: revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Cartas ao editor - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de inexistência de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: Modelos de Cartas. **Caso esta norma não seja atendida o artigo será, sumariamente devolvido.**

Revisão dos consultores

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores. O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho.

Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores. No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

Apresentação dos Originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

Nome do (s) autor (es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

Referência do artigo - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

Resumo: com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

Descritores: Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem seqüenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos,

fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco .

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico www.icmje.org O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos citados no endereço: <http://www.unifesp.br/denf/acta/>

Envio dos manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://submission.scielo.br/index/ape/index>