



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

**Valores Pessoais e Práticas Humanizadas de Assistência ao Parto em Estudantes e
Profissionais de Saúde**

Gustavo Andrade-Jesus

Brasília 2017



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

**Valores Pessoais e Práticas Humanizadas de Assistência ao Parto em Estudantes e
Profissionais de Saúde**

Gustavo Andrade-Jesus

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa do Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB pela Faculdade de Ciências da
Educação e Saúde – FACES.

Orientadora: Dra. **Daniela Borges Lima de
Souza.**

Brasília 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho a três pessoas de fundamental importância para a minha existência. Aos meus avós Cascimiro Lopes e Florência de Araújo (*in memoriam*) pelo afeto, cuidado e amor. A minha mãe, Valdeci Araújo pelo exemplo de força, lisura, coragem e perseverança. Obrigado mãe por acreditar em mim e por tanto se sacrificar por mim e pela nossa família!

Agradecimentos

Hoje compreendo com clareza que um trabalho acadêmico é construído por diversas mãos. Fazendo com que esta parte do trabalho deixasse de ser opcional e se tornasse obrigatória para a escrita e entrega deste trabalho. Aqui quero agradecer a todos (as) que contribuíram para a construção desse trabalho. Sem vocês a minha caminhada seria quase impossível!

Não vejo outro modo de dar início a essa seção sem agradecer a minha orientadora, Dra. **Daniela Borges**. Obrigado pelo exemplo de ética profissional e humana, pela serenidade, empenho e esmero presentes no desenrolar da nossa pesquisa, pelas discussões e reflexões acerca da Psicologia e de suas áreas e pelo incentivo constante.

Sou grato à dona **Divina Helena** e sua família pelo apoio, carinho, disponibilidade em me ajudar e presença constante em minha vida.

A todos os **meus professores**, em especial à professora Dra. **Marina Kohlsdorf** pelas conversas produtivas e colaborações sobre os desafios e contribuições das pesquisas em Psicologia com profissionais e estudantes nas áreas de saúde.

Agradeço a toda à **Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa** do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB pelo suporte institucional e instrumentalização para a realização desse estudo, em especial a professora **Fernanda Vinhais de Lima, Clara Coelho e Olívia Laquis**.

A **Telma Reis** pelas discussões sobre as metodologias em pesquisas humanas e sociais, pelo carinho e suporte nas horas de desânimo e dúvida, à **Valquíria Aguiar** por cuidar, acolher e tornar minhas tardes mais leves e descontraídas, **Gabriella Lima** pelo companheirismo e parceria e, **Demerval Bruzzi** pelas conversas, conselhos e ensinamentos. O apoio de vocês foi essencial!

Aos “Oszamigus” meu muito obrigado! **Abigail Rodrigues, Bruna de Jesus, Camila Brito e Rainete Santos** que sempre me ouvem, me aconselham, me suportam e me fazem sorrir! **Wesley Santana, Caio Castro, Lucas de Jesus, Igor Raffael, Gustavo Domingues, Rodrigo Silva e Joslâne Campos** pelos momentos descontração e diversão. Obrigado por serem presentes apesar da distância.

À **Katharina Mascarenhas** pelo compartilhamento de experiências, vivências acadêmicas e ensinamentos.

À **Bruna Rolim** pelo pensamento positivo, sorriso constante e pelas palavras de ajuda nos momentos necessários e **Bruna Camila Brito** pelas boas conversas e o excelente humor.

As tensas e conflituosas relações entre ciência médica e corpo feminino conformam um campo no qual historicamente vêm se exercendo relações de poder, opressão e controle político sobre as mulheres.

(Regina Barbosa, 2014, p. 323)

Resumo

Compreensões diversas sobre as práticas associadas ao parto são resgatadas na contemporaneidade e não se apresentam de modo consensual entre os diversos atores envolvidos e referentes teóricos. As referências sociais, culturais, políticas e econômicas aparecem nesse contexto imiscuídas e dialogam intrinsecamente com os elementos de ordem intrapsíquica, como valores pessoais dos profissionais de saúde, quando se trata de adotar e reconhecer as melhores práticas de assistência envolvidas no parto. Historicamente, a representação do parto como um evento patológico ganhou projeção no momento em que a sociedade centrou suas práticas de cuidado em instituições de saúde formais regidas pelo saber médico e, com isso, foi iniciado intenso investimento na aplicação de técnicas e tecnologias no parto que substituíram expressivamente as relações humanas que aconteciam no cenário do parto e nascimento. O forte investimento na técnica fez com que o cenário obstétrico se tornasse um espaço onde mulheres, com frequência, passam a ser “pacientes” e não agentes das decisões que perpassam suas gestações. Aumenta nesse contexto vivências de parto física e emocionalmente insatisfatórias, mulheres se tornam um objeto das práticas médicas e o parto se torna um procedimento médico violento e invasivo, perdendo seu status de fenômeno natural e fisiológico. Contra esse modelo, surge a necessidade de humanização do parto e nascimento, que foi considerada uma estratégia diplomática de legitimidade para o resgate da mulher durante o parto. Nesse cenário obstétrico humanizado é de fundamental importância a participação dos profissionais de saúde inseridos nesse contexto, pois dentre os inúmeros fatores que podem influenciar a adesão ou recusa de práticas humanizadas no cenário obstétrico estão os valores pessoais, uma vez que valores orientam e motivam ações e comportamentos. O objetivo da pesquisa foi correlacionar a influência dos valores pessoais na adoção de práticas humanizadas no cenário obstétrico. Participaram da pesquisa 94 estudantes e profissionais da área da saúde, sendo 85,1% mulheres e 14,9% homens. 35,1% tinham concluído a graduação e 64,9% em andamento. Os dados foram coletados através da aplicação on-line do Questionário de Valores Básicos (QVB), Formulário de Práticas Humanizadas e um Questionário Sociodemográfico. A análise ocorreu a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Science) e foram realizadas as análises exploratórias e correlações bivariadas. Dentre os resultados destacam-se correlações significativas entre (i) práticas que permitem acompanhantes nas salas de parto e valores associados à sobrevivência e preservação e não como uma prática que gere prazer; (ii) também associada à sobrevivência está a permissão da permanência do bebê junto a sua mãe após o parto; já a (iii) prática do diálogo constante com as gestantes é associada à prestígio que estas possuem no processo e promove estabilidade pessoal. Ademais (iv) as práticas de promoção e criação de vínculo mãe-bebê correlacionaram-se de forma positiva com a saúde, estabilidade pessoal e respeito à valores de tradição que as mães possuem. Por fim, (v) práticas obstétricas com base evidências científicas correlacionaram-se positivamente com o valor sobrevivência, o que pode levar a explicar o porquê ainda são tão cultuadas dentre gestantes as práticas médicas.

Palavras-Chave: Parto Humanizado. Valores Pessoais. Práticas Médicas.

Sumário

Introdução	1
Fundamentação Teórica	4
Um Retrato do Parto: Breve Contextualização	4
Humanização: O Resgate da Mulher no Parto	9
Valores Humanos: Fundamentos Teóricos	13
O Enlace entre Práticas Humanizadas e Valores Humanos	24
Estado da Arte: Produções Teóricas e Empíricas sobre os Fenômenos.....	26
Método	1
Classificação	1
Participantes.....	1
Instrumentos.....	1
Procedimentos de Coleta.....	2
Análise dos Dados.....	4
Cuidados Éticos	5
Resultados	5
Discussão	43
Considerações Finais	49
Referências.....	50
Apêndices.....	53
Apêndice A	55
Apêndice B.....	65
Apêndice C.....	67
Anexos	71
Anexo A.....	72

Introdução

O parto é apontado na literatura científica e no imaginário social e coletivo como um momento de extrema importância para a mulher e para o bebê não somente pelo nascimento da criança, mas por ser um evento marcante na vida da mulher, marcado por construções culturais criadas e desenvolvidas ao longo da história que determina que a partir daquele momento a mulher se tornou mãe.

Segundo Da Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro e Shimo (2016) e Domingues, Santos e Leal (2004), o parto é um momento único e marcante na vida das mulheres e também para suas famílias, carregado de significados, afetos e representa uma marco na transição de status de mulher para mãe.

No entendimento de Gallo et al., (2011) a concretização da chegada do bebê desde os seus sinais iniciais é percebido pelas mulheres como o início de um novo ciclo. É a passagem de um estágio de mera mulher no mundo para um dos cargos mais esperado e valorizado na vida das mulheres, a consagração do título de mãe.

Entretanto, o cenário moderno para o nascimento de uma criança é um espaço no qual, seu desenvolver histórico buscou modos de nascer com total controle sobre o corpo da mulher. Pereira e Moura (2008), salientam que com o crescente avanço da ciência e de sua tecnologia todos os campos da vida humana sofreram interferências muitas vezes estruturais e drásticas, surge nesse cenário a ideia de intervir, controlar e dominar os fenômenos naturais, com o parto isso não foi diferente.

De acordo com Azevedo (2006), com esta percepção de controle e intervenção no parto deu-se início a supervalorização das tecnologias de intervenções e técnicas, conseguinte com a desvalorização gradual do parto natural e da mulher no nascer.

O domínio do campo do parto e nascimento pela medicina é um ponto marcante para o nascimento da obstetrícia e para novo modo de conceber o parto. Cria-se nesta fase disciplinas médicas para estudo e intervenção para a mulher. Como afirma Barbosa (2014) e Dias e Deslandes (2014), o parto passa ser hospitalizado, medicalizado e doencificado.

Contudo, muitas tem sido as críticas feitas a assistência hospitalar ao parto em consequência dos muitos resultados negativos. O crescente número de intervenções no parto que muitas vezes chegam a ser excessivas e desnecessárias, afastamento da família do cenário obstétrico, aumento na taxa de cesariana e custos financeiros são algumas das críticas feitas a esse modelo (Dias & Deslandes, 2014).

Além disso, como destaca Barbosa (2014), é visto que na atualidade existe movimentos que lutam contra as imposições e opressões presentes na hora do nascer, contribuindo para o surgimento de novas propostas e práticas em saúde que indicam radicais transformações nos modelos assistenciais vigentes.

Como proposta de mudança do modelo de assistência ao parto surge a humanização, que de acordo com um documento publicado pela Organização Parto do Princípio no ano de 2012, é considerada uma estratégia diplomática de legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre a sua saúde e seu parto, garantindo que a mulher esteja livre de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e não ser exposta a qualquer manobra ou procedimento físico e/ou emocionalmente penoso.

É neste cenário que se abre espaço para discussões sobre as “novas” formas de nascer na atualidade, questionando-se: quais os fatores têm levado mulheres a escolher determinado tipo de parto? Como essas escolhas são feitas? Quais os fatores que influenciam essa decisão? E quanto aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, teriam influência nesse momento de decisão? Qual a percepção desses profissionais acerca do que está envolvido no momento da decisão dessas mulheres?

Esta pesquisa teve como objetivo principal fazer uma análise correlacional entre a influência dos valores pessoais de estudantes e profissionais de saúde na adoção e implementação de ações e práticas humanizadas na sua atuação profissional no cenário obstétrico. Mais especificamente, os objetivos traçados foram: (i) Sistematizar as práticas humanizadas mais adotadas na promoção do parto humanizado nos mais diversos locais em que essa prática ocorre; (ii) Mapear o perfil das mulheres atendidas com práticas humanizadas, e; (iii) Compreender os valores centrais dos profissionais que adotam práticas humanizadas no parto.

O projeto realizado justificou-se por possibilitar melhor compreensão dos elementos que contribuem para os elevados índices estatísticos de incidência do parto cesariana, e também, pela possibilidade de melhor compreensão do parto humanizado segundo o olhar de profissionais envolvidos na área.

Fundamentação Teórica

Um Retrato do Parto: Breve Contextualização

Falar sobre parto na contemporaneidade não é algo fácil e consensual. Existem muitos pontos que devem ser considerados e discutidos que adentram em um universo de infinitos enfoques e possibilidades, influenciado por questões sociais, culturais, políticas e econômicas, gerando ambiguidade e incompreensões para distinguir o que é normal e anormal na prática obstétrica diante de uma fronteira tênue e imprecisa de normalidade em distintas abordagens sobre o parto (Luz & Gico, 2017).

A assistência obstétrica brasileira é marcada pelo uso indiscriminado e rotineiro de intervenções que trazem algum risco para a díade mãe-bebê e diminuem também as chances de uma vivência física e emocional satisfatória do parto e nascimento, desrespeitando constantemente à mulher, em grande parte dos casos esses desrespeitos são pautados em questões de gênero, raciais, culturais, étnicas e uma falsa superioridade dos profissionais de saúde sobre a gestante (Bonfim, 2015; Deslandes, 2014; Luz, 2014; Pinto 2014).

Segundo Luz (2014) existe uma classificação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1996 de práticas de assistência ao parto divididas em quatro grupos: 1) práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; 2) práticas que são danosas ou não efetivas e merecem ser abandonadas; 3) práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e 4) práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada. Diante dessa divisão, destaca-se que no Brasil é preponderante a adoção das práticas de eixo dois e quatro.

Sabe-se que historicamente partejar era função exclusiva às mulheres. As parturientes eram acompanhadas por mulheres de confiança e reconhecidas pela comunidade, essas mulheres dedicavam-se com fervor às práticas de cuidado e tinham conhecimentos sobre a gravidez, parto e pós-parto. E, também o dever de confortar as parturientes com alimentos,

bebidas e palavras afetuosas e agradáveis. Conhecer esses processos era extremamente desvalorizado e devido a isso, poderia ser exercido por mulheres (Luz, 2014; Vieira, 2015).

No entanto, com a crescente valorização do entendimento sistemático sobre o parto e nascimento e o forte interesse da medicina neste campo, o ato de parir sofreu fortes mudanças em seu cerne. Sai de cena o parto domiciliar, no qual a gestante era acompanhada e amparada por mulheres de sua confiança nas suas residências, assistida com poucas intervenções e em um ambiente acolhedor e afetoso (Luz & Gico, 2017).

Rompendo com esse modelo, entra em cena o parto institucionalizado/hospitalar, realizado quase que exclusivamente por um profissional de medicina, onde se busca maior controle da mulher e de seu corpo, uso de medicações sintéticas para controle da dor, aceleração do processo parturitivo, aplicação de técnicas e procedimentos invasivos e uso inadequado de tecnologias obstétricas e biomédicas (Ministério da Saúde, 2012).

A prática de cuidado no parto transformou-se numa prática fria, baseada na neutralidade e objetividade biomédica dita cientificista, fazendo com que as intervenções e técnicas substituíssem as relações e interações possíveis com as mulheres dentro do campo obstétrico. As principais preocupações nesse campo se concentraram somente no controle de variáveis ambientais e técnicas, o foco desse modelo é o ambiente e não as pessoas nele inseridas (Deslandes, 2014).

O parto não é um evento que acontece no vácuo, ele é permeado por inúmeras variáveis individuais, coletivas, históricas, sociais, políticas e econômicas referentes ao espaço de vida dos sujeitos nele envolvido e também às áreas da saúde nele inseridas

A medicina se apropria do corpo feminino e faz dele seu objeto de saber, seu campo de intervenção. Conforme Vieira (2015):

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de conhecimentos cirúrgicos e tecnológicos promovidos pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de

obstetrícia [...]. A partir da obstetrícia que se irá promover a expansão da assistência médica à gravidez e ao parto, através de serviços e programas específicos (Vieira, 2015, p. 23).

O modelo biomédico tradicional concebeu o parto como um evento patológico, o parto é considerado um fenômeno essencialmente violento e fisiologicamente patogênico, estando intrinsecamente ligado a riscos, danos e sofrimentos para a mulher e para a criança. Parir passa a ser compreendido como um acontecimento no qual é necessário intervir, medicar e ter regras e técnicas institucionais (Diniz, 2005; Luz, 2014).

A racionalidade médica concebe o corpo feminino exclusivamente como entidade biológica e fundamentalmente orgânica, ademais, a medicina se legitima como entidade legal capaz de tornar eventos fisiológicos em doenças, tratando a gravidez como doença e o parto em evento cirúrgico (Vieira, 2015).

É notável que o parto visto a partir desse prisma de “doença” não seja compreendido como ação espontânea; nesses termos, seu início é em grande parte dos casos induzido, seu processo acelerado e com uso constante de intervenções, culminando em um processo de acentuada utilização de técnicas para regular e/ou acelerar o curso fisiológico do parto (Luz & Gico, 2017).

A tecnologia médica que mais recebeu destaque na modernidade no cenário obstétrico foi a cesariana. A cesárea é um método cirúrgico que faz um corte no abdômen da grávida por onde é retirado o bebê, sendo esta prática considerada um dos maiores empreendimentos médicos da atualidade. Segundo o Ministério da Saúde (2015), existe uma queda no número de partos normais/naturais e um aumento significativo no número de cesarianas.

Contudo, como afirma Barbosa (2014), mesmo com o aumento da eficiência e eficácia dos recursos médicos e da ampliação da assistência à saúde da mulher é notório o crescimento significativo no número de internações desnecessárias maternas e neonatais, intensificação no uso iatrogênico de medicamentos e elevada taxa de morbimortalidade

materna. Sendo que esse último dado aponta que a assistência oferecida às mulheres mesmo tendo melhorado ainda é deficitária, desqualificada, desorganizada e desarticulada.

Para Vieira (2015), o surgimento e desenvolvimento da obstetrícia é caracterizado pelo progresso de uma técnica para uma prática majoritariamente intervencionista e “hospitalocêntrica” na qual o corpo feminino é tomado como objeto de domínio e passivo de procedimentos e intervenções impostas pelo saber médico.

Para Carneiro (2015), a medicalização da saúde de modo amplo e do parto tornaram as mulheres dependentes dos médicos e incapazes de gerenciar e executar suas capacidades de gestão da própria vida e autocuidado, tornando-as reféns de um sistema tecnocrático e patologizante.

A apropriação da medicina do corpo feminino tornou a mulher uma coisa, um objeto. Um *objeto* que dentro da obstetrícia pode ser submetido a procedimentos padronizados e estar sujeito, enquanto objeto, à negligências e imperícias. De acordo com Luz e Gico (2017, p. 07) “a atenção foi organizada como uma linha de produção, e a mulher transformaram-se em uma propriedade institucional, passado de sujeito para objeto no processo de nascimento”.

Diante da mudança no paradigma do parto onde se abandona o parto domiciliar e se instaura o parto hospitalar, medicalizado e cirúrgico tem sido emergentes discussões sobre as formas de nascer. Segundo informação divulgada em 2015 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do total de 2.905.789 de crianças nascidas vivas no Brasil, 55,6% desses nascimentos decorrem de cesarianas. Esse fato coloca o Brasil como o país que lidera o ranking em número de cesarianas no mundo, fato que abre espaço para discussões e questionamentos da população geral e da comunidade científica sobre as práticas obstétricas e a atuação do profissional de saúde.

Em seu estudo, Bonfim (2015) destaca a existência de mortes obstétricas mesmo com todos os avanços tecnológicos da área e o excessivo número de partos cesáreas no Brasil, nas

instituições privadas 85% dos nascimentos acontecem por cesarianas e nas instituições públicas os números apontam a ocorrência é de 30%.

Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, como um bom sinal de saúde coletiva, que não exista qualquer região do mundo com taxa de cesáreas maior que 15% entre o número total de partos. O elevado número de partos cesarianas tem sido destacado como elemento preocupante e questionador do próprio sistema de saúde brasileiro, de tal forma que o Ministério da Saúde (2016), ao considerar a necessidade de se estabelecer parâmetros sobre esse modo de nascer no Brasil lançou portaria com diretrizes nacionais para a utilização da cesariana e acompanhamento das mulheres a ela submetidas (Bonfim, 2015; Ministério da Saúde, 2016).

Atualmente a cesariana é considerada como a nova ‘epidemia’ para órgãos fiscalizadores da saúde no cenário nacional e mundial. Contribuir para mudanças nesse cenário é mais que uma ação desafiadora, pressupõe reconhecer os elementos presentes no discurso e no imaginário da sociedade, reconhecer os atores envolvidos, compreender as práticas adotadas e questionar a validade, pertinência e implicações dessas práticas (Carneiro, 2015).

Cabe salientar aqui que se teve grandes ganhos com os avanços tecnológicos desenvolvidos pelas ciências biomédicas e pela obstetrícia à saúde da mulher. No entanto, é necessário uma visão crítica de como tais tecnologias foram e estão sendo utilizadas e de sua sustentação científica ou dogmática.

É pertinente reconhecer que como aponta Luz (2014, p. 16), “o preço a ser pago pelas melhorias das condições de parto, portanto, foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito a objeto no processo de parto e nascimento”.

A desumanização se verifica no tratamento das pessoas como coisas ou objetos. Vê-las como problemas e trata-las de formas padronizada e distanciada. No parto, a mulher é

tratada como ser externo, sem vínculos e isolada de suas relações cotidianas. A mulher é desnuda, despersonalizada, reclusa e mantida sozinha, tendo suas necessidades subjetivas e pessoais ignoradas e apossadas como “coisas de menor valor” (Deslandes, 2014).

Humanização: O Resgate da Mulher no Parto

Muito tem sido dito sobre a humanização da saúde, do parto e nascimento. De certo modo acusações acríicas e infundadas de um novo modismo de cuidado têm sido feitas.

Conforme Deslandes (2014):

[...] Esclarecer que o debate, esforço conceitual e luta por novas possibilidades de organização desses cuidados não são de forma alguma novos no campo da saúde. Suas nuances marcam, entretanto, a historicidade não só dos argumentos e sentidos envolvidos, das tradições teóricas, mas das relações hierárquicas, mas constantemente invocados neste campo: profissionais e pacientes (Deslandes, 2014, p. 33).

A oficialização da busca por novas possibilidades de cuidado no parto e nascimento foi implantada no ano de 2003, nomeada de Política Nacional de Humanização (PNH). Um dos objetivos primordiais da política é produzir mudanças na forma de conceber, organizar e realizar os processos de cuidado e trabalho em saúde, diminuir a precarização das relações entre gestores, profissionais e usuário, cessar com o sucateamento dos serviços de saúde, degradação do ambiente de trabalho, os modos de executar as práticas profissionais e as formas de intervir em desafios postos pelo cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Trata-se então de investir na produção de um novo tipo de relação entre os sujeitos que constituem o sistema de saúde e os que deles usufruem. O conhecimento e as práticas de cuidado passam a ser produzidas em conjunto, entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde. Todos os sujeitos passam a ser atores ativos na produção de saúde e de conhecimento. Como afirma Carneiro (2015), o cenário obstétrico anuncia a necessidade de

ser um espaço pautado por um aparato físico/técnico como também relacional, no qual, as práticas de cuidado no atendimento devem estar presentes.

A humanização constitui um modo integrador de se pensar na estrutura geral da saúde pública, desde a sua estrutura física e ambiental, nas relações e atendimentos institucionalizados. No parto, humanizar é falar sobre respeito na hora de parir, é o cuidado que tem como base a expressão da crença no potencial feminino, na sua autonomia e possibilidade de escolha na hora de parir. Humanizar é promover uma relação real, não substituída por tecnologias e hierarquias (Carneiro, 2015).

Deslandes (2014) afirma que a humanização dentro das suas premissas básicas deve considerar as necessidades fisiológicas e psicológicas da mulher, e não apenas como aquela que é portadora de necessidades universais e padronizadas, promovendo um cuidado individualizado e pautado na promoção de igualdade e partilhamento de tomadas de decisões entre profissionais e pacientes.

Essa ideia rompe com a verticalização de saberes e, leva em conta que os sujeitos sociais quando ativos, são capazes de transformar a realidade. Ser ativo pressupõe buscar o diálogo entre profissionais das diferentes especialidades em saúde, promover a relação entre grupos de profissionais e paciente e diminuir o isolamento, as relações hierarquizadas e pré-estabelecidas. Para Deslandes (2014) é a atitude de reafirmação do outro como igual e importante.

Ademias, a PNH é norteada pelo reconhecimento das dimensões afetivas, subjetivas, fisiológicas e sociais nas práticas de atenção e produção saúde, fortalecimento de trabalho em equipes multiprofissionais, atuando em alta conectividade com as diretrizes do SUS. Compreendendo que essas dimensões são avaliadas de modo amplo, tanto dos usuários, profissionais e gestores. A PNH foi pensada e disseminada de modo abrangente, porém sem nenhuma especificidade ou normas rígidas, por justamente pregar a produção e inovação dos

atores sociais na gestão do cuidado, tornando esse um processo de abertura para novos modos de pensar conjuntamente as intervenções obstétricas e reestabelecer o caráter humanizador do cuidado (Ministério da Saúde, 2013).

Vale destacar que como afirma Dias e Deslandes (2014) a humanização na assistência do parto e nascimento não é e nem pode ser considerado um conceito propriamente dito, mas sim uma ideia orientadora que abre espaço para a validação de elementos que considerem a mulher em sua completude de necessidades e direitos.

Segundo Bournan (2015), na humanização do parto e nascimento é preciso considerar as demandas da mulher de forma individualizada e não mais de maneira geral e inespecífica. É a construção e a constituição de uma ética com o concreto, com aquela mulher que ali está para parir.

O eixo central nos debates das barreiras para a humanização do parto e nascimento critica a naturalização dos procedimentos e intervenções desnecessárias da assistência obstétrica que no decorrer do tempo passaram a ser utilizadas de forma automática e indiscriminada. Por vezes, o uso abusivo de tecnologias e técnicas obstétricas que violentam e descapacitam as mulheres, tornam-nas incapazes de guiarem o próprio parto. Os avanços científicos-tecnológicos deram às mulheres um aspecto passivo, colocando-as apenas como expectadora do próprio parto (Carneiro, 2015).

O termo humanização do parto é extremamente polissêmico e passa por interpretações de diversas matrizes. Isso significa que para se compreender a humanização é necessário que se compreenda a existência de diferentes visões profissionais engendradas na concepção deste ‘termo’.

As práticas humanizadas em partos têm tomado rumos ambíguos. Deslandes (2005) salienta que há uma assistência “humanizada” que cria modelos de parto rígido, sem a

participação da mulher e normatizador. Ou seja, em algumas situações, a mulher se vê obrigada a cumprir com um cronograma dito “humanizador”, deixando de lado a concepção de humanização do parto.

A humanização do parto e nascimento acontece quando se rompe com o modelo de parto calcado em práticas obstétricas abusivas, imposta, sem evidências científicas, que violam os direitos das mulheres e, criam com elas uma “relação” hierárquica e autoritária, desrespeitando-as. Carneiro (2015) afirma que o parto humanizado é aquele que “[...] respeita o tempo físico e psíquico da mulher para parir, em um ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (Carneiro, 2015, p. 37).

No entendimento de Deslandes (2014) a humanização do parto se firma como:

[...] Uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes como uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos num processo de comprometimento com a felicidade humana (estes últimos recursos também vistos como uma forma de tecnologia de tipo relacional) (Deslandes, 2014, p. 41).

Humanizar o parto é romper com as práticas abusivas e sem evidências científicas da cultura ideológica obstétrica, buscando sempre garantir os direitos das mulheres e extinguir intervenções desnecessárias no processo parturitivo, com isso, estabelecer, relações menos desiguais e autoritárias entre profissionais de saúde e parturientes. Resgatar a autonomia e o poder de decisão e escolha das mulheres durante trabalho de parto e, criar processo de assistência ao parto não normativo, comunicacional, desmedicalizado e holístico (Griboski & Guilhem, 2006; Moura *et al*, 2007; Serruya, Lago & Cecatti, 2004; Silva, Christoffel & Souza, 2005).

Valores Humanos: Fundamentos Teóricos

A Teoria Funcionalista dos Valores Humanos, no Brasil, começou a ser testada empiricamente nos anos 90 por diversos pesquisadores sociais, dentre eles, mais fortemente por Valdiney Veloso Gouveia e colaboradores, tendo como ponto de partida, críticas feitas aos modelos teóricos criados até aquele momento por Rokeach, Bilsky, Inglehart e Schwartz. As críticas feitas por Gouveia e seus colaboradores tiveram como base a falta de uma concepção específica de homem, critérios objetivos na identificação da fonte e natureza dos valores humanos, inconsistência teórica, a não clareza e a não especificidade na definição dos valores. Além disso, a exclusão de valores considerada pelos idealizadores da teoria como fundamentais para compreender o ser humano (Gouveia, 2013; Lima, 2012).

Apesar de ser uma nova proposta para a compreensão dos valores humanos, não se deixou de lado as contribuições feitas até aquele momento sobre valores humanos. Foi feita uma proposta que oferecesse uma nova alternativa para os estudos sobre o fenômeno, sendo ela mais parcimonioso, focada na compreensão e explicação dos aspectos funcionais dos valores com enfoque em dois aspectos principais: (1) conteúdo e estrutura e (2) congruência e compatibilidade dos valores (Gouveia, 2013; Medeiros, 2011).

Segundo Gouveia (2013) e Medeiros (2011), a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos formalmente define valores como critérios de orientação que guiam as ações humanas e expressam cognitivamente as suas necessidades básicas.

Gouveia (2013) aponta que a teoria é fundamentada em quatro pressupostos basilares, são eles:

- 1) *Princípios-guia individuais*: os valores funcionam como padrões gerais de orientação para os comportamentos dos indivíduos, transcendendo situações específicas, é o posicionamento das pessoas frente ao mundo (Nascimento, 2015; Santos, 2015; Sousa, 2013).

- 2) *Base Motivacional*: essa teoria crê que os valores são representações cognitivas de necessidades individuais, intrinsecamente relacionado às demandas sociais e institucionais. No entanto, a conciliação entre as demandas sociais e institucionais podem restringir os impulsos individuais, garantindo um ambiente estável e seguro, (Medeiros, 2011; Pessoa, 2011).
- 3) *Natureza humana*: concebe as pessoas como seres de natureza benévola ou positiva. O ser humano é tido como naturalmente bom e é orientado por aspectos positivos e busca a autorrealização, indo de encontro com a concepção do humano de Maslow. Ademias, vale ressaltar que os valores não podem ser atribuídos a objetos ou instituições – dinheiro, casa, família, entre outras – sendo inerente aos seres humanos (Lima, 2012; Nascimento, 2015; Sousa, 2013).
- 4) *Caráter Terminal*: dentro das diferentes concepções teóricas sobre valores, essa teoria não busca a dicotomização feita até então entre valores instrumentais e terminais pois considera que essa diferenciação conceitual não é relevante pois grande parte dos valores instrumentais podem ser convertidos em valores terminais. Na Teoria Funcionalista dos Valores Humanos considera-se apenas os valores terminais, pois, esses valores são mensurados com maior precisão e tem menor número comparado aos instrumentais (Sousa, 2013).

Como o foco da teoria são as funções dos valores, procurou-se conceitua-los em termos de suas funções. Com base nestas suposições teóricas descritas anteriormente, é consensual que os valores são conceito ou categorias sobre estados desejados de existência que transcendem situações específicas assumindo diferentes graus de importância guiando a seleção ou avaliação de comportamentos e eventos e representando cognitivamente as necessidades humanas (Gouveia, 2013; Lima, 2012).

A ênfase funcionalista da teoria faz-nos abordar os valores com duas perguntas-chave: para que servem os valores? Qual a sua utilidade para o organismo? Essas perguntas podem ser respondidas da seguinte forma: 1) os valores servem como guia dos comportamentos humanos – tipo de orientação e 2) representar cognitivamente as necessidades humanas – tipo motivador (Gouveia, 2013; Lima, 2012; Medeiros, 2011; Sousa, 2013). Gouveia (2013) sustenta que as funções dos valores primordialmente podem ser concebidas como guia dos comportamentos humanos e representatividade das necessidades humanas.

Segundo Sousa (2013) diante das duas dimensões funcionais dos valores foram construídos dois núcleos principais na apresentação viso-espacial da estrutura dos valores, como mostra a tabela 1.

Tabela 1
Tipo motivador e tipo de orientação.

		Tipo de orientação		
		Metas pessoais (o indivíduo por si mesmo)	Metas centrais (o propósito geral da vida)	Metas sociais (o indivíduo na comunidade)
Tipo de motivador	Necessidades idealistas (a vida como fonte de oportunidades)	Experimentação	Suprapessoal	Interativa
		Emoção	Beleza	Afetividade
		Prazer	Conhecimento	Apoio Social
		Sexualidade	Maturidade	Convivência
	Necessidades materialistas (a vida como fonte de ameaça)	Realização	Existência	Normativa
		Êxito	Estabilidade	Obediência
	Poder	Pessoal	Religiosidade	
	Prestígio	Saúde	Tradição	
		Sobrevivência		

O eixo horizontal representa os valores que tem como função guiar os comportamentos e ações humanas. Esse eixo ilustra as dimensões do tipo de orientação – valores sociais, centrais e pessoais. Já o eixo vertical corresponde à expressão das necessidades humanas que envolvem as dimensões de motivação – valores materialistas ou humanitários (Sousa, 2013).

As pessoas que são pautadas por valores de orientações sociais são centradas na sociedade ou possuem foco interpessoal, possui metas sociais. Os guiados por valores de orientações pessoais são pessoas mais autocentrada e egocêntrica com foco intrapessoal em suas próprias metas. E, rompendo com a separação entre o social e o individual tem-se os valores que possuem orientações centrais, esses indivíduos não se restringem a separação entre os interesses interpessoais e intrapessoais, não sendo completamente social ou individual, existe a abertura para coexistência entre perseguir metas pessoais e sociais (Gouveia, 2013).

No que diz respeito aos tipos motivadores, estes são ser entendidos como base das necessidades humanas, sendo possível identificar tais valores a partir das necessidades que eles representam cognitivamente. Segundo Gouveia, Santos, Athayde, Souza e Gusmão (2014) os valores materialistas/pragmáticos têm como princípios básicos condições biológicas e fisiológicas para sobrevivência do indivíduo, dando importância à própria existência assegurando condições que a garanta.

Já os humanitários/idealistas baseiam-se em ideias abstratas e universais, não sendo dirigidos a metas concretas e específicas, indicam menos dependência de bens materiais, conservando a coerência com um espírito inovador, considerando sempre as pessoas iguais entre si, além de apreciar as relações interpessoais como um fim (Gouveia, Santos, Athayde, Souza & Gusmão, 2014).

Gouveia (2013) afirma que os valores materialistas estão intrinsecamente relacionados a ideias práticas e a pessoas que dão importância a metas físicas específicas e regras, além disso, pessoas motivadas por esse valor avaliam as hierarquias como um sistema social que garante a segurança e estabilidade do grupo. Logo, os valores humanitários têm por base princípios universais e abstratos, não sendo necessariamente dirigidos a metas concretas e comumente é observada pessoas ativas e que pensam em gerações futuras, não se limitando ao imediatismo e são pessoas que não promovem qualquer tipo de discriminação.

Unidas as duas funções dos valores humanos tem-se seis subfunções valorativas. Estas seis subfunções de acordo com Sousa (2013) são o resultado do cruzamento dos tipos de orientação e dos motivadores. Abaixo é apresentado na Figura 2 as subfunções, seus tipos motivadores e orientação, e os marcadores valorativos selecionados.

Tabela 2
Funções, subfunções e valores específicos

Subfunções Valorativas	Motivadores e Orientação	Marcadores valorativos e descritivos
Experimentação	Motivador humanitário e orientação pessoal	Emoção. Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
		Prazer. Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos. Sexualidade. Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
Realização	Motivador materialista e orientação pessoal	Poder. Ter poder para influenciar os outros e controlar as decisões; ser o chefe de uma equipe.
		Prestígio. Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições. Êxito. Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo o que faz.



Subfunções Valorativas	Motivadores e Orientação	Marcadores valorativos e descritivos
Existência	Motivador materialista e orientação central	Saúde. Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não está enfermo.
		Estabilidade Pessoal. Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planejada.
		Sobrevivência. Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.
Suprapessoal	Motivador humanitário e orientação central	Beleza. Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
		Conhecimento. Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
		Maturidade. Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.
Interativa	Motivador humanitário e orientação social	Afetividade. Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar êxitos e fracassos.
		Convivência. Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, religioso, esportivo, entre outros.
		Apoio Social. Obter ajuda quando necessite; sentir que não está só no mundo.
Normativa	Motivador materialista e orientação social	Obediência. Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
		Religiosidade. Crer em Deus como salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
		Tradição. Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.

Abaixo será apresentada de forma descritiva as seis subfunções valorativas e seus marcadores específicos:

Subfunção experimentação: corresponde às necessidades fisiológicas de satisfação ou o princípio do prazer. Seus valores representam as necessidades de sexo e gratificação. Pessoas endossadas por valores dessa subfunção comumente não se conformam com normas sociais, buscam a promoção de mudanças e inovações na estrutura das organizações sociais. (Gouveia, 2013; Medeiros, 2011). Compõe essa subfunção os seguintes valores:

Emoção. Habitualmente esse valor é primado por jovens. Representa a necessidade fisiológica de excitação e a busca por experiências perigosas ou arriscadas. Em resumo, é a busca por sensações (Medeiros, 2011);

Prazer. Corresponde a necessidades orgânicas em sentido mais amplo como diversão, comer ou beber por prazer. É importante destacar que esse valor não tem uma fonte específica de satisfação (Gouveia, 2013);

Sexualidade. Representa a necessidade de sexo. Tratada comumente na literatura como um fator moral e/ou religioso. Na Teoria Funcionalista esse valor é concebido não somente como uma necessidade estritamente fisiológica, mas como uma escolha, principalmente no cenário de busca de um(a) parceiro(a) e obtenção de prazer. Um desfrute da vida com ênfase na obtenção de satisfação nas relações sexuais (Gouveia, 2013; Medeiros, 2011).

Ademais, esses valores são menos pragmáticos na busca de status social e no momento de garantir segurança e estabilidade social são mais endossados por jovens que por adultos (Vione, 2012; Santos, 2015).

Subfunção realização: valores desta subfunção representam as necessidades de autoestima. Pessoas orientadas por estes valores representam suas necessidades de autoestima enfatizando a demonstração de competência pessoal. Essas pessoas focalizam em realizações

materiais e buscam praticidade nas decisões e comportamentos, além de praticidade e ênfase no aqui e agora (Medeiros, 2011; Vione, 2012). São valores que representam essa subfunção:

Êxito. Indica a eficiência e capacidade de alcançar metas. As pessoas que adotam esse valor têm um ideal de realização e se orienta nesses termos, valorizam a competitividade e buscam benefícios pessoais que as façam mais destacadas (Gouveia, 2013; Medeiros, 2011);

Prestígio. Neste valor é enfatizado o contexto social, pois, é no contexto social que as pessoas. Entretanto, o propósito não é social, mas de interesse próprio, buscando desfrutar das vantagens e regalias do reconhecimento público (Medeiros, 2011; Souza, 2012);

Poder. Ostenta o princípio da hierarquia, representa a necessidade de controle. Esse valor é o menos social entre os outros dois valores dessa subfunção e é menos desconsiderado ou rejeitado por pessoas com formação escolar e nível socioeconômico elevado, importando ser o chefe, controlar as decisões (Medeiros, 2011; Souza, 2012).

Segundo Gouveia (2013) e Vione (2012) pessoas que endossam esses valores tendem a valorizar a hierarquia quando baseiam-se na demonstração de competência pessoal, essas pessoas tem apreço por uma sociedade organizada, estruturada e a valorizam a praticidade em suas decisões e comportamentos. Valores dessa subfunção são regularmente apreciados por jovens adultos em fase produtiva ou em indivíduos educados em contextos disciplinares.

Subfunção existência: os valores que representam esta subfunção estão relacionados às condições fisiológicas mais básicas como comer, beber, dormir e segurança, principalmente as biológicas e psicológicas (Freires, 2015). Abaixo segue os valores dessa subfunção:

Saúde. Retrata a busca por um grau adequado de saúde. Indivíduos que endossam este valor podem ter experimentado eventos dramáticos ou vivem em ambientes instáveis e ameaçadores. Essas pessoas estão preocupadas com doenças ou quaisquer outros acontecimentos que possam ameaçar suas vidas (Gouveia, 2013).

Sobrevivência. Representa as necessidades humanas mais básicas como comer e beber. Este é o valor mais relevante para pessoas que foram socializadas em contextos de escassez ou que foram privadas de recursos econômicos básicos (Medeiros, 2011).

Estabilidade pessoal. Forte ênfase na organização e planejamento da vida, pessoas que endossam este valor buscam meios de garantir a própria existência e se empenham em procurar empregos estáveis e segurança econômica (Gouveia, 2013); São valores congruentes com a orientação social e pessoal, pois, seu fim principal é garantir as condições básicas para a sobrevivência biológica e psicológicas do indivíduo. Geralmente pessoas que endossam esses valores são pessoas que vivem num contexto de escassez econômica ou que foram socializados em ambientes de restrições (Gouveia, 2012; Pessoa, 2011).

Subfunção suprapessoal: esta subfunção representa os valores de estética, cognição e autorrealização. Valores suprapessoais ajudam a organizar e categorizar o mundo de forma consistentes, fornecendo clareza e estabilidade na organização cognitiva das pessoas (Gouveia, 2013; Sousa, 2013). Os seguintes valores representam essa subfunção:

Conhecimento. Caracterizada por representar as necessidades cognitivas. É de caráter mais universal e não se limita à oposição social vs pessoal. Quem dá destaque a esse valor busca novos conhecimentos e atualizações, procurando sempre descobrir novos fatos e ideias (Medeiros, 2011);

Maturidade. Representa a necessidade de autorrealização, descrevendo um sentido de satisfação consigo mesmo, se reconhecendo como um ser humano útil e que cumpriu

com seus desígnios na vida. Indivíduos que endossam esse valor tem maior orientação universal, transcendendo pessoas ou grupos específicos (Gouveia, 2013);

Beleza. Os que se guiam por este valor buscam apreciar o que é o belo independente se o objeto é material ou imaterial, não se limitando a questões pragmáticas (Medeiros, 2011);

Tais valores representam a importância de ideias abstratas com menor ênfase em coisas concretas, sendo compatível com tipos de orientação sociais e pessoais que fazem parte do motivador humanitário. Além disso, pessoas que se guiam por esses valores pensam de forma mais geral e ampla, tomando decisões e se comportando baseada em critérios universais, é visto em pessoas maduras ou mais velhas (Gouveia, 2013).

Subfunção interativa: Esta subfunção é claramente orientada para o social e com motivador idealista. Corresponde às necessidades de pertença, amor e afiliação. Os contatos sociais são metas em si mesmo para pessoas que endossam esses valores, além de, dar ênfase a atributos mais afetivos e abstratos (Vione, 2012). Representam essa subfunção os seguintes valores:

Afetividade. Este valor está ligado a aspectos da vida social, considerando primordialmente relacionamentos íntimos, afetos, relações familiares, compartilhamento de cuidados, prazeres e tristezas. Representa principalmente a necessidade de amor (Medeiros, 2011);

Apoio social. O foco é uma relação de proximidade com o grupo social de pertença, garantindo a confiança e o suporte social, evitando a sensação de solidão e obtendo ajuda quando necessário (Gouveia, 2013);

Convivência. Este valor não representa as relações interpessoais específicas, mas a relação indivíduo-grupo. Requer um sentido de identidade social, indicado pela noção

de pertencer a grupos sociais e conviver com vizinhos (Gouveia, 2013; Medeiros, 2011);

De acordo com Vione (2012), os indivíduos que adotam esses valores com frequência são jovens e orientados para relações íntimas estáveis, principalmente na fase em que se busca e manutenção de parceiro(a) e constituição familiar.

Subfunção normativa: existe nesta subfunção valorativa a importância de se preservar a cultura e as normas convencionais, onde a obediência e a autoridade é firmemente valorizada (Santos, 2015). Os valores endossados são:

Obediência. Evidencia a importância dada ao cumprimento de deveres e obrigações diárias, em respeitar os pais e os mais velhos (Vione, 2012);

Religiosidade. Independe de qualquer preceito religioso e representa a necessidade de controle para lidar com realidades adversas. Há o reconhecimento da existência de um ser superior ou entidade em que se busca certeza e harmonia social para uma vida social pacífica (Medeiros, 2011);

Tradição. Representa a concepção de disciplina no grupo ou na sociedade como um todo para satisfazer as necessidades. Sugere respeito aos padrões morais seculares e contribui para a harmonia social (Souza, 2012);

Segundo Gouveia (2013), os valores dessa subfunção evidenciam a importância dada às orientações verticais em que a obediência à autoridade é tomada como fundamental. De acordo com Vione (2012) é um valor típico de pessoas mais velhas e/ou educadas em um sistema tradicional orientado a seguir normas rígidas e estritas.

O Enlace entre Práticas Humanizadas e Valores Humanos

No campo de saúde da mulher e neste trabalho dando ênfase no cenário obstétrico é constituído por diversos atores, não somente um. Temo a presença dos gestores, das usuárias,

dos profissionais e da comunidade. Segundo Barbosa (2014), para a transformação e viabilização de um trabalho em saúde integral e integrado, fundamentado nas relações de cuidado, acolhimento e solidariedade. Tornando fundamental a participação de todos os atores sociais.

Afinal, é justamente esta ideia de co-construção de políticas e práticas de assistência integral de assistência à saúde da mulher que se busca superar o modelo tradicional de saúde feminina e de nascimento. Barbosa (2014) afirma que nesse novo cenário as usuárias, junto com os/as profissionais da saúde são sujeitos envolvidos nas reflexões que buscam a conscientização e transformação da assistência à saúde da mulher.

Dentro do ideal da humanização obstétrica, parto e nascimento, mesmo sendo coadjuvantes nesse momento da vida da mulher, os profissionais envolvidos são peças fundamentais para que se estabeleça e se implante práticas humanizadas. Para que o parto seja realmente humanizado, os profissionais devem “vestir a camisa” da humanização. Recife (2008) aponta que, dentro das conjunturas da política nacional de humanização é de suma relevância que aqueles que fazem obstetrícia estejam preparados para prover a parturiente, respeito, liberdade e carinho.

Conforme Gouveia (2013) os valores são temas inerentes à vida cotidiana e estão presentes em todos os espaços de vida e de convivência das pessoas. Dentre os inúmeros fatores que podem influenciar a adesão ou recusa de práticas humanizadas nos profissionais da obstetrícia são os valores pessoais destes profissionais, sendo esses fatores de grande influência e de grande importância para tais práticas, podendo orientar e motivar suas ações.

Gouveia (2013) afirma que os valores servem como padrões gerais de orientação para o comportamento dos indivíduos, não sendo específicos de determinadas situações, e que os valores são inerentes ao ser humano, permeiam toda a sua existência, fazendo parte das esferas biológicas, culturais, sociais e psicológicas.

É visto como pouco provável a total separação dos valores pessoais das atividades diárias das pessoas. Gouveia (2013) sustenta que é problemático afirmar que alguém consiga tratar de questões educacionais, gerenciais, políticas e sociais sem fazer alusão aos valores das pessoas envolvidas.

Os valores pessoais dos profissionais de saúde podem exercer influência direta no modo como eles exercem suas funções laborais, no modo como eles veem o mundo, buscam se relacionar tanto como seus colegas e pacientes atendidos.

Estado da Arte: Produções Teóricas e Empíricas sobre os Fenômenos

Inicialmente foram definidas palavras-chave para pesquisas em bases de dados Scientific Eletronic Library Online (Scielo): 1) humanização em saúde; 2) parto humanizado; 3) cuidados pré-natal; 4) valores humanos e; 5) violência obstétrica. A procura na base de dados resultou em 5 (cinco) artigos, a palavra-chave 2 forneceu noventa e um (91) artigos. Já com a terceira palavra-chave desencadeou em três (3) artigos. A palavra-chave 4 forneceu dezoito (18) artigos, por fim, a palavra-chave de número 5 resultou em cinco (5) trabalhos desenvolvidos e publicados.

Todos os artigos encontrados tiveram seus resumos lidos e posteriormente analisou-se as possíveis contribuições que cada trabalho poderia oferecer para a pesquisa, diante disso, o critério estabelecido inicialmente excluía todas as produções anteriores ao ano de 2006. Posterior a isso, os artigos que restaram foram lidos e escolhidos diante das contribuições que eles fariam para o estudo. No final, foram escolhidos sete (7) estudos que serão apresentados a seguir de forma breve e suas contribuições na compreensão e reflexão sobre os fenômenos estudados:

O primeiro estudo é uma pesquisa de revisão bibliográfica feita por Pereira et al. que abordou dados epidemiológicos, definições e principais formas de violência obstétricas e

políticas públicas para o combate dela. A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2015 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), PubMed e LILACS e sua publicação se deu no ano de 2016.

Os autores afirmam que em seus achados, a violência obstétrica (VO) pode ser configurada no abuso físico, cuidado indigno, abusos verbais, imposições de intervenções não consentidas e indicações de cesárias que ultrapassam o limite da normalidade. Além disso, é destacado que a violência obstétrica não se limita ao parto, mas a todo processo de gestação, parto e puerpério.

É listada três formas de violência presente no ambiente obstétrico. As principais formas de VO física são: realização de práticas invasivas, uso de medicamentos sem justificativa do estado de saúde da parturiente, quando não se respeita o tempo e/ou as possibilidades e potencialidades do parto biológico. Enquanto a VO psíquica se configura pelo: tratamento desumanizado, grosseiro, discriminatório e humilhante. Além disso, está inclusa nessa categoria, a omissão de informações sobre a evolução do parto. Por fim, a VO sexual é caracterizada por: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade e incida sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Ademais, a pesquisa mostra a existência de situações que suprimem o bem-estar da parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto por exemplo: raspagem dos pelos pubianos (tricotomia), lavagem intestinal, exames de toque vaginal despendidos por várias vezes e por profissionais diferentes, imobilização, posição horizontal durante o trabalho de parto, administração de ocitocina e a episiotomia.

Foram listadas também o uso de manobras ou técnicas que oferecem algum risco para a parturiente e/ou para o feto. Foi destacado a episiotomia, que pode causar hemorragias significativas, extensão da lesão, dor no pós-parto, infecções e hematomas e também, a

manobra de Kristeller, que consiste em uma manobra na qual é exercida pressão sobre a porção superior do útero objetivando a saída do bebê de modo rápido. Porém, esse procedimento pode fraturar costelas da mãe e descolar a placenta, no bebê pode causar danos cerebrais. Sua realização é comum no Brasil, entretanto, há recomendações para o abandono do seu uso.

Por fim, um dado que merece destaque é que o Brasil é o país como maior índice de cesáreas perdendo para China (42,7%), México (42%) e Itália (38,4%) e com isso os autores concluem que ainda são muitas as atitudes dos profissionais de saúde que desvalorizam e desrespeitam a dignidade das parturientes, criando a necessidade de rever a prestação do serviço de saúde.

A segundo estudo é uma pesquisa empírica realizada por Rodrigues et al. publicada no ano de 2017 que teve como objetivo analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição. O estudo foi realizado em onze (11) hospitais no estado Ceará e teve como amostra 3.765 puérperas.

Os resultados mostram que não foi ofertado a 70,8% da amostra a ingestão hídrica, 77,3% alimentos. 82,9% tiveram a presença de visitas, 67,5% receberam orientações sobre o parto e 77,6% tiveram a presença constante durante todo o trabalho de parto. 63,2% não teve a presença profissional que proporcionasse conforto físico e emocional e 37,2% não receberam esclarecimentos sobre procedimentos durante o parto.

Os autores concluem o trabalho salientando que os resultados mostram que alguns procedimentos estão arraigados à rotina obstétrica e, mesmo havendo evidências científicas que mostram novas práticas, mais seguras, eficientes e recomendadas por organizações mundiais como a OMS. Ainda é comum o uso de procedimentos e manobras rotineiras que geram danos físicos, traumas, constrangimentos e gastos. Ressalta-se a importância da humanização na estruturação do atendimento materno-infantil, tendo como foco principal a

realização de ações que reconheçam as necessidades, fragilidades e sentimentos das mulheres e possibilitem um atendimento adequado e respeitoso.

O terceiro estudo também é um artigo empírico intitulado de: intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. A pesquisa foi realizada em 2014 por Leal et al. e teve como objetivo descrever as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas realizadas em mulheres com gravidez de risco habitual em 191 municípios brasileiro. A amostra do estudo foi composta por 23.940 puérpera.

As boas práticas no parto classificadas pelos autores foram: alimentação e movimentação durante o trabalho de parto e parto uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e monitoramento do trabalho de parto e parto pelo partograma. Nos resultados, os pesquisadores apontaram que menos de um terço do grupo amostral relatou ter se alimentado durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Aproximadamente 455 delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto e tiveram o progresso monitorado pelo partograma.

Em mais de 70% das mulheres foram realizadas punção venosa periférica, em 40% das mulheres foi feito o uso de ocitocina e amniotomia e a analgesia raqui/epidural foi realizada em 30%. Durante o parto a posição de litotomia prevaleceu em 92% dos casos, a manobra de Kristeller foi realizada em 37% dos casos e a episiotomia foi efetuada em 56% da amostra.

Os autores fazem uma análise com base na divisão geográfica brasileira e mostram que na região Sudeste foi mais comum a alimentação durante o trabalho de parto. Já nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram baixo os índices de uso de procedimento não farmacológicos para alívio da dor e uso do partograma. Contrapondo, na Região Sul as mulheres tiveram maior possibilidade de se movimentarem comparadas às mulheres do Sudeste brasileiro. Outro dado que sobressaiu foi que mulheres que não tinham plano de

saúde e foram atendidas na rede pública tiveram maior chance para boas práticas, porém, a maior escolaridade e a cor da pele/raça não se associaram com nenhuma destas boas práticas.

Por fim, notou-se também que as boas práticas foram mais frequentes em primíparas, enquanto mulheres mais velhas usaram menos os métodos não farmacológicos para alívio da dor e trabalho de parto monitorado por partograma. E, mesmo se tratando de um grupo de risco habitual, o índice de cesariana é alarmante.

A conclusão que os autores chegaram com esse estudo foi que as mulheres brasileiras em todos os grupos socioeconômicos e de risco habitual estão sendo exposta constantemente a riscos de iatrogenias do parto com muitas intervenções desnecessárias, devido aos riscos com o uso indiscriminado das tecnologias médicas, merecendo urgente investimento visando a melhora da assistência obstétrica prestada no Brasil. Para isso, os autores acreditam que é extrema importância, promover práticas obstétricas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e saúde da população.

O quarto estudo, também é empírico e foi realizado por Nagahama e Santiago no ano de 2011. A pesquisa objetivava avaliar a qualidade da atenção ao parto em dois hospitais de referência para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde no município de Maringá. A amostra do estudo foi composta 559 mulheres.

Os indicadores de qualidade na assistência ao trabalho de parto e no parto considerado pelos autores foram: durante o trabalho de parto os indicadores são 1) fornecimento de todas informações e explicações que as mulheres desejassem; 2) presença do acompanhante durante o trabalho de parto; 3) uso de métodos não invasivos e o não uso de métodos farmacológicos para o alívio da dor; e 4) oferecimento de líquidos por via oral. Durante o parto 5) fornecimento às mulheres todas as informações que desejassem no parto; 6) presença do acompanhante no parto; e 7) promoção do contato pela-a-pele entre mãe e filho em sala de

parto. E para avaliar a atenção prestada pelo serviço de saúde foi selecionado somente um indicador de resultado que foi o tipo de parto.

Os resultados encontrados pelos autores foi que 66,6% das mulheres receberam informações no trabalho de parto onde 30,8% mostraram insatisfação com as informações recebidas e 2,6% não receberam as informações desejadas no hospital 2, enquanto que no hospital 1 esta porcentagem foi de 58,7%, onde foi possível observar que os indicadores 1 e 5 foram os que apresentaram melhores resultados na média geral.

Foi permitida a presença do acompanhante no trabalho de parto para 58% das mulheres. Observando esse indicador separadamente, notou-se que no hospital 1 78% das mulheres tiveram acompanhantes, enquanto no hospital 2 41,6%. Apenas 1,4% tiveram acompanhante na sala de parto. Em 67,3% das mulheres não foi utilizado métodos farmacológicos. No que se refere ao indicador 4, 46,9% das mulheres receberam líquidos no trabalho de parto. E, 87,8% dos recém-nascidos tiveram contato pele-a-pele com a sua mãe na sala de parto.

O tipo de parto que prevaleceu nos dois hospitais foi a cesariana, com o percentual de 51% no hospital 1 e de 52% no hospital 2. Portanto, o resultado da assistência foi considerado insatisfatório, pois a taxa de cesariana foi superior ao parâmetro de 35% estabelecido neste estudo.

Os autores colocam que a qualidade do tipo de atenção demonstra que as mulheres submetidas ao parto vaginal receberam atenção mais qualificada quando comparada às que foram submetidas ao parto cesárea. Eles concluem o trabalho ressaltando a lentidão em alguns serviços de saúde no Brasil para a implementação do parto humanizado e alertando a humanização começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares, principalmente, quando estes podem participar das decisões a respeito dos procedimentos e opção pelo tipo de parto.

O quinto estudo, guiados pela teoria dos valores foi realizado por Porto e Tamayo no ano de 2006 e teve como objetivo testar a relação entre valores pessoais, gerais e laborais. A amostra que compôs a pesquisa foi de 995 estudantes universitários.

O resultado dessa pesquisa mostrou uma relação entre as estruturas de valores com a confirmação de correlação positivas entre 1) Realização Profissional e Abertura à Mudança; 2) Relações Sociais e Autotranscendência; 3) Prestígio e Autopromoção; e 4) Estabilidade e Conservação foram apoiadas pelos dados que apresentam covariância altas entres esses fatores. Os valores gerais guiam os valores específicos relativos ao mundo do trabalho, sendo que, quanto mais os valores gerais são importantes para a pessoa, mais ela buscará esses valores no contexto de trabalho.

O sexto estudo segue a teoria dos valores humanos Aquino, Gouveia, Silva e Silva realizaram no ano de 2013 um estudo que teve como objetivo conhecer em que medida e direção os valores humanos se correlacionam com o preconceito religioso. A amostra do estudo foi de 200 estudantes de João Pessoa.

Em seus resultados os autores identificaram correlação entre subfunções interativa, suprapessoal e, mais fortemente experimentação com indicadores de preconceitos. Os resultados mostram também correlações negativas entre as subfunções valorativas experimentação e suprapessoal com as pontuações do fator geral de preconceito religioso. Para mais, os dados revelaram que quanto mais religioso e integrado com sua religião, maior será o preconceito religioso frente a matriz afro-brasileira.

Aquino, Gouveia, Silva e Silva, confirmaram no presente estudo correlações entre as subfunções suprapessoal e interativa como inibidores de preconceito. Contudo, foi observado também a relação da experimentação como inibidora de preconceito religioso mesmo não sendo tão evidente essa relação. Os autores destacam que essas três subfunções representam

motivadores humanitários, fazendo com que as pessoas que se baseiam nelas assumam critérios mais universalistas facilitando mudanças sociais.

Nesse contexto, de acordo com os achados deste estudo sobressaem-se valores ligados a ideias humanitárias, por ter promovido menos preconceito e reduzido a discriminação religiosa, pois tais valores favorecem a aceitação de diferenças, assegurando a igualdade entre as pessoas.

O sétimo e último estudo foi um trabalho realizado por Gouveia, Milfont, Fischer e Coelho no de 2009. O estudo foi constituído por três diferentes análises empíricas: o primeiro estudo refere-se ao comprometimento organizacional em uma instituição privada e o objetivo descrito foi investigar se as subfunções valorativas dos empregados influenciam seu comprometimento organizacional. Participaram da pesquisa 57 pessoas. Os resultados obtidos mostram concordância com a produção teórico-empírica entre comprometimento organizacional e as subfunções valorativas. Os valores interacionais e normativos predisseram o comprometimento organizacional. Os autores concluem que o estudo apresenta evidências empíricas da aplicação da teoria para entender atitudes e comportamentos dentro das organizações. No segundo estudo, Gouveia, Milfont, Fischer e Coelho tiveram como objetivo investigar se as subfunções valorativas influenciam no bem-estar afetivo no trabalho.

A pesquisa teve como amostra 191 funcionários de uma empresa pública do interior da Bahia. Os resultados elucidaram que os valores interacionais e normativos predisseram os afetos com alta satisfação e alta intensidade e os valores suprapessoais predisseram os afetos com baixa satisfação e alta intensidade. Os resultados mostram que as reações emocionais do empregado em relação ao trabalho no que se refere a afetos com alta satisfação e alta intensidade (energia, empolgação e entusiasmo) são as conservações das relações interpessoais e estão positivamente associados a afetos positivos, os suprapessoais estão negativamente relacionados aos afetos negativo (raiva, desgosto, incomodo e tristeza).

Por fim, o terceiro estudo é referente às subfunções valorativas e síndrome de burnout e fadiga 246 profissionais de saúde de João Pessoa. O objetivo foi investigar a relação entre as propriedades axiológicas de profissionais liberais e seu nível de burnout e fadiga.

Os resultados evidenciam que os valores suprapessoais e normativos foram positivamente correlacionados com a realização profissional no trabalho e valores normativos foram correlacionados negativamente com fadiga e despersonalização.

De modo geral, os resultados indicam que os trabalhadores que se guiam por valores que demonstram competência individual e que expressam produtividade (valores de realização) tendem a apresentar mais fadiga e burnout. Por sua vez, profissionais que procuraram ser reconhecidos como seres humanos úteis e que buscavam conservar as normas convencionais (valores suprapessoais e normativos) tendem a ter menor fadiga e burnout.

Os autores concluem que os resultados demonstram a influência dos valores nessas variáveis e a possibilidade de discutir esses fenômenos à luz da teoria funcionalista dos valores humanos.

Os sete (7) escolhidos contribuem de forma significativa nesse estudo, pois, trazem consigo reflexão orientada para apoiar a compreensão dos assuntos colocados nesse campo de estudo, além disso, os temas propostos pelos mesmos são de grande relevância para a construção de conhecimento e de novas práticas. Contribuindo para a possibilidade de uma compreensão abrangente dentro do tema.

Método

Classificação

Foi adotado nesta pesquisa o método correlacional que conforme define Assmar, Jablonski e Rodrigues (2005, p.32) “consiste na obtenção de medidas de duas ou mais variáveis e no estabelecimento (através de métodos estatístico apropriado) da relação existente entre elas”. Esse método possibilita estudo de situações, em que não seria possível o controle experimental, fornecendo ao pesquisador meios para verificar o quanto uma ou mais variáveis se relacionam.

Nessa pesquisa esse método de análise de dados permitiu a verificação e compreensão das relações entre os valores pessoais podem influenciar e estar envolvidos ou não na humanização de suas práticas no campo obstétrico.

Participantes

A amostra da pesquisa foi composta por 94 estudantes e profissionais da área da saúde que tiveram alguma experiência no campo obstétrico e/ou de assistência à saúde da mulher, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. A seleção dos participantes foi feita por conveniência através de redes sócias e e-mail.

Instrumentos

Questionário de Valores Básicos (QVB; Gouveia, 2003; Gouveia, et al., 2008): Sendo composto de dezoito itens (valores específicos) distribuídos nas seis subfunções psicossociais: experimentação (emoção, prazer e sexual), realização (êxito, poder e prestígio), existência (estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência) suprapessoal (beleza, conhecimento e maturidade), normativa (obediência, religiosidade e tradição) e interativa (afetividade, apoio

social e convivência). O participante deve ler cada valor e indicar em que medida o considera importante como um princípio-guia em sua vida, utilizando escala de resposta de sete pontos variando de 1= totalmente não importante a 7= de extrema importância (Anexo A).

Formulário de Práticas Humanizadas: o formulário é composto por vinte e uma (21) práticas descritas como humanizadas pelo Ministério da Saúde. Para cada prática descrita, o participante deveria responder a duas escaladas do tipo Likert (Apêndice A). Na primeira escala o participante deveria responder com qual frequência a prática ali apresentada era adotada, sendo que as repostas poderiam ser: nunca; raramente; as vezes; quase sempre; sempre. Já a segunda escala avaliava o quanto o participante concordava ou discordava com a prática descrita, sendo possíveis respostas entre: discordo totalmente; discordo em parte; não concordo nem discordo; concordo em parte; concordo totalmente. Vale destacar que este instrumento foi criado especialmente para essa pesquisa, mais foram seguidas as orientações de Pasquali (2005) para a construção do mesmo.

Questionário Sociodemográfico: Tal instrumento constituiu uma caracterização da amostra, tais como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, instituição de formação, área de formação, entre outros (Apêndice B).

Procedimentos de Coleta

Primeiro foi feito um levantamento de sites de organizações e comunidades relacionadas a partos e nascimento. Foram encontrados sites como da Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) presente em vários estados brasileiros, Associação de Obstetrícia e Ginecologia (SOGESP), também presentes em diferentes estados brasileiro, além disso, foi encontrada comunidades como ligas acadêmicas de ginecologia, ginecologia e obstetrícia, parto humanizado, humanização em saúde e saúde da família. Foi encontrado também comunidades acadêmicas relacionadas a cursos da área da saúde de faculdades públicas e privadas.

Seguinte a esse levantamento, os pesquisadores entraram em contato com estas comunidades e sites para saber da possibilidade de aplicação dos instrumentos. Algumas instituições responderam com sinal positivo e outras não. Para as instituições que responderam manifestando desejo em participar da pesquisa foi enviado um link que fornecia acesso direto aos instrumentos de pesquisa.

A primeira página dos instrumentos era composta pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice C), onde todas as informações éticas e metodológicas eram apresentadas, logo abaixo, caso concordasse com os termos exposto, o participante clicava no item “Aceito Participar” que redirecionava o participante automaticamente para a segunda página dos instrumentos, que era composta pela questionário sociodemográfico, após responder todos os itens desta seção dos instrumentos o participante clicava em seguir e era redirecionado para responder o formulário de práticas humanizadas, ao fim, o participante era direcionado a última página dos instrumentos, onde era possível responder os itens sobre valores pessoais e por fim, os participantes recebiam os agradecimentos por participar da pesquisa e se tinha um espaço disponível para a indicação de outros profissionais e estudantes.

A segunda forma de recrutamento dos participantes foi o envio dos instrumentos através de endereços e e-mails eram apresentados em artigos encontrados na busca bibliográfica feita pelos pesquisadores. Era enviada uma mensagem nos endereços de e-mails encontrados com o link para acesso dos instrumentos. O formato de apresentação dos instrumentos foi o mesmo anteriormente apresentado.

A última forma de contato com o participante foi através do Método Bola de neve que consiste num método onde os pesquisadores partem das suas redes de contato profissional, pessoal e de convívio e solicitam para que estes indiquem participantes para a pesquisa. Com essa indicação, os pesquisadores entraram em contato e enviaram o link com os instrumentos

de pesquisa, foi solicitado que este respondesse aos instrumentos e enviasse para outras pessoas que se encaixassem no perfil dos participantes da pesquisa.

O Método Bola de Neve para seleção de participantes trata-se de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, que permite o acesso a comunidades pouco acessíveis, “onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto” (Baldin & Munhoz, 2011), ou seja, é uma abordagem em cadeia, onde os participantes contatam sua rede pessoal.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de armazenamento na internet onde somente os pesquisadores tinham acesso e, baixado somente após o encerramento da coleta de dados para posterior análise.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados através do SPSS (Statistical Package for the Social Science) que possibilitou análises de estatística descritiva e também análises exploratórias e correlações bivariadas.

Inicialmente, foram calculados os escores de todos os participantes nas variáveis que integraram o estudo, ocasião em que foram conferidos e alinhados os itens negativos de modo a que um maior escore correspondesse a um maior grau na característica considerada. Em seguida, foram calculadas as médias e os desvios padrões.

Após as análises iniciais foram no SPSS, os escores do instrumento foram analisados e calculados o coeficiente de correlação linear simples, bem como analisados a partir de diagrama de dispersão.

Cuidados Éticos

A pesquisa foi submetida no Comitê de Ética e Pesquisa de acordo com os regulamentos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O projeto foi aprovado sob o número comprovante 119879/2016 e CAAE: 62083716.6.0000.0023.

Resultados

Os coletados foram analisados e serão apresentados e discutidos a seguir na seguinte ordem: caracterização sociodemográficos da amostra da pesquisa, as principais práticas humanizadas adotadas, os valores centrais dos estudantes e profissionais, e por fim, as correlações entre valores pessoais e práticas humanizadas no parto e nascimento.

As frequências dos cursos de nível superior presentes no estudo são apresentadas na figura 1:

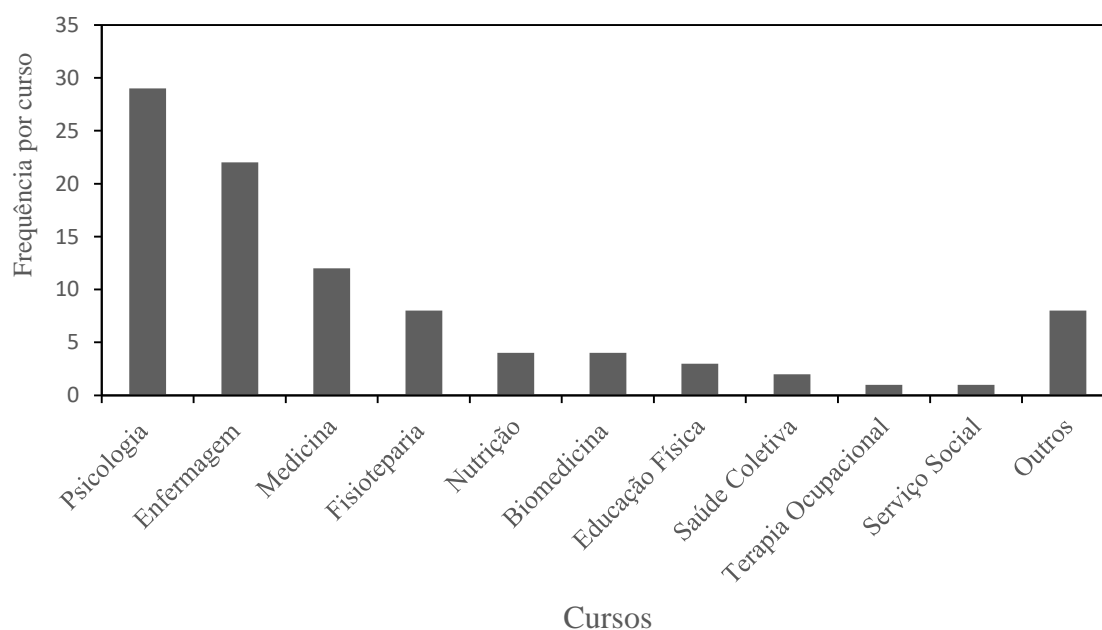


Figura 1. Estatística descritiva contendo a frequência de cursos presentes no estudo.

A imagem mostra que o curso com maior participação foi o de Psicologia, seguido do curso de Enfermagem e Medicina. Os que tiveram menor participação foram os cursos de Terapia Ocupacional e Serviço Social.

A composição da amostra foi composta por 85,1% de mulheres e 14,9% homens, 63,8% solteiros, 24,5% casados, 11,7% em união estável e 1,1% estavam em outros tipos de união. Quanto à religião, 44,75% se declararam católicos, 19,1% evangélicos/protestantes, 9,6% espíritas e 19,1% afirmaram não seguir nenhuma religião.

Ademais, 63,8 tinham se formado ou estavam se formando em instituições privadas e 36,2% instituições públicas. 64,9% estavam cursando o nível superior e 35,1% já tinham concluído o curso de graduação, dentre os graduados 13,8% tinham residência médica ou multiprofissional, 20,2% tinham especialização e 1,1% mestrado ou doutorado.

Responderam aos instrumentos pessoas dos seguintes estados brasileiros: Distrito Federal (80,9%), Bahia (4,3%), São Paulo, Pernambuco e Rio de Janeiro (3,2%) e Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Roraima e Rio Grande do Sul (14,1%).

As práticas humanizadas com maior adoção são apresentadas na figura 2:

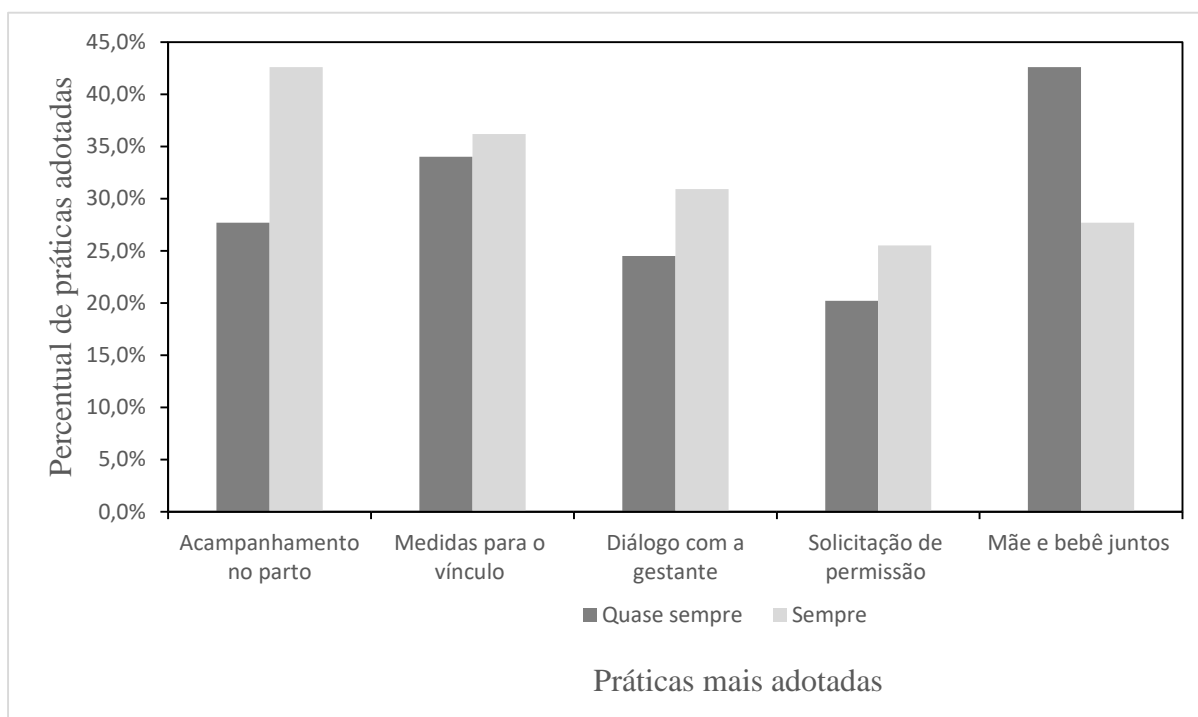


Figura 2. Estatística descritiva contendo a porcentagem em qual as práticas humanizadas foram mais adotadas.

As práticas humanizadas foram contabilizadas de acordo com as duas frequências que indicavam a presença quase que constante das mesmas. No total, as práticas humanizadas que tiveram maior adoção neste estudo foram cinco, sendo que as que tiveram maior índice de adoção foram: a entrada do acompanhante na sala de parto, a promoção de medidas para a criação e promoção do vínculo entre a mãe e bebê e, a com frequência menor foi a solicitação da permissão da mãe para a realização de procedimentos durante todo o processo parturitivo.

Dentre as práticas mais adotadas, as com menor frequência foram: a solicitação da mulher para a execução de procedimentos e também, o diálogo constante com a grávida durante todo o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto.

Já as práticas adotadas sem uma regularidade acertada foram analisadas e podem ser observadas na figura 3:

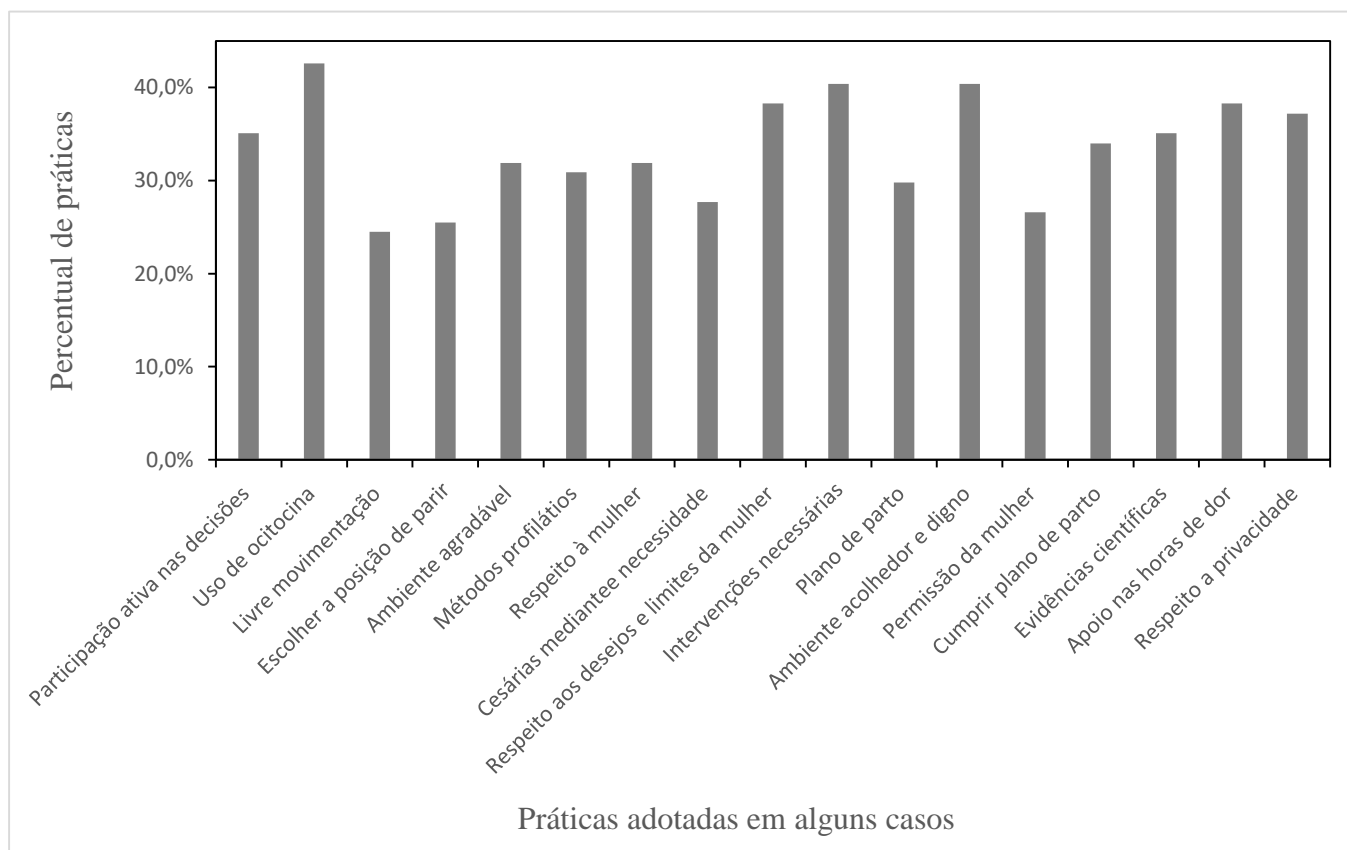


Figura 3. Estatística descritiva com a porcentagem de práticas humanizadas adotadas com frequência irregular.

A figura 3 mostra que algumas práticas humanizadas são adotadas com uma frequência irregular dentro do contexto obstétrico. O uso de ocitocina, aplicação de intervenções somente quando necessário, promoção de um ambiente acolhedor e digno para a gestante e sua família, criação do plano de parto e apoio nas horas de dor foram práticas que mostraram irregularidade na sua adoção.

Por fim, as práticas humanizadas que apresentaram menor adoção serão apresentadas na figura 4:

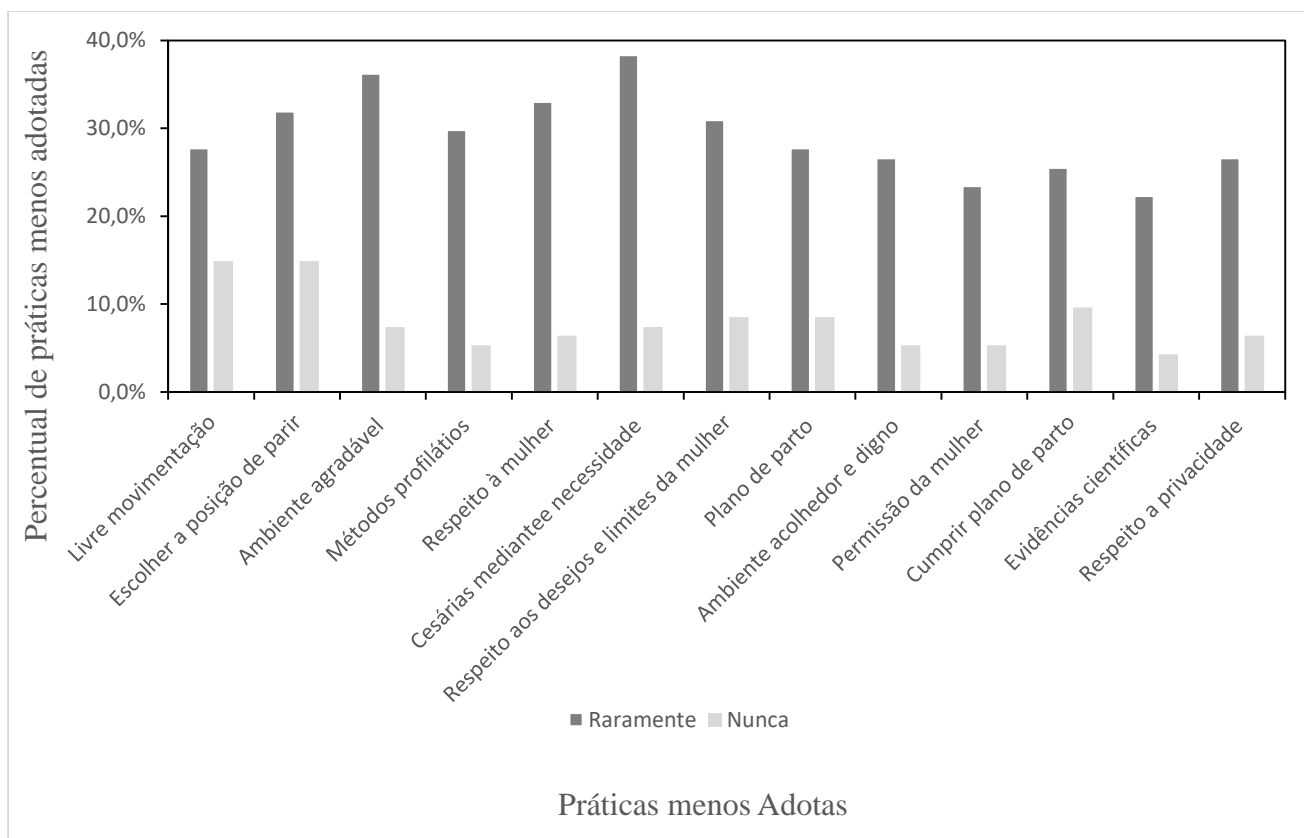


Figura 4. Práticas humanizadas com baixa adesão.

Pode ser observado na figura 4, as diversas práticas humanizadas no contexto obstétricos que apresentaram baixa frequência na sua adoção. Merece ser destacado entre as ações humanizadas com baixa frequência a indicação de cesariana quando há a real necessidade de que essa tecnologia seja utilizada, fornecimento de um ambiente agradável para a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto, o respeito à mulher e o uso de evidências científicas para a prática profissional dentro cenário de parto e nascimento.

Tabela 3

Correlações bivariadas (r de Pearson) entre valores humanos e práticas humanizadas.

	Êxito	Sexualidade	Afetividade	Saúde	Prestígio	Obediência	Estabilidade Pessoal	Tradição	Sobrevivência
Medidas para a vinculação mãe-bebê				,220*			,303**	,242*	
Diálogo com a gestante					,238*		,273**		
Livre movimentação	-,313**					-,256*			
Cesárea mediante necessidade			-,210*						
Respeito à mulher								,269**	
Ambiente acolhedor e digno									,274**
Evidências científicas									,244*
Cumprimento do plano de parto					,271**				
Apoio nas horas de dor		,205*	,231*						,215*

** correlações significativas de nível 0,05e ** correlações significativas de nível de 0,01*

Os valores êxitos e obediência se correlacionaram de forma significativa e negativa com a prática humanizada que fornece um ambiente onde a gestante tem total possibilidade de se movimentar durante o trabalho de parto. E também, o valor afetivamente também se correlacionou de forma negativa com a prática humanizada de indicações de cesarianas feitas mediante real necessidade. Já as práticas de diálogos constante com a gestante teve relação positiva com os valores afetividade e estabilidade pessoal. Por fim, as ações de promoção de vínculo entre mãe e bebê associou-se a três valores: saúde, estabilidade pessoal e tradição.

Discussão

Para que a discussão dos resultados obtidos com esta pesquisa retomemos aos objetivos iniciais desse estudo. Estabeleceu-se como objetivo geral uma análise correlacional entre práticas humanizadas e valores humanos e os objetivos específicos foram: i) sistematizar as práticas humanizadas mais adotadas, ii) mapear o perfil das mulheres atendidas com práticas humanizadas, e iii) compreender os valores centrais nos profissionais que adotam práticas humanizadas.

De antemão, salienta-se que o segundo objetivo não foi alcançado devido a não contemplação de itens nos instrumentos que dessem material para que se conseguisse dados para análise e discussão, ficando de indicação inicial para outras pesquisas o mapeamento do perfil de mulheres atendidas com práticas humanizadas em obstetrícia no cenário atual.

Os dados sobre práticas humanizadas adotadas no contexto obstétrico corroboram com as pesquisas de Pereira et al., 2016 e Rodrigues et al., 2017 ao mostrar que as práticas humanizadas ainda são pouco adotadas nas rotinas hospitalares e obstétricas, deixando claro que as mulheres ainda são expostas a manobras e procedimentos invasivos, desnecessários e que tem como ausência a a permissão da mulher para a realização dos mesmos.

O parto ainda é vivenciado pelas mulheres como um evento onde o sofrimento é constate e em alguns casos intensificados devido as condições de atendimento despendido sobre as mulheres e as (não) relações estabelecidas com os profissionais de saúde. Isso fica evidente quando visto que das 21 práticas humanizadas listadas no instrumento dessa pesquisa, apenas 5 receberam destaque quando somado dois níveis de frequência.

Os dados dessa pesquisa vão de encontro com a pesquisa de Pereira et al. (2016) que mostra que o momento de pré-parto, parto e pós-parto ainda suprimem o bem-estar das parturientes devido as constantes violações despendidas sobre a mulher tanto na esfera psicológica como na psíquica. Além disso, a exposição da mulher a momentos de sofrimento físico e/ou psíquico pode prejudicar a criação e o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê.

A vivência do parto tem se mostrado um momento traumático e carregado de sofrimento para as mulheres visto que os hospitais e centros de referência de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto se tornaram agências corruptoras dos direitos das mulheres, visto que as regras institucionais e de funcionamento tornam as mulheres objetos que compõem o cenário do parir e nascer e que essas podem ser submetidas a procedimentos e rotinas padronizadas, neutralizando as necessidades individuais e naturalizando a não participação da mulher no processo parturitivo. Constantemente, as mulheres são afastadas de suas famílias, tem seus pertences retirados e em alguns casos, são submetidas a procedimentos físico e/ou emocionalmente penoso (Princípio do parto, 2012).

Observou-se que o papel ativo no processo decisório da gestante durante toda a gestação e parto é suprimido constantemente pelos profissionais de saúde e pelo próprio sistema de saúde vigente que compreender uma boa paciente como aquela que não questiona, escolhe ou se nega a fazer um procedimento que lhe incomode ou lhe cause algum

sofrimento. A boa paciente é aquela que se resigna a toda e qualquer preposição, imposição e ordem dos profissionais.

As práticas humanizadas no contexto amplo de saúde ainda são adotadas de forma precária e arcaicas, sem uma compreensão ampla das bases filosóficas e dos fazeres práticos da PNH, no contexto obstétrico, mesmo diante das intensas discussões que vem acontecendo na atualidade sobre as novas formas de parir e nascer o padrão hegemônico de dominação e poder dos profissionais de saúde sobre as mulheres prevalece e impacta de forma direta na saúde física, psíquica e social das mulheres.

Um aspecto relevante a ser salientado é que a obstetrícia brasileira ainda é caracterizada pelo uso indiscriminado e rotineiro de intervenções no parto, pois, é visto que as boas práticas durante o trabalho de parto e parto ainda não estão presentes no cenário brasileiro. O acesso a um serviço obstétrico de qualidade e humanizado ainda é um benefício restrito e elitizado (Bonfim, 2015; Deslandes, 2014; Leal et al., 2014; Luz, 2014; Pinto, 2014).

A mulher ainda é um objeto que compõe a sala de parto, suas necessidades são subjugadas e representadas como pouco importantes e também, a visão do parto como uma patologia do corpo feminino que precisa de intervenções e cuidado hospitalar. Além disso, a mulher deve ser submissa aos profissionais que as atende e aceita ser submetida a todo e qualquer procedimento, sem que exista a possibilidade de explicações ou justificativas para a realização desses procedimentos (Barbosa, 2014; Dias & Deslandes, 2014; Diniz, 2005; Luz, 2014; Vieira, 2015).

A baixa adoção de práticas humanizadas mostra que as tentativas de se reestabelecerem a igualdade, o respeito e o poder de escolha dentro da obstetrícia aponta que os movimentos políticos e sociais ainda não têm um impacto prático real. E, mesmo com a

expansão do conhecimento científico desenvolvido durante toda a história deste campo do saber médico e de campos correlatos sobre as práticas e intervenções recomendadas para o momento do nascimento que tem como base evidências científicas a preponderância da utilização de práticas que são utilizadas ideologicamente ainda prevalece sobre as cientificamente validadas mantendo índices elevados de mortalidade materna e fetal mesmo com os avanços tecnológicos em obstetrícia (Bonfim, 2015; Luz, 2014; Luz & Gico, 2017; Pereira & Moura, 2008).

Referente às práticas humanizadas que foram classificadas de uso esporádico há de se destacar o uso de ocitocina. O uso dessa substância sintética segundo diretrizes deve ser baixo e de uso eventual e necessário, no entanto, a frequência da utilização dessa prática se mostrou acima do esperado. A utilização da ocitocina se dá para aceleração do processo parturitivo, o objetivo em suma não é tornar o parto mais rápido para a mulher, promovendo seu conforto e sim para os profissionais, deixando o parto cada vez mais passível de controle e medicalizado. Além disso, a utilização desta droga torna as mulheres incapazes de gerenciar e executar suas capacidades de autocuidado, tornando-as quase que totalmente dependentes do sistema tecnocrático e patologizante (Carneiro, 2015). A adoção dessa prática contrasta com os dados da pesquisa de Pereira et al., (2016) e Leal et al., (2014) que apontam que o uso da ocitocina apesar de não ser uma prática recomendada ainda é presente nas rotinas obstétricas.

Uma outra prática que se destacou por uma frequência de utilização acima do considerado normal de acordo com a OMS foi a cesariana. Os dados mostram que a cesariana ainda é uma prática presente no campo obstétrico e sua utilização ainda é indiscriminada e em certa frequência não é realmente necessária, sendo utilizada de maneira inapropriadas. Isso faz com que as altas taxas de cesariana se mantenham e até mesmo aumente e conseqüentemente o número de parto naturais diminuam, o que leva a maior possibilidade do

aparecimento de infecções e de outras doenças no puerpério, morte do neonato e da mulher, internações desnecessárias, maior tempo de internação e maior investimento financeiro por parte do sistema de saúde quando se trata da rede pública de saúde (ANS, 2015; Barbosa, 2014; Ministério da Saúde, 2015).

Indo contra as preposições da PNH os resultados mostram alto índice de práticas humanizadas com baixa adoção. Rompendo assim com as necessidades fisiológicas e psicológicas da mulher, prevalecendo as rotinas institucionais. Nos espaços onde o parto acontece se vê a invalidação da presença de atenção por parte dos profissionais das dimensões pessoais e subjetivas da mulher que ali está para parir (Bournan, 2015; Deslandes, 2014).

Analisando os resultados segundo o viés de violência institucional que as mulheres sofrem dentro dos hospitais e unidades especializadas em parto e nascimento é possível perceber que existe a presença de violências físicas, que no campo do parto tange a execução de práticas invasivas, o uso de medicamentos justificável pelo estado de saúde da parturiente, a restrição de movimentos, e o desrespeito à biologia e fisiologia do parto com intervenções cirúrgicas e qualquer outra que atuem sobre o corpo da mulher e interfiram na homeostase do organismo. Pode ser inferida também a presença de violência psicológica, visto que o ambiente oferecido às gestantes se mostra hostil, supressor das necessidades individuais e subjetivas, vontades, desejos e escolhas (Pereira et al., 2016).

As análises correlacionais mostraram que os valores pessoais dos estudantes e profissionais de saúde podem interferir na adoção de práticas humanizadas no contexto obstétrico. Notou-se a preponderância de valores motivados por necessidades materialistas. Ou seja, os participantes da pesquisa buscam garantir condições biológicas básicas para a sua própria sobrevivência, investindo em condições que assegurem sua própria sobrevivência

(Gouveia et al., 2014). Devido as condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores da saúde atualmente no Brasil, o ambiente de trabalho ainda pode ser avaliado pelos profissionais como um ambiente que ameacem de algum modo a sua sobrevivência. Quando o olhar da humanização é ampliado, é possível compreender que os profissionais também fazem parte da estrutura institucional e hierárquica do sistema de saúde vigente, e que esses estão suscetíveis a ações desumanizadoras e violentas. Eles coabitam os dois lados da moeda, enquanto estão inseridos em um ambiente que fornece possibilidades de violar ou não os direitos e integridade subjetiva dos pacientes também podem ser violentados.

De modo geral, os valores pessoais dos estudantes e profissionais de saúde mostraram impacto direto na adoção de práticas humanizadas. Indo de encontro com a hipótese levantada por Porto e Tamayo (2006), os valores gerais guiam os valores específicos na relação que o indivíduo estabelece com o mundo, com suas relações e com o seu trabalho. Como os resultados mostram que a preponderância de um motivador materialista faz com que os sujeitos desenvolvam valores específicos que vão de encontro com esse motivador valoral. Sendo assim, possivelmente os indivíduos construirá uma relação com o mundo com o qual este constantemente lhe oferecerá algum risco e suas necessidades, ações e comportamentos serão baseadas nessa relação de ameaça e hostilidade. Mudanças no contexto de trabalho, como é vista na proposta da PNH pode ressoar nos profissionais de saúde como uma ameaça a sua sobrevivência e os ameaçam constantemente.

Considerações Finais

Os resultados alcançados trouxeram maior compreensão quanto à incidência das práticas adotadas e como reverberam em outros profissionais se deu pelo diálogo com profissionais de saúde e estudantes da área, sendo que, de modo especial, o olhar lançado para a estrutura de valores humanos em sua dimensão geral, bem como as influências que esses têm na vida dos indivíduos e nos cenários sociais revelaram relações e enlaces positivos e negativos entre o uso das práticas humanizadas e os profissionais de saúde. Por consequência, entender esse referencial de ação individual dos profissionais da saúde que trabalham em questões de parto pode ampliar a compreensão acerca do papel desses profissionais nas decisões de parto de mulheres, bem como, auxiliou na melhor compreensão acerca das equipes multiprofissionais e humanização dos processos em saúde.

Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015). *Resolução para estimular parto normal na saúde suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>
- Aquino, T, A, A., Gouveia, V, V., Silva, D, M., & Silva, J, P.,(2013). *Correlatos Valorativos do Preconceito Religioso: Um Estudo em uma Escola Pública Estadual*. *Interação. Psicol.*, Curitiba 17(3): 259-269. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/27739>
- Assmar, E, M, L., Jablonski, B. & Rodrigues, A. (2005). *Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Azevedo, L. (2006). *A Percepção da Equipe de Enfermagem Sobre humanização do Parto e Nascimento*. *Escola Anna Nery de Enfermagem*. 10(3):339-47.
- Barbosa, R, H, S. (2014). *Humanização da Assistência à Saúde das Mulheres: Uma Abordagem Crítica de Gênero*. In: Deslandes, S, F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Edotora FIOCRUZ.
- Bonfim, E, G. (2015). *Mortalidade Materna*. In: Fleury-Teixeira, E., & Meneghel, S, N. (Orgs.). *Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência*.
- Bournan, M, E, S, T (2015). *Humanizar: Uma Ética Feminina*. . In: Fleury-Teixeira, E., & Meneghel, S, N. (Orgs.). *Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência*.
- Carneiro, R, M. (2015). *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Edotora FIOCRUZ.
- Da Silva, M, G., Marcelino, M, C., Rodrigues, L, S, P., Toro, R, C., & Shimo, A, K, K. (2014). *Violência Obstétrica na Visão de Enfermeiras Obstetras*. *Revista Rene*. 15(4):820-8.
- Deslandes, S, F., (2005). *A Ótica de Gestores Sobre a Humanização da Assistência nas Maternidades Municipais do Rio de Janeiro*. *Ciência & Saúde Coletiva.*, vol.10 no.3., Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018
- _____ (2014). *Humanização: Revisitando o Conceito a Partir das Contribuições da Sociologia Médica*. In: Deslandes, S, F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Edotora FIOCRUZ.
- Dias, M, A, B., & Deslandes, S, F. (2014). *Humanização da Assistência ao Parto no Serviço Público: Reflexão Sobre Desafios Profissionais nos Caminhos de sua Implementação*. In: Deslandes, S, F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Edotora FIOCRUZ.
- Diniz, C, S, G.,(2005). *Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: Os Muitos Sentidos de Um Movimento*. *Ciência & saúde Coletiva* 10(3):627-637. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019

- Domingues, R, M, S, M., Santos, E, M., & Leal, M, C. (2004). *Aspectos da Satisfação das Mulheres com a Assistência ao Parto: Contribuições para o Debate*. Caderno de Saúde Pública. 1:S52-S64.
- Freires, L, A. (2015). *Atitudes Frente à Homoparentalidade: Uma Explicação a Partir de Variáveis Explícitas e Implícitas*. Tese de Doutorado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.
- Gallo, R, B, S., Santana, L, S., Marcolin, A, C., Ferreira, C, H, J., Duarte, G., & Quintana, S, M. (2011). *Recursos Não-Farmacológico no Trabalho de Parto: Protocolo Assistencial*. FEMINA. Vol. 39.
- Gouveia, V,V. (2013) *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Fundamentos, Aplicações e Perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gouveia, V, V., Milfont, T, L., Fischer, R., & Coelho, J, A, P, M. (2009). *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Aplicações para Organizações*. Revista de Administração Mackenzie. V. 10. N.3. p. 34-59.
- Gouveia, V, V., Santos, W, S., Athayde, R, A, A., Souza, R, V, L., & Gusmão, E, E, S. (2014). *Valores, Altruísmo e Comportamento de Ajuda: Comparando Doadores e Não Doadores de Sangue*. Psico-PUCRS. V.45.n.2.p.209-218.
- Griboski, R, A., & Guilhem, D. (2006). *Mulheres e Profissionais de Saúde: o Imaginário Cultural na Humanização ao parto e nascimento*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis; 15(1): 107-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>
- Leal, M, C., Pereira, A, P, E., Domingues, R, M, S, M., Filha, M, M, T., Dias, M, A, B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M, H., & Gama, S, G, N. (2014). *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>
- Lima, T, J, S.,(2012). *Modelos de Valores de Schwartz e Gouveia: Comparando Conteúdo, Estrutura e Poder Preditivo*. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.
- Luz, L, H. (2014). *O renascimento do parto e a reinvenção da emancipação social na biosfera brasileira: contra o desperdício das experiências*. Tese de Doutorado não publicada apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Luz, L, H. & Gico, V, V. (2017). *As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das epistemologias do sul*. Revista Famecos – Mídia, Cultura e Tecnologias.
- Medeiros, E, D. (2011). *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Testando sua Adequação Intra e Interculturalmente*. Tese de Doutorado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.
- Ministério da Saúde. (2010). *Saúde da Mulher: Um Diálogo Aberto e Participativo*. Textos Básicos de Saúde. Editora MS. Retirado de <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/saude-da-mulher-um-dialogo-aberto-e-participativo/view>
- _____ (2012). *Saúde no Brasi 2011: Uma Análise da Situação de Saúde e a Vigilância da Saúde da Mulher*. Editora MS. Retirado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf
- _____ (2013). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Biblioteca Virtual da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf

- _____ (2016). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa. Retirado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
- Ministério Público de Pernambuco. (2015). *Humanização do Parto. Nasce o Respeito: Informações Práticas Sobre seus Direitos*. Publicações do Ministério Público de Pernambuco. Projeto Humanização do Parto.
- Moura, F, M, J, S, P., et. al. (2007). *A Humanização e Assistência de Enfermagem ao Parto Normal*. Revista Brasileira de Enfermagem. 60(4):452-5.
- Moura, F, M, J, S, P., Crizostomo, C, D., Nery, I, S., Mendonça, R, C, M., & Rocha, S, S., (2007). *A Humanização e a Assistência de Enfermagem ao Parto Normal*. Revis. Enferm. vol.60 no.4,. Brasília. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018
- Nagahama, E, E., & Santiago, S, M., (2011). *Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008
- Nascimento, B, S. (2015). *Atitudes Frente à Violência Contra a Mulher: O Papel dos Valores Humanos e a Desumanização da Mulher*. Dissertação de Mestrado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Declaração da OMS Sobre a Taxa de Cesáreas*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
- Parto do Princípio. (2012). *Violência Obstétrica: Parirás com Dor*. Dossiê para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Retirado de <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Pereira, A, L, F., & Moura, M, A, V. (2008). *Ciência, Natureza e Nascimento Humano: Interfaces com o Movimento de Humanização do Parto*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 10(2).537-543.
- Pereira, J, S., Silva, J, C, O., Borges, N, A., Ribeiro, M, M, G., Aurek, L, J., & Souza, J, H, K. (2016). *Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana*. Recuperado de http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf
- Pessoa, V, S. (2011). *Análise do Conhecimento e das Atitudes Frente às Fontes Renováveis de Energia: Uma Contribuição da Psicologia*. Tese de Doutorado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.
- Pinto, G, L. (2014). *Um Ensaio Sobre a Gestão da Atenção Materna e Infantil no Sistema Único de Saúde*. Monografia não publicada apresentada a Universidade de Brasília.
- Porto, J, B., & Tamayo, A.,(2006). *Estrutura dos Valores Pessoais: A Relação Entre Valores Gerais e Laborais*. Psicologia, Teoria e Pesquisa. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n1/a08v23n1.pdf>
- Rodrigues, F, A, C., Lira, S, V, G., Magalhães, P, H., Freitas, A, L, V., Mitros, V, M, S., & Almeida, P, C. (2016). *Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculada à rede cegonha*. Rer. SBRH. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>
- Santos, L, C, O. (2015). *Aspectos Religiosos e Valorativos da Intensão de Voto*. Dissertação de Mestrado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.

- Secretaria de Saúde do Recife. *Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal*. EDUPE – Editora Universidade de Pernambuco. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/1144.pdf>
- Serruya, S, J., Lago, T, G., & Cecatti, J, G., (2004). *O panorama da Atenção Pré-Natal no Brasil e o Programa de Pré-Natal e Nascimento*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 4 (3): 269-279., Recife. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>
- _Silva, L, R., Christoffel, M, M., & Souza, K, V., (2005). *História, Conquistas e Perspectivas no Cuidado à Mulher e à Criança*. Texto Contexto Enferm, 14(4):585-93; Florianópolis. Disponível em; <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>
- Sousa, D, M, F. (2013). *Desempenho Acadêmico: Uma Explicação Pautada nos Valores Humanos, Atitudes e Engajamento Escolar*. Tese de Doutorado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba.
- Vieira, E, M. (2015). *A medicalização do corpo feminino* (1a ed). Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Vione, K, C. (2012). *As Prioridades Valorativas Mudam com a Idade? Testando as Hipóteses de Rigidez e Plasticidade*. Dissertação de Mestrado da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal da Paraíba

Apêndice A

FORMULÁRIO DE PRÁTICAS HUMANIZADAS

Caro(a) participante, abaixo são apresentadas consideradas humanizadas adotadas em contexto de assistência ao parto, com base nos seus conhecimentos teóricos e práticos você deve responder as escalas abaixo.

A primeira escala avalia a frequência com que a prática descrita como humanizada é utilizada no contexto obstétrico, sendo que 1 retrata a não adoção da prática e 5 significa que essa prática sempre é usada.

Já a segunda escala avalia o quanto você concorda ou discorda com a prática descrita no seu ambiente de trabalho, sendo que 1 corresponde a discordo totalmente e 5 concordo totalmente.

Para ficar mais claro esta instrução, tomamos como exemplo a primeira prática (É permitida a entrada de acompanhante na sala de parto), na primeira escala você deve afirmar se essa prática **NUNCA** é adotada, **RARAMENTE**, **AS VEZES**, **QUASE SEMPRE** ou **SEMPRE**. E, na segunda escala você deve dizer se você **DISCORDA TOTALMENTE** com a prática descrita, **DISCORDA EM PARTE**, **NÃO CONCORDA NEM DISCORDA**, **CONCORDA EM PARTE** ou **CONCORDA TOTALMENTE**.

É permitida a entrada de acompanhante na sala de parto.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Após o parto existe a promoção de medidas para que se estabeleça o vínculo entre mãe-bebê.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto há um diálogo constante com a gestante, informando-a do acompanhamento que está prestado, dos procedimentos que estão sendo feitos e que possivelmente serão executados durante todo o processo parturitivo.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

É dado a gestante o direito de participar de forma ativa das decisões referentes ao parto.

- Nunca
- Raramente
- As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

É feito o uso de ocitocina para tornar o trabalho de parto mais rápido e mais cômodo para a mãe e o bebê.

Nunca

Raramente

As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

Durante o trabalho de parto é permitido a gestante livre movimentação enquanto aguarda o parto, alimentar-se e fazer a ingestão de líquidos via oral.

Nunca

Raramente

As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

- Concordo em parte
- Concordo totalmente

A grávida pode escolher a posição mais cômoda para ela durante o trabalho de parto.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Durante o processo parturitivo é fornecido à gestante um ambiente confortável, agradável e acolhedor.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

É feito o uso de métodos profiláticos para alívio da dor durante o processo de parto.

- Nunca
- Raramente
- As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

Toda mulher é atendida da maneira completa e respeitosa, independente da idade, cor de pele, etnia, religião, crença e credo.

Nunca

Raramente

As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

As indicações de cesáreas são feitas mediante real necessidade.

Nunca

Raramente

As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

É respeitado o tempo, limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher em processo parturitivo, sendo que as intervenções são baseadas nas avaliações e executadas quando mostram-se necessárias.

Nunca

Raramente

As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

É feita a avaliação das necessidades e especificidades de cada mulher em processo parturitivo, sendo que as intervenções são baseadas nas avaliações feitas e executadas quando mostram-se necessárias.

Nunca

Raramente

As vezes

Quase sempre

Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

Discordo totalmente

Discordo em parte

Não concordo nem discordo

Concordo em parte

Concordo totalmente

É permitido que a gestante tenha seu plano de parto.

Nunca

- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Promove-se um ambiente acolhedor e digno com atitudes éticas e solidária para a mãe-família-bebê.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Para a realização de todos os procedimentos e exames durante a gestação, pré-parto, parto e pós-parto é solicitada a permissão da mulher.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente

- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Busca-se sempre respeitar e cumprir o plano de parto feito pela gestante.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

A assistência prestada ao parto e nascimento seguem evidências científicas e o mais alto padrão de qualidade de acordo com as normas técnicas e recomendações do Ministério da Saúde.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

É permitido que a mãe e o bebê permaneçam juntos após o parto até a alta.

- Nunca

- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

É fornecido à mulher apoio nas horas de dor.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

É respeitada a individualidade e privacidade da grávida.

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

O quanto você concorda com a prática descrita?

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Não concordo nem discordo

- Concordo em parte
- Concordo totalmente

Apêndice B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil:

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () União Estável
- () Divorciado(a)

Estado onde Reside: _____ Religião: _____

Formação acadêmica em: _____

Graduação: () Concluída () Em Andamento

Semestre de Formação:

- () Entre o 1° e 2°
- () Entre o 3° e 4°
- () Entre o 5° e 6°
- () Entre o 7° e 8°
- () Entre o 9° e 10°
- () Entre o 11 e 12°
- () Não se Aplica

Tempo de Formação:

- () 0 a 5 anos
- () 6 a 10 anos
- () 11 a 15 anos
- () Mais de 16 anos
- () Não se Aplica

Formado(a) em Instituição:

- () Pública
- () Privada

Possui Formação Lato ou Stricto Sensu:

- () Residência Multiprofissional/Médica

Especialização

Mestrado

Doutorado

Não se Aplica

Caso Sim, em Qual Área: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE**Valores Pessoais e Práticas Humanizadas de Assistência ao Parto em Estudantes e Profissionais de Saúde****Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB****Pesquisadora responsável: Daniela Borges Lima de Souza****Pesquisador assistente: Gustavo Andrade de Jesus**

Você está sendo convidada/convidado a participar da pesquisa “**Valores Pessoais e Práticas Humanizadas de Assistência ao Parto em Estudantes e Profissionais de Saúde**”. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa da qual você tomará parte. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não acarretará nenhum prejuízo ou dano.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar desse estudo de livre e espontânea vontade você deverá ler e compreender todo o conteúdo exposto aqui. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas tanto no momento que antecede a assinatura desse termo como também a qualquer momento do estudo e após o estudo.

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é correlacionar à influência dos valores pessoais de profissionais de saúde na adoção e implementação de ações humanizadas na sua atuação profissional.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por poder contribuir de forma significativa para esse estudo.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em preencher um questionário Sociodemográfico, um formulário de práticas humanizadas e por fim um questionário sobre valores humanos.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

- Não serão feitas gravações de vídeo e/ou áudio durante essa pesquisa.
- A pesquisa será realizada em hospitais e centro de referência em parto e nascimento tanto da rede pública de saúde quanto da rede privada.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui “risco mínimo” que são inerentes do procedimento de coleta de dados por meio de questionários.
- Medidas preventivas durante a aplicação dos questionários serão tomadas para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento e compreensão da possível influência e relação entre os valores pessoais de profissionais de saúde na adoção ou não adoção de práticas humanizadas no cenário obstétrico e de saúde.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações tais como o questionário sociodemográfico, formulário de práticas humanizadas e questionário de valores básicos ficarão guardado sob a responsabilidade de Daniela Borges Lima de Souza, pesquisadora responsável por essa pesquisa com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua

privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone (61) 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor/senhora.

Brasília, ____ de _____ de _____

Participante

Dra. Daniela Borges Lima de Souza - pesquisadora responsável

Telefone institucional: (61) 3966-1460

e-mail: daniela.souza@uniceub.br

Gustavo Andrade de Jesus – pesquisa assistente

Celular: (61) 98187-8791

e-mail: gustavoandradejesus@gmail.com

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 Asa Norte

Complemento: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES – Bloco 09.

Bairro: Asa Norte Cidade: Brasília – DF CEP: 70.790-075

Telefones para contato: 3966-1490

Anexos

Anexo A

QUESTIONÁRIO DOS VALORES BÁSICOS – QVB

Por favor, leia atentamente a lista de valores descritos a seguir, considerando seu conteúdo. Utilizando a escala de respostas abaixo, escreva um número ao lado de cada valor para indicar em que medida o considera importante como um **princípio que guia sua vida**.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não importante	Não importante	Pouco importante	Mais ou menos importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante

___ **APOIO SOCIAL.** Obter ajuda quando necessite; sentir que não está só no mundo.

___ **ÊXITO.** Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo o que faz.

___ **SEXUALIDADE.** Ter relações sexuais; obter prazer sexual.

___ **CONHECIMENTO.** Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.

___ **EMOÇÃO.** Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.

___ **PODER.** Ter poder para influenciar os outros e controlar as decisões; ser o chefe de uma equipe.

___ **AFETIVIDADE.** Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar êxitos e fracassos.

___ **RELIGIOSIDADE.** Crer em Deus como salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.

___ **SAÚDE.** Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não está enfermo.

___ **PRAZER.** Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.

___ **PRESTÍGIO.** Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.

___ **OBEDIÊNCIA.** Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.

___ **ESTABILIDADE PESSOAL.** Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planificada.

___ **CONVIVÊNCIA.** Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, religioso, esportivo, entre outros.

___ **BELEZA.** Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.

___ **TRADIÇÃO.** Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.

___ **SOBREVIVÊNCIA.** Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.

___ **MATURIDADE.** Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.