

PHPN E A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DE UMA MATERNIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Lívia Nornyan Medeiros Silva¹
Vívica Gurgel da Silva²
Carla Nadjia Santos de Sousa³
Francisca Neuma Almeida Nogueira⁴
Paulo César Porfírio de Lima⁵
Rogério Nogueira⁶
Ana Paula Knackfuss Freitas Silveira⁷

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi contextualizar a discussão do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) na saúde, na perspectiva de usuárias. Para a coleta dos dados, utilizou-se como instrumentos a observação participante e entrevista semi-estruturada, sendo realizada a análise dos dados pela análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram a demanda maior que a capacidade física instalada, equipe insuficiente para a demanda de atendimento, aspectos de funcionamento físico inerente ao cotidiano do serviço que dificultam a assistência prestada e problemas relacionados aos recursos materiais e aos equipamentos. Esses achados permitem vislumbrar o panorama da assistência prestada ao parto com a implantação de práticas assistenciais voltadas a humanização, bem como o impacto que essas mudanças vem causando nas usuárias.

Palavras-Chaves; Saúde Pública. Humanização. Parto Obstétrico Nascimento.

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e Docente do curso técnico de Enfermagem na Faculdade Nova Esperança- RN. E-mail: livinhha@hotmail.com

² Discente do curso de enfermagem pela Faculdade do Vale do Jaguaribe. Email: yiviagurgellm@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN e Docente do curso de Enfermagem na graduação e pós-graduação da Faculdade do Vale do Jaguaribe. E-mail: carlanadja@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfermagem na graduação e pós-graduação da Faculdade do Vale do Jaguaribe. E-mail: fneuma@fvj.br

⁵ Enfermeiro do trabalho formado pela Universidade Potiguar – UNP E-mail: ppaulo-lima@hotmail.com

⁶ Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar – UNP E-mail: rogeriomh@hotmail.com

⁷ Discente do programa de pós-graduação em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. E-mail: anapkfs@gmail.com

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Hipertensão Gestacional. Estratégia Saúde da Família. Prevenção de agravo

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido um campo de grande preocupação e discussões ao longo de várias décadas. A vivência gestacional é considerada um período muito peculiar na vida de uma mulher e o nascimento do filho é vivenciado como uma experiência única, merecendo ser tratado de forma singular e especial por uma equipe multiprofissional qualificada, por gestores e pelo governo.¹

No cenário brasileiro, ao longo dos últimos anos, as políticas voltadas para a saúde da mulher têm conquistado espaços que objetivam a implementação da assistência humanizada a este público.

Na década de 1980 surge no Brasil o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), desencadeado pela forte pressão popular, com a influência da participação do movimento feminista e de profissionais na instância da formulação de políticas simpatizantes com as causas do movimento, sendo considerado pioneiro na discussão sobre equidade e integralidade na assistência prestada à mulher².

Em 2000, focando na assistência ao processo gestacional, surge o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que buscava assegurar o atendimento humanizado para as gestantes, com base no acesso facilitado ao serviço de saúde, cobertura e qualidade do acompanhamento durante o pré-natal, bem como assistência ao parto, ao puerpério e ao binômio mãe-bebê. Além disso, ainda buscava ampliar as ações já existentes pautadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante.¹

A instituição do PHPN definiu estratégias de melhoria na atenção obstétrica, através das transformações acerca da percepção do ciclo gravídico-puerperal³. Porém, ainda se observam nos serviços de saúde práticas distantes das perspectivas políticas propostas, sendo necessária a reflexão acerca dessas questões a partir do olhar de quem vivencia estas realidades.

Neste sentido, o objetivo do presente trabalho é conhecer a percepção das usuárias frente à assistência, de uma maternidade no nordeste brasileiro sob a ótica do PHPN.

Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com 14 usuárias de uma maternidade referência localizada no Nordeste, selecionadas aleatoriamente, e que se encontravam no período do pós-parto imediato. Para a delimitação dessa amostra os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 (dezoito) anos e estar vivenciando o período puerperal imediato na referida maternidade. Foi critério de exclusão mulheres que apresentassem qualquer tipo de transtorno mental.

Para a coleta dos dados, utilizou-se como instrumentos, a observação participante e uma entrevista semi-estruturada, na perspectiva de conhecer a organização da assistência e as diferentes concepções, atitudes, práticas, queixas e sugestões das usuárias envolvidas na assistência ao parto e nascimento.

A análise de dados, com vistas a responder ao problema e aos objetivos do presente estudo, foi realizada previamente por meio da análise de conteúdo de Bardin⁴, que consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente, respaldada pelas observações in loco.

Em atendimento à Resolução 466-12 do Conselho Nacional de Saúde a pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da UERN e aprovada segundo o parecer consubstanciado sob o protocolo nº 118/10.

Resultados e Discussão

Perfil das puérperas

Quanto ao perfil das participantes do estudo, observou-se que a maioria das participantes eram de cidades circunvizinhas à maternidade em estudo, sendo que

86% (n=12) das mulheres tinham idades entre 25 e 28 anos e 57% (n=8) das puérperas estavam concluindo sua primeira gestação. Apenas 7% (n=1) estava na sétima gestação.

Em relação ao estado civil, 50% (n=7) eram casadas, 14% (n=2) solteiras, e 36% (n=5) viviam em união consensual com o parceiro. Sobre a realização do pré-natal, 93% (n=13) das usuárias realizaram todas as consultas mínimas previstas pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pelo PHPN²⁷.

Quanto ao nível de escolaridade, 71% (n=10) das mulheres possuíam o 2º grau completo, 21% (n=3) ensino fundamental incompleto e apenas 7% (n=1) o terceiro grau incompleto. No tocante as atividades diárias, 71% (n=10) das mulheres entrevistadas não realizavam nenhum tipo de atividade remunerada, exercendo apenas atividades do lar.

Quanto ao planejamento da gravidez, 36% (n=5) das entrevistadas não planejaram sua gestação atual, e apenas 7% (n=1) admitiu ter tentado interrompê-la. Do total das puérperas entrevistadas 36% (n=5) realizaram parto normal.

Nestes achados, se delineiam algumas características peculiares em relação a outras pesquisas que já traçaram o perfil de pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses estudos mostraram perfis de mulheres com idade entre 20 e 40 anos, em união estável, escolaridade fundamental e renda salarial média de um a dois salários mínimos.⁵

Estrutura física e suas implicações na PHPN

A clientela atendida na área obstétrica da maternidade em estudo, em sua maioria, é oriunda do interior, predominantemente de classe menos favorecida, que se beneficia dos serviços oferecidos pelo SUS.

Pesquisas apontam para a necessidade de uma maior integração entre o acompanhamento pré-natal e o parto e melhor hierarquização entre esses espaços e o estabelecimento de referência de baixo e de alto risco. Essa melhor reorganização possibilitaria o encaminhamento adequado dos pacientes e diminuiria a utilização desorganizada e a peregrinação entre os serviços. Essa adequação estaria

associada a melhor utilização dos serviços oferecidos e com isso haveria a garantia do atendimento.⁶

Das quatorze participantes, 71% (n=10) eram oriundas das cidades circunvizinhas da maternidade em estudo. Este fato já demonstra a realidade da peregrinação que muitas mulheres precisam fazer para o nascimento de seus filhos. Pode-se dizer que este esforço tende a ser resultado da precariedade da assistência em saúde prestada pelas cidades do interior do município, permitindo que a demanda aos municípios centrais seja sempre elevada.

A organização dos espaços de saúde é apontada como um dos aspectos que contribui para piores indicadores de saúde da mulher e da criança: a persistência da fragmentação dos serviços, deficiência na regulação dos sistemas de saúde e a ineficiência na gestão das unidades assistenciais e do trabalho das equipes.⁷

O direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência a fim de evitar o constrangimento na busca pelo serviço e a peregrinação, é garantido pelo SUS, porém na prática cotidiana, verificam-se problemas ao cumprimento destes direitos, sendo comum a locomoção, próxima do parto, para cidades vizinhas.⁸

Este cenário pode ser observado nos fragmentos a seguir, nos quais as queixas relacionadas a inexistência de vagas, superlotação dos serviços (que estruturalmente já são reduzidos e/ou mal distribuídos), bem como a demora no atendimento parecem ser constantes no cotidiano destas mulheres:

Lá no CO (Centro Obstétrico) demora demais porque é só chegando mulheres e fica tudo esperando para ter o parto, mesmo sendo cirurgia marcada, o médico diz que é porque tem que esperar desocupar as salas de cirurgia. (Puérpera 7).

Se eu pudesse mudar alguma coisa aqui na maternidade faria com que tivesse mais espaço, para que quando as gestantes fossem ganhar neném não tivessem de voltar de novo para casa, como eu voltei, por não ter vagas (Puérpera 4).

O que menos gostei foi da falta de vagas no alojamento para eu poder ser transferida do CO, que para mim foi o que mais

demorou (...) Tive que ficar na maca no corredor um “tempão” só esperando (Puérpera 1).

Como não tinha vagas para a cirurgia tive que esperar 13 mulheres na minha frente, que estavam sentindo dor, para poder fazer meu parto (Puérpera 8).

A partir dos trechos acima, pode-se perceber a realidade estrutural que muitas mulheres vivenciam nas maternidades, e que acaba não favorecendo as práticas preconizadas pelo PHPN. Essa dimensão segue a Política Nacional de Humanização (PNH) que delineia um modelo de ambiência para que os espaços da saúde estejam compreendidos e organizados com a finalidade de serem acolhedores, para usuários e profissionais, propiciando conforto e estímulo para que estes se integrem.⁹

É sabido que são inúmeros os fatores que podem influenciar na humanização da assistência prestada por um serviço de saúde. Assim, essa discussão sobre o processo de humanização dissemina os problemas estruturais e funcionais presentes em alguns países, inclusive no Brasil, favorecendo a reflexão das premissas ideais para a saúde com foco na promoção de mudanças no cotidiano dos serviços.⁶

O atendimento integral às necessidades da gestante implica em uma organização para atendê-la durante a gestação e após o parto, utilizando meios e recursos adequados para cada situação. O SUS, a partir da PHPN, prevê atendimento durante todo o período gravídico-puerperal por meio de ações de promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido, nos diferentes níveis de atenção à saúde - do atendimento básico ao hospitalar, inclusive, de alto risco.¹⁰

Em um estudo realizado em duas maternidades do Rio Grande do Norte acerca da organização e estrutura física das instituições, apontam que a escassez de leitos e falta de espaço para o atendimento minimamente humanizado foram aspectos evidenciados na prática cotidiana.⁹ Estas informações corroboram com os achados no presente estudo, uma vez que tais questões foram levantadas pelas participantes da pesquisa. As carências físicas, funcionais e/ou materiais, que

acabam limitando as ações desempenhadas e interferem na dinâmica cotidiana, não correspondem aos ideais evidenciados nos documentos oficiais no que tange aos recursos físicos e funcionais.

No Alojamento Conjunto (AC) da maternidade pesquisada, um dos principais motivos de críticas por parte das participantes relacionado à demanda do serviço, se deu pela falta de berço em número compatível com a quantidade de mulheres por quarto. A falta de privacidade entre os leitos, bem como o quantitativo de banheiros, foram outros aspectos apresentados como problemático na leitura das usuárias:

O que acho que está faltando é porque tem cama, mas não tem berço, porque você está vendo quatro berços para seis camas e quando você está com menino você tem que ter o berço de lado, né? (Puérpera 5).

A única coisa que mudaria seria a quantidade de quartos, que colocaria mais para poder ficar mais confortável e privativo (Puérpera 14).

O espaço físico eu acho compatível para o ambiente, só não concordo em ser um banheiro para tantas mulheres e ainda mais que o banheiro faz parte da higiene pessoal, porque são oito a dez mulheres no pós-parto sangrando e a higienização do banheiro não é o tempo todo (Puérpera 2).

Conforme preconizado, o número de dupla mãe-filho por enfermaria deve ser de no máximo seis¹¹, entretanto na maioria dos AC's o quantitativo médio da maternidade em estudo, ficava entre 8 e 10 duplas de mãe e recém-nascido.

Apesar de se tratar de um alojamento, deve-se permitir privacidade para as puérperas e os seus familiares. O ambiente deve promover conforto e acolher as necessidades específicas de cada usuária.

Pesquisas realizadas em hospitais universitários na cidade de São Paulo, apontam que o direito a uma maior privacidade é um dos aspectos que promove nas mulheres uma percepção mais positiva em relação a assistência recebida durante a sua internação¹²⁻¹³. As recomendações feitas para as maternidades consideram que o espaço físico, mesmo limitado, deveria ser adaptado com biombos para garantir

uma privacidade mínima às pacientes e seus acompanhantes em todos os setores¹⁴, o que contrasta com os discursos apresentados pelas participantes do presente estudo.

Assim, pensar em serviços com recursos físicos e materiais insuficientes é antever a interferência no desenvolvimento das atividades cotidianas, pois o bom acolhimento e a satisfação com a assistência apresenta estreita relação com os espaços de produção dos cuidados e, consequentemente, se articula com a humanização das práticas em saúde¹⁵

Outra questão levantada pelas participantes do estudo, refere-se ao direito de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e no alojamento conjunto, independentemente do tipo de parto e do sexo do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento, assim como mostram os trechos a seguir:

Queria que tivesse alguém no pré – parto comigo, mas como eu já conhecia o médico eu fiquei bem calma (Puérpera 8).

Gostaria de ter tido um acompanhante porque era meu primeiro filho e eu nunca tinha feito uma cirurgia, ainda mais quando soube que ia ser uma cesariana, eu chorei e tudo (Puérpera 2).

Quando vim para o alojamento eu só não gostei porque eu como tive parto normal não posso ficar com ninguém (Puérpera 5).

Não é porque eu tive meu parto normal que eu não preciso de alguém para me ajudar com meu bebê, a pôr minha calcinha e outras coisas (Puérpera 10).

As gestantes têm esse direito garantido pela lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante, independente do sexo, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.¹⁶

No caso da instituição, foi observado que não há esta garantia, sendo permitidos apenas acompanhantes do sexo feminino no alojamento conjunto e apenas nos casos de parto cirúrgico. Nas demais situações e setores, a presença do

acompanhante é vetada. As principais justificativas para esse fato se davam pela falta de estrutura física tanto no CO quanto no AC. Alguns profissionais ainda procuravam justificar a ausência do acompanhante por questões materiais, como falta de capotes para sala de cirurgia, e funcionais, já que poderiam dificultar mais do que facilitar o serviço.

Nos discursos, observa-se que a dimensão física da instituição tende a ser caracterizada como precária e insuficiente para as necessidades da demanda que adentra esse espaço. Todavia, essa realidade também é verificada na dinâmica dos serviços públicos, em particular nas maternidades, em nível nacional.

Estudos mostram que as condições de trabalho, no que diz respeito aos materiais disponibilizados pela instituição para a execução das tarefas e o quadro de funcionários insuficiente para a demanda do serviço podem dificultar o progresso da assistência aos usuários.¹⁷

Associado a essa realidade, estudos ainda demonstram que os relacionamentos na área de saúde carecem de comunicação, afinidade, respeito, compreensão, confiança e empatia, no qual os usuários, principalmente os do sistema público de saúde, descrevem os relacionamentos por parte dos profissionais como frios, impessoais, havendo distanciamento entre eles e quem os atende²⁶.

Sobre estas questões, as participantes do estudo descrevem dificuldades na comunicação/informação com a equipe assistencial ao não receberem informações sobre o estado de saúde seu e do seu filho ou sobre as rotinas hospitalares, como mostram os trechos a seguir:

Aqui tem o registro da criança e o teste do pezinho, mas não foi ninguém daqui que me disse não, fui eu que vi os comentários e fui atrás. Nem a obrigatoriedade do registro da criança me foi avisado, foi uma paciente que estava do meu lado que me avisou e explicou os documentos que precisava trazer (Puérpera 5).

Quando sai da sala de parto e fui pra sala de recuperação eu senti muita cólica e dor nos pontos, e mal vi minha filha, só vi quando ela foi saindo na porta porque a levaram direto pra UTI, e enquanto eu estava na sala de recuperação ninguém veio me

falar como minha filha estava e só pude vê-la quando estava no alojamento (puérpera 9).

Os problemas relatados podem estar associados à carência quantitativa de profissionais, crescente demanda e dinâmica rotineira. Também podem ser reflexo da falta de empenho por parte de alguns profissionais em se disponibilizarem a prestar informações aos usuários.

Acolhimento e equipe de assistência frente à PNHPN

Entretanto, apesar de relatos apontando dificuldades de relacionamento com a equipe assistencial, essa caracterização não foi unânime. Algumas participantes, apesar de considerarem o número de profissionais insuficientes, no geral, demonstraram a satisfação ao serem bem atendidas durante a internação.

Quando cheguei no pré-parto elas perguntaram se eu sabia amamentar aí como eu tinha experiência eu já sabia e não tive dificuldade nenhuma de cuidar, aí vieram orientar sobre o registro da criança antes de sair do hospital, avisaram das vacinas e sobre os horários do banho, que são todos pela manhã (Puérpera 1)

A equipe de enfermagem foi ótima porque tudo elas me explicavam, porque eu pergunto tudo quero saber o que é e para que serve e elas sempre me explicavam, assim como a anestesista também foi muito boa, conversou comigo, o que ia fazer me explicou tudo (Puérpera 2)

Quando cheguei na sala de cirurgia tremia muito com medo porque era meu primeiro filho, mas o anestesista foi muito legal, me deixou bem tranquila conversou comigo, brincou aí fiquei mais tranquila (Puérpera 7).

Gostei muito da equipe, são muito atenciosas sempre vem e quando pergunto elas respondem bem direitinho, quando estou chorando elas, vem e fazem um carinho me acalmam, perguntam como tá o bebê (Puérpera 6)

A necessidade de suporte no puerpério é algo pertinente, pois a fase é marcada por dúvidas, medo, insegurança, momento também de assumir tamanha responsabilidade, enfim, ser mãe e puérpera, concomitantemente. Por esta ótica, verificou-se com expressividade a satisfação das participantes em relação aos cuidados ofertados pelos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de assistência, já que contribuíram bastante para o sucesso do puerpério.¹⁸

O acesso e o acolhimento por parte da equipe são elementos essenciais para caracterizar um bom atendimento, devendo perpassar pelos modelos assistenciais a serem adotados nos serviços de saúde¹⁹. Contribuem para a reorganização dos espaços e a qualificação da assistência prestada. São importantes também para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que a conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciam a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, um bom vínculo.²⁰

Percebe-se que o fato dos profissionais trabalharem com descontração na interação com o paciente também é visto de forma positiva:

O que mais me agradou foi a receptividade de todos os profissionais, descontraídos, todos trabalhando naquilo que gostam, brincando uns com os outros, eu, pelo menos eu, fui muito bem recebida por todos (Puérpera 7).

A dinâmica estabelecida na relação entre a gestante, instituição e equipe favorece a confiança frente às práticas desenvolvidas na internação. Isto estimula a discussão sobre o que são consideradas boas práticas e em como as usuárias percebem a assistência recebida. Para um bom acolhimento, o profissional precisa de elementos que vão além dos aspectos técnicos, em que as dimensões sociais, culturais e econômicas possam ser consideradas.

Estes dados reforçam que ao proporcionar conforto e bem-estar à mulher no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem auxilia a vivência deste período ao mesmo tempo em que potencializa assistência²¹.

A PNH pontua que a postura de acolhimento por parte do trabalhador deve se estender a todo o período em que este esteja na instituição, criando vínculo, pois a

relação do paciente com a equipe de saúde tem grande influência na evolução do tratamento e na satisfação do usuário⁹. O suporte oferecido pela equipe de saúde é essencial, uma vez que a puérpera precisa de alguém que esclareça as dúvidas e lhe transmita autoconfiança, indispensável ao desempenho da maternidade¹⁸.

Percebe-se em muitos casos que, para as puérperas, a boa assistência e recomendação do serviço para outras pessoas se dá quando no processo de parto e nascimento não houve intercorrências clínicas ou prolongamento da internação para a mulher e o neonato. Assim, muitas vezes não é o processo de trabalho em si que se vê qualificado positivamente, e sim apenas a ausência de intercorrências para o binômio mãe-filho.

O que mais gostei foi eu e minha filha estarmos bem porque ela nasceu precisando de oxigenação e ela foi assistida, foi feito o procedimento certinho, agradeço a Deus e depois a equipe (Puérpera 2).

Eu não tenho o que dizer porque quando a gente é pai só agradece pelo filho ter nascido com saúde eu gostei de tudo, meu médico é muito bom, as parteiras, enfermeiras não tem nada que eu não tenha gostado, só em me ajudarem (Puérpera 5).

Uma pesquisa em uma maternidade no Rio de Janeiro revelou que a maioria das mulheres espera um atendimento que se restringe a um conjunto de ações mínimas que possibilitem e garantam o parto e a segurança para elas e seus bebês. Já em uma pesquisa realizada em hospitais públicos de São Paulo, comparou a satisfação das mulheres frente ao parto em diferentes modelos de assistência, e concluiu que o modelo peri-hospitalar ainda é o melhor avaliado comprovando o importante papel do profissional de saúde na significação do momento do parto para a mulher e sua rede social²⁰⁻²².

Muitos trabalhos também têm apontado para uma tendência, percebida em pesquisas sobre satisfação realizadas muito próximas ao parto, em apresentar resultados mascarados pelo alívio decorrente do fato de o parto ter tido um desfecho feliz²³.

Portanto, é necessário considerar a possível interferência desses fatores nos resultados encontrados. A falta de críticas ao atendimento prestado, pode também estar escondendo o medo de discriminação pela instituição, ou pode querer traduzir gratidão pelo que está sendo oferecido, ao se tratar de um serviço público oferecido pelo SUS²⁴.

As relações sociais no espaço do hospital são complexas, conflitantes, conformam interesses múltiplos e contraditórios. Por isso, para compreender os significados dos pacientes da internação, é preciso compreender a micro realidade específica associada às questões macroestruturais de como as intervenções sistêmicas, múltiplas e multifacetadas e as mudanças nas práticas profissionais, nos recursos logísticos e na governança da Rede de Atenção à Saúde²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme preconizado pela PHPN, são necessárias medidas que impliquem em grandes transformações dentro das estruturas hospitalares para que a humanização ao pré-natal, ao parto e ao nascimento aconteçam conforme disposto pelo programa.

De acordo com o presente estudo, conclui-se que os problemas observados e relatados pelas usuárias, como a falta de berço, falta de leitos, demora nos procedimentos, quantitativo excedente de mulheres por quarto nos alojamentos coletivos, quantitativo insuficiente de banheiros são aspectos vivenciados pelas usuárias do estudo. Além disso, a peregrinação para o parto, a espera pelos partos eletivos devido a lotação do centro obstétrico, sujeitando as gestantes ao desconforto pelo período sem se alimentar ou beber e a negação do direito ao acompanhante em diversos setores, sugerem práticas que não condizem com os pressupostos estipulados pelo PHPN.

É necessário que a população seja melhor esclarecida sobre seus direitos durante o processo de parturição e crie uma visão mais crítica e problematizada sobre o que ela pode fazer para mudar sua realidade e o que ela tem por direito de

exigir, seja das instituições, profissionais ou das políticas destinadas a atenção materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Vieira, SM., Bock, LF., Zocche, DA., Pessota, CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2012; 20: 255-62.
2. Lemos, A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011; 1(2):220-227.
3. Pontes, MGA, Lima, GMB, Feitosa, IP, Trigueiro, JVS. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2014;12(1): 69-78.
4. Bardin, L. *Ánálise de conteúdo*. SP: Edições 70, 2011.
5. Siqueira, SV, Andrade, GRB, Molinaro, A, Vaitsman, J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Rev Ciên. Saúde Colet*. 2011; 16(3): 849-861.
6. Gottems, LBD et al. Acesso à rede de atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. *Gestão e Saúde*. 2014; 6(1): 95-115.
7. Souza, JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(10): 273-279.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Portaria consolidada da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011b, p. 109. Correção na portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, publicada no DOU de 1º jul. 2011, Seção 1, p. 61.

9. Vêras, RM, Moraes, FRR. Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde. *Sau. Transf. Soc.* 2011; 1(3): 102-112.
10. Barbieri, A, Fonseca, LM, Ceron, MI, Fedosse, E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. *Distúrb Comum.* 2012; 24(1): 29-39.
11. Brasil. Portaria N° 1016/93 – Normas Básicas para Implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Brasília Brasil: Ministério da Saúde; 1993.
12. Spir, EG et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. *Rev esc enferm USP.* 2011; 45(5): 1048-1054.
13. Ribeiro, EMV, Zanella, AKBB, Nogueira, MSL. Desafios e perspectivas sobre o processo de implementação da Política de Humanização na Maternidade Escola Assis Cha-teaubriand, em Fortaleza, Ceará. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.* 2013; 37(97): 251-260.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N° 36/2008, de 3 de junho de 2008. *Dispõe sobre o regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.* Brasília, 2008.
15. Vieira, MCC et al. A política de humanização do sistema único de saúde (SUS), e suas expressões na maternidade do hospital regional de Pombal-PB. *Informativo Técnico do Semiárido.* 2015; 8(2): 31-53.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.* Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
17. Moreira, CMA, Oliveira, MIV, Bezerra F, JG, Alves, LL; Bezerra, MGA, Tavares, PGCC. Gestão e ambiente de trabalho na visão da equipe de enfermagem de uma maternidade, Fortaleza - Ceará, Brasil, *Rev Eletr. Enf.* 2011; 10(21)

- 18.Oliveira; JFB, Quirino, GS, Rodrigues, DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012; 13(1): 74-84.
19. Wei CY, Gualda DMR, Santos JHPOI. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4): 717-25.
- 20.Malheiros, PA et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto and Contexto Enfermagem*. 2012; 21(2): 329.
- 21.Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da Adequação da Assistência Pré-Natal na Rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28(3):425-37.
- 22.Narchi NZ, Diniz CSG, Azenha CAV, Scheneck CA. Women's satisfaction with childbirth' experience in diferente models of care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2010
- 23.Souza, CLT et al. Parto Humanizado e o seu impacto na assistência à Saúde. *Revista Educação em Saúde*. 2015; 1.
- 24.Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(1): 34-40.
- 25.Versiani, CC et al. Significado de parto humanizado para gestantes. *Rev. pesqui. cuid. Fundam*. 2015; 7(1): 1927-1935.
- 26.Gomes, ARM et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Recien-Revista Científica de Enfermagem*. 2014; 11(1): 23-27.
- 27.Brasil, Ministério da Saúde. *Humanização do Parto – humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Secretária Executiva de Saúde, 2002.