

# **Humanização Da Assistência Materno-Neonatal: uma Contribuição à sua implantação**

**SANDRA DIRCINHA TEIXEIRA DE ARAÚJO MORAES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof. Dra.  
Cássia Maria Buchalla

**São Paulo  
2005**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

46085/2005 doe

Araújo Moraes, Sandra Dirce Teixeira

Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição à sua implantação/ Sandra Dirce Teixeira de Araújo Moraes; orientadora Cássia Maria Buchalla. São Paulo, 2005.

XV, 181 f

Tese (Doutorado – Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Epidemiologia)

Título em inglês: Humanization in the mother-child assistance: a contribution to implementation.

1. Humanização da assistência em maternidades. 2. Clima organizacional. 3. Violência institucional. 4. A prática dos serviços e do cliente interno.

*Dedico a todos aqueles que sinalizaram com um novo modo de pensar a vida, de estar no mundo, especialmente aqueles que sem saber fazê-lo, o fizeram.*

## Agradecimentos

- A Deus, por senti-lo em todos os momentos da minha vida.
- À direção, funcionárias (os) e usuárias do Hospital Maternidade Interlagos, cuja colaboração foi essencial para a consecução deste trabalho.
- À minha mãe Dirce (*in memoriam*) que muito precocemente nos deixou órfãos mas um magnífico exemplo a seguir.
- Ao meu pai Raul pela sua coragem e ousadia, proporcionando a todos os filhos os estudos que não teve. E a sua esposa Norma pela paciência.
- Aos meus irmãos, Marilza, Raul, Leuces, Leia, Raquel, André, Cristina e Sergio e cunhados/cunhadas, Paulo, José Renato, Agnaldo, Cláudia, Érika, cúmplices e solidários no meu desenvolvimento holístico.
- A todos os meus amigos que sempre confiaram na minha capacidade de chegar até aqui.
- Ao Eli, meu esposo, companheiro da vida, pela fé em meu potencial de pessoa, pela paciência. Vocês são partes integrantes de minha vida e de minha felicidade.
- A todos os professores que me ensinaram o que hoje sei.
- À professora Doutora Cássia Maria Buchalla orientadora e amiga, pelo respeito humano e profissional, figura imprescindível em minha vida acadêmica.
- Aos membros da banca Professores Doutores. Fernando Lefèvre, Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Gabriel Alberto Brasil Ventura, Rosalina Carvalho da Silva
- A todos meus colegas de trabalho que sempre possuem um sorriso, uma palavra amiga e que fazem com que eu seja muito feliz por conviver com eles/elas.
- Aos colegas obstetras e demais especialistas do HMI, ao corpo de enfermagem, funcionários da área administrativa, Serviço Social e Serviço de Apoio ao Usuário, psicólogas, nutricionista, voluntárias, enfim todos que de modo direto ou indireto contribuíram com esta pesquisa, dando os seus depoimentos, especialmente os funcionários do Pronto Atendimento, cujas discussões enriqueceram significativamente este trabalho

- À direção do Hospital Maternidade Interlagos, SES, onde foi desenvolvido esta pesquisa, a Doutora Maria Ângela de Souza ex-diretora da instituição e especialmente ao Doutor Ricardo Wady Gebrim atual Diretor, Doutor Siu Leung, Doutora. Sandra Sestokas, Zuleide Carlos ex-Diretora de Enfermagem, Telma Tizani atual Diretora de Enfermagem, ao Diretor do serviço de obstetrícia Professor Doutor. Mauro Sancovski, a Ester Leal Gerente do Serviço de Apoio ao Usuário, Ângela Aparecida Teixeira de Araújo Diretora do Serviço Social e Solange Aparecida Lemon Diretora do Ambulatório do HMI pela colaboração neste trabalho empenho na Humanização da Assistência.
- Às voluntárias do HMI pelo carinho e dedicação e pelo fato de sempre terem acreditado na possibilidade da Humanização da Assistência na instituição.
- Aos Líderes Setoriais de Acolhimento e Humanização da Assistência Materno-Neonatal do HMI pelo empenho e dedicação no processo de Humanização da instituição.
- Em especial aos professores Fernando Lefèvre, Ana Maria Lefèvre, Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Vitória Keddy, a pedagoga Jane Penteado, que dedicam carinho e atenção às questões que dizem respeito ao ser humano e por todas suas atenções.
- Às Psicólogas Professora. Doutora. Neusa Guaraciaba dos Santos de Oliveira e Doutora Walkyria Brito Lima, meus agradecimentos pelas discussões e oportunas sugestões que tanto influenciaram de modo construtivo este trabalho.
- À Francisca Evrard, o meu sincero reconhecimento pela acolhida nos momentos difíceis e pela colaboração significativa no levantamento e correção bibliográfica.
- Às bibliotecárias da Faculdade de Saúde Pública, pela colaboração na correção bibliográfica.
- A todas as funcionárias da Pós-Graduação e do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública pelo apoio e amizade, em especial a Renilda e a Miriam.
- À Simone Lopes pela transcrição das fitas, digitação, confecção de tabelas e paciência que me dispensou, no decorrer deste trabalho.

*"Mais poderosa do que o avanço dos exércitos é uma idéia cujo tempo chegou".*

*(Vitor Hugo)*

## RESUMO

Araújo Moraes SDT. **Humanização da Assistência Materno-Neonatal: Uma contribuição à sua implantação.** São Paulo; 2005. [Tese de Doutorado – FSP/USP].

**Introdução:** O presente trabalho analisou as condições estruturais de trabalho do Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório sob a ótica do profissional, as concepções dos sujeitos sobre a humanização da assistência e o caráter coletivo deste trabalho visando propor mudanças no modo de atendimento.

**Metodologia:** A técnica de MARIOTTI (2000) foi utilizada para a avaliação do clima organizacional, observação direta do cotidiano de trabalho em setores distintos da instituição, 28 grupos focais e 67 entrevistas em profundidade com profissionais de todas as categorias e analisadas segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000).

**Resultados e Discussão:** a Pesquisa do Clima Organizacional evidenciou: **conformismo:** alto (71%), mediano (16%) e baixo (13%); **responsabilidade:** pouca ou nenhuma (72%), mediana (21%) e alta (7%); **motivação:** pequeno (66%), mediano (20%) e grande (14%); **recompensas:** pequeno (74%), mediano (19%) e alto (7%); **verticalidade:** alto (58%), mediano (35%) e baixo (7%); **horizontalidade:** excessivo (35%), satisfatório (58%) e baixo (7%). Os médicos foram os profissionais que ofereceram maior resistência e os auxiliares de enfermagem os que mais colaboraram no processo de humanização da assistência. Quanto a violência institucional, a comunicação insatisfatória entre as lideranças, entre estas e os demais profissionais, estrutura física e equipamentos de trabalho inadequados foram fatores relevantes. O alto nível de conformismo sinalizou a intensidade da resignação do cliente interno, uma postura pessimista e negativa. Como consequência da deficiência de delegação de responsabilidades por parte da instituição observou-se: falta de dedicação, por insatisfação pessoal; os problemas não resolvidos eram com frequência ignorados mas sempre voltando agravados e, significativo absenteísmo setorial, sobretudo nas áreas de maiores demandas. As deficiências de motivação e comprometimento compartilhado sinalizou o baixo nível de comprometimento com conseqüentes surgimentos de compartimentos estanques (“ilhas” organizacionais); aumento da resistência a ações e práticas novas, no caso implantação/implementação da Humanização da Assistência Materno-Neonatal e a incorporação de novos membros; As chefias se desinteressavam muito pela vida pessoal dos funcionários e observou-se incremento dos boatos e intrigas de corredor. Provavelmente devido o pequeno nível de recompensas observou-se na

instituição uma atmosfera de impessoalidade e queda da doação espontânea de *feedback* entre equipes e profissionais. Foi ainda, observado incerteza sobre o que representa o trabalho; aumento da rotatividade dos membros em áreas críticas; aumento de horas extras e de trabalho; conflitos sobre autoridade e responsabilidade; falta de base para tomadas de decisão. O mediano nível de comunicação e clareza referido por 83% dos funcionários significa que o grau de ordem, bom funcionamento, transparência de atitudes e clareza de definição de objetivos da instituição não era satisfatória. O nível de calor humano e apoio referido como baixo por quase metade do cliente interno refletia a carência de amizade e entendimento que existia na instituição. O alto nível de verticalidade sinalizava o excesso de hierarquia e pouca flexibilidade em determinados setores e esta variável contribuía para a resistência institucional à mudança e o comprometimento da qualidade assistencial. O nível de horizontalidade considerado excessivo por 35% representava o grau de informalidade da organização e conseqüentemente freqüentes boatos, intrigas de corredor e ressentimentos.

**Conclusão:** O estudo demonstrou a importância da prévia utilização da pesquisa do Clima Organizacional, conhecendo o nível de satisfação ou insatisfação do cliente interno com o trabalho quando se pretender implantar a humanização da assistência nas instituições de saúde. Isto facilitou os processos e fatores críticos presentes na relação entre as gerências e demais funcionários viabilizando o prévio acolhimento do cliente interno colaborando assim na implantação da assistência humanizada ao parto e nascimento.

**Palavras-Chave:** Humanização da assistência em maternidades, clima organizacional, violência institucional, a prática dos serviços e do cliente interno.



## SUMMARY

Araújo Moraes SDT. **Humanization of neonatal-maternal assistance: A contribution to implementation** (Ph.D. thesis-FSP-SP)

The present work analyzed the working structural conditions of the HMI and its Outpatient Clinic from the perspective of the internal client, the conceptions of the subjects on the humanizing of assistance and the collective nature of such work, aiming at changes in the attending mode.

**Methodology:** The MARIOTTI technique (2000) was used for the evaluation of the organizational atmosphere, direct observation of the work quotidian in different sectors of the institution, focal groups and 67 in-depth interviews with all categories that were analyzed according to LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000).

**Results and Discussion:** The Organizational Atmosphere Survey showed levels of Conformism – high (7.1%) average (16%), low (13%); Responsibility – little or none (72%), average (21%), high (7%); Motivation – low (66%), average (20%), high (14%); Reward – low (74%), average (19%), high (7%); Verticality – high (58%), average (35%) low (7%); Horizontality – excessive (35%), satisfactory (58%), low (7%). The doctors were the professionals that presented the most resistance and the nursing assistants were those that collaborated the most in the assistance humanization process. Concerning institutional violence the relevant factors were the unsatisfactory communication between the leaderships and between these and the other professionals, the inadequate physical structure and work equipment. The high level of conformism pointed to the intensity of resignation and a negative and pessimistic attitude on the part of the internal client. The following facts were seen as consequence of the deficient delegation of responsibilities by the institution: lack of dedication due to personal dissatisfaction, unsolved problems frequently ignored and frequently recurring in aggravated forms, significant sectorial absenteeism mainly in the most needed areas. The motivation deficiencies and shared commitment signaled the low level of commitment and consequent occurrences of isolated compartments (organizational ‘isles’); increase of resistance to new actions and practices concerning the implementation of the Neonatal-maternal Humanization Assistance along with the incorporation of new members. Also noted was the lack of managerial interest on the personal life of employees and an increase of gossip and corridor intrigue. The presence of impersonal atmosphere and a decrease in the spontaneous feedback contribution between teams and professionals probably due to the low level of reward was also

observed. Other aspect found the uncertainty of what the work represents, increase of rotation of members in critical areas, increase of extra work hours, conflicts over authority and responsibility and lack of basis for decision making. The median level of communication and clarity referred by the 83% of the workers means that the level of order, efficiency and attitude transparency along with clarity in the definition of objectives of the institution was dissatisfactory. The level of human warmth seen as low by almost half of the internal clients reflected the lack of friendship and understanding in the institution. The high level of verticality signaled the excessive hierarchy and low flexibility in certain sectors, which contributed to the institutional resistance to change and the impairment of assistential quality. The level of horizontality considered by 35% as excessive represented the level of informality of the organization the consequent frequent hearsay, corridor intrigue and resentment.

**Conclusion:** The study showed the importance of the use of the Organizational Atmosphere Survey for the study of the level of satisfaction or dissatisfaction of the internal client concerning work prior to the implementation of assistance humanizing programs in health intimations. Such procedure proved positive in the processes and critical factors present in the relations between the management and the workers which made the responsiveness to the internal client thus contributing to the implementation of humanized labor and birth assistance.

**Descriptors:** maternity ward assistance humanization, organizational ambience Podemos discutir, se quiser !), institutional violence, the practice of services and the internal client.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>Siglas / Abreviaturas</b>	<b>Nome</b>
ABQV	Associação Brasileira de Qualidade de Vida
A	Anestesiologista
AC	Ancoragem
AE	Auxiliar de Enfermagem
AL	Auxiliar de Limpeza
Aloj. Conjunto	Alojamento Conjunto
CEVMM	Comitê Estadual de Vigilância a Morte Materna – Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo
CIP	Coordenação dos Institutos de Pesquisa
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia
CO	Centro Obstétrico
CPN	Centro de Parto Normal
DA	Diretor de Ambulatório
DC	Diretor Clínico
DE	Diretor de Enfermagem
DG	Diretor Geral
DP	Departamento Pessoal
DRH	Diretor de Recursos Humanos
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DU	Diretor de Serviço de Apoio ao Usuário
E	Enfermeira
ECH	Expressão Chave
Func.	Funcionário
GO	Ginecologista Obstetra
I	Intensivista
IC	Idéia Central
L	Líderes Setoriais de Acolhimento
N	Neonatologista
NUT	Nutricionista
O	Obstetra
OA	Oficial Administrativo

OMS	Organização Mundial da saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
P	Psicólogo
PCO	Pesquisa de Clima Organizacional
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNL	Programação Neurolinguística
OS	Pronto Socorro
R	Residente de Obstetrícia
RH	Recursos Humanos
RN	Recém-Nascido
REHUNA	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
S	Segurança
SAME	Serviço de Arquivo Médico Estatístico (Atualmente Núcleo de Internação e Informação em Saúde)
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TL	Técnico de Laboratório
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

# INDICE

RESUMO

SUMMARY

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A humanização da assistência como norteador no cuidado à saúde.....	1
1.2 Desafios na implantação de uma política estratégica de humanização da assistência materno-neonatal.....	3
2. ANÁLISE CRÍTICA DA LITERATURA .....	7
2.1 Apropriação do parto pelos médicos.....	7
2.2 Conseqüências do excesso de tecnologia do parto e nascimento .....	7
2.3 “Amigas da parturiente” (Doulas): parceiras na humanização da assistência materno-neonatal.....	9
2.4 Centro de Parto Normal e Nascimento: onde os partos e nascimentos humanizados acontecem.....	10
2.5 Clima organizacional .....	11
2.6 Preparando o cliente interno para as mudanças.....	14
2.7 Contornando as resistências .....	17
2.7.1 Benefícios da mudança.....	20
2.7.2 Resgatando a humanidade do atendimento.....	21
3. OBJETIVOS.....	23
4. METODOLOGIA.....	24
4.1 Quadro metodológico.....	24
4.2 Procedimentos metodológicos.....	27
4.2.1 Desenho do estudo.....	27
4.2.2 Local do estudo – Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório .....	31
4.2.3 Etapas da pesquisa .....	32
4.2.4 Observação dos diversos setores do Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório .....	33
4.3 Descrição dos ambientes onde foram realizados os grupos focais e outras atividades.....	33
4.4 Procedimentos éticos.....	33
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO .....	35
5.1 Clima Organizacional do Hospital Maternidade Interlagos e do seu Ambulatório.....	35
5.2 Observação dos ambientes de trabalho.....	37
5.3 Grupos focais.....	38
5.3.1 Pontos negativos.....	39

5.3.1.1 Em relação à interação profissional.....	39
5.3.1.2 Em relação à infra-estrutura.....	40
5.3.1.3 Em relação à comunicação e integração entre os funcionários.....	43
5.3.1.4 Em relação ao quadro pessoal.....	44
5.3.1.5 Em relação ao treinamento e organização do trabalho.....	45
5.3.1.6 Em relação aos direitos dos usuários.....	46
5.3.2 Pontos positivos da instituição.....	46
5.3.2.1 Em relação à interação profissional.....	46
5.3.2.2 Em relação à infra-estrutura.....	47
5.3.2.3 Em relação à comunicação e Integração entre os funcionários.....	47
5.3.2.4 Em relação ao quadro pessoal.....	48
5.3.2.5 Em relação ao treinamento e organização do trabalho.....	49
5.3.2.6 Em relação aos direitos dos usuários.....	49
5.3.3 Sugestões de melhoria institucional por parte do cliente interno.....	50
5.3.3.1 Quanto à interação profissional.....	50
5.3.3.2 Quanto à infra-estrutura.....	51
5.3.3.3 Quanto à comunicação e integração dos serviços.....	52
5.3.3.4 Quanto ao quadro pessoal.....	52
5.3.3.5 Quanto ao treinamento e organização institucional.....	53
5.3.3.6 Quanto ao direitos dos usuários.....	53
5.4 Resultados da entrevista.....	54
5.4.1 Principais ancoragens .....	54
5.4.2 Discurso do sujeito coletivo.....	60
6. CONCLUSÕES.....	100
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8. REFERÊNCIAS.....	109
ANEXOS.....	120
Anexo 1. Questionário – Avaliação de clima organizacional.....	120
Anexo 2. Formulário de consentimento informado.....	123
Anexo 3. Roteiro para os grupos focais.....	125
Anexo 4. Roteiro das entrevistas em profundidade.....	126
Anexo 5. Parte dos resultados das entrevistas em profundidade.....	127

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 A humanização da assistência como norteador no cuidado a saúde

Os termos “humanização” e “acolhimento” vêm sendo utilizados com muita frequência no âmbito da saúde. Entendemos humanização como o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos atores sociais – usuários e profissionais – envolvidos nas práticas de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento (SES 2003).

Humanização é a base de um amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição mais clara, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao conhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional (ROBERTSON 1994; DESLANDES 2004).

O termo “humanizar” e seus derivados têm adquirido sentidos diversos (DINIZ 2001). Um dos conceitos de humanização adotado pelo Hospital Maternidade Interlagos é o de JONES (2001), ou seja, uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui: o direito à escolha das pessoas envolvidas e das formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal da parturiente; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; assim como a proteção contra abuso e negligência.

Os conceitos de acolhimento e humanização da assistência pretendem-se norteadores de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde. O acolhimento ao ser adotado como estratégia para reconfigurar o processo de trabalho nos equipamentos de saúde, pretende otimizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, humanizando as relações entre os clientes interno (funcionários) e externo (pacientes), em especial no que tange a forma de receber estes usuários e de escutar seus problemas e/ou demandas, numa abordagem que contemple não apenas a dimensão biológica mas também a psicológica, a social e a cultural; aperfeiçoando o trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria, buscando o atendimento segundo os riscos apresentados, complexidade do problema, além do grau do saber e tecnologias exigidas para a solução, critérios esses que também

são a base para a definição dos papéis, das competências e responsabilidades de cada categoria profissional, no trabalho em equipe.

O acolhimento constitui-se em um potente disparador de mudanças, permitindo uma profunda reflexão dos problemas existentes na instituição, os quais com a mudança do processo de trabalho vem a tona com toda a força: área física inadequada, insuficiência quantitativa e capacitação de Recursos Humanos, ausência e/ou protocolos inadequados, sucateamento dos equipamentos e ambulâncias, carência de leitos, falhas dos processos gerenciais, afloraram como problemas emergentes.

As diretrizes tomadas pelo Ministério da Saúde no sentido de mudar e de humanizar os serviços de saúde esbarram quase sempre com grande inabilidade do campo de fazer o acolhimento acontecer através dos próprios funcionários.

Evoca ROBERTSON (1994) que durante o século 20, avanços científicos e tecnológicos afetaram todos os aspectos da nossa vida, e a maneira como nascemos é ainda mais significativo, uma vez que, diferentemente das outras especialidades, estas práticas irão intervir sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal, o parto.

O desenvolvimento de tecnologias médicas capazes de reduzir danos à saúde da mulher e do recém-nascido têm dirigido a assistência ao parto e nascimento para a dimensão do intervencionismo, traduzida no aumento da prevalência de partos cirúrgicos (DAVIS-FLOYD 1997). E, também no Brasil grande parte dos profissionais de saúde que atuam nesta área têm absorvido esta cultura (LIPPI et al. 1998). O preocupante é que em países desenvolvidos essa realidade não se apresenta de forma tão significativa quanto na nossa região. Em alguns países, principalmente europeus como a Inglaterra, Holanda e França se compreende o processo de parir de forma mais natural e os processos de intervenção médica são reservados para as situações em que são esperadas complicações. Perguntamos, que outros fatores estariam interagindo com o avanço tecnológico propiciando o incremento dos partos cirúrgicos?

Frente a necessidade de humanizar o atendimento dos pacientes nas unidades públicas de saúde, considerando que a humanização implica na adoção de práticas em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e reconhecimento de limites o Ministério da Saúde em junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000). Diante deste fato os hospitais da rede SUS sentiram-se na obrigação de reverem suas praticas.



As evidências apontam que os benefícios da humanização resultam na qualificação da relação recepção/usuário com parâmetros de solidariedade e cidadania e que o relacionamento entre os pacientes e os profissionais de saúde são a base de uma assistência de qualidade (WAGNER 1994; BALLINT 1997).

Então questionamos aonde começar com o processo de humanização? Aonde a instituição em estudo (HMI e o seu Ambulatório – SES) pretende chegar com a mudança e qual o papel que os clientes internos terão de desempenhar para a real implantação do acolhimento e humanização da assistência materno-neonatal?

### **1.2 Desafios da implantação de uma política estratégica de humanização da assistência materno-neonatal**

A insuficiência de políticas públicas que respondam às reais necessidades dos funcionários, inexistência de programas de educação em saúde dirigidos especialmente para esta demanda, sobretudo para aqueles profissionais que tem contato constante e direto com o usuário de baixo nível sócio-econômico-cultural são igualmente responsáveis pelo incremento das taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil ao lado da falta de humanização na assistência ao parto e nascimento, seja pela medicalização e tecnologização excessiva, seja pela desrespeitosa existência de relações entre instituição, profissionais de saúde e a clientela (CFM 1997).

Apesar do Estado de São Paulo concentrar a maior população e riquezas do país, é, ao mesmo tempo, um dos estados que exibem maiores desníveis sociais. Como reflexo verificamos uma superposição de perfis da morbidade-mortalidade característicos de países desenvolvidos e em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

No Brasil, as mulheres em idade reprodutiva representam 25% da população geral (BERQUÓ 1993). A taxa de mortalidade materna no Brasil corresponde a 73,8 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (SES 2004), sendo que segundo estudos de aproximadamente 90% destas mortes poderiam ser evitadas. Vale lembrar que a morte materna é um dos mais sensíveis indicadores de iniquidade, desarticulação e desorganização da assistência à saúde, da falta de uma política pública que responda as necessidades das mulheres (TANAKA e MTSUIKI 1999).

Por outro lado, a mortalidade perinatal, isto é, aquela ocorrida nos primeiros dias de vida, representa 50% das mortes de crianças menores de um ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002). Como principais fatores responsáveis por este quadro podemos apontar:

- A abrangência inadequada e a baixa qualidade da assistência obstétrica oferecida à população materna e de cuidados neonatais aos recém-nascidos
- O sistema inadequado de informação sobre mortalidade e prestação de serviços de saúde, que dificultam o gerenciamento das ações nos níveis municipal, estadual e federal;
- Desarticulação e desorganização da assistência à saúde materno-neonatal, falta de acesso à serviços de qualidade e desintegração dos serviços de saúde;
- Insuficiência de políticas públicas que respondam às reais necessidades das mulheres, inexistência de programas de educação em saúde dirigidos especialmente para gestantes e famílias, sobretudo aquelas de baixo nível sócio-econômico e cultural;
- A falta de humanização no atendimento na assistência ao parto e nascimento, seja pela medicalização e tecnologização excessiva, seja pela existência desrespeitosa de relações entre instituição, profissionais de saúde e a clientela.

É consenso que não adianta pretender fazer mudanças organizacionais ou culturais sem antes sensibilizar e preparar o cliente interno (pessoas que trabalham no HMI e seu ambulatório) para que as mesmas aconteçam (NEVSTROM 1996; MARIOTTI 2000; MERHY 2002). As transformações reais dentro das instituições somente ocorrem a partir dos funcionários e lideranças. Para promover uma assistência humanizada, acolhedora, o primeiro passo é sensibilizar os profissionais e prepará-los antecipadamente para a mudança. O preparo e manutenção do ambiente psicológico adequado para as mudanças é fazer com que as pessoas aprendam a aprender e inovar. Sem isto, a mudança será apenas ilusória (AMICK e CELENTANO 1991; GODOY 1995; BENNIS 1999).

Porque os profissionais oferecem resistência às mudanças?

MARIOTTI (2000) ressalta que quando se constata alguma modificação nas atividades cotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos hábitos e comportamentos dos clientes internos da organização, isto deve ser muito valorizado.

Na não-mudança observa-se significativo volume de acomodação e de ajustamento das pessoas à rotina diária, enquanto que as transformações exigem variações e alterações nessa rotina (MARIOTTI 2000; SCHIEHLL e MORISSETTE 2000). Porém, não são todas as mudanças que impactam os profissionais, pois eles têm um limiar de sensibilidade a elas. Até certo limiar de sensibilidade, esta mudança é um evento diário e comum nos ambientes organizacionais e quase sempre passa despercebida pelas pessoas. Essas mudanças tênues podem ocorrer nos objetivos organizacionais e quase sempre são ignoradas quando ocorrem em um nível quase imperceptível ao cliente interno. Mas quando ela é volumosa e forte, isto é, ultrapassa o limiar de sensibilidade das pessoas, ela aguça a atenção e traz certo impacto a elas, causando-lhes preocupação, aflição e ansiedade, principalmente quando sua natureza e conseqüências são desconhecidas. Em alguns casos, provocando até o medo e pavor diante de uma situação nova e desconhecida.

Assim é a mudança percebida pelos profissionais e não a mudança real e objetiva, que determina o tipo de reação que elas irão desenvolver. Portanto, é necessário conhecer os motivos do temor e da resistência do cliente interno às mudanças que ocorrem ou precisam ocorrer nas instituições (MARIOTTI 2000; SCHIEHLL e MORISSETTE 2000).

Para que a humanização da assistência e o acolhimento ao cliente externo (usuários) ocorram, é fundamental que exista um ambiente psicológico propício, uma cultura organizacional adequada, um estímulo individual e grupal para a melhoria e para a excelência. HELOIANI e CAPITÃO (2003) demonstram que, muitos esforços para a mudança organizacional são perfeitamente bem-sucedidos, enquanto outros tendem a transformar-se em redundantes fracassos. A maioria desses esforços enfrenta vários problemas. A mudança organizacional quase sempre esbarra ou colide com alguma forma de resistência humana, não só dos funcionários, mas, inclusive, de muitos gerentes. Muitos esforços demandam muito mais tempo do que fora previsto ou desejado, enquanto outros deterioram o moral e quase sempre provocam elevado custo decorrente do tempo que os gerentes dedicam aos funcionários para convencê-los e à resolução de distúrbios emocionais decorrentes da mudança.

Medir a qualidade da assistência ao parto e nascimento demanda uma compreensão da multiplicidade de processos ocorridos durante todo o período da gravidez, assim como os contatos com os serviços de saúde e a ansiedade da mulher e de seus familiares de ver finalizado um processo iniciado há nove meses. As

expectativas e ansiedades do final da gestação não são simples e deve abranger suas várias dimensões. A mulher e sua família precisam ser acolhidas pelos profissionais de saúde dentro dos princípios de humanização da assistência. Para tal, eles precisam ser sensibilizados e treinados para essa modalidade de assistência.

Compreendemos que, se os profissionais de saúde se sentirem acolhidos, o aumento da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde disponíveis para a nossa comunidade, bem como as orientações e assistência adequadas a gestantes/parturientes e suas famílias serão priorizadas para a obtenção da eficácia da assistência prestada pela instituição e para a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Portanto, o propósito do nosso estudo é, por meio de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos, entre eles a pesquisa do clima organizacional no HMI e seu Ambulatório sob o ponto de vista do cliente interno, analisar os profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados a gestante, parturiente e recém-nascido, buscando recuperar as diretrizes da assistência integral da saúde da mulher e seu filho.

A partir da premissa do relacionamento adaptativo da instituição de saúde ao meio ambiente externo e à política de humanização da assistência propomos, neste estudo colaborar com a eficiência dessa adaptação. Apresentamos, a partir do estudo de caso do HMI e de seu ambulatório, a dinâmica da mudança ambiental, seu impacto sobre a instituição e o conseqüente processo de implantação da humanização da assistência materno-neonatal de acordo com as normas de qualidade baseado nas evidências científicas.

## **2. ANÁLISE CRÍTICA DA LITERATURA**

### **2.1 Apropriação do parto pelos médicos**

A partir de meados do século XVII, os homens iniciaram a tarefa de atender as gestantes e os partos, deslocando paulatinamente as parteiras, curiosas e "bruxas", que durante milênios foram às únicas "cuidadoras de mulheres" no momento de parir. Era a "vingança" daqueles que durante milênios estiveram alijados do milagre. Agora os homens também seria co-criadores. Era a "couvade" (mecanismo pelo qual os homens se "apoderam" do nascimento nas culturas primitivas, como os índios brasileiros por exemplo) se manifestando de forma avassaladora. Mais do que os homens, o "masculino" entrava no mundo das mulheres, trazendo com ele as luzes da razão, na tentativa de iluminar o obscuro e até então impenetrável mistério do nascer (BARBAUT 1990; JONES 2002).

Os homens, antes espectadores atônitos e amedrontados, tornavam-se aos poucos condutores do processo. De acordo com DAVIS-FLOYD (1992), RIESCO (1994) e JONES (2002), as mulheres passaram de protagonistas a assistentes passivas como auxiliares dos médicos ou como próprias parturientes.

A partir de então não seria mais a natureza, com seus mistérios e incertezas, a conduzir o processo; a razão assumiria as rédeas (DAVIS-FLOYD 1992). Com isso muitas vidas poderiam ser salvas pelos homens, muitas mulheres deixariam de morrer; muitas crianças seriam retiradas heroicamente do seu destino cruel pelas mãos ou instrumentos (fórceps) que foram criados pelos irmãos Chamberlen, na Inglaterra, sendo mantido escondido dos olhares de curiosos, por ser uma ferramenta tão importante, a ponto de ser alvo da cobiça de concorrentes (NEME 2000).

### **2.2 Conseqüências do excesso de tecnologia no parto e no nascimento**

Nos dias atuais quase todos os partos são feitos em hospitais, estando as mulheres apartadas do seu ambiente e da sua família. O nascimento deixou de ser um evento cultural, da família, para se tornar um acontecimento médico. Rituais médicos e tecnológicos substituíram os tradicionais como forma de administrar o processo de nascimento. Segundo a tese da medicalização, médicos tendem a oferecer soluções biomédicas e técnicas em situações, antes consideradas como partes inerentes e integradas a vida cotidiana como a gravidez e o parto. Em relação a esses fenômenos,

especificamente, o processo de medicalização implicou profundas transformações, não apenas no modo como os procedimentos são administrados, mas principalmente na maneira como são compreendidos e vivenciados pela maioria das mulheres.

A noção de que era possível controlar o nascimento começou, então, a se firmar na consciência popular. Isso não significa que apenas obstetras tivessem atitudes intervencionistas durante o parto. Há evidências de que parteiras utilizavam outras práticas como versões, dilatação digital da cérvix, ruptura de bolsa e ervas para aumentar a dilatação do colo. Ressalta-se assim que o parto realizado por parteira não é necessariamente mais “natural” do que um mesmo realizado por um médico. O que ocorreu com a medicalização foi a redefinição do parto – na biomedicina – como inerentemente problemático, exigindo a presença do médico e sua ativa intervenção para garantir um bom desfecho (RIESCO 1994; WAGNER 1994; WILHEIM 2003).

Nos dias atuais a intervenção passou a ser a regra. Na classe média das grandes cidades os índices de cesariana chegam a ultrapassar 70% (RATTNER 1996). Nos partos normais muitas pacientes usam medicações potencialmente perigosas para os fetos (WILHEIM 2003). A analgesia do parto tornou-se um tabu nos grandes centros médicos (JONES 2002). A intolerância com as práticas não-ortodoxas tem aspectos de perseguição religiosa. A jornada tecnológica chega aos dias de hoje na obstetria da mesma forma que muitas outras experiências humanas (JONES 2002).

Conforme JONES (2004) nossa medicina obstétrica iatrocêntrica (centrada na figura do médico), etiocêntrica (centrada na patologia e na doença) e nosocomial (que privilegia os hospitais como centros onde se busca a saúde) não consegue oferecer a feminilidade que o parto reclama.

Com base na concepção de assistência que defendemos, qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se prova ser mais segura e/ou efetiva que a não-intervenção. Com o avanço dos estudos na humanização da assistência, a arguição sobre segurança e eficácia estende-se virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência ao parto e nascimento (CFM 1997; CREMESP 1997).

As tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto e nascimento tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, muitas vezes levaram à adoção “sem críticas” de intervenções inapropriadas, desnecessárias e às vezes arriscadas, sem a devida avaliação da efetividade ou segurança destas intervenções (NOTZON 1990; ATALLAH e CASTRO 1997; CAMANO 1999; DINIZ 2001; MORAES ARAÚJO 2005).

Diante do exposto é mais do que óbvio que a atenção à mãe, ao feto e ao recém-nascido merece revisões e uma reflexão profunda e responsável das autoridades e das áreas formadoras de opinião no setor de saúde.

### **2.3 “Amigas da parturiente” (Doulas): parceiras na humanização da assistência materno-neonatal**

Desde os primórdios da humanidade foi se acumulando um conhecimento empírico, fruto da experiência de milhares de mulheres auxiliando outras mulheres no momento do nascimento de seus filhos. Com a hospitalização do parto, as mulheres desenraizadas e isoladas, perderam esse apoio psicossocial tradicional e milenar acumulado pela experiência humana e que com os progressos científicos contemporâneos foi sendo substituído pelo frio cenário do parto hospitalar (DAVIS-FLOYD 1992).

Todavia, vivemos um momento onde os profissionais de saúde percebem a urgente necessidade de uma nova postura profissional que concilie novas demandas como a humanização da assistência, tanto por parte do usuário (cliente externo) quanto do cliente interno (funcionários) e da administração hospitalar.

A impessoalidade dos partos realizados em hospitais, associado ao crescente intervencionismo médico e o isolamento das gestantes, propiciou o surgimento das atividades das Doulas, um novo papel na comunidade com profundas raízes em práticas tradicionais. Doula é uma palavra grega que significa “serva da mulher”, ou alguém que age em auxílio de uma outra pessoa. A palavra grega doula começou a ser utilizada a partir das pesquisas de KLAUSS e KENNEL (1997) no início da década de 90 para designar aquelas mulheres capacitadas para brindar apoio continuado a outras mulheres (e aos seus companheiros e/ou outros familiares), proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde de vários países, entre eles o Brasil (Portaria 28 de maio de 2003), reconhecem hoje, após uma década de pesquisas científicas, a enorme contribuição da presença da doula no trabalho de parto e parto, momentos tão significativos e de tão profundas repercussões futuras. Tem se demonstrado que o parto evolui com maior tranquilidade, rapidez e com menos desconforto e complicações tanto maternas como fetais. O parto torna-se uma experiência gratificante, fortalecedora e favorecedora do vínculo mãe-bebê. As

vantagens também ocorrem para o sistema de saúde que, além de oferecer um serviço de maior qualidade, pode ter uma significativa redução nos custos dada a diminuição das intervenções médicas e do tempo de internação das mães e dos bebês.

A decisão de ter ou não uma “amiga da parturiente” (Doula) no parto cabe unicamente à mulher, sendo que ao hospital cabe fazer com que essa presença seja garantida e harmônica com as normas de humanização locais.

#### **2.4 Centro de Parto Normal e Nascimento: onde os partos e nascimentos humanizados acontecem**

Trata-se de uma nova modalidade de assistência à mulher durante o parto e nascimento em um Centro de Parto Normal (CPN) com a presença de acompanhante em sistema Pré-Parto, Parto e Puerpério Imediato (PPP). É importante sensibilizar o cliente interno quanto às estratégias, vantagens, desafios e avaliação desse modelo assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde, em 5 de agosto de 1999, publicou a Portaria Ministerial n. 985 que cria o CPN no âmbito do SUS, estabelecendo critérios para implantação e definindo recursos humanos necessários, área física, equipamentos mínimos, atribuições e competências (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou o Programa de Humanização ao Pré-natal e Parto a ser implantado em articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo como objetivo: ações de promoção, prevenção e assistência à gestantes e recém-nascidos, ampliando o acesso, melhorando a qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

Tais medidas representam um estímulo à prática do parto normal, pois ampliam as condições para sua realização. Ao deixar de ser um “procedimento médico exclusivo”, o parto passa a ser encarado como um trabalho em equipe (SCHIRMER 2000), segue filosofia assistencial materna e perinatal baseada em práticas humanizadas de caráter inovador, tendência atual na atenção ao parto e nascimento.

Dentro deste contexto atual de aculturação do processo de parto no Brasil, no qual a mulher acredita não ser capaz de dar à luz sem intervenções de rotina, é saudável que se proporcione assistência à mulher e ao recém-nascido em Unidade de Obstetria



e Neonatologia, composta pelo CPN, pelo Alojamento Conjunto, pelo Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O CPN planejado para o hospital será uma unidade de atendimento ao parto normal que localizará fora do Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e com infra-estrutura física destinada a receber a mulher e o(a) acompanhante de forma acolhedora. É composto por uma sala de parto que contém mesa cirúrgico-ginecológica, berço aquecido, equipamentos e materiais para prestar assistência imediata ao recém-nascido (RN) e à mulher em caso de urgências. Inclui, ainda, quartos de Pré-parto, Parto e Puerpério Imediato, denominados sistema PPP.

O sistema PPP tem a finalidade de possibilitar conforto, escolha da posição de parto e atuação conjunta de todos os atores (a mulher, o acompanhante, a enfermeira obstetra, o médico obstetra, o médico neonatologista e a auxiliar de enfermagem) nesta nova "cena do parto normal".

A assistência humanizada referida é definida por BASILLE et al. (2002) como: um conjunto de condutas e protocolos que visam reduzir a morbimortalidade materna e perinatal utilizando tecnologia apropriada para o parto e nascimento.

## **2.5 Clima organizacional**

A palavra clima origina-se do grego *Klima* e significa tendência, inclinação. Assim, clima organizacional refletiria uma tendência ou inclinação relacionada ao atendimento das necessidades da organização e ao mesmo tempo das necessidades dos seus colaboradores, aspecto que é indicador da eficácia organizacional (LUZ, 1995; KRAY, 1999, 2000; ALVARÃES, 2002).

Clima organizacional é o resultado de como os membros de um grupo, organização ou instituição percebem o ambiente em que trabalham. (LITWIN e STRINGER 1968; TOLEDO e MILIONI 1986; AMICK e CELENTANO 1991; NEWSTRON e JOHN 1996; BENNIS 1999; MARIOTTI, 2000; SCHIEHLL e MORISSETTE 2000). Como referem vários autores, o clima organizacional não é uma simples lista do que os membros de uma instituição gostam ou não gostam. É também uma descrição meticulosa de como funcionam as organizações. Os subsídios fornecidos pela Pesquisa de Clima Organizacional funcionam como um mapeamento das percepções sobre o ambiente interno a organização, podendo ser um importante ponto de partida para mudanças e desenvolvimento organizacional (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000). São aspectos extrínsecos como benefícios, reconhecimento

profissional, relacionamento da equipe, incluindo a chefia, entre outros aspectos que formam os elementos básicos do que é chamado de clima organizacional e que resultam no nível de satisfação ou insatisfação dos funcionários com o trabalho (FLOOD 1999; MARIOTTI 2000; SCHIEHLL e MORISSETTE 2000).

Segundo MARIOTTI (2000), clima organizacional é o modo como as pessoas se sentem no cotidiano de um grupo, organização ou instituição. Tal sentimento resulta de uma combinação de vários fatores: expectativas de futuro, histórias compartilhadas, regras tácitas (implícitas) de conduta. Dito de outra forma: clima organizacional é um conjunto de crenças (muitas delas inconscientes) que influenciam as ações, as percepções e o modo como as pessoas se comunicam num grupo, organização ou instituição.

Ainda segundo o autor, a pesquisa do clima organizacional é hoje aceita como de grande importância para que as instituições se dêem conta do modo como seus componentes as percebem e como tal percepção influencia seus sentimentos, emoções, comportamentos e desempenho laborativo.

Dessa maneira, o levantamento do clima organizacional de um grupo, organização ou instituição é útil não apenas como meio de diagnóstico, mas também de acompanhamento da evolução das mudanças organizacionais. Trata-se de um instrumento valioso para identificar situações e oportunidades de mudança para melhor, e avaliar a eficácia dos métodos e técnicas de mudança organizacional. Nas empresas, por exemplo, ele é em especial, importante para processos de gestão estratégica, como o *balanced scorecard* (cenário balanceado) (FLOOD 1999; MARIOTTI 2000).

O diagnóstico e o acompanhamento do clima organizacional colabora na diminuição dos conflitos (MARIOTTI, 2000).

Assim, quando se faz o seu diagnóstico, o que se obtém é um misto de estados subjetivos e descrições objetivas. Esse aspecto é importante, pois confirma uma das descobertas fundamentais da ciência cognitiva: não existem percepções só objetivas nem apenas subjetivas: toda percepção resulta da interação entre o indivíduo e o mundo, onde é evidente, estão também outros indivíduos (MARIOTTI 2000).

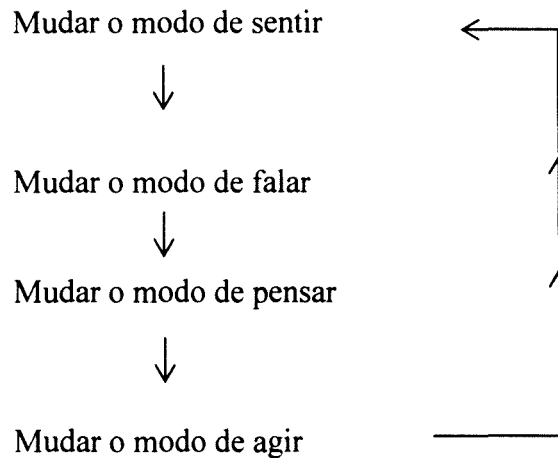
Existem vários instrumentos para a avaliação do clima organizacional. Todos eles, porém, têm características compartilhadas. Com efeito, o que importa não é só o instrumento a ser utilizado, mas também — e principalmente — um ponto básico: o diagnóstico deve ser feito de modo mais livre e participativo possível.

Não desconhecemos o que aponta alguns estudiosos sobre a Pesquisa de Clima Organizacional como a International Survey Research Corporation que seleciona sete perigos em qualquer pesquisa organizacional como: 1) má escolha do momento; 2) pesquisar a totalidade da organização, em vez de usar uma amostra representativa; 3) fazer pesquisa com demasiada frequência; 4) utilizar métodos super-simplificados; 5) utilizar pequeno número de pessoas para o relatório; 6) atrelar os resultados a bônus por desempenho; 7) estabelecer objetivos arbitrários para a pesquisa.

Para MARIOTTI (2000), o diagnóstico do clima organizacional é realizado sobretudo por meio de uma dinâmica de grupo. Todos os passos, desde a coleta de dados, até sua tabulação, interpretação, elaboração do relatório final e conclusões, são feitas por todos os participantes. O princípio básico é o que o observador participa de modo ativo daquilo que observa, incrementando os benefícios do diagnóstico do clima organizacional como a *facilitação da proatividade* (MARIOTTI 2000). Neste método não há separação sujeito-objeto. O grupo é, ao mesmo tempo, o aplicador da técnica e o objeto sobre o qual ela é aplicada. A transparência é total. Não há “caixas pretas”. A atitude pró-ativa é também útil para antecipar dificuldades e conflitos, o que facilita muito a adoção de medidas preventivas.

Observa-se nítida melhora do comprometimento compartilhado. Os membros da organização percebem que sua participação é efetiva, democrática e valorizada. Os trabalhos de vários autores como DOUGLAS (1986), BAREMBLITT (1992), BRINKERHOFF e GILL (1994), FLOOD (1999), MARIOTTI (2000) e HELOIANI e CAPITÃO (2003) mostram que em organizações em que se fazem diagnósticos periódicos de clima organizacional os índices de satisfação no trabalho são sempre superiores à média.

A comunicação é fortalecida. O diagnóstico participativo, no qual todos são ouvidos em igualdade de condições ajuda a construir e manter redes de conversação consistentes, que são fundamentais para atenuar o principal problema das instituições: a compartimentalização e o bloqueio de fluxo de informações. É importante notar que a construção e a manutenção de um clima organizacional positivo desempenha um papel crucial na seguinte circularidade produtiva:



Os autores que escrevem sobre clima organizacional destacam sempre este ponto: qualquer grupo, organização e instituição que realize esse diagnóstico, deve ter bem claro que precisa atuar em relação tanto aos resultados positivos quanto aos negativos (DOUGLAS 1986; BAREMBLITT 1992; BRINKERHOFF e GIL 1994; FLOOD 1999; MARIOTTI 2000, HELOIANI e CAPITÃO 2003).E, os funcionários precisam estar realmente sensibilizados para a reconstrução do ambiente interno.

### 2.6 Preparando o cliente interno para as mudanças

De acordo com MELCHIOR (2003), o primeiro passo na avaliação é definir o objeto que será avaliado – a dimensão da realidade que será abordada e quais os critérios de julgamento que serão utilizados. Como em toda pesquisa científica é impossível fazer uma abordagem de todos os aspectos da realidade em um só momento tendo em vista que esta realidade pode ser lida e analisada de diferentes modos.

É inócuo pretender fazer mudanças organizacionais ou culturais sem antes preparar as pessoas para fazer com que essas aconteçam (AMICK e CELENTANO 1991). As mudanças reais dentro das instituições somente ocorrem a partir do cliente interno. Para fazê-la dentro da organização, promovendo uma assistência humanizada, acolhedora o primeiro passo é sensibilizar os profissionais e prepará-los antecipadamente para tal, e esse é o papel de todas as lideranças, dos responsáveis pela implementação da mudança. Preparar o ambiente psicológico adequado para a mudança e fazer com que as pessoas aprendam a aprender e inovar. Sem isto, a mudança será apenas ilusória (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000).

Contudo o grande obstáculo e a dificuldade maior é que a maioria dos

administradores e gerentes está acostumada a trabalhar com a atenção voltada para assuntos físicos e concretos. Com dados previsíveis, determinísticos e de compreensão lógica. Isto é, sabem lidar com extrema facilidade e perícia com coisas reais e palpáveis, sejam elas máquinas, equipamentos, materiais, computadores, produtos, serviços entre outros. Porém, tem enorme dificuldade e imperícia em lidar com pessoas. Justamente é nessas questões que residem os maiores problemas para fazer acontecer a mudança dentro das instituições. As diretrizes tomadas pela alta administração no sentido de mudar e de humanizar os serviços de saúde esbarram quase sempre com uma grande inabilidade do campo de fazer o acolhimento acontecer por meio dos próprios funcionários. E apesar da forte vontade de mudar, a mudança simplesmente não acontece. Culpa das pessoas? De quais?

É consenso que toda mudança em uma organização representa alguma modificação nas atividades cotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos hábitos e comportamentos das pessoas que são os membros da organização (AMICK e CELENTANO 1991; LUZ 1995; MARIOTTI 2000; HELOIANI e CAPITÃO 2003). Para que a mudança seja dinamizada, é fundamental que exista um ambiente psicológico propício, uma cultura organizacional adequada, um estímulo individual e grupal para a melhoria e para a excelência. Muitos esforços para a mudança organizacional são perfeitamente bem-sucedidos, enquanto outros tendem a transformar-se em redundantes fracassos. A maioria desses esforços enfrenta vários problemas. Muitos demandam muito mais tempo do que fora previsto ou desejado, enquanto outros deterioram o moral e quase sempre provocam elevado custo em termos do tempo que os gerentes dedicam às pessoas para convencê-las e à resolução de distúrbios emocionais decorrentes da mudança. Algumas organizações nem se atrevem a iniciar esforços de mudança pelo simples fato de que os gerentes envolvidos têm receio de se mostrar incapazes de executá-las com sucesso. Isso se deve aos esforços de mudança organizacional que quase sempre esbarram ou colidem com alguma forma de resistência humana, não só dos funcionários em geral, mas inclusive de muitos gerentes.

As pessoas podem aceitar as mudanças de maneiras diferentes. Podem aceitá-las positivamente e adotar uma postura de simples aceitação quando movidas pelos argumentos da direção da empresa ou quando adotam uma postura pró-ativa em que não apenas as aceitam, mas também tomam a iniciativa pessoal de fazê-la acontecer. Por outro lado, as pessoas podem comportar-se negativamente em relação às mudanças que ocorrem na instituição. Elas podem mudar porque são coagidas, como podem

acomodar-se à mudança, habituando-se a um comportamento rotineiro e cotidiano, podem também apresentar comportamento de defesa para manter o *status quo* ou ainda tentar obstruir de maneira velada ou aberta qualquer tentativa de mudança dentro da empresa.

A resistência à mudança pode ser consequência de aspectos lógicos, psicológicos ou sociológicos (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000; SCHIEHL e MORISSETTE 2000; DESLANDES 2004).

A resistência lógica decorre do tempo e do esforço requeridos para se ajustar à mudança, incluindo novos deveres do cargo que precisam ser aprendidos. Estes são os reais custos impostos às pessoas. Quando se acredita que a mudança será favorável a longo prazo para as pessoas, elas certamente pagarão o investimento a curto prazo.

A resistência psicológica relaciona-se as atitudes e sentimentos e elas podem sentir medo do desconhecido, desconfiar da liderança do gerente ou perceber que sua segurança no trabalho está ameaçada. Mesmo que a organização não creia que haja justificativas para esses sentimentos, eles devem ser reconhecidos como reais (AMICK e CELENTANO 1991).

A resistência sociológica relaciona-se aos interesses de grupos e valores sociais envolvidos. Os valores sociais são poderosas forças no ambiente e devem ser cuidadosamente considerados. Existem coligações políticas, valores sindicais opostos e valores de diferentes comunidades que podem afetar o comportamento das pessoas. No nível de pequenos grupos, por exemplo, existem colegas de trabalho que podem ser demitidos por causa de mudanças. As pessoas podem indagar se a mudança é consistente com seus valores sociais ou se elas mantêm o espírito de equipe (AMICK e CELENTANO 1991).

Algumas mudanças conseguem abranger conjuntamente os aspectos lógicos, psicológicos e sociológicos referidos, provocando enorme potencial de resistência por parte das pessoas envolvidas. Quase sempre, o segredo é evitar que os três tipos de resistência cresçam juntos, para que se possa atuar sobre apenas um deles. Existem várias estratégias para contornar essa resistência à mudança e aproveitar a força contrária dela a favor da inovação que se pretende instalar (AMICK e CELENTANO 1991).

## 2.7 Contornando resistências

Existem várias estratégias para contornar as resistências entre elas:

- **Educação e comunicação**

É consenso entre os autores (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000; SCHIEHLL e MORISSETTE 2000; DESLANDES 2004) que a resistência pode ser superada desde que as pessoas sejam educadas e preparadas antecipadamente para a mudança. A comunicação de idéias e do projeto ajuda os profissionais a perceberem a necessidade da mudança e a lógica inerente a ela.

- **Participação e envolvimento**

Ocorrem quando os agentes envolvem os resistentes em algum aspecto do projeto e da implantação da mudança e ouvem atentamente suas sugestões. A resistência é neutralizada com um esforço participativo. As pessoas envolvidas passam a participar intensamente no projeto e na implementação da mudança como sujeitos ativos e não meramente passivos. Isto representa, inicialmente, profunda mudança na filosofia e na cultura organizacional da empresa, pois a participação e o envolvimento das pessoas é uma posição eminentemente democrática (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000; DESLANDES 2004).

Se os agentes de uma mudança sentem que não possuem todas as informações que necessitam para o projeto e implementação ou se necessitam do comprometimento incondicional de outras pessoas para essa finalidade, a participação e o envolvimento de mais algumas pessoas são bastante aconselháveis. A participação visa conduzir ao comprometimento e não somente à pura anuência das pessoas. O comprometimento pessoal e íntimo de todas as pessoas envolvidas é fundamental para que a mudança possa ocorrer e tenha pleno êxito (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000; DESLANDES 2004).

A estratégia de participação e envolvimento, porém, esbarra em alguns inconvenientes. Ele tanto pode conduzir a uma solução pouco eficiente devido à participação de muitas pessoas no processo, como pode consumir excessivo tempo de discussões e troca de idéias por seu aspecto altamente democrático. Se a mudança for lenta, suave e a longo prazo, o programa de participação e envolvimento é o mais indicado. Mas, se a mudança tiver de ser rápida e urgente, esta estratégia pode retardá-la por tentar envolver profundamente todas as pessoas (MARIOTTI 2000).

- **Facilitação e apoio**

A resistência potencial pode ser contornada concedendo facilitação e apoio no sentido de ajudar as pessoas a se ajustarem à mudança. Esta estratégia pode incluir aconselhamento, treinamento interno nas novas funções, planos de desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades para preparar as pessoas para a inovação. A empresa municia seu pessoal com as ferramentas e técnicas sobre como fazer a mudança e a inovação. Simplesmente, a empresa divulga entre seus funcionários a tecnologia, o saber fazer, isto é, o conhecimento da mudança. Cada gerente é instruído e educado sobre o comportamento de mudança e inovação e passa a instruir e educar seus subordinados. Com isto, o gerente transforma-se de controlador, supervisor e conseqüentemente autocrata em educador, orientador, líder, motivador, comunicador e multiplicador dos esforços de mudança (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000).

A estratégia de facilitação é útil quando o medo e a ansiedade estão na base da resistência. A inconveniência desta estratégia é que ela pode consumir muito tempo para preparar as pessoas e conseqüentemente ser muito cara. Se não existirem tempo, dinheiro e paciência, a utilização de métodos de facilitação e apoio deixa de ter praticidade (SCALABRIN e CASADO 2002).

- **Negociação e acordo**

Outra forma de lidar com a resistência é oferecer incentivos aos resistentes ativos ou potenciais para compensar a mudança. A negociação e o acordo constituem uma forma de barganha que é indicada quando fica claro que alguém vai sair perdendo com o resultado da mudança e quando seu poder de resistência é bastante representativo. Os acordos negociados evitam resistências, embora possam também envolver altos custos (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000; SCHIEHLL e MORISSETTE 2000).

- **Manipulação e cooptação**

A manipulação em muitas situações, significará a utilização seletiva de informações e a estruturação consciente de eventos para influenciar outras pessoas.

A cooptação representa uma forma comum de manipulação. Cooptar um indivíduo é dar-lhe um papel desejável no projeto ou na implementação da mudança. Cooptar um grupo é dar a um de seus líderes, ou a alguém que o grupo respeita, um



papel importante no projeto ou na implementação da mudança. Não se trata de uma forma de participação, porque os agentes não desejam receber sugestões do cooptado, mas simplesmente seu endosso ou anuência (MARIOTTI 2000).

Quase sempre, a cooptação pode representar uma forma barata e fácil de obter apoio de pessoas e de grupos. Costuma ser mais barata que a negociação e mais rápida que a participação. Porém, as desvantagens são severas. Se as pessoas sentirem que estão sendo induzidas ou manipuladas, ou que estão sendo enganadas, podem reagir de maneira negativa e criar uma resistência maior ainda. A cooptação pode ainda provocar desvios nas mudanças quando o cooptado se põe a influenciar o projeto ou a implementação das mudanças com suas próprias idéias e em desacordo com os objetivos previamente traçados (MARIOTTI 2000).

Quando não há outra alternativa, nem tempo suficiente para educar, envolver ou apoiar as pessoas, ou quando não se conta com o poder ou outros recursos para negociar, o esforço de mudança só tem a manipulação e a cooptação como meios para influenciar rapidamente as pessoas. Na realidade, a manipulação e a cooptação constituem meios abomináveis de evitar ou neutralizar a resistência à mudança (MARIOTTI 2000).

- **Coerção explícita e implícita**

Finalmente, a resistência pode ser tratada de forma coercitiva por meio de ameaça explícita ou implícita (como perda de cargo, de possibilidades de promoção e outros), ou efetivamente demitindo ou transferindo pessoas. Quando a rapidez é essencial e as mudanças não são populares a coerção pode ser a única alternativa. O emprego da coerção é arriscado, pelo fato de que as pessoas ficam profundamente magoadas e ressentidas quando são forçadas a mudar (AMICK e CELENTANO 1991; MARIOTTI 2000).

O erro mais comum nas empresas é o de utilizar apenas uma destas abordagens ou um conjunto muito limitado delas, independente da situação. Outro erro comum é o de abordar a mudança de uma forma desarticulada e completamente desligada da estratégia que se pretende seguir. Os esforços bem-sucedidos de mudança organizacional aplicam inteligentemente algumas dessas abordagens integralmente e em combinações diferentes. Os agentes da mudança empregam as abordagens com bastante sensibilidade para obter vantagens de seus pontos fortes e limitações e fazem uma avaliação realista da situação (MARIOTTI 2000).

### 2.7.1 Benefícios da mudança

A resistência à mudança não é totalmente ruim. Ela é uma reação das pessoas que pode trazer alguns benefícios. A resistência pode levar a administração da empresa a reexaminar suas propostas, e adequando-as às expectativas das pessoas envolvidas. Estas podem tornar-se os elementos críticos para que a mudança possa ser ajustada e implementada de maneira bem-sucedida. Ela pode ajudar a identificar áreas de problemas onde a mudança pode provocar dificuldades, permitindo à administração tomar as ações corretivas antes que os problemas mais sérios aconteçam. A resistência também proporciona à administração a informação sobre a intensidade das emoções das pessoas envolvidas, proporciona realização emocional dos sentimentos das pessoas e, sobretudo as encoraja a pensar e falar mais a respeito da mudança para que elas possam entendê-la melhor (MARIOTTI 2000).

A busca de uma posição competitiva favorável através de uma mudança depende de pessoas organizadas para um objetivo bem definido. E cabe não somente ao departamento de Recursos Humanos a responsabilidade de orientar essas pessoas, mas todas as gerências da instituição (MARIOTTI 2000).

Na relação do homem com o trabalho, não somente se "ganha" como também se constrói a vida, estabelecendo-se um *status* social que não se restringe ao ambiente físico do trabalho. Pelo contrário, a atividade profissional é parte inexplicável do universo individual e social de cada um, podendo ser traduzida tanto como meio de equilíbrio e de desenvolvimento quanto como fator diretamente responsável por danos à saúde (DEJOURS et al. 1993).

Nos estudos sobre as condições de trabalho, tem-se reconhecido cada vez mais a existência de fatores de agressão à saúde relacionada com o trabalho. Deterioração, desgaste, envelhecimento precoce são implicações das diferentes relações do homem com o seu trabalho (DEJOURS et al. 1993).

Ressaltamos, o documento oficial do Programa de Humanização da Assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000) que inicia sua argumentação a partir de um diagnóstico de insatisfação dos usuários que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde. Essa avaliação ratifica o imaginário social e a opinião pública ao confirmar que, em “número significativo”, não seriam só precários, mas desrespeitosos e mesmo violentos os cuidados dispensados nos serviços públicos de saúde. (...) *Na avaliação do público, a forma do, atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas*

*expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos* (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000). (...) *Ministro da Saúde J.S, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais (...)* (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

### **2.7.2 Resgatando a humanidade do atendimento**

DESLANDES (2004), refere que resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade. Segundo a autora, podemos destacar a humanização como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos “maus-tratos”, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e suas expectativas”.

No que diz respeito aos maus-tratos físicos e psicológicos, que representam a completa e radical negação dos direitos dos usuários, sua prática é timidamente confirmada pela literatura (NOGUEIRA 1994; JEWKES e ABRAHAM 1998). Não é possível, entretanto, afirmar o quanto essas ações são usuais ou corriqueiras. A perpetração explícita da violência parece apontar situações limite, em que são rompidos contratos básicos de sociabilidade. E, diga-se de passagem, manifestações de violência também podem ter o usuário como agressor, muitas das vezes expressando o desespero de não obter o atendimento após ter peregrinado por várias instituições, entre tantos outros motivos (PETTERSON et al. 1999; FORRESTER 2002; DESLANDES 2004).

Em contrapartida, quanto à violência simbólica do “não reconhecimento” das necessidades emocionais e culturais dos funcionários (e da imposição de certos valores morais e comportamentos), seu exercício perpassa a própria historicidade dessa organização (DESLANDES 2004).

O Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b) destaca a importância da conjugação do binômio “tecnologia” e “fator humano e de relacionamento”. Existem evidências da incoerência entre possuir boas condições de alta tecnologia e nem sempre dispor da delicadeza do cuidado, o que desumaniza a assistência. Por outro lado, se reconhece que não ter recursos tecnológicos, quando estes são necessários, pode ser um fator de estresse e conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado. Assim, embora se afirme que ambos os itens constituem a qualidade do sistema, o “fator humano” é considerado o mais estratégico pelo documento do PNHAH.

*(...) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).*

Pelo exposto, sendo a humanização do atendimento o princípio a ser alcançado para a melhora da atenção à saúde, o presente trabalho pretende analisar as condições estruturais de trabalho do HMI e seu Ambulatório sob a ótica do cliente interno, as concepções dos sujeitos sobre a humanização da assistência, trabalho em equipe interdisciplinar e o caráter coletivo deste trabalho visando, se possível, propor mudanças no modo de atendimento.

### **3. OBJETIVOS**

Analisar as condições estruturais de trabalho dos profissionais de saúde do HMI e seu ambulatório, as concepções dos sujeitos sobre a humanização da assistência e trabalho em equipe interdisciplinar, identificando, compreendendo e facilitando os processos e fatores críticos presentes na relação entre as gerencias e cliente interno, permitindo a luz dos resultados o aprimoramento do atendimento a gestante, parturiente, recém-nascido e sua família e assim colaborar na implantação da assistência humanizada ao parto e nascimento com critérios de qualidade assistencial.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Quadro metodológico

A metodologia adotada é de orientação qualitativa utilizando-se combinação das técnicas de Observação Direta dos serviços segundo TRIVIÑOS (1992) e GIL (1999), Diagnóstico de Clima Organizacional segundo MARIOTTI (2000), Grupos Focais segundo CALDER (1977) e CAPLAN (1990) e entrevistas em profundidade analisadas segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000).

A Pesquisa de Clima Organizacional foi associada após a observação direta do cotidiano de trabalho dos funcionários foi realizada para que, de posse das demandas do cliente interno se pudesse direcionar o processo de humanização da assistência. Partimos da premissa que as ações de acolhimento e humanização da assistência serão inúteis se não forem valorizadas as expressões das expectativas e demandas do cliente interno (funcionários/voluntárias) não subestimando às do cliente externo (usuário/paciente). É uma valiosa ferramenta de Gestão Estratégica pois, além de permitir a análise interna e externa, também acompanha o estado de satisfação e comprometimento dos colaboradores com a organização, proporcionando, através de estratégias e ações, o crescimento e desenvolvimento do cliente interno e a máxima produtividade e qualidade visando a consecução e a superação dos resultados pré-estabelecidos pela Direção.

Neste contexto, o clima organizacional busca retratar o estado de satisfação dos colaboradores em relação a diversos itens, dentre os quais podemos mencionar: ao seu trabalho, a instituição; a ele mesmo; aos colegas de trabalho, às condições de trabalho; à sua chefia/gerência, bem como visualizar e identificar o grau de alinhamento entre a cultura definida pela organização e as ações realizadas no dia-a-dia.

Dentre as principais contribuições deste Diagnóstico de Clima Organizacional, pretendemos: buscar o alinhamento da cultura com as ações efetivas da instituição; promover o crescimento e desenvolvimento dos colaboradores; integrar os diversos processos e áreas funcionais; otimizar a comunicação; minimizar a burocracia; identificar necessidades de treinamento, desenvolvimento pessoal/gerencial e de educação empresarial; otimizar as ações gerenciais, tornando-as mais consistentes; organizar, flexibilizar e agilizar as atividades da organização, dentre outras.

Na maioria das vezes a própria instituição sente a necessidade de mudança, e resolve fazer a pesquisa para identificar os pontos negativos da instituição. Com base nos resultados implanta-se as ações necessárias - seja ela a necessidade de treinamento de liderança ou a melhoria na comunicação interna da instituição (GODOY 1995; KRAY 1999, 2000). Assim é possível analisar como foi o retorno e saber se as ações atenderam as expectativas (LUZ 1995; GODOY 1995; MARIOTTI 2000, ALVARÃES, 2002).

Os grupos focais são recomendados para orientar e dar referencial à investigação ou à ação em novos campos, gerar hipóteses baseadas na percepção dos informantes, avaliar diferentes situações de pesquisa ou populações de estudo, desenvolver planos de entrevistas e questionários, fornecer interpretações dos resultados dos participantes a partir de estudos iniciais, e gerar informações adicionais a um estudo em larga escala (CALDER 1997; CAPLAN 1990). Por metodologias participativas de trabalho, entende-se o emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes de um grupo: vivenciar seus sentimentos, percepções sobre determinados fatos ou informações, refletir sobre eles, resignificar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudanças (SILVA, 2002). Segundo a autora, tem ficado bem evidente que a informação, mesmo clara objetiva e adequada aos diferentes seguimentos da população, não é em si suficiente para a sensibilização pessoal. Os trabalhos realizados com grupos de pares aumentam as possibilidades de que novas atitudes e práticas sejam adotadas e modeladas por seus membros.

O uso do grupo focal é particularmente apropriado quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma idéia ou um evento, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem.

Segundo CALDER (1977) e CAPLAN (1990) duas importantes técnicas de coleta de dados qualitativos são a entrevista individual e a observação participante em grupos. O grupo focal como uma entrevista em grupo, combina elementos dessas duas abordagens. A aplicação dessa técnica permite coletar dados em curto espaço de tempo e em quantidade adequada, embora não se possa argumentar com plena convicção sobre a espontaneidade das colocações emitidas pelos participantes. Apesar disso, algumas das informações registradas pelo grupo focal serão potencialmente de grande valia, visto que dificilmente seriam coletadas através da simples observação da realidade.

Uma entrevista grupo focal envolve uma discussão objetiva conduzida ou moderada que introduz um tópico a um grupo de respondentes e direciona sua discussão sobre o tema, de uma maneira não-estruturada e natural (PARASURAMAN 1986).

O foco ou o objeto de análise é a interação dentro do grupo. Os participantes influenciam uns aos outros pelas respostas às idéias e colocações durante a discussão, estimulados por comentários ou questões fornecidos pelo moderador / pesquisador. Os dados fundamentais produzidos por essa técnica são transcritos das discussões do grupo, acrescidos das anotações e reflexões do moderador e de outros observadores, caso existam.

As características gerais dos grupos focais segundo KRUEGER (1994) são: envolvimento de pessoas; reuniões em série; homogeneidade dos participantes quanto aos aspectos de interesse da pesquisa; Geração de dados; natureza qualitativa; discussão focada em um tópico que é determinado pelo propósito da pesquisa.



Nas pesquisas qualitativas, é freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados.

De acordo com PEREIRA (2001) exercitar a crítica, a dúvida de uma realidade apreendendo-as a partir de outros conhecimentos nos possibilita produzir conhecimento, não como resultados fechados ou definitivos e sim em um processo de aproximação sucessiva à realidade que está em constante movimento, realidade dinâmica e que não se esgota.

Uma das maneiras de coletar e processar os dados obtidos das entrevistas em profundidade é por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE et al. 2001) que busca dar conta da discursividade, característica definidora, própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, ou seja na coleta, no processamento e na apresentação dos dados.

Em sua discussão sobre a delimitação da temática a ser trabalhada em pesquisa social na área da saúde, MINAYO (1998) ressalta que nada pode ser intelectualmente um problema de investigação se não tiver sido, em alguma instância, um problema da vida prática.

Encontramos na abordagem metodológica qualitativa o caminho para desenvolver esta pesquisa, na medida em que tal perspectiva proporciona abertura à apreensão da complexidade presente nas relações sociais. Evoca PEREIRA (2001) que esta metodologia permite analisar e trabalhar o objeto deste estudo com fundamentos que exigem incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, apostando que os trabalhadores dos serviços de saúde, a partir da operação diária de cada um, podem ser importantes sujeitos de transformação com possibilidade de (re) construção da prática da assistência à saúde marcada por uma relação acolhedora, com compromisso e responsabilização pela saúde dos usuários e desenvolvimento da autonomia destes.

A pesquisa qualitativa prevê como atitudes fundamentais: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos, podendo os instrumentos de coleta de dados ser corrigidos e readaptados durante a realização da investigação. Assumir tais atitudes nesta pesquisa não implicou em um menor rigor no desenvolvimento, mas sim em uma maior atenção ao objeto

específico desta investigação, tendo por premissa que outras relações poderiam ser apreendidas no transcorrer do processo, dada a própria dinamicidade da realidade.

## **4.2 Procedimentos metodológicos**

### **4.2.1 Desenho do estudo**

A metodologia qualitativa foi utilizada uma vez que se pretendia trabalhar “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO 1998).

Este trabalho foi desenvolvido por meio das seguintes etapas:

1. observação direta dos serviços;
2. aplicação do questionário sobre avaliação de clima organizacional;
3. grupos focais; e
4. entrevistas individuais.

#### **1. Observação participativa**

No período de março a junho de 2001 a autora deste estudo realizou observação direta do cotidiano de trabalho nos seguintes setores: recepções do Hospital Maternidade Interlagos e do seu Ambulatório, Unidades de Terapia Intensiva: Neonatal e Adulto, Pré-Parto, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, ambientes de espera das consultas ambulatoriais e do pronto-atendimento, ambiente das Diretorias da instituição e de seu Ambulatório.

Segundo GIL (1999), a observação participante constitui-se em um procedimento científico desde que sirva a um objetivo formulado e que esteja sistematicamente planejado, devendo ser submetida a verificação e controle de validade e precisão. As anotações de campo, segundo TRIVIÑOS (1992), são entendidas como todas as observações e reflexões que realizamos sobre as pressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as primeiro, e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas

A observação foi organizada em etapas a partir de um roteiro e registrada em um caderno de campo. No roteiro destas observações foi ressaltado os pontos positivos e negativos da instituição no tocante ao acolhimento e humanização da assistência.

## **2. Aplicação do questionário do Diagnóstico de Clima Organizacional (anexo 1)**

### **3. Grupos focais**

Uma das etapas da pesquisa, os grupos focais (vinte e oito), foram realizados segundo CALDER (1977) e CAPLAN (1990) com duas sessões para cada grupo de profissionais, com 12 a 16 pessoas por grupo, visando levantar as expectativas, os pontos negativos e positivos da instituição e sugestões de melhoria.

Para fins metodológicos, no processo de realização dos grupos focais, foi contemplada grande parte dos funcionários do Hospital Maternidade Interlagos e seu ambulatório optando-se por dividi-los como integrantes da área administrativa ou da área assistencial. Estes grupos foram divididos em A e B, plantão par e plantão ímpar. A duração de cada grupo focal foi de 1h30 à 1h40. Todas as informações obtidas e captadas nestas atividades foram analisadas pela pesquisadora com a colaboração de uma psicóloga. Nos grupos focais foram levantados os pontos de desumanização, pontos negativos, e os pontos positivos dos diferentes setores de trabalho e da instituição como um todo e sugestões para reverter a curto, médio e longo prazo os fatores negativos e incrementar e manter os positivos.

Na área administrativa foram inseridas as secretárias das diversas diretorias, diretores e assessores, funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Recepção de Pacientes, Serviço de Apoio ao Usuário, seguranças, motoristas de ambulâncias, auxiliares de limpeza, telefonia, rouparia, zeladoria, Recursos Humanos. Os funcionários considerados como da área Assistencial foram os médicos de todas as especialidades, enfermeiras, enfermeiras obstétricas, auxiliares de enfermagem, psicólogas, assistente social, biólogo, nutricionista, farmacêutico.

Em alguns grupos focais foram estudados as atividades dos distintos grupos de profissionais, com o objetivo de analisar concepções dos sujeitos sobre o sentido da humanização da assistência, trabalho em equipe interdisciplinar e as evidências do caráter coletivo desse trabalho. Para os profissionais categorizados como da área assistencial, tomamos como referenciais teóricos um instrumento de Humanização do Ministério da Saúde (2001a) intitulado “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher e, Princípios da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e

Inovação em Saúde”, 1994 e demais textos de Apoio sobre Acolhimento como Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (2000).

Os grupos focais realizados com os médicos de todas as especialidades do HMI e seu Ambulatório foram agendados para três sábados, tendo sido dada a opção de escolha ao profissional. Estes foram realizados no anfiteatro do Ambulatório, com maior duração pela dificuldade de agregar os funcionários médicos para realização destas atividades sendo todos coordenados por profissionais externos a instituição, convidados pela pesquisadora, um médico, uma psicóloga e uma pedagoga.

#### **4. Entrevistas em profundidade**

Foram também realizadas 67 entrevistas em profundidade com profissionais de cada especialidade, no próprio local de trabalho, com duração de no máximo 60 minutos, média 25, escolhidos aleatoriamente e que aceitassem participar da pesquisa, como: obstetras (6), anestesiólogos (3), neonatologistas (4), intensivistas (2), residentes (4), diretores de serviço (6), enfermeiras (7), auxiliares de enfermagem (7), psicóloga (2), assistente social (2), nutricionistas (1), funcionárias do laboratório (3), da farmácia (2), do banco de leite (2), da recepção (8), serviço de apoio ao usuário (2), seguranças (4) e motoristas de ambulância (2), sendo estas com conteúdos semelhantes para os diferentes profissionais. Foi usado como critério de definição do número de entrevistas a saturação das falas.

Essas entrevistas foram gravadas, transcritas, lidas várias vezes pela pesquisadora e posteriormente analisadas juntamente com alguns profissionais de fora da instituição como uma epidemiologista, uma psicóloga que deu apoio na análise das entrevistas e uma antropóloga. As falas foram agrupadas, segundo núcleos de sentido, construídos com base nas percepções dos atores sociais entrevistados e das observações diretas. Por se tratar de uma pesquisa sobre pensamento coletivo, procedeu-se à verificação de *quanto ou em que proporção determinados atributos* estavam presentes na população de estudo, em conformidade com a técnica descrita por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000).

A cada pergunta aberta, os discursos individuais eram estudados, confrontados, deles extraindo elementos que estivessem expressando o pensamento de uma

coletividade, no presente caso, o cliente interno do Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório.

Posteriormente procuramos reconhecer pensamentos com sentidos comuns, o que implicou compor um discurso comum, coletivo, com discursos individuais, ou partes destes, semanticamente semelhantes ou complementares. O objeto do signo, neste momento do processo, conforme o descrito por LEFÈVRE e LEFÈVRE, (2000) é composto pelos conjuntos de expressões chave (ECH) - idéias centrais (IC) semelhantes ou complementares e o signo que os representa é o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um discurso-síntese que reúne, em um só discurso, isto é, em um só conjunto, as expressões chave das idéias centrais semelhantes e que passa a expressar ou representar a fala do social ou o pensamento coletivo na primeira pessoa do singular.

Em síntese, na análise das falas das entrevistas em profundidade, utilizamos as Figuras Metodológicas – expressões chave, Idéias Centrais e Ancoragem –, a partir das quais foram construídos os discursos do sujeito coletivo (DSCs).

#### **4.2.2 Local do estudo – Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório**

O Hospital Maternidade Interlagos (HMI) e seu Ambulatório pertencem à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) e atendem gestantes/parturientes de baixo e alto risco. O HMI realiza, aproximadamente, 600 partos/mês, oscilando as taxas de cesariana entre 30 e 40% do total de partos.

A área de abrangência dos serviços oferecidos pelo Hospital Maternidade Interlagos é compreendida pelo extremo sul da zona sul da capital de São Paulo, com ênfase na população da região da Capela do Socorro, atendendo também os distritos de Parelheiros e Grajaú. Esta região administrativa tem, hoje, por volta de 650.000 habitantes, onde 35% destes são constituídos por mulheres em idade reprodutiva (SMS, 2002).

Nessa região, o Hospital Maternidade Interlagos é o único equipamento público de atendimento especializado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Conta com 96 leitos sendo 4 deles destinados a UTI Adulto e 12 de UTI Neonatal.

Em 2003, este serviço atendeu 130.096 pessoas.

<b>Faixa etária</b>	<b>Número pessoas atendidas</b>
0 a 28 dias	5.324
28 dias a 11 meses e 29 dias	34.560
Mulheres de 12 a 49 anos	59.248
População entre 50 e 70 anos	32.964

O quadro acima mostra que 99.132 pessoas atendidas eram mulheres em idade fértil e menores de 1 ano.

### **4.2.3 Etapas da pesquisa**

**O processo diagnóstico contou com as seguintes etapas:**

- Observação direta do cotidiano de trabalho em setores distintos da instituição;
- Avaliação do clima organizacional. Aplicação do instrumento diagnóstico de MARIOTI (2000) – Anexo 1; Ressaltamos que não foi pesquisado o Clima Organizacional Ideal, como os funcionários acham que a situação deveria estar, devido tempo insuficiente para preencher, o do questionário de avaliação do clima organizacional;
- Grupos focais – o cliente interno foi separado como integrante da área administrativa e da área assistencial; roteiro (Anexo 3);
- Voluntárias do HMI – no início os grupos focais com as voluntárias ocorreram separados dos funcionários e, em etapas posteriores estas puderam participar com as distintas categorias;
- Entrevistas em profundidade com profissionais de cada especialidade ou categoria, com conteúdos semelhantes para os diferentes funcionários, num total de 67 (Anexo 4);
- Análise de documentos e protocolos da instituição.

#### **4.2.4 Observação dos diversos setores do Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório**

A observação foi organizada em etapas a partir de um roteiro e registrada em um caderno de campo. No roteiro destas observações foi ressaltado o ponto positivo e negativo de cada setor da instituição no tocante ao acolhimento e humanização da assistência.

#### **4.3 Descrição dos ambientes onde foram realizados os grupos focais e outras atividades**

Os grupos focais com os profissionais do período diurno tanto do ambulatório como do hospital, foram realizadas no anfiteatro do Ambulatório do Hospital Maternidade Interlagos. A sala era ampla, arejada, iluminada e limpa. O piso era de paviflex, com seis janelas grandes com persianas brancas. As cadeiras eram de plástico em forma de conchas (assentos móveis), o que facilitou muito as dinâmicas. No fundo da sala havia um quadro negro, um apagador e uma mesa grande de madeira (mógnio) com quatro cadeiras.

Com relação aos equipamentos/ materiais, estavam sempre disponíveis canetas, folhas de papel sulfite, pranchetas, canetas coloridas hidrográficas de ponta grossa, papel para flip chart, colchonetes, televisão, vídeo e retroprojektor.

Os grupos focais para os funcionários do período noturno para maior comodidade dos mesmos foram realizadas na sala de reuniões do primeiro andar do Hospital Maternidade Interlagos. O piso era de granito de cor cinza, bem arejada, com uma mesa redonda de tampo de vidro temperado e seis cadeiras. Por ocasião dos grupos focais e outras atividades esta mesa era retirada para o compartimento do lado e colocado cadeiras móveis. Estavam disponíveis colchonetes, um quadro branco, canetas para retroprojektor, apagador, canetas, papéis, pranchetas.

#### **4.4 Procedimentos éticos**

Essa pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética do Hospital Maternidade Interlagos – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

No desenvolvimento desta pesquisa, foi observado critérios rigorosos quanto ao sigilo das informações e nesse sentido os riscos de constrangimento pessoal podem ser considerados mínimos.

Com relação à proteção da identidade dos entrevistados em geral, foi proposto a escolha de um nome fantasia, porém muitos entrevistados preferiram ser identificados pelos seus próprios nomes.

No primeiro momento da observação, o consentimento informado constou de uma explicação sobre a pesquisa e um formulário de consentimento informado por escrito (Anexo 2).



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Clima Organizacional do Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório

A pesquisa do clima organizacional permitiu que fossem avaliados os seguintes parâmetros: conformismo, responsabilidade, motivação e comprometimento compartilhado, recompensas, comunicação e clareza organizacional, calor humano e apoio, verticalidade e horizontalidade.

Os resultados mais relevantes, obtidos por meio deste questionário respondido por 98 profissionais, são descritos a seguir.

O quadro abaixo resume os resultados obtidos na aplicação do questionário.

#### Diagnóstico de Clima Organizacional do HMI e seu Ambulatório

Parâmetros N = 98	Alto 7 – 10		Mediano 4 – 6		Pouco/Nenhum ou Baixo 1 – 3	
	Atual		Atual		Atual	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Conformismo	69	71	16	16	13	13
2. Responsabilidade	70	72	21	21	7	7
3. Motivação e Comprometimento Compartilhado	65	66	19	20	14	14
4. Recompensas	72	74	19	19	7	7
5. Comunicação e Clareza Organizacional	14	14	81	83	3	3
6. Calor Humano e Apoio	27	28	25	25	46	47
7. Verticalidade	57	58	34	35	7	7
8. Horizontalidade	34	35	57	58	7	7

**1. Conformismo:** No HMI e seu Ambulatório o grau de conformismo encontrado foi: alto (71%), mediano (16%) e baixo (13%). Este item foi sinalizado pela intensidade em que os membros da instituição estavam aceitando com passividade as situações cotidianas. Enfatiza que o conformismo é mais que um excesso de subordinação: é uma espécie de resignação, uma postura pessimista e negativa. Segundo MARIOTTI (2000), em geral, ocorre em organizações em que há excesso de regras e elas são demasiado

rígidas. O alto nível de conformismo sinalizou a intensidade da resignação do cliente interno, uma postura pessimista e negativa.

**2. Responsabilidade:** Quanto ao nível de delegação de responsabilidade, 72% referiu pouca ou nenhuma. Como conseqüências desta deficiência de delegação de responsabilidades em relação à instituição observou-se: falta de dedicação, por insatisfação pessoal: os problemas não resolvidos eram com freqüência ignorados mas sempre voltando agravados e, significativo absenteísmo setorial, sobretudo nas áreas de maiores demandas.

**3. Ausências de motivação e comprometimento compartilhado:** Mais da metade do cliente interno 66%, referiu que o nível de motivação e comprometimento foi pequeno e somente 14% referiu como grande. Foi observado criação de compartimentos estanques (“ilhas” organizacionais); aumento da resistência a ações e práticas novas, no caso implantação/implementação da humanização da assistência materno-neonatal e a incorporação de novos membros. As chefias se desinteressavam muito pela vida pessoal dos funcionários e observou-se incremento dos boatos e intrigas de corredor.

**4. Recompensas:** O nível de recompensas foi: pequeno (74%), mediano (19%) e alto (7%). Como as recompensas eram poucas, observou-se na organização uma atmosfera de impessoalidade e queda da doação espontânea de *feedback* entre os profissionais.

Foram ainda observados: incerteza sobre o que representa o trabalho; aumento da rotatividade dos membros em áreas críticas; aumento de horas extras e de trabalho; conflitos sobre autoridade e responsabilidade; falta de base para tomadas de decisão.

**5. Comunicação e Clareza Organizacional:** O nível de comunicação e clareza foi: baixo (3%), mediano (83%) e alto (14%). Representa o grau de ordem, bom funcionamento, transparência de atitudes e clareza de definição de objetivos da instituição.

**6. Calor Humano e Apoio:** O nível de calor humano e apoio foi: baixo (47%), mediano (25%) e alto (28%). Esta dimensão reflete a amizade e o entendimento que devem existir na instituição. Os membros confiam uns nos outros e se apóiam mutuamente.

**7. Verticalidade:** O nível de verticalidade foi referido como: alto por 58% do cliente interno, mediano (35%) e baixo (7%). No início deste estudo observou-se em determinados setores excesso de hierarquia e pouca flexibilidade (verticalidade). A tendência predominante era o autoritarismo e a rigidez de posições. Certamente esta variável contribuiu para a resistência institucional à mudança e o comprometimento da qualidade assistencial. Enfatiza-se que a organização de alta verticalidade tende a entrar em entropia (auto-dissolve-se).

**8. Horizontalidade:** O nível de horizontalidade foi: excessivo (35%), satisfatório (58%) e baixo (7%). Observava-se que, em alguns setores houve predomínio da horizontalidade que representa o grau de informalidade de uma organização. Como consequência desta horizontalidade muitas vezes excessiva, acentuaram-se os freqüentes boatos, intrigas de corredor e ressentimentos.

## **5.2 Observação dos ambientes de trabalho**

Observamos que nos distintos ambientes estudados os profissionais projetavam a perspectiva de “equipe integração”, embora ainda encontram-se em situações de agrupamento, estando o Ambulatório do Hospital Maternidade Interlagos mais próximo do que denominamos “equipe integração”. Também observamos que a diferença técnica dos trabalhos especializados transmutava-se em desigualdade valorativa dos mesmos.

O trabalho em equipe foi emergindo como modalidade de trabalho coletivo que se configurou na relação recíproca entre as intervenções técnicas dos distintos agentes. No bojo da relação entre trabalhos e interação os profissionais construíam consensos que configuravam projeto assistencial comum, desprovidos de significativos pontos de humanização dos relacionamentos e da assistência, em torno do qual deveria ocorrer a integração da equipe de trabalho.

O autoritarismo observado em certos setores de trabalho pode ter promovido o excesso de comportamentos informais, clandestinos em alguns momentos levando a

comportamentos promíscuos pois, afinal de contas os funcionários precisam sobreviver àquele ambiente. Muitos plantões funcionavam com menos da metade dos funcionários necessários e por este e outros motivos a auxiliar de enfermagem mentia que já tinha feito a medicação no horário prescrito (pelo menos estava checado no prontuário da paciente) e em alguns momentos a pesquisadora pode confirmar que esta ou não tinha sido feita ou realizada muito além do horário prescrito. Este é um dos exemplos de comportamento defensivo mas que não deixa de ser cínico.

Em certos momentos ficou evidente uma alienação política gerada dentro da organização. Os profissionais não tinham a menor consciência dos processos dos seus trabalhos.

O conformismo exagerado gerava uma falta de comprometimento, de adesão por parte de muitos funcionários. Quando foi apresentado o Programa de Humanização da Assistência do Ministério da Saúde, foi grande o desinteresse e muitos alegaram “é mais um programa, claro que aqui nada para implantado porque aqui nem espaço físico temos”.

A comunicação inadequada observada em diversos setores revelava a diversidade de entendimento sobre os processos de trabalho. Não seria necessário somente as normas estarem bem claras, bem elucidadas no papel pois continuariam os problemas de comunicação. Os valores da organização como meta, missão, são incorporados de modos diferentes pelo cliente interno apesar do discurso ser o mesmo.

### **5.3 Grupos focais**

Para se analisar os discursos dos grupos focais, separamos as falas nos aspectos que mais se sobressaíram na análise.

Assim eles foram agrupados em seis categorias: 1) Interação profissional; 2) Infra-estrutura; 3) Comunicação e integração entre os funcionários; 4) Quadro pessoal; 5) Treinamento e organização do trabalho; 6) Direitos dos usuários. Esses itens serão abordados em partes, sendo apresentados seus pontos negativos, positivos e as sugestões dos funcionários.

### 5.3.1 Pontos negativos

#### 5.3.1.1 Em relação à interação profissional

Vários profissionais, principalmente os não médicos, referiram que não são respeitados como profissional pelos seus colegas de trabalho e seus superiores. O discurso abaixo reflete bem esta questão.

*“Ninguém mais respeita o auxiliar de enfermagem. Nós estamos ao lado da paciente desde o momento da sua internação, do nascer, até a morte, nas suas complicações (quando eles mais precisam), na sua angústia e na sua depressão, mesmo assim estamos ali, trabalhando e dando todo apoio, sendo contratado ou efetivo, sendo que o funcionário contratado trabalha muito e não é reconhecido, porque não pode nem se quer fazer alguma queixa, porque: Olha seu contrato não vai ser renovado. Isso é discriminação, falta de alma e desumanização. Os auxiliares não têm oito folgas enquanto que os enfermeiros têm. Falta acolhimento entre os companheiros de trabalho e de humanização com os pacientes. As colegas faltam e não avisam, não tem consideração pelos colegas do plantão. É aconselhável a presença constante do médico no consultório”.*

*(...) “Há muita falta de educação dos médicos com os auxiliares. Os médicos me chamam a atenção na frente de funcionários”.*

*“Gostaria que as nossas chefias (as enfermeiras) tivessem mais consideração com os auxiliares. Chamam a atenção da gente na frente dos demais funcionários. Sinto discriminação também por parte dos médicos”.*

*“Que as enfermeiras tenham autonomia quanto aos auxiliares e equipe em seus setores. Porque os contratados não têm férias, temos que ficar a implorar por pequenas folgas. Seria bom se as enfermeiras viessem às oficinas de humanização”.*

*“Por que a chefia folga 8 dias ao mês e o mês de 31 dias perdemos uma folga, folgando apenas 5 plantões? Nós auxiliares de enfermagem, de um modo geral, sentimo-nos abandonados por todas as chefias. Gostaria que*

*as enfermeiras dessem uma atenção mais diferenciada para o período noturno. Desde que o hospital existe o período noturno tem ficado em segundo plano”.*

*“Por que ameaçar tirar o Prêmio Incentivo? Tem que parar com as ameaças de tirar o Prêmio Incentivo. Somos pessoas adultas”.*

*“Desde que o hospital existe o período noturno tem ficado em segundo plano”.*

*“Nosso problema é que somos válvula de escape, achando que o DP tem culpa de todos os problemas, principalmente financeiros, onde poucas pessoas reconhecem e agradecem os funcionários do DP”.*

*“A imagem e as considerações que transparece, no caso do pessoal da segurança e limpeza, como algo terceirizado. Algo que está junto, mas não faz parte. Isso passa uma sensação de inferioridade, de se ter menos direito”.*

Estas frases retratam bem o descontentamento dos funcionários em relação a chefia e subordinados.

*“Chefias ausentes, que não prestigiam o trabalho do subordinado”.*

*“Precisamos de mais atenção e proteção da chefia, pois dá a entender que estamos esquecidos”.*

*“As enfermeiras tem que ter um pouco mais de paciência para conosco”.*

### **5.3.1.2 Em relação à infra-estrutura**

Outro ponto negativo refere-se à infra-estrutura hospitalar dificultando o atendimento das usuárias com dignidade.

*“O chuveiro do pré-parto não funciona normalmente, às vezes esquenta às vezes não. No pré-parto, falta espaço físico, a maioria das vezes recebo as gestantes vindas do PS e não tenho onde acomodá-las. As mães*

*com esse frio nos corredores e nas macas, e os chuveiros frios. As macas estão em péssimo estado, são duras e quebradas. Mais berços aquecidos, pois temos apenas três, sendo que só dois funcionam, porque um está sempre quebrado. O elevador está sempre quebrado. É desumano ter que pedir receita para cada refeição de paciente. A nutricionista acaba de passar e chega nova paciente. O espaço da reanimação do RN é muito pequeno. Falta posto, conforto e vestiário para enfermagem. Não tem banheiro, nem armário para guardarmos as bolsas. Não tem lanche para funcionária da limpeza e para os seguranças”.*

*“O ambiente físico do pré-parto precisa ser totalmente reformado”.*

*“Colocar mais um elevador, pois o que desce a roupa suja e o lixo também sobe a alimentação. Roupas com mais qualidade e carinho para nossos RNs. Os cobertores parecem lixas, os pagãozinhos são reaproveitados dos uniformes velhos verdes, do C.O e nem têm fitinhas para amarrar as aberturas das blusinhas”.*

*“Faltam fraldas. Não concordo com os RNs ficarem sem fraldas”.*

*“A estrutura física no setor dificulta a privacidade, faltam divisórias nos setores. É necessário melhores condições para o atendimento, melhores equipamentos”.*

*“Não temos um vestiário decente para gente mudar a roupa, tomar um banho. É necessário banheiro feminino e masculino com armários para todos os funcionários. Macas com condições de uso e se possível um transfer (não custa caro)”.*

*“Nas ambulâncias faltam equipamentos de primeiros socorros. Ex: prancha, colar cervical. No PS falta também equipamento e área própria para atendimentos imprevistos”.*

Até as questões alimentares foram percebidas como problemas importantes de infra-estrutura.

*“Melhorar a quantidade de mistura na cozinha. Queremos um lanche melhor”.*

E referem também os problemas de infra-estrutura até para conforto do profissional.

*“Falta espaço para tomar café. O café da noite vem fervido na garrafa. Elas vêem sujas por dentro”.*

*“Falta chuveiro para os funcionários. Falta conforto para a enfermagem. Falta uma salinha de conforto no CO para a enfermagem, não só para o médico, porque também somos humanos; lugar para fumante, pois à maioria usa a escada para fumar, incluindo o médico”.*

*“Não existe recreação para os funcionários e nem creche para os filhos dos mesmos”.*

A fala que segue é emblemática em relação a deficiência da infra-estrutura, ela desvela a peculiaridade da instituição que absorve a demanda de outros hospitais públicos como: Hospital Municipal do Campo Limpo, Hospital Grajaú, Hospital Zona Sul e Hospital Pedreira, que em determinados períodos suspenderam a internação para reforma no berçário e/ou Centro Obstétrico.

*“Não concordo com tantas puérperas que ficam nos corredores em macas após o parto, atrapalhando até o nosso andamento no corredor, pois são muitas macas e berços e as puérperas e os RNs são os que mais sofrem naquelas macas, são muito mal acompanhadas e ficam reclamando com os auxiliares. Falta de condições para acomodar as puérperas e RNs”.*

Apesar da peculiaridade da infra-estrutura, os funcionários sentem-se gratificados quando a população refere, apesar de tudo, a confiança na instituição.



*“Aumentar as enfermarias, pois fica difícil para irem ao banheiro. Ficamos contentes quando as mães dizem: que bom ganhar meu filho aqui, mesmo no corredor, tenho medo dos outros lugares”.*

### **5.3.1.3 Em relação à comunicação e integração entre os funcionários**

A falta de comunicação e integração entre os funcionários, também, foi mencionada como ponto negativo.

*(...) “Melhorar a comunicação da chefia com os funcionários. Melhorar o relacionamento entre os setores” (...)*

*“Há falta de integração do berçário com o Banco de Leite. Ex: chega uma mãe para tirar leite e não tem uma funcionária do banco de leite, as funcionárias do berçário nunca querem atendê-la. Tiram o material do lugar e nunca põe de novo no lugar. Abrem o armário e não fecham. É preciso ter mais união entre os colegas. Há falta de informação para os funcionários. Ex: você chega no Berçário e pergunta alguma coisa, ninguém sabe”.*

*“Queremos ser tratados como gente, ser respeitados, ser compreendidos pelos demais funcionários do HMI. Gostaria que tivessem maior compreensão com os funcionários contratados”.*

*“Precisamos que os funcionários do laboratório busquem os materiais, porque sobrecarrega os funcionários do CO. Melhorar escala para os funcionários poderem participar dos cursos com tranquilidade. Solicitar maior e melhor participação dos residentes. Marcar pelo menos uma reunião por mês, dando oportunidade para cada um participar com sugestões e opiniões próprias. Considerar o que cada um fala com resposta em debate. Pode-se também deixar uma caixa de sugestões e críticas para saber o melhor andamento do setor. Dar motivações para ter melhores relacionamentos, talvez investir em recursos que ajudem nessa área. Ajudar cada um a não tolerar falar pelas costas e ajudar a pessoa a resolver a questão com a própria pessoas para não virar fofoca e tornar o ambiente de trabalho mais pesado”.*

#### 5.3.1.4 Em relação ao quadro de pessoal

Um dos pontos mais mencionados diz respeito à falta de pessoal e discriminação entre categorias funcionais da instituição.

O HMI possuía os seguintes tipos de contratos de trabalho: o profissional efetivo, o contratado de emergência (contrato 3131) e, atualmente, apresenta funcionários efetivos e os contratados porém são aqueles remanescentes de concurso (contrato 733) e que estão aguardando suas efetivações.

*(...) “É preciso maior número de enfermeiras obstétricas e auxiliares de enfermagem”.*

*(...) “Ter uma escrituraria e uma enfermeira em período integral. O pessoal do laboratório precisaria retirar no CO (Centro obstétrico) os materiais para exame”.*

*“Há necessidade de se ter um GO plantonista no PS para atender prontamente as parturientes. E, também tem os carros de resgate, com as emergências que chegam na porta, evitando assim a demora para descer e os olhares lançados pelos acompanhantes pensando justamente o que nós pensaríamos se estivéssemos do outro lado.....”.*

*“Mais auxiliares de enfermagem, pois há plantão muito cansativo e isto torna impossível fazer um trabalho perfeito. Tem muitos enfermeiros e poucos auxiliares”.*

*“Não temos manutenção à noite para trocar uma lâmpada. Todas as vezes que precisamos da manutenção, o rapaz fala que está no Ambulatório do Hospital”.*

*“Falta funcionário no nosso setor no noturno (Setor de Rouparia), pegamos muito peso, falta mais colaboração entre os colegas”.*

### 5.3.1.5 Em relação ao treinamento e organização do trabalho

Os funcionários têm claro a necessidade de treinamento, bem como da organização ou reorganização do serviço.

*“Quando a estrutura física estiver preparada para o parto humanizado, precisaremos de treinamento tanto para o médico como as enfermeiras obstétricas, treinamento prático e não teórico”.*

*(...) “É preciso reeducar os Residentes. Orientação para os R1 sobre como proceder com a paciente”.*

*“Falta de treinamento entre os profissionais da enfermagem. Dificil relacionamento com a enfermagem no sentido de colher informações e transmitir informações. Falta de educação continuada, tanto no setor administrativo quanto no técnico. Falta compreensão entre os funcionários. Tolerância zero! Impaciência!”*

*“Falta treinamento para os funcionários, reciclagem pessoal, palestra para aqueles com problemas de saúde na unidade”.*

*“Esses cursos ou oficinas precisam ser mais freqüentes porque não temos dinheiro para pagá-los fora do hospital e ajuda demais nas nossas profissões. Podíamos ter apostilas claras para melhor entender como procedem”.*

Queixam-se da falta de equidade e organização por parte das chefias.

*“Infelizmente existem dois pesos e duas medidas. Há falta de planejamento das férias dos funcionários, assim prejudicando o andamento dos setores. Falta de organização vindo da chefia da recepção”.*

*“Deve ficar enfermeira permanente no CO, para resolver problemas de escala, manutenção, etc. Reunião mensal, para se passar as últimas mudanças e soluções possíveis em todos os setores”.*

*“Mais organização na R.P.A, em relação aos momentos imprevisíveis de urgência com paciente (clientes) de P.O.I graves como preparo de materiais de parada cardiorespiratória. Ter mais ordem em relação às normas.*

### **5.3.1.6 Em relação aos direitos dos usuários**

Muitos funcionários, apesar de não terem conhecimento sobre o direito dos usuários quanto a presença do acompanhante, referem que esta ausência causa muito prejuízo e ansiedade às gestantes/parturientes/puérperas.

*(...) “No Alojamento Conjunto a paciente fica ansiosa aguardando a visita, notícias de casa, mas embora em horários restritos ela pode receber a família e amigos enquanto que no Centro obstétrico e na Recuperação pós-anestésica elas não têm acesso aos familiares”.*

*(...) “É preciso a liberação do acompanhante e sensibilização de todos os médicos para o parto humanizado”.*

*“Gostaríamos que as pacientes da SEMI-INTENSIVA tivessem um acompanhamento mais organizado, para que elas não ficassem tão ansiosas e tanto tempo hospitalizadas, pois elas ficam bastante depressivas, embora estamos aqui para dar todo apoio a elas”.*

## **5.3.2 Pontos positivos da instituição**

### **5.3.2.1 Em relação à interação profissional**

Apesar da violência no ambiente de trabalho, percebida e relatada por grande parte dos profissionais e visível interação profissional em certos setores,

*(...) “A equipe tem um entrosamento muito bom, ou melhor, ótimo”.  
(Func. do Protocolo)*

*“Dentro do D.P não temos problemas, somos uma equipe unida. Sempre tentando colaborar com os colegas. Por isso somos taxados como panelinha”. (Func. do DP)*

(...) *“Em certos setores ainda existe coletividade e companheirismo”*  
(Func. Ambulatório.)

*“Temos entre nós simpatia, alegria e comunicação. Temos um bom relacionamento entre os funcionários do setor”.* (Secretárias da Diretoria)

(...) *“Existe a receptividade do grupo de trabalho. Aqui há união para toda e qualquer tarefa”.* (Func. UTI)

*“Os funcionários do D.P tratam bem a nós os funcionários”.* (Fun. Berçário)

### **5.3.2.2 Em relação à infra-estrutura**

A infra-estrutura é inadequada, mas a administração da instituição tem otimizado da melhor maneira possível qualquer espaço para se desenvolver programas que contribuem com a humanização da assistência.

(...) *“Um ponto positivo do RH é que ele abre as 7:00hs e fecha as 20:00hs”.*

(...) *“No setor está havendo mudanças, melhorias na estrutura física e tecnológica para melhor atendimento e agilidade para o usuário”.*  
(Func. Recepção)

*“Temos sala de amamentação, Banco de leite, Projeto Canguru (quando possível), UTI adulto, neonatal e para baixo peso (até 1.200grs) 2 leitos”.* (Func. Berçário)

### **5.3.2.3 Em relação à comunicação e integração entre os funcionários**

Logo que se deu início ao processo do diagnóstico de clima organizacional, observou-se melhora na comunicação e integração entre os funcionários, embora em alguns setores sempre tenha existido muita amizade e solidariedade entre eles.

(...) *“Em comparação há alguns anos atrás ,acho que mudou muita coisa por aqui, porque antes aconteciam muitas coisas horrorosas, mas ainda falta muita coisa para melhorar”.*

(...) *“Está havendo mais confraternizações entre os funcionários”.*  
(Enfermagem)

(...) *“Existe muita empatia em nosso meio e boa vontade. Há muito amor com as tarefas (gostamos do que fazemos)”.* (Serviço Social)

(...) *“Tem chefias (encarregadas) que procuram colaborar dentro do possível”.* (AE)

(...) *“A chefia atual que nos permite opinar e se for o melhor para equipe, mudar algumas coisas, ou seja, nos permite ter iniciativa”.*  
(Func. Recepção)

*“Aqui tem bons tratamentos: os RNs tem um bom tratamento médico, pois quando apresenta um problema de saúde ou suspeita, ficam sobre vigilância dos médicos e enfermeiras. São feitos todos os exames e só tem alta quando é identificado tudo e muitas vezes os neonatologistas ainda os acompanham pelo Ambulatório; supervisores de enfermagem, berçário. Para mim são verdadeiras mães. Estão de Parabéns!”* (Func. Berçário)

(...) *“A diretoria veio pedir a nossa opinião e isto nunca aconteceu por aqui, espero que continuem”* (Func. Aloj. Conj.)

#### **5.3.2.4 Em relação ao quadro de pessoal**

De quatro anos para cá, o HMI e seu Ambulatório contam com funcionários humanizados e de boa qualidade técnica.

(...) *“O RH esta tentando dar um bom atendimento para os funcionários em geral. A direção do RH é boa”.*

(...) *“A diretoria é boa para os funcionários”*. (Func. Diretoria)

(...) *“Boa qualidade dos médicos e enfermagem”* (Func. CO)

*“Este mês, dia par, está tudo ótimo, nós colegas nos entrosamos e as nossas enfermeiras são bem atenciosas”* (Func. CO)

### **5.3.2.5 Em relação ao treinamento e organização do trabalho**

A instituição sempre se preocupou em proporcionar treinamentos nos diversos temas referentes à Assistência Materno-neonatal.

(...) *“Estes cursos de humanização que estão começando são pontos positivos”*. (AE)

*“No Ambulatório se tem liberdade para trabalhar com qualidade, respeitando-se os limites de cada funcionário”*.

*“Todos os projetos do hospital acontecem devido a dedicação dos profissionais”*. (Serviço Social)

(...) *“Fazemos atendimento imediato a gestante com dor e tratamento e ensinando a prevenção”* (Func. Ambulatório)

(...) *“O começo da informatização do hospital, o programa para que ainda está em teste, mas acredito que amparando as arestas tudo ficará bem”*. (Func. Recepção)

### **5.3.2.6 Em relação aos direitos dos usuários**

A administração não tem medido esforços para garantir ao cliente externo o atendimento de qualidade.

*“No hospital o atendimento é rápido. Muitos têm preocupação com o bem estar dos outros. Estamos sempre dispostos a atender as solicitações dentro do possível”. (Func. Diretoria)*

*“Temos respeito aos usuários Aqui temos orientação reforçada sobre o pré-natal, grupos de adolescentes, Planejamento familiar, Aleitamento Materno, Banco de leite e Curso de preparação do parto”. (Func. Ambulatório, Serviço Social)*

*“Somos receptivos. Procuramos atender o paciente da melhor maneira possível. Temos disposição em atender as solicitações feitas” (Func. Recepção Ambulatório, Secretárias da Diretoria.)*

*“As pacientes são bem acolhidas e ficam satisfeitas em conseguir ganhar o seu bebê nessa instituição”. (Fun. Pré-parto)*

### **5.3.3 Sugestões de melhoria institucional por parte do cliente interno**

#### **5.3.3.1 Quanto à interação profissional**

Nas falas abaixo percebe-se a carência de interação e acolhimento entre as equipes.

*(...) “Um ambiente de trabalho mais saudável, um ambiente de trabalho com menos sofrimento”.(AE)*

*“Solicitar maior e melhor participação dos residentes”. (Enfermagem)*

*“Companheirismo entre as pessoas que formam o quadro de funcionários. Treinamentos específicos, periódicos, cooperativismo entre as parte, chefia e subordinados. Melhoramento do ambiente de trabalho e pensamentos que dão suportes ao bom desempenho das atividades”. (Sub-frota)*

*“Quando a funcionária chegar atrasada no trabalho, perguntar os motivos e observar quantas vezes está chegando atrasada e conversar sem punir imediatamente”. (AE)*



*“Estimular as auxiliares a fazer uma comemoração de aniversário, unir mais os colegas, perguntar quais os anseios de cada um com amor e carinho com todos. Confraternizar mais a equipe”. (AE)*

### 5.3.3.2 Quanto à infra-estrutura

São pontos comuns entre o cliente interno: necessidade de investir em condições estruturais de sustentação da atenção humanizada ao parto e nascimento; apoio à estrutura do Comitê de Acolhimento e Humanização da Assistência Materno-Neonatal; políticas de Recursos Humanos que reduzam as inseguranças trabalhistas e técnicas; evitar distorções da concepção de “inversão do modelo”.

*“No caso dos funcionários terceirizados terem direito a refeições, melhoria quanto aos seus ambientes de trabalho. Até no caso perguntarem pessoalmente para eles o que necessitam”. (AE, Enfermagem, SAME, Segurança)*

*“Não temos um vestiário decente para gente mudar a roupa, tomar um banho”. É necessário banheiro feminino e masculino com armários para todos os funcionários”. (Enfermagem)*

*“Colocar balcões e cadeiras adequadas para o bom desempenho de nossas funções evitando doenças profissionais como: tendinite e problemas na coluna. As cadeiras são muito baixas”. (Func. Recepção)*

*(...) “Fechar mais o vão do vidro da recepção, pois no inverno de madrugada o vento é muito grande”. (Func. Recepção)*

*(...) “Macas com condições de uso e se possível um transfer (não custa caro)”. (Enfermagem)*

*(...) “Deve ser reavaliado a alimentação do paciente no PS”. (AE)*

*“Adequação de móveis para o exercício da profissão desde recepção, enfermagem. Um balcão apropriado, aparelhos novos e em maior quantidade”. (Enfermagem, SAME)*

*(...) “Queremos que volte o lanche das 16 horas”. (AÉ, Recepção)*

### **5.3.3.3 Quanto à comunicação e integração dos serviços**

Percebe-se nas falas abaixo que o cliente interno gostaria de participar da administração da instituição e que há entraves na comunicação e integração entre funcionários e equipes.

*(...) “Somos uma boa equipe de trabalho, nos acolhemos muito. Nunca fomos chamadas para discutir em reuniões, problemas sobre o serviço, dúvidas, erros, etc”. (SAME, Enfermagem)*

*(...) “Melhoria da informação e comunicação entre os setores. A comunicação tem que ser mais ágil”. (SAME, AE, Recepção, Sub-frota, Seguranças)*

### **5.3.3.4 Quanto ao quadro de pessoal**

A lógica de contratação do Estado e a ausência de concursos públicos para certas categorias é um dos entraves na humanização da assistência.

*(...) “Um maior número de motoristas para remoção”. (Sub-frota)*

*(...) “Gostaria que tivessem maior compreensão para os funcionários contratados e fazer remanejamento de funcionário que não se adapta em determinado setor”. (AE)*

*“Acho que também o noturno deveria ter as normas, porque aqui neste hospital a diretoria só funciona de dia (diurno). A noite é completamente diferente. Tam,bem acho que a diretoria deveria sensibilizar e se colocar no lugar de quem fica 12 horas sem lanche da tarde” (AE)*

### 5.3.3.5 Quanto ao treinamento e organização institucional

Percebe-se nas falas abaixo sobretudo do pessoal noturno a vontade de serem capacitados. E a percepção do cliente interno quanto a necessidade daqueles com problemas de saúde de receber orientações sobre adequação satisfatória ao trabalho.

*(...) “Queremos mais treinamento para os funcionários do noturno, reciclagem pessoal”. (AE)*

*(...) “É necessário palestra para os funcionários com problemas de saúde na unidade”. (Enfermagem)*

*(...) “Treinamento constante com os funcionários da parte administrativa”. (Func. DP)*

*“Mais treinamento para os funcionários que ficam na recepção para não fazerem os mesmo erros”. (SAME)*

*(...) “Esses cursos ou oficinas precisam ser mais freqüentes porque não temos dinheiro para pagá-los fora do hospital e isto ajuda demais nas nossas profissões”. (AE, Enfermagem)*

*“Verificar as queixas e cobranças dos médicos que muitas vezes são sem justificativas”. (Enfermagem)*

*(...) “Fazer reunião mensal, para passar as últimas mudanças e soluções possíveis em todos os setores”. (AE)*

### 5.3.3.6 Quanto aos direitos dos usuários

Embora o cliente interno tenha parte dos seus direitos não contemplados ele reconhece a não legitimação de muitos direitos dos usuários.

*(...) “Maior informação para a gestante durante o pré-natal, preparo psicológico, transmitir segurança a gestante durante o pré-natal. Que o médico permanecesse no PS, em forma de rodízio”. (AE)*

*(...) "A enfermagem precisa ter mais acolhimento e interação com a recepção. Dar maior atenção aos funcionários noturnos e as adolescentes em geral, mesmo as que não fazem Pré-Natal aqui". (Func. Recepção)*

*"Aumentar a carga horária de visita de paciente que está reduzida por falta de funcionário". (Enfermagem)*

## **5.4 Resultados das entrevistas**

### **5.4.1 Principais ancoragens**

Com fundamento nas 67 entrevistas em profundidade com o cliente interno, encontramos as seguintes ancoragens:

*(...) Essa entidade maternidade sensibiliza a todos nós. A obstetria é uma especialidade gratificante, de muita alegria, é uma especialidade de muito conforto, de muito calor humano. É uma área extremamente humana, chega bem perto da intimidade da mulher. Ajudar as pessoas é muito gratificante. É lindo o parto normal. O nascimento é o fenômeno de maior importância do universo. O parto humanizado é maravilhoso.*

### ***Discurso dos profissionais que optaram pela profissão que exercem por outros interesses exceto por vocação***

*Hoje em dia, a pessoa que não tiver uma profissão está difícil. Obstetria cansa demais, e precisa acordar nas madrugadas. Hoje em dia só dá para fazer obstetria nos plantões. Para sobreviver precisa ter pelo menos um emprego público.*

### ***Por que escolheu este Hospital para trabalhar?***

*Na vida a gente nem sempre escolhe o que quer. No serviço público você não escolhe, você é escolhido. Às vezes você escolhe o que quer e não escolhe bem ; às vezes você não tem a opção de escolher e acaba em lugares onde você tem experiências*

*gratificantes. Hoje em dia para quem está se formando está muito mais difícil arranjar emprego.*

***Está satisfeito com o que vem desempenhando aqui?***

*Satisfeita a gente nunca fica. O ser humano é um eterno insatisfeito. A insatisfação é a marca do progresso. A busca por mudanças é constante. Sempre é tempo de adquirir mais conhecimentos. Sempre dá para fazer mais do que está se fazendo. O desempenho sempre deve ser melhorado. O trabalho exige constante aprendizado. Tem muitas pessoas que as vezes gosta de uma determinada especialidade, mas as vezes não gosta do setor aonde está trabalhando. O contato com um grande número de pessoas é gratificante. Se você trabalha num bom ambiente tudo vem a satisfazer. Não é tão difícil agradar um usuário dentro do hospital. Toda pessoa quando faz o que gosta, ela dá o melhor de si. Faz tudo para fazer o melhor. Profissionais de saúde procuram fazer o melhor para a paciente. Em pleno século XXI a mulher sentir dor na hora do parto é ridículo. A gente fica satisfeita quando vê as pessoas elogiando o nosso hospital. A humanização muda a relação entre as pessoas. Quando a ficha cai, a humanização avança. Quando deixam o funcionário falar, as coisas avançam. Em vez de apontar os erros tem que apontar as qualidades. É sub-humano você ter três auxiliares de enfermagem para cuidar de quarenta mães e de quarenta bebês. O médico não ganha um salário para poder se dedicar em tempo integral. Hoje em dia quem não tem dois empregos passa fome.*

***O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal***

*Humanizar é não atrapalhar o nascimento. É o nascer bem e dignamente. É o que é melhor para mãe e o neném. É tirar a dor da paciente. Não dá para descolar a mãe da criança, do recém-nascido. Qualquer coisa que você transmita para mãe está indiretamente transmitindo para o filho. Tudo que ela receber também ela estará transferindo para a criança. O parto natural, o parto normal, vai ser mais natural ainda com esse trabalho de humanização. Humanização é você estar dando um apoio psicológico para mãe. Orientando para ela amamentar, da importância da*

*amamentação, da importância do vínculo maternal. O parto humanizado tem que ser uma coisa mais carinhosa, mais atenciosa porque ela está numa situação fragilizada, não doente, porém fragilizada. Não precisa ter curso de parto para se ter parto humanizado. Todo mundo gosta de carinho. Garantir o conforto, privacidade, alimentação, oferecer líquidos, a possibilidade da gestante caminhar, escolher a posição para seu parto. Preparar a gestante para o inesperado, cesárea por exemplo, garantindo a qualidade do atendimento. Favorecer a presença de um acompanhante no pré-natal e parto. Possibilitar a presença do pai. A gente tem que concentrar o nosso esforço total na parte de atendimento, conforto e calor humano em cima da entidade mãe. É a forma natural de nascer e ser recebido pelo mundo. Humanização é a pessoa humana. O entendimento entre o ser humano sadio, saudável, não é fácil. Humanização do parto é um parto humano, é um parto com dedicação. Se as mulheres não forem preparadas, não dá para fazer parto humanizado. Elas falam que querem parto normal da boca para fora. Na hora que estão na cama gemendo de dor, todas querem cesárea. Fica difícil fazer parto humanizado se elas chegam dizendo que não podem ter parto normal. A realidade é uma fora do trabalho de parto e no trabalho de parto a realidade é outra, totalmente diferente. Agüentar marido de paciente bêbado não é fácil. As mulheres despreparadas gritam muito no parto.*

### **Quanto aos itens de humanização nesta instituição**

*É o contato, é o saber do funcionário, é o perguntar, é a troca que a gente tem com alguns funcionários sobre os problemas da Maternidade. Por ser uma Maternidade pública, esta é muito boa. Às vezes tem pessoas de fora que tem convênio e deixam o convênio e vem ser atendido aqui. Às vezes elas ficam bravas: não, mas eu quero ficar, me deixe ficar porque eu gosto daqui. É melhor estar aqui sendo bem tratada do que estar em um hotel cinco estrelas sendo desprezada.*

### **Quanto aos itens de desumanização nesta instituição**

*A realidade do nosso país é muito contraditória. No hospital público podemos encontrar as diferentes classes de pessoa. O médico às vezes acha que sabe tudo.*

*Pessoas que não vestem a camisa da instituição, principalmente os médicos que acham que são deuses. O governo precisa liberar verba porque hoje em dia a situação não está fácil*

***A estrutura física do hospital atrapalha o processo de humanização da assistência?***

*Para haver humanização a gente precisa de sensibilidade não de estrutura física. Aqui é igual coração de mãe, sempre cabe mais um. A gente pode tratar bem as pessoas, independente do tamanho do local. Hospital pequeno demais atrapalha a comunicação. Todo mundo falando ao mesmo tempo acaba um atrapalhando o serviço do outro.*

***Qual o profissional que oferece mais resistência no processo de humanização?***

*O parto humanizado é uma coisa mais demorada. A gente é treinada parar ser mais resolutivo. O médico é sempre a parte aonde vai estourar as coisas. Os médicos são muito estressados. Não tem cabimento o profissional atrapalhar a humanização. O médico quando sensibilizado é o maior colaborador.*

***Qual o profissional que mais colabora no processo de humanização?***

*As enfermeiras, elas até são humanizadas, só que é tanta burocracia no papel que elas se perdem no papel e não tem tempo para a paciente. Às vezes você vê enfermeiro que trata bem, tem enfermeiro que não trata bem, tem médico que é super bonzinho, tem outros que não são. Os médicos colaboram muito também, mas a enfermagem é que está mais tempo com a paciente. É em ultimo caso que as mulheres chamam o médico, a primeira palavra que vem na boca sempre é a enfermeira, chama a enfermeira. O médico vem, passa a visita e vai embora e há desencontro médico, porque o plantonista vem, amanhã vem outro, depois vem outro depois de amanhã vem outro. Começa do Pronto Socorro, aqui a mãe é bem recebida à gente orienta, a gente a recebe bem. As vezes nós temos mães chorosas, então você procura humanizar ela aqui, a gente tentar passar uma coisa boa para elas aqui. Daí a pessoa chega aqui esta deprimida, chorosa e quando ela encontra você e você conversa com ela, deixa ela a vontade ela já*

*melhora. Os auxiliares de enfermagem começam o bom atendimento, a gente que recebe elas, deixa elas a vontade, conversam, ouvem o que elas tem a declarar. É um serviço que depende muito um do outro, porque não adianta você ser bem atendida aqui e ser mal atendida lá em cima. A assistente social se não fosse tão complicada poderia colaborar mais ainda na humanização. Todo neonatologista compreende o bebê, sabe respeitar a identidade do feto. O auxiliar de enfermagem é o profissional mais acolhedor. Os auxiliares de enfermagem a maioria são humanos. O auxiliar de enfermagem costuma ter mais paciência. Somente a motivação faz com que projetos sejam implantados com sucesso. É uma coisa de vestir a camisa mesmo, ou você veste a camisa ou você não veste a camisa. Dá para contar nos dedos os profissionais que colaboram com o parto humanizado.*

#### ***O atendimento ao pré-natal influencia o processo de humanização da assistência?***

*Fazer um bom pré-natal é fundamental. É o início de toda a humanização. A primeira impressão é a que fica. Quando você vai fazer uma coisa que você não conhece, você vai mais insegura, com medo. O pré-natal é importantíssimo. Quando ela começa ser preparada no pré-natal, ela fica mais sem medo, ela não vem tão armada para o hospital. O pré-natal é o início, a partir de lá preparam ela para nove meses depois ela vir ganhar o bebê. O pré-natal na instituição pública é melhor do que os de convênios que de 5 em 5 minutos tem que se atender uma paciente. O pré-natal com qualidade trás muitos resultados. Um pré-natal humanizado faz parte do ciclo de nascimento.*

#### ***A história de vida dos profissionais influencia o processo de humanização da assistência?***

*Nossas experiências e nossas emoções estão sempre presentes em todas as nossas ações. Cada um de nós trazemos traços próprios desde a infância. Quando você é criado com amor, no mínimo devolverá amor. Nós somos o que construímos na nossa história de vida. Alguém com experiência de dar e receber afeto certamente estará mais preparada para a experiência da humanização. Aquele que não recebeu afeto nem saberá do que você está falando. Cada um tem uma forma de encarar a vida. Porque tem médicos que*



*fazem a sua profissão por amor, tem outros que já fazem até mesmo por interesse financeiro. Estes médicos muito novinhos não têm humanização. Se a pessoa não está interessada em ajudar primeiro a pessoa e depois o pagamento dela, eu acho que ela não tem a mínima condição de fazer um parto humanizado. A vida realmente não é nada de flores e perfumes. Atender até 80 fichas no plantão, assim não dá para fazer humanização. Toda história de vida dos atores envolvidos nas ações de saúde influenciam, modificam e interferem no trabalho desenvolvido. Tem que ter um jogo de cintura, para estar entrando na porta e deixando a sua vida particular lá fora. O profissional que vem com problema de casa, ele desabafa com certeza na mãezinha. Casa é casa, serviço é serviço e trabalho é trabalho. Aqui você vem para trabalhar e tem que procurar tudo de melhor para você fazer e não misturar as estações. Cada cabeça pensa de um jeito. Cada um pode ser um profissional que soma ou diminui para a humanização. Existem aqueles que já tem no seu âmago predisposição para ajudar as pessoas. Nós seres humanos, nós estamos aqui para ajudar uns aos outros. Nós todos dependemos um do outro. Aqui ninguém é melhor do que ninguém. Quando buscamos melhorar as relações usuário/profissional, profissional/profissional, chefias/profissionais, estamos trabalhando com relações entre pessoas.*

***A história de vida das pacientes influencia o processo de humanização da assistência?***

*A obstetricia é uma caixa de surpresas. Aquele que não sabe dar afeto tem maiores dificuldades de entender a necessidade do outro. Aquele que nunca recebeu afeto não saberá reconhecer o tratamento mais humano proposto pela humanização no atendimento. As mulheres daqui da região são muito sofridas. Conhecendo a história de vida da paciente é muito mais fácil para gente trabalhar na humanização. Se a paciente tem uma história de vida complicada, ela acaba dando mais trabalho. Se ela já teve uma complicação na gestação anterior, então ela já vem com aquilo, marcado. Se é uma gestante que o pai põe para fora de casa, ela vai chegar aqui se sentindo meio coagida. Se é uma gestante que sofre violência da família, desprezo, preconceito, ela vai se colocar na defensiva. Mulheres que sofreram violência não tem parto normal de modo algum. Nem pensar em fazer parto normal em adolescente que não quer a*

*gravidez. E o trabalho da gente é estar prestando uma qualidade de serviço a quem realmente está precisando. O ser humano é muito versátil e sensível. Só é compreensivo quem consegue enxergar o íntimo delas. Nem sempre é assim, nem todo mundo aceita as coisas. Tem marido de paciente que é muito ignorante. Tem marido que não sabe que o exame de toque faz parte de todo procedimento e acha que vai fazer sacanagem com a mulher dele. O ser humano é muito de estar querendo que você entenda o problema dele e sofra junto com ele. A cultura da cesárea está muito sedimentada entre as mulheres. Elas já chegam aqui pedindo cesárea. As pacientes se comportam geralmente bem, quem sempre desestrutura o trabalho é o acompanhante. O ponto de vista religioso é muito importante. A religião resgata a auto-estima, traz novos horizontes para esta mulher. Quem não tem um passado, quem não tem um problema!*

#### **5.4.2 Discurso do sujeito coletivo**

Com fundamento no material extraído nas entrevistas em profundidade com o cliente interno e de acordo com a metodologia de LEFÈVRE e LEFÈVRE 2000, chegou-se aos seguintes discursos:

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que escolheu este hospital para trabalhar?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Foi convidado pela Administração do Hospital</b>	No início não foi a minha escolha. Em um dos governos uma colega foi convidada para assumir o hospital no aspecto administrativo e ela me pediu uma colaboração, se eu poderia ajudá-la e quem sabe fazer este hospital a maternidade que é hoje. Eu vim para cá com outros amigos, e foi feito um concurso público, eu prestei o concurso, entrei e estou aqui desde a época que abriu o hospital até nos dias de hoje. Eu fui indicado no começo. O hospital começou com indicações de outras pessoas. Eu fui convidado para trabalhar aqui e me sinto muito honrado desde então. Eu trabalhava no hospital da rede privada, este hospital teve uma reestruturação e eu fui convidado para trabalhar aqui. Na época eu conhecia a chefe da residência e ela conhecendo o meu modo de trabalho disse que precisava de uma pessoa como eu aqui neste hospital. Então foi através da residência que eu comecei aqui no hospital. Eu me identifico com as pessoas que trabalham aqui e eu fui convidado e prestei o concurso público, passei e estou aqui. Sujeitos: (O1, O2, O4, O3, A1)	Na vida a gente nem sempre escolhe o que quer. Às vezes você escolhe o que quer e não escolhe bem e as vezes você não tem a opção de escolher e acaba em lugares onde você têm experiências gratificantes. No meu caso, eu comecei como médico concursado no antigo INAMPS no ambulatório que hoje é o ambulatório da Maternidade Interlagos. Desde 1983 que eu estou ali atendendo como obstetra ginecologista e em 1999 surgiu a oportunidade. A Maternidade estava querendo implantar o seu ambulatório próprio de obstetria e como eu tinha uma experiência razoável no setor, eu fui convidado pela Diretora da Maternidade naquela época, para vir implantar e criar o serviço de ambulatório aqui nesta Maternidade e a coisa foi evoluindo, o trabalho frutificou no ambulatório e eu tive a oportunidade de depois com a saída da diretora anterior, de assumir a diretoria da Maternidade Interlagos. Então, eu cheguei aqui convidado para participar da administração e ajudar na reconstrução daqui. Surgiu a oportunidade, e eu aceitei. Sujeitos: (DG, DC, DRH)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de quatro obstetras e um anestesista, um diretor geral, um diretor clínico e um diretor de Recursos Humanos. Quando o hospital foi aberto no dia 1 de Outubro de 1994 a grande maioria dos funcionários foram contratados de emergência (contrato 3131) e esta estratégia permitiu que então a administração escolhesse a dedo os seus colaboradores. Posteriormente houveram os concursos e mais de 50% desses profissionais tornaram efetivos.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que escolheu este hospital para trabalhar?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Foi convidado pela Administração do Hospital</b>	Na inauguração do Hospital Maternidade Interlagos, eu fui convidada para vir trabalhar aqui, para abrir o Departamento Pessoal que não tinha Departamento Pessoal aberto aqui. Então fui convidada a vir para cá, e como moro perto aqui, tudo encaixou. Então aí foi que eu iniciei aqui no hospital. Sujeitos: (OA3)	Eu trabalhava no Servidor Municipal e um dos Diretores do HMI, trabalhava no CEPACO, onde eu trabalhava tinha uma farmacêutica que era amiga do diretor do HMI e ela trabalhava no CEPACO e no Servidor e o diretor do HMI estava procurando uma pessoa para trabalhar aqui, pois ele estava montando um serviço de atendimento as parturientes e queria montar uma equipe de obstetras e enfermeiras obstetras naquela época e ele queria que o atendimento fosse feito pela enfermagem e não pelo médico. Quando o Diretor daqui soube que eu estava no trabalho de humanização, ele me convidou para eu vir ajudar a implantar a Humanização da Assistência aqui. E eu fui chamada para fazer parte da equipe. Eu moro na zona Norte, aqui é extremo Sul, é meio longe. O salário do serviço público não é muito bom. Ele me convidou para trabalhar aqui, eu aceitei, eu não tinha muita experiência, eu trabalhava no Municipal eu não era enfermeira, eu era ainda auxiliar, mesmo formada eu trabalhava como auxiliar. Na verdade eu não escolhi, Havia um cargo disponível e eu aceitei. Ele me convidou, eu aceitei e estou aqui desde 1998. Sujeitos: (E2, E1, P2, F2)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um oficial administrativo, duas enfermeiras, um psicólogo e um farmacêutico. Na abertura do hospital, muitos funcionários contratados de emergência tiveram seus contratos renovados por pelo menos uma vez caso a administração julgasse necessário

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Não escolheu, passou no concurso do estado</b>	Esse hospital aqui, faz parte da residência do Pérola Byghton. Eu passei no SUS e eu gostava do Pérola, por causa da parte de gineco e a obstetria é aqui no Interlagos. A gente faz a parte de ginecologia no Pérola Byghton e aqui se localiza a área de obstetria. O volume de pacientes aqui é muito grande. Lá no Pérola chega a 3.000 consultas/dia. O importante do Pérola, é que lá tem todas as sub-especialidades dentro da ginecologia. E uma que me interessa é fazer mastologia. Os Residentes ficaram sabendo que abriram o Hospital e que tinha vaga aqui, me chamaram, depois de um tempo teve o primeiro concurso, eu prestei, passei e eu ainda estava no final da Residência quando eu passei. Aqui é um hospital bem renomado e eu sabia que aqui eu ia estar preparada depois para atender bem as pacientes e para o mercado de trabalho também. Sujeitos: (RD, RA, RB, O5)	Eu fiz concurso e fui chamada para cá. Sujeitos: (TL)	Não foi opção. Eu entrei aqui porque eu prestei concurso, a opção era apoio ao usuário. Logo de início, eu não tinha muita experiência aqui no hospital e na primeira e segunda semana eu já consegui me identificar um pouco no serviço. É a minha cara para dizer a verdade. Sujeitos: (OA5)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três residentes de obstetria, um obstetra, um técnico de laboratório e um oficial administrativo. Os residentes de GO do Hospital Pérola Byghton fazem a parte de obstetria no HMI e seu ambulatório. Os concursos de outras categorias são muitos concorridos

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**  
*Por que escolheu este hospital para trabalhar?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Foi encaminhado pela empresa onde trabalhava</b>	Foi uma coincidência. Eu vim trazer minha sobrinha aqui para fazer exame, aí comecei a conversar com o rapaz daqui. Depois, eu fui encaminhado pela empresa para este hospital. Não escolhi, fui encaminhado pela empresa. Então não tive nenhum problema. Eu conheci esse hospital pela empresa. A empresa conseguiu contrato aqui, a empresa que tem contrato aqui. Adoro trabalhar aqui. Se um dia eu sair daqui eu vou sentir muita falta, pelo fato de estar ajudando as mãezinhas, paizinhos. Sujeitos: (S2, S1, S4, AL2)		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três seguranças e um auxiliar de limpeza. Como acontece na maioria dos hospitais tanto público como privado certos setores como Segurança, Nutrição, Serviços Gerais são terceirizados visando maior qualidade

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Direção do HMI e do Ambulatório</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Identificação com os programas de Humanização do Hospital</b>	Eu gosto, por ter objetivos do Amigo da Criança, a implantação do parto humanizado Então eu acabei optando por trabalhar em hospitais que fizessem o parto humanizado. Este hospital, ele visa o parto humanizado e ele é um Hospital Amigo da Criança, que tem os objetivos que enquadram com aquilo que eu penso. Trabalhei no Hospital Estadual da Vila Alpina, que também é do Governo Estadual e ele também faz parto humanizado. Ao terminar a faculdade passei por um estágio de dois anos em uma Clínica Social de Psicologia que atendia uma população mais carente. Surgiu neste período o interesse em realizar meu trabalho em uma unidade de saúde pública. Após realização de concurso público fui contratada para exercer esta função no Posto de Atendimento Médico Cidade Dutra. O contrato com o Hospital ocorreu a partir de 2000 com a incorporação do PAM Cidade Dutra, passei a ter um maior contato com o HMI. A escolha se deu em função dos programas oferecidos pelo Hospital, a partir da Iniciativa Hospital Amigo da Criança comecei a participar mais ativamente das atividades de humanização da unidade. Então, eu vim fazer uma entrevista e na época que eu vim o Hospital estava pleiteando o título "Amigo da Criança". Eu passei na entrevista, passei na prova e vim trabalhar no ambulatório. Modificamos todo o ambulatório da Maternidade Interlagos. Então, para mim trabalhar aqui na Maternidade Interlagos é um grande desafio, porque é uma constante mudança de tentar melhorar sempre o serviço público. Eu tenho aqui o Hospital Maternidade Interlagos como um desafio para minha pessoa. Sujeitos: (N1, N2, N3, DA, E)	Sempre eu soube que aqui era uma Maternidade que tinha tudo para dar certo em relação a humanização, como eu fui sempre muito voltada para esta questão da humanização, como eu sou integrante do Colegiado do Ministério da Saúde, com relação ao prêmio Galba de Araújo, isso foi realmente uma coisa muito importante para mim, já fui também do estado, então quando a Diretora daqui soube que eu estava nesse trabalho, ela me convidou para vir exatamente ajudar a implantar a Humanização da Assistência aqui. Então é isso, nós estamos tentando a cada dia melhorar as condições para que a Humanização seja realmente efetivada em todos os meandros que tem que ser efetivados, então é neste sentido que a gente esta construindo, se organizando cada vez mais para que isso ocorra. Fiz o concurso em 1997 e já sabia que era um Hospital somente de maternidade e que eu estava completamente inserida. Sujeitos: (E2, E3)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três neonatologistas, Diretor de Ambulatório, um Diretor de Enfermagem e duas enfermeiras. Nos últimos anos a instituição tem se voltado para os Programas de Humanização da Assistência e certos profissionais que se identificam com os mesmos tem procurado trabalhar no HMI

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que escolheu este hospital para trabalhar?*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Mora perto do Hospital</b>	<p>Porque é um lugar próximo de onde eu moro. Então já me facilitaria bastante e, eu prestei o concurso porque, eu realmente não tinha nenhuma outra opção e fui colocada aqui no RH porque antes eu já trabalhava mexendo com o pessoal, e era uma firma particular, mas eu mexia muito com papéis, eu sempre gostei disso. Então fui colocada aqui e me dei muito bem. Era o mais próximo da minha casa e eu sempre gostei do HMI, porque eu já tive uma filha aqui e, achei muito dez a limpeza do local. Eu estava desempregada. Aí como não tinha outra opção, eu fiquei neste setor mesmo.</p> <p>Sujeitos: (OA2, AL3, AL1)</p>	<p>Eu não escolhi, eu moro aqui perto. Eu sou concursada, eu prestei concurso, passei e vim trabalhar aqui. Na verdade este Hospital ele existe há muito tempo, e eu moro aqui na região. Então eu sempre imaginei: “Ai meu Deus, puxa vida como que eu queria, se um dia eu fizer uma faculdade ou fazer alguma coisa relacionado a saúde, eu queria trabalhar aqui”. É uma coisa de carinho mesmo, é uma coisa que eu passava na avenida e via a Maternidade, porque lá da avenida dá para ver só a ponta do prédio e eu idealizava aqui, porque eu achava que trabalhar aqui seria um lugar legal para trabalhar pelo fato de ser perto de casa e você está sempre em contato com as pessoas próximas de você, da comunidade. Eu acho que foi isso, eu sempre quis mesmo trabalhar por este lado. Este hospital foi inaugurado em 1994 eu estava fazendo curso e eu fiquei animada, eu pensei: “eu terminando o curso eu vou lá procurar emprego”. Então foi isso, eu terminei em dezembro, vim aqui em meados de maio, junho eu já vim procurar emprego. Aí fiz uma entrevista e eu dou graças a Maternidade, porque hoje em dia quem está se formando está muito mais difícil de arranjar emprego e este Hospital ele abriu os braços para o pessoal recém formado. Então, a gente não teve tanta dificuldade de ter o primeiro emprego e essa Maternidade deu essa oportunidade. A gente entrou fazendo uma entrevista.</p> <p>Sujeitos: (E6, AE3)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um oficial administrativo, dois auxiliares de limpeza, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. O ideal seria que a maioria dos funcionários morassem perto dos seus trabalhos. Isto também seria um fator de humanização.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que escolheu este hospital para trabalhar?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Por indicação de amigos</b>	<p>Eu tinha uma vizinha que trabalhava aqui, e eu estava desempregada, ela disse que tinha uma vaga e eu vim meio desinteressada, aí fiz o teste, a chefe perguntou se eu poderia começar no mesmo dia. Eu comecei em um ritmo acelerado, fiquei uma semana trabalhando doze horas para conhecer os setores. Porque o arquivo, ele era vinculado a mais alguns setores, recepção, central de guardas, portarias. Cada dia a gente ficava em um setor, tinha atendimento de telefone, a gente elaborava o censo, era tudo vinculado em um único setor, aí depois foi desvinculando. Agora está só o arquivo e eu continuo no arquivo. Então, eu escolhi na influencia de uma vizinha minha, que trabalhava aqui, e ela falou que eu tinha uma grande oportunidade de crescer aqui. Então, foi através dela que eu consegui entrar, porque a gente não era concursado na época, era só por contrato e ela me colocou aqui, e eu dei continuidade.</p> <p>Sujeitos: (OA1, OA4)</p>	<p>É até meio engraçado, porque, eu não sou daqui. Quando eu vim para cá, eu vim procurar emprego. Esse hospital quando estava em formação, tinha um grupo de enfermeiros em Santos que me chamaram para vir para cá, estava montando o serviço de enfermagem. O pessoal foi embora, não se adaptou ao hospital. Eles disseram que aqui era maternidade, quando eu fiz estágio na minha faculdade, uma área que eu detestei foi maternidade, eu falei assim: eu não quero trabalhar em maternidade. Aí eu vim para São Paulo e tinha essa vaga no hospital aqui, aí eu entrei, e foi um desafio para mim, porque na época eu não gostava, e depois eu fui gostando de maternidade, tanto é que eu fiz pós-graduação em obstetria. Então, eu tinha pessoas amigas que trabalhavam comigo em outro hospital e eu morava na época em outra região, eu tive que me transferi para Zona Sul. Eu gostava de crianças, mas não de maternidade, mas acabei me adaptando e gostando. Eu gosto de estar atendendo esse lado mais carente da população, eu vi que tinha tudo haver comigo. Eu acho muito importante dar um atendimento mais específico a essas pessoas. Eu sempre tive curiosidade de saber, como é trabalhar em hospital público, na área pública.</p> <p>Sujeitos: (E7, E4, E5, F1)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois oficiais administrativos e três enfermeiros. O hospital sempre teve uma boa fama tanto entre a comunidade local como entre a acadêmica e muitos profissionais escolheram a instituição por este motivo

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que escolheu este hospital para trabalhar?*

<b>IDÉIA CENTRAL G</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Sempre sonhou trabalhar em Maternidade</b>		Eu tinha um sonho de ingressar na maternidade, trabalhar na maternidade. Eu era atendente. Comecei como atendente em um posto de saúde perto da minha casa, depois eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem que foi em 94, aí eu me demiti. Ingressei aqui como auxiliar contratada, depois eu efetivei, e continuo aqui, porque eu gosto de maternidade, eu gosto de trabalhar na maternidade. Este Hospital já estava na minha trilha faz muito tempo. Desde a época que estudava eu tinha colegas que trabalhavam aqui, eu tinha muita vontade de trabalhar aqui. Inclusive por três vezes eu estive aqui e não conseguia falar com a supervisora geral da enfermagem, porque ela sempre estava ocupada, mas da quarta vez eu consegui. Conversei com ela e ela: “tudo bem, eu vou te dar uma chance, e se você for bem a gente faz a contratação”. Fiquei dois meses como 3131, depois fui para 733, fui duas vezes 733. Eu prestei concurso nesta época e entrei como concursada. Hoje eu sou concursada. Eu sempre quis trabalhar em hospital, em especialização hospitalar. Eu morava perto do Hospital das Clínicas, e eu sempre tive vontade de trabalhar em hospital e, esse hospital aqui acabou acontecendo na minha vida, e eu gostei muito. Veio bem de encontro com o que eu estava desejando. Sujeitos: (AE1, AE2, P1)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de duas auxiliares de enfermagem e uma psicóloga. Percebe-se que alguns profissionais amam de fato o que fazem, tem vocação para trabalhar em maternidade e têm consciência dos seus processos de trabalho.

<b>IDÉIA CENTRAL H</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Amb</b>
<b>É um bom hospital se comparado aos outros do Estado</b>	Eu gosto muito daqui. Acho que aqui é um hospital que funciona relativamente bem perante os outros que a gente conhece. Por isso é que eu fico, porque se não, não. Este hospital é um dos melhores dentro do SUS de São Paulo, um hospital bem renomado e, aqui eu sabia que eu ia aprender bastante na minha profissão, e ia estar preparada depois para atender bem as pacientes e para o mercado de trabalho. Sujeitos: (O5, RB)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra e um residente de obstetrícia. Não só os médicos mas a comunidade local enfatizam que apesar de algumas deficiências, o HMI é um dos melhores hospitais do Estado.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>Está Medianamente satisfeito, pois tem expectativas de mais melhorias</b></p>	<p>A gente sempre acha que a gente pode desempenhar mais. Eu acho que eu tenho muita coisa ainda para fazer. Tem muita coisa que eu posso modificar, que eu posso melhorar, tem muita coisa que eu posso aprender. Aliás, eu nesse tempo que eu estou na Maternidade eu estou aprendendo bastante coisa. Então, eu acho que tem muita coisa ainda para gente poder movimentar e conseguir um acréscimo profissional muito grande. Mas de uma maneira geral o nosso trabalho aqui é bastante importante, a gente vê que a gente faz diferença. Tem algumas coisas que deveriam ser bem melhores, claro! Todos os serviços têm os seus defeitos e suas qualidades, é óbvio que tem muitos pontos bons, mas eu acho que falta um pouco para melhorar. Aqui, se eu fosse falar eu falaria mais em termos de aprendizado, porque eu estou no aprendizado. Então, eu acharia em termos da humanização do parto fica difícil porque eu não conheço muito o trabalho do hospital.</p> <p>Sujeitos: (N2, N3, RC)</p>	<p>Sempre tem alguma coisa para ser melhorado; quando você está satisfeito praticamente o processo, ele fica estagnado, se eu estou satisfeito eu não tenho mais nada para fazer. Então, satisfeito nós nunca ficamos. O ser humano é um eterno insatisfeito. Gosto muito do que faço e tenho as habilidades necessárias para desenvolver bem meu trabalho. Quanto a melhorias, sempre é tempo de adquirir mais conhecimentos. Satisfeito a gente nunca fica, porque você sempre sabe que dá para fazer mais do que está se fazendo. Só que às vezes nós dependemos de recursos, tanto materiais, como colaboração de outros profissionais para você desempenhar melhor, mas atualmente, nós estamos até com uma diretoria nova, então novidades virão por aí, então eu digo, estou satisfeita no momento sim, mas com certeza podendo fazer muito mais. O desempenho sempre deve ser melhorado. A busca por mudanças é constante, gostaria de ter a possibilidade de estabelecer uma maior parceria com as lideranças do HMI, na busca de uma maior autonomia dos funcionários responsáveis pelos setores. Acredito que ainda apresento uma postura centralizadora de delegar poderes. Seria fundamental para o processo de humanização. O trabalho exige constante aprendizado, é diversificado, o contato com um grande número de pessoas é gratificante.</p> <p>Sujeitos: (DG, DE, DRH, DA)</p>
<p>O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois neonatologistas, um residente de obstetria, um Diretor Geral, um Diretor de Enfermagem, um Diretor de Recursos Humanos e um Diretor de Ambulatório. É o sonho de muitos profissionais da Instituição constatar no HMI a implantação da Humanização da Assistência Materno-Neonatal.</p>		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Está satisfeito, devido melhora progressiva da qualidade assistencial na instituição</b>	Da época que eu entrei aqui, até hoje, este hospital só tem a melhorar. Tem melhorado a cada dia. Aqui é uma maternidade, e ,em relação ao ano passado para cá, melhorou muito. Nós estamos implantando agora a humanização do parto, analgesia de parto, tudo que favoreça a mulher. Então, eu estou bastante satisfeito aqui. As condutas eu achei que foram melhoradas na parte de humanização propriamente dita. Eu acho que melhorou bastante. O pessoal está interessado em melhorar na parte teórica da coisa, mas tem que por em prática isso. Acho que já, melhorou muito do ano passado para cá. Eu estou gostando bastante. Eu acho que aqui é um hospital muito bom, dá para aprender bastante coisa na parte de obstetria, tem muito volume, tem muitos casos de alto risco. Então, eu estou satisfeita por ter escolhido aqui, eu acho que dá para aprender bastante neste hospital aqui. Sujeitos: (RD, AI, RA)	Pessoalmente estou satisfeito, mas eu acredito que algumas pessoas não. Atualmente a área física precisa ser melhorada, depois encampamento mais de serviço. Comparando de sete anos para cá, isso aqui evoluiu 1.000%. A gente já realizou diversos trabalhos, a gente melhorou uma série de outras coisas e técnicas. Nós conquistamos um avanço em relação a parte técnica dos nossos profissionais. Nós estamos limitados hoje pela área física e estamos limitados simplesmente porque nós não temos como encampar mais serviços ao cliente. O objetivo da administração seria de que tivéssemos espaço e ai a gente abriria novos serviços, melhoraria mais ainda a assistência. Sujeitos: (DC)	Estou muito satisfeita. Eu acho que no meu exercício, nada precisa ser mudado, claro que eu procuro sempre melhorar, sempre inovar e sempre trazer coisas novas para cá. Sujeitos: (P1)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois residentes, um anestesista, um Diretor Clínico e um psicólogo. São convergentes as opiniões daqueles que estão na instituição desde a sua abertura, da progressiva melhora da qualidade assistencial do Hospital apesar da sua estrutura física inadequada.

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Amb.</b>
<b>Está regularmente satisfeito devido consultas de pré-natal no P. Socorro</b>	A nível de Pronto Socorro, aqui , a gente faz muita consulta de pré-natal. Então, daria para aliviar e a gente dar uma atenção maior lá para cima, para os casos que realmente necessitam da nossa atenção e a gente acaba atendendo muito ambulatório aqui em baixo. A gente atende até a hora do almoço 60 consultas. A maioria são consultas de ambulatório, eu apontaria ai 40% de consultas de ambulatório. Tanto que a maioria não fica, a maioria acaba indo embora, a gente acaba drenando, vem gente dizendo que está com atraso menstrual, com queixa que não é de PS e a gente acaba perdendo um tempão aqui, sendo que lá em cima você sabe como que é, que requer bastante a nossa atenção e a gente acaba ficando aqui. Mas ai é mais o lado de conscientização da paciente. Eu acho que não é porque aqui não funciona bem, muito pelo contrário. A nível de porta eu acho que deveria ter um médico que só fizesse a triagem e dissesse: “você vai passar, você eu vou encaminhar para o ambulatório”, para só agilizar o atendimento. A nível de pré-parto eu acho que funciona bem, eu acho que agora depois de muitas melhoras dos profissionais.No começo era muito difícil. Agora melhorou muito, eu não tenho muito o que falar do Pré-Parto e do Centro Obstétrico. Sujeitos: (O5)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um obstetra. A insuficiência e a inadequação da rede básica são responsáveis pela super lotação de muitos Serviços de Pronto Atendimento.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Tem muitos profissionais doentes e readaptados na instituição e não existem outros para substituí-los</b>	A defasagem de funcionários é muito grande, é complicado isso. Quer dizer, a gente tem bastante funcionário em licença médica. A maioria dos funcionários da Rede Pública por serem concursados, são funcionários que já estão numa idade um tanto avançada e não tem gente para repor o lugar. Hoje eu estava comentando com as meninas que eu não sei mais o que fazer, eu cheguei a um ponto que eu não sei mais o que fazer. Tem profissionais que precisam de assistência psicológica e/ou psíquica. Inclusive eu estou com um auxiliar de enfermagem que foi passar por uma avaliação porque tem problemas psiquiátricos e ele está proibido de exercer a função. Precisava estar viabilizando assistência psicologia para alguns profissionais. Precisaria sim, mas isso não deveria ser melhorado somente aqui para o Hospital, deveria ser melhorado na Rede. Deveria existir na rede um local específico para tal. Existe assistência no Hospital do Servidor Estadual, mas não funciona, não dá conta da demanda. É muito complicado uma psicóloga atender o próprio funcionário de dentro da mesma instituição a qual ela trabalha, porque o funcionário pode achar a qualquer momento que a pessoa está perseguindo ela por causa dos problemas. Deveria existir uma estrutura independente do Hospital, onde pudesse estar sendo trabalhado estes profissionais na área da saúde. Os funcionários se negam a ir para o Servidor porque lá demora no atendimento, não tem vaga. Os funcionários que ficam na casa, devido uma pressão de acúmulo de serviço, começam a sofrer uma pressão psicológica muito grande, um estresse emocional muito grande. Porque os que ficam tem que fazer as suas atividades e mais as do que estão de licença. Os funcionários estão passando por um processo geral de envelhecimento, de adoecimento. Para senhora ter uma idéia eu já tive plantão em que tinham três auxiliares de enfermagem no Alojamento Conjunto com quarenta pacientes. É sub-humano isso de você ter três auxiliares de enfermagem para cuidar de quarenta mães e de quarenta bebês O que mais precisaria estar trabalhando mesmo é a consciência das pessoas. Sujeitos: (DE, SE)	
O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de uma Diretora e de uma Supervisora de Enfermagem. A não substituição desses funcionários deveras tem comprometido o processo de Humanização da Assistência. Tem vários auxiliares de enfermagem com idade já avançada e saúde comprometida dando plantões, principalmente plantões noturnos.		

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Com a presença do R1 e do R2 a enfermeira obstetrica não está tendo a oportunidade de fazer parto, só atuando no pré-parto</b>		Eu acho que precisa ser melhorado, com certeza. Ultimamente está tendo Residente, são dois R1, que ficam no pré-parto e um R2, então a gente não está tendo mais a oportunidade de fazer o parto como a gente fazia antes. A gente está mais acompanhado o parto, e o pré-parto, praticamente não fazemos mais parto. Sujeitos: (E5)	
O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de uma enfermeira. Percebe-se que certos residentes (R1) não têm muita paciência para acompanhar o trabalho de parto, mas disputam a assistência do mesmo muitas vezes de modo arrogante com a Obstetrix que esteve o tempo todo acompanhando o trabalho de parto.			

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>A humanização iniciará quando os profissionais tomarem consciência do seu papel na instituição</b>	Acho que quando as pessoas tomarem consciência do papel delas na instituição e como tratar o próximo, a instituição melhora. Porque estruturalmente tem profissionais de boa qualidade aqui, a única coisa ruim que tem aqui é o descaso com o paciente e com o colega. O problema está nas pessoas e não na instituição. Uma coisa que eu tento fazer para melhorar é levantar a auto-estima do funcionário, tentar estar trabalhando isso, só que eu não vou falar para você que é fácil, porque não é fácil, é difícil porque a maioria deles não querem ser ajudados. Isso desanima, você chega uma hora que você fala: “eu já estou cansada, eu tento, eu me mato de fazer as coisas para ajudar e não consigo”. O maior problema é que as pessoas olham muito para o umbigo delas e não costumam olhar para o que se passa ao redor. Então, se o meu colega está ali sendo prejudicado, problema dele. Não é a grande maioria, mas tem. Eu não sei mais o que fazer. Sujeitos: (DE)	A auxiliar de enfermagem fica chamando, pois o médico demora no atendimento e quando vem manda para remoção e como é tarde e já não tem mais ônibus os acompanhantes ficam muito nervosos.
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um Diretor de Enfermagem e Líderes Setoriais de Acolhimento. Muitos profissionais ainda não se interessaram pela dinâmica da instituição, não estão conscientes da importância dos seus trabalhos que, dependendo da qualidade terá repercussões direta ou indireta no trinômio, mãe-bêbe-família.		

<b>IDÉIA CENTRAL G</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Está satisfeita porque está atuando na área e com pessoas que gosta</b>	Em primeiro lugar, estou muito satisfeita porque o pessoal do DP, posso dizer que nós somos muito unidas. A gente trabalha aqui não só como colegas de trabalho, a gente tem uma amizade. Além disso, é um pessoal que a gente se dá muito bem, então nosso trabalho rende quando você trabalha num lugar que você se sente bem, e eu me sinto muito bem trabalhando aqui com elas. Eu gosto muito de trabalhar em RH, e agora eu estou me formando em pedagogia, com habilitação em RH, então tudo veio a encaixar. Então, eu gosto de RH, e gosto das amigas que eu tenho aqui dentro, são espetaculares, então eu não tenho nada contra, e isso vem ajudar muito, porque se você trabalha num bom ambiente tudo vem a satisfazer. Então eu me sinto bem aqui, trabalhando aqui, minhas colegas colaboram comigo, para mim é o suficiente. O ambiente de trabalho é bom. Muito bom. Totalmente bom. É bem a minha cara mesmo, eu não consigo nem imaginar sair daqui. Adoro, adoro, adoro. Tenho paixão por aqui. Eu sei que é muito trabalho com o público, mas aqui é só trabalhar com o público mesmo. Eu trabalhava em contas, trabalhei em vendas, trabalhei em mercado, trabalhei em um monte de coisas. Só que é aqui é uma coisa do lado carente, são as necessidades deles, a gente sempre consegue satisfazer eles. Não é tão difícil você agradar um usuário dentro do hospital. Pelo menos na minha parte eu acho que não. Eu estou muito contente mesmo. Não pretendo de forma alguma sair daqui. Eu gosto daqui, eu gosto das pessoas daqui. É muito bom. O pessoal é muito gente fina mesmo. Gosto muito. Gosto do ambiente. Eu sempre fui muito bem tratada. Sujeitos: (OA2, OA3, OA5, AL1, AL2, AL3)	
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três oficiais administrativos e três auxiliares de limpeza. Percebe-se na fala destes sujeitos que os processos de subjetivação são produzidos no mesmo ato que os processos de trabalho. Sentem-se valorizados e há o diálogo intra e inter-equipes.		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL H</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>Não está satisfeito. É emergente melhorar o relacionamento humano na instituição</b></p>	<p>Os seguranças estão preocupados com suas escalas, quando falta funcionário, fica obrigando o funcionário a ficar só no setor sem condição de trabalho. O funcionário precisa comer, ir ao banheiro e levar exames no laboratório. Sujeitos: (S4)</p>	<p>Em primeiro lugar, eu acho que precisaria ser melhorado o relacionamento humano. Falta muito aqui. Eu acho que a gente precisa levantar uma bandeira branca que está faltando aqui. Precisa ter mais contato, mais conversa, mais diálogo entre nós. Eu acho que existe pouca comunicação entre todas as categorias de todos os profissionais. A gente precisava conversar mais, sentar mais, em vez de uma querer puxar o tapete da outra que existe muito e não é só aqui não, são em todos os setores. Em vez das pessoas verem os erros dos outros elas verem as qualidades, em vez de apontar os erros tem que apontar as qualidades. A hora que ver um erro não ir levar o erro para chefia e dizer: “olha eu acho que isto aqui não está bom, o que você acha se a gente fizer isso ou fizer aquilo para mudar?”. Resolver as falhas internamente. Satisfeito a gente nunca está. Eu acho que à medida que a gente vai trabalhando e conversando com os parceiros dentro da instituição, nós vamos a cada dia, colhendo frutos e aglutinando pessoas que tenham o mesmo espírito e daquelas que não tem, com a nossa insistência a gente começa a ver que as pessoas vão começando a se integrar nesta questão da humanização, porque a nossa formação na verdade foi muito intervencionista. E apesar de eu ter tido uma formação mais intervencionista, sempre eu busquei esta parte, esta outra parte da humanização. E tem outras pessoas que ainda continuam, desenvolvendo uma dessas atividades intervencionistas, então nós temos que mudar isto. Então, tem horas que “a insatisfação é a marca do progresso”. O fato de você está insatisfeito, é um estímulo que te motiva a melhorar cada dia que passa. Então, eu não estou satisfeito, eu quero mais ainda melhorar o trabalho, melhorar o atendimento. A gente está com alguns projetos, e a diretoria tem conhecimento desse projeto de melhorar o nosso atendimento aqui. Sujeitos: (E1, F2, E2)</p>	<p>Centralizam alguns serviços a uma pessoa só. Concordo que cada uma tem sua responsabilidade, porém, acho que precisamos saber um pouco do serviço que cada um faz para que no momento que a pessoa tem um imprevisto possamos cobrir o serviço sem que prejudique o setor. Falta de acolhimento entre os companheiros de trabalho. Falta de humanização com os pacientes, os funcionários faltam e não avisam, não tem consideração pelos colegas do plantão.</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um segurança, duas enfermeiras, um farmacêutico e Líderes Setoriais de Acolhimento. Percebe-se nas falas dos sujeitos acima a vontade de substituir as formas de violências simbólicas constituintes do modelo de assistência hospitalar por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários/profissionais/gestores. Clamam pela humanização como melhoria das suas condições de trabalho (melhoria das condições de trabalho do cliente interno) e abolição das variadas formas de violência institucional.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>
<b>Atender bem as pacientes, desde a sua admissão no hospital até a sua alta</b>	Humanização começa desde a porta de entrada. O parto humanizado é todo o atendimento, não é somente no parto, mas todo o atendimento, desde quando a paciente chega, desde o pré-natal, até o momento em que ela vai para casa dela. É talvez conceder a este grupo de pessoas que serão subestimadas ao atendimento, um ambiente mais acolhedor, onde a compreensão e a preocupação com o doente seja o primeiro objetivo que deve ser atingido e que tem que estar acima dos procedimentos em si. Para humanizar o hospital deve começar pela admissão do doente aqui. O nosso hospital atende principalmente mulheres jovens (menos de 25a) e muitas não tem preparo psicológico para enfrentar uma situação de gravidez. Apresenta doença grave própria da gestação (eclampsia e pré-eclampsia) e que abala não só a paciente, mas também a família. A paciente tem que saber o que está acontecendo com ela, fica mais fácil dela cooperar. Humanização é melhorar a relação mãe-filho durante o período de gestação e o período de puerpério mesmo. O parto humanizado como um todo, desde a hora que a mãe chega no hospital, as orientações de como vai ser o parto, muitas delas totalmente despreparadas, elas não sabem o que é um parto normal, por onde que o neném vai sair, por incrível que pareça. Este hospital é diferenciado dentro da rede pública. Ele é pequeno, mas os cuidados são ótimos e o acesso a diretoria é fácil. Sujeitos: (I1, O4, I2, RB, N1)	Humanização é um conjunto de ações que iniciam-se no pré-natal, com o agendamento o mais breve possível, com um atendimento com qualidade da recepção, à consulta médica, possibilitando que a paciente e sua família participem ativamente do processo, tendo acesso as informações necessárias para o bom desenvolvimento de sua gestação. Sujeitos: (DA)	Humanização primeiro de tudo já começa da porta de entrada. A paciente deu a entrada aqui, a gente já acolhe, depois vamos abrir uma ficha. Já começa dá recepção, de você dá uma atenção especial para os usuários. Nada muito como técnicas, mas o lado humano mesmo. Sempre se dirigir a elas com nomes, não falar “O usuário”, “A paciente”, eu dirijo normalmente com nomes, para elas se sentirem um pouco mais relaxadas aqui dentro. Aqui na recepção é o primeiro ponto. O apoio ao usuário também trabalha muito esse ponto de estar observando no período de avaliação, o paciente, a usuária, a gente está sempre observando bem. Não é só olhar a fichinha e ver o que ela tem, é preciso saber o que é, na maneira dela se comportar. Isso é aqui na recepção, no pré-parto é uma coisa também menos técnica. Tem que ser mais acolhedor. Ser aquela coisa mais natural. O parto natural, o parto normal, vai ser mais natural ainda com esse trabalho de humanização. Dá para evitar muitos partos cesarianas. É meio difícil o caso de chegar no hospital correndo, desde de contrações até entrar em processo de parto. Então, parto humanizado é o contato que as pessoas tem com as outras, é o amor, é o carinho que a gente pode estar passando para a paciente, para que ela possa ter um parto mais tranquilo, ou seja, ela se sentir segura dentro da maternidade. Eu acredito que seja você ser bem recebida no hospital e não somente você está ali porque você vai ter um bebê e sim você ser bem tratada desde a hora que você chega até o momento que você sai. Então, é você vê que as pessoas se dedicam, que as pessoas tem preocupação com você, que elas querem fazer com que você se sintam bem e para você não ficar se sentindo mal no hospital. Porque toda vez que a gente pensa em hospital a gente já fica com aquela impressão ruim. Então eu acredito que o parto humanizado é a dedicação total a mãe e em seguida ao bebê. Humanização é ajudar as outras pessoas. O hospital é bom mesmo, aqui é jóia. Não tive nenhum treinamento, mas pelo que a gente vê aqui, as pessoas são bem tratadas. O trabalho que o HMI presta as mães, desde a gravidez até o parto e depois no pós-parto é maravilhoso. Pelo que eu vejo aqui, as pessoas são bem humanas. Sujeitos: (OA5, S2, S4, OA2, AL1, AL2, AL3, S3)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois intensivistas, um obstetra, um residente de obstetria, um neonatologista, um diretor de ambulatório, dois oficiais administrativos, três seguranças e três auxiliares de limpeza.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Parto com mãe e filho saudáveis</b>	O parto normal logo quando o neném nasce com uma nota boa, ele está do lado da mãe, ele se sente melhor, ele se aquece mais rápido, ele não tem aqueles efeitos de frio, alguns efeitos que a gente provoca, faz o neném a ser submetido por afastamento da mãe. Parto humanizado é oferecer uma boa assistência, tanto para mãe como para o bebê, para que ambos, saiam muito bem. A mãe passa nove meses esperando o neném, ela espera sair daqui com o bebê em bom estado assim como ela chegou, porque ela esperou nove meses por isso. Sujeitos: (N1, N4, RC)	Parto humanizado é o que é melhor para mãe e para o neném. Eu entendo assim. Parto humanizado é aquele parto que seria melhor para a paciente, para ela ter a opção de escolher aquilo que é melhor para ela. Mas parto humanizado, é aquele calor humano que você dá para paciente, é ela poder escolher, ter liberdade, que todo mundo tem que ter a sua liberdade de escolha, não chegar lá, colocar ela, e você vai fazer isso, você vai fazer aquilo, de repente não é bom para ela. Eu acho que é fundamental, é super importante. O parto humanizado é bom para mãe, para o bebê e para toda a sociedade. Tem que ser mais divulgado, ter mais enfermeiras obstétricas, mais médicos conscientes do que é humanização, tem muitas palestras, mas muitos são a favor, outros não são a favor. Sujeitos: (E7, E8)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois neonatologistas, um residente de obstetria e duas enfermeiras. Percebe-se que estes profissionais entendem humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>A mulher ter um parto o mais natural possível</b>	O parto é um processo natural, é um parto que a parturiente se sinta bem sem passar pelos mecanismos e por situações que a levem ao constrangimento. É a mãe ter o neném o mais natural possível. Já é o momento do nascimento do filho, a família está, um amigo dando atenção a mulher, um enlace familiar muito gostoso no momento do nascimento da criança, a criança sentindo a presença do pai, e da mãe, e essa humanização, tudo leva a crer que há melhora da paciente rápida, ela tem uma recuperação muito rápida e diminui o tempo de internação dela. Sujeitos: (O3, A1)	É a forma natural de nascer e ser recebido pelo mundo. É o nascer bem e dignamente. Sujeitos: (DU)	É deixar a mãe livre, na posição que ela quiser, ser acompanhada, não induzir, enfim ela ter um parto natural. É aquele parto que você deixa a mãe participar, deixa o acompanhante participar, você apóia, você está passo a passo junto com a mãe. É dar um acompanhante a mãe no seu total, desde o seu pré-natal. No seu parto e um acompanhamento ao seu RN até a alta. É um método natural, pelas vias naturais, normais vamos dizer. Humanização quer dizer você trabalhar com o que há de mais humano no mundo, Porque chama humanização? Porque tem que ser uma coisa super natural, uma coisa humana é uma coisa natural. Sujeitos: (E1, AE1, AE2)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra, um anestesista, um Diretor de Serviço de Apoio ao Usuário e uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem. Estes profissionais tem a mulher como a protagonista principal do parto. Compreendem o evento como de muita significação para a mulher e sua família.

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Visita prévia a maternidade onde vai ter o filho</b>	Desde a hora que ela chega no hospital, que ela conhece o hospital, conhece o berçário, e é conversado com ela ,os médicos, os ginecologistas, os neonatologistas, tirado as informações sobre a gravidez, explicado passo a passo como que vai ser a condução do caso dela, do parto dela, ela se sente mais segura, na hora ela fica mais tranqüila, apesar de todas as dores. Sujeitos: (N1)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um neonatologista. Este item já é garantido no programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento composto por um conjunto de portarias , com seus diferentes componentes de incentivo à Assistência Pré-Natal, a organização, regulação e novos investimentos na Assistência Obstétrica, estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Aborda as ações de humanização da Assistência ao Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. (2001).



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Contato precoce mãe-bebê (Vínculo satisfatório mãe'-bebê)</b>	O momento do parto não é um momento fácil para a mulher e ela se sente mais segura, ela fica mais tranqüila e tende a correr mais tranqüilamente esse parto. E o neném logo que nasce, já ficando ao lado dela, para o neném é excelente, parto normal para o neném é melhor. Até um tempo atrás o neném nascia super bem, com uma nota alta, e rapidamente eles já eram afastados da mãe, hoje a gente vê que os bebezinhos que nascem bem, com o pediatra ao lado avaliando o nascimento da criança, para ver se eles têm um apgar bom, esses bebês não precisam ser afastados da mãe logo ao nascimento, isso ocorre um rompimento materno-fetal. Então o importante é o neném nascer, e ser colocado logo no colo da mãe, ser estimulado a amamentação, esse contato pele a pele é muito importante para o neném. É um trabalho que as maternidades agora vem desenvolvendo e eu acho extremamente importante, que é o contato precoce da mãe com o filho na hora de fazer o parto. Realmente melhora muito as condições do bebê, tanto condições físicas quanto psicológicas, o bebê se sente muito mais aceito, muito mais acolhido, muito mais protegido e isso influencia depois no desenvolvimento da criança. Sujeitos: (N1, RB)	Não dá para descolar a mãe da criança, do recém-nascido. Apesar da criança ter nascido, o binômio não pode ser separado. As ações estão intimamente ligadas. Sujeitos: (DG)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um neonatologista, um residente de obstetria e um Diretor Geral. O programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) garante esta conduta na afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Humanização é o parto assistido pelo médico e obstetrix e com analgesia</b>	O meu ponto de vista de humanização, acho que é um pouquinho diferente do contexto geral da humanização, humanização é de preferência a mulher ter um parto sem dor, um parto com analgesia, que seja conduzido, que o médico fique do lado, que a obstetrix fique do lado. Pelo menos um dos dois acompanhe esse parto. E que a partir do momento que possa ter uma complicação você está do lado para poder intervir. Sujeitos: (RD)	Talvez o que eu entendo não é o mesmo que os outros profissionais entendem, porque eu acho que a humanização do parto não vem a calhar muito com a humanização que todo mundo esta fazendo, porque para mim humanização é não deixar que a paciente sinta dor. A partir do momento que a paciente sinta dor, que a mãezinha sinta dor para dar o leite para o seu filho, sinta dor para dar a luz, já não é mais humanização. Eu respeito os outros profissionais, mas esse é o meu ponto de vista. Sujeitos: (E6)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um residente de obstetria e uma enfermeira. Uma das considerações básicas sobre a analgesia e anestesia obstétricas é o adequado preparo psicológico e fisiológico da parturiente. A mulher de hoje é mais exigente quanto as informações que necessitam sobre a sua gestação e o parto. Preferencialmente durante o pré-natal, a gestante deve ser esclarecida sobre as formas de analgesia disponíveis, suas vantagens, desvantagens e limitações. Ela precisa saber que existe várias opções para controlar a dor do trabalho de parto, e que todos os esforços compatíveis com a segurança de ambos (mãe e filho), serão despendidos para diminuir seu desconforto.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL G</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Devolver ao parto seu lado humano que o excesso de tecnologia lhe tirou</b>	<p>Seria mais uma integração, o convívio com as pessoas, saber lidar com as pessoas. Acho que é atender não mecanicamente e sim pensando, levando em conta o que o outro sente, não aquela coisa elaborada, que primeiro pergunta isso, depois pergunta aquilo, não é isso. Vamos ver se as pessoas têm condições de responder aquelas questões, naquela hora, não é ter que fazer a ficha naquele momento. Porque às vezes a pessoa está com dor e responde algo que nem pensou, justamente porque está com dor. Geralmente quando as pessoas estão com dor, elas ficam irritadas. Então, a gente procura atender a pessoa se pondo no lugar dela. É algo independente de profissão. Se a pessoa está desmaiando e a menina da limpeza que viu, ela não pode socorrer, porque vem outro e briga, porque é o médico que tem que fazer aquilo. Não é assim, quem viu primeiro é que tem que socorrer, independente da profissão. Para mim parto humanizado é amor, é entregar o amor para o próximo. A mãe que vem ter o nenê aqui, é bem recebida, passar o amor para ela, tranquilidade, que é o que mais ela precisa para ter um parto tranquilo, isso para mim é humanização.</p> <p>Sujeitos: (TL, OA1, OA3)</p>	<p>É você poder devolver ao parto aquilo que lhe cabe. O lado humano que ele tem. Por conta da tecnologia, referente a máquina e não a tecnologia humana, que se foi conquistando ao longo dos anos, ficou um pouco distanciado do lado humano, esse lado das máquinas, dos equipamentos, essas coisas das técnicas, eu acho que é extremamente importante. A gente precisa disso. A medicina contribuiu muito positivamente com isso. Só que agora quando você pensa muito num lado, estou me especializando, quero descobrir as máquinas, as técnicas novas, é natural que de repente, você vai esquecendo um outro lado, que eu acho que com os anos foi o que aconteceu. E hoje em dia, eu sinto que está acontecendo uma busca, um retornar, juntar as duas coisas. Agora a gente tem equipamentos, novas técnicas. Mas também, sabemos que há importância, de todo o lado humano. A gente está tentando se recuperar através de um parto humanizado. E eu acho que é extremamente importante. Não é aquela coisa que você pega. É um carinho, é uma atenção.</p> <p>Sujeitos: (P1, F1)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um técnico de laboratório, dois oficiais administrativos, um psicólogo e um farmacêutico. Não somente na avaliação dos usuários, mas também na dos profissionais, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender as demandas e expectativas dos usuários são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de espaço no hospital, a estrutura física e equipamentos inadequados.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>Implantação de algumas ações de Humanização da Assistência Materno-Neonatal e abolição de condutas proscritas pela OMS e Ministério da Saúde</b></p>	<p>Este processo começou há mais ou menos um ano atrás, logo que o Hospital ganhou o Prêmio Amigo da Criança. Como o espaço é muito restrito, o que a gente tem a fazer é evitar o uso de tricotomia, o uso de enteroclistma. O estímulo para a amamentação exclusiva é um ponto de humanização. O estímulo ao Alojamento Conjunto também. Aqui todo mundo faz um bom acolhimento, desde as secretárias até a administração. Eu acho que aqui, a grande maioria dos profissionais, de todas as áreas são assim bem acolhedores. É um ponto diferenciado em relação aos outros hospitais que eu conheço. Aqui tratam muito melhor. Sempre a gente aprendeu a ter muito respeito com as pacientes. É claro que vai do profissional também, mas de uma maneira geral aqui eu acho que as pessoas são bem conscientes quanto a isso. Pelo que eu pude observar, os nenês logo que nascem, são colocados no colo da mãe. Primeiro por aqui ser um hospital amigo da criança. Tudo isso é um empenho buscando a humanização, que é a proximidade, no caso da mãe e do neném, a proximidade deles, a proximidade entre a mãe e o bebê para essa criança ter muito mais condições de saúde, psico-afetivas, um desenvolvimento adequado. O principal ponto de humanização do hospital é ele ser um hospital amigo da criança. Outros pontos importantes são: o Banco de Leite, o acompanhamento dos pais, o estímulo ao Aleitamento Materno, todo o empenho que é feito pelo hospital, desde o início. No Banco de Leite a gente ensina as mãezinhas a amamentar. Tem o “Projeto Canguru” aqui no hospital, que o bebezinho fica abraçadinho com a mãe o tempo todo, contato direto com o corpo da mãe. O “Método Canguru”, faz as mães amamentarem os prematuros. E o tratamento do pessoal aqui, a equipe médica, na unidade neonatal, no berçário, pré-parto e centro cirúrgico, o pessoal é bastante carinhoso, a gente procura ver muito o contexto da paciente, o que ela está vivendo e tratá-la com carinho. Acho que esses são os pontos mais fortes de humanização aqui no hospital. Primeiro precisa preparar as equipes, preparar os profissionais envolvidos para que possam dar bom atendimento nesse aspecto de humanização ao parto e os profissionais aqui estão sendo preparados. O atendimento a paciente está cada dia melhorando. O contato precoce da mãe com o filho. Logo pós o parto, o bebê é apresentado a mãe, ele fica sobre o seio da mãe, depois eles vão para o alojamento conjunto. Isso daí é super importante, super interessante. Sujeitos: (O3, O5, N1, RB, RC, N2, O2)</p>	<p>Projetos como: Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Mãe Canguru, Humanização do Atendimento Hospitalar, CQH, Grupo de apoio a mães e bebês internados, favorecem uma mudança de postura profissional, melhor atendimento, integração dos serviços. O HMI, apresenta um atendimento de qualidade, com profissionais competentes e envolvidos com o projeto da unidade. As dificuldades encontradas fazem parte de um processo de formação de um grupo de funcionários em constante mudança. O acolhimento que está sendo implantado agora. Sujeitos: (DA, DE)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três obstetras, dois neonatologistas, dois residentes, um Diretor de Ambulatório e um Diretor de Enfermagem. Nos últimos anos o grande avanço tecnológico em relação ao parto fazendo com que o corpo da mulher muitas vezes seja regulado por aparelhos nascidos da tecnologia espacial e de sistema de monitoração. Como consequência muitas mães acabam sentindo que não são elas, mas os médicos que estão tendo um filho. Alguns Obstetras, por sua vez, estão convencidos de que suas pacientes não precisam saber muita coisa e que simplesmente devem confiar neles. Felizmente muitas mulheres em todo mundo estão decidindo que desejam ser parturientes ativas, ao invés de se submeterem passivamente ao trabalho de parto. O cuidado que se deve dedicar aos aspectos emocionais do nascimento é absolutamente básico para consolidação dos laços que unem os seres humanos em uma família e as famílias em uma sociedade maior.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Colaboração e empenho da administração no Processo de Humanização da Assistência Materno-Neonatal</b>	<p>O estímulo da Diretoria para humanizar o Hospital é ponto de humanização. O acolhimento da administração com os profissionais que trabalham aqui melhorou muito. A nova administração é mais acolhedora, bem mais acolhedora. Hoje, também estamos ajudando muito nisso, estamos sempre querendo ser humanos, em relação ao atendimento de qualquer paciente, de qualquer parente, não só da paciente, mas de qualquer acompanhante, eles tem necessidade de saber tudo.</p> <p>Sujeitos: (O3, O5, O1)</p>	<p>Se a gente for citar alguma coisa, muitos podem até achar que não faz parte da humanização, mas nós temos várias coisas, várias atitudes simples que são pontos de humanização. É o contato, é o saber do funcionário, é o perguntar, é a troca que a gente tem com alguns funcionários sobre os problemas da Maternidade, os problemas do funcionário e procurar atendê-los. Nós já tivemos experiências em vários setores aqui onde antes algumas coisas eram solicitadas e simplesmente ignoradas, uma simples parede pintada em um setor de lavanderia, ou de rouparia. Uma má exaustão na cozinha, são coisas que às vezes passam despercebidas. A gente só pensa em geralmente melhorar o Centro Obstétrico, em melhor sala de parto e esquecemos realmente de alguns setores. Nós criamos uma sala de atendimento no pronto socorro, uma sala de atendimento onde, uma sala de atendimento humanizada mesmo, não há dúvidas. Nós criamos uma sala de atendimento no pronto socorro, uma sala de atendimento, uma sala de atendimento humanizada mesmo, não há dúvidas. A paciente é acolhida, ela tem onde ficar com o acompanhante enquanto aguarda a internação, ou aguarda uma possível remoção. Nós temos também, nós conseguimos agora um aparelho novo de ultra-sonografia, então nós temos exames de ultra-sonografia de última geração aqui na própria maternidade para atender as nossas pacientes. O aparelho de ultra-sonografia estando na Maternidade ele passa a ser automaticamente de 24 horas a disposição. A gente está tentando cumprir a risca o programa de humanização do atendimento. Enquanto elas esperam para fazer o ultra- som, o acompanhante fica, ele pode ficar na sala do acolhimento. É, Em alguns setores a gente não consegue fazer a contento por problemas de espaço físico, mas a gente está programando reformas para esses. Mas sempre que possível desde que não atrapalhe o setor, o acompanhante pode ficar junto com a gestante em todas as atividades da Maternidade. A filosofia da instituição é totalmente voltada para o atendimento humanizado.</p> <p>Sujeitos: (DG, DU)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três obstetras, um Diretor Geral e um Diretor de Serviços de Apoio ao usuário. Por parte da direção parece não existir alienação política na organização. Sentem-se conscientizados do processo de trabalho

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Disponibilidade de analgesia de parto</b>	Na área da neonatologia, o ponto da humanização que a gente está fazendo mais uma dinamização, é a analgesia de parto. Em 1995, aqui, essa idéia era quase que abolida e hoje em todos os plantões é feito a analgesia de parto, numa base de dez a doze analgésias por plantão. Eles dão bastante anestesia para parto normal, parto normal sem dor e isso é importante, eles fazem uma analgesia. Sujeitos: (A1, N1)	
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um anestesista e um neonatologista. Grande parte dos profissionais entendem o parto humanizado como aquele com analgesia, independente da presença do acompanhante e/ou outras técnicas que propiciam apoio psico-emocional.		

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Atuação das voluntárias como Doulas (“Amigas da Parturiente”)</b>	O ponto mais positivo são as voluntárias, as voluntárias aqui dentro, são os pontos positivos da humanização. Sujeitos: (O1)	Inclusive o nosso hospital está até trabalhando com as Doulas, que ajudam também. Infelizmente pela planta física não ajudar, não dá para desenvolver tanto, porque se tem um espaço aqui nesse hospital muito pequeno, então não tem nem como propiciar melhor conforto para ela. A gente tenta com o que tem, amenizar todos os problemas, toda aquela dificuldade que ela tem, durante o pré-parto, o momento da dor, estar ao lado dela na dilatação. As doulas ficam junto dela ajudando, a gente tenta trabalhar da melhor maneira possível, na medida que se pode. Sujeitos: (E8)
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra e uma enfermeira. Como o pré-parto do HMI é coletivo fica impossível a presença do acompanhante masculino e as “Amigas da Parturiente” apesar de muitas resistências por parte de certos médicos têm proporcionado apoio psico-emocional a muitas mulheres.		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>O pré-parto é pequeno, coletivo, geralmente superlotado e dificulta a presença do acompanhante</b>	No pré-parto não dá para colocar o cavalinho, a bola de nascimento e não dá para entrar o acompanhante, principalmente o acompanhante masculino porque o pré-parto além de minúsculo, é coletivo. Para se ter acompanhante a paciente teria que ficar isoladinha. Pelo porte que tem aqui de paciente e de tudo o Pré-Parto deveria ter mais leitos. Muitas vezes a condição do pré-parto, por ser um pré-parto que é público, onde várias pacientes ficam na mesma sala, isso eu já acho que é meio desumano, porque dá aquele aspecto assim, todas as pacientes vêem as outras. Muitas vezes a gente não tem condição de, por ver muitas pacientes, de dar atenção devida a cada uma, da maneira que cada uma merecia. Atrapalha, nesse ponto atrapalha. Justamente, um pré-parto pequeno, as vezes tem seis, as vezes tem dez pacientes lá dentro, fica inviável você por um acompanhante. Mesmo se por exemplo, é uma adolescente que você deveria por um acompanhante junto, fica meio difícil. O nosso pré-parto, E, uma área pequena, os leitos pequenos. Para um parto humanizado, para ter conforto, acolhimento, sempre estou vendo nos hospitais que tem parto humanizado, tem que ter um acompanhante, e aqui como que você vai colocar um acompanhante no meio de um monte de mulher em trabalho de parto, que é uma coisa muito íntima de cada um. Ao meu ponto de vista, colocasse assim, não digo um parto para cada uma, mas um espaço físico maior para elas poderem andar. No parto humanizado a gente não coloca ocitótico, não coloca nada assim, para apressar o parto, mas as pessoas tem como ficar nas posições que ficam mais confortáveis, sentar, andar, aqui não tem uma área física boa para isso. O que mais que pega aqui é pela área física. Porque o resto eu acho que estaria tudo bem mesmo para por aqui, mas eu não acho que aqui dá para fazer parto humanizado. As vezes sim. Já houve casos, por exemplo, da gente ter um pré-parto cheio, onde as pacientes chegam ficar até, sentadas em cadeiras lá do pré-parto porque não tem mais leitos para elas. Então, quer dizer, se fosse, um pré-parto maior, uma sala de parto maior, todas as pacientes estariam alojadas, nos seus leitos. É muito mais confortável. Sujeitos: (O5, O3, RB, RD, RA)	No momento não tem como entrar o acompanhante masculino por causa que o pré-parto é coletivo, mas nós já temos um projeto de fazer uma construção de uma área anexa e inauguração de sete leitos de PPP aqui no hospital Não esqueça que estar o acompanhante do lado é um fator que você tem como ajuda, mas também é um fator que vai contaminar e vai prejudicar a assistência porque você aumenta o risco de contaminação, a falta de espaço para movimentação e cria tumulto no ambiente que você não tem necessidade. Hoje já temos ultimamente um trabalho realmente muito tumultuado lá em cima. Inclusive as vezes com acesso de paciente na área, além do próprio médico assistente, do residente, da enfermagem, certamente é um excesso de pessoal dentro de uma área muito restrita e pequena e isso faz com que impeça que entre o acompanhante independente do sexo masculino ou feminino. Isso influi demais no ambiente. Se comparar as dimensões no pré-parto que cabe seis leitos, realmente eu acho que nós estamos trabalhando em condições muito errônea, mas infelizmente a gente não tem muita opção. (DC)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras, três residentes de obstetricia e um Diretor Clínico. Com a construção do Centro de Parto Normal e Nascimento, uma modalidade de assistência humanizada ao parto poderá ser implantada. CPN é uma unidade de atendimento ao parto normal que se localiza fora do centro cirúrgico obstétrico e com infra-estrutura física destinada a receber a mulher e o (a) acompanhante de forma acolhedora, possibilitando conforto, escolha da posição de parto e atuação conjunta de todos os atores (a mulher, o acompanhante, a enfermeira obstetra, o obstetra, o neonatologista e o auxiliar de enfermagem) nesta nova “cena do parto normal”

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Os profissionais não se interam do processo de trabalho da instituição</b>	<p>Tem esse ponto das pessoas não se conscientizarem que são gente, são outras pessoas que estão ali, podendo ser um familiar seu, ou algum conhecido. Mesmo que não seja, é uma pessoa que está ali, que merece o mesmo cuidado que você. Descaso, não vou dizer que são todos os profissionais, mas alguns profissionais deixam as pacientes lá, horas e horas sem dar uma satisfação para ela do que vai acontecer com ela, cria uma certa ansiedade e isso para mim é um descaso grande. A paciente pode esperar sim, desde que você chegue para e explique qual o processo que vai acontecer e o que vai ser feito com ela.</p> <p>Sujeitos: (DRH, DE)</p>	<p>Eu acredito que tenha assim ainda alguns profissionais que precisam ser mais conscientes do que seria um parto humanizado, que tem alguns profissionais que deixam muito a desejar no atendimento as pacientes. Seria a conscientização destes profissionais, um treinamento adequado para que todos eles possam realmente se dedicar. O profissional ele tem que realmente se dedicar a fazer um serviço legal.</p> <p>Sujeitos: (OA2)</p>	<p>As pessoas que não vestem a camisa da instituição, principalmente os médicos que acham que são deuses. Inclusive eu tive conversando, com o diretor clínico no sentido de que, todos os residentes, de que todas as pessoas viessem estagiar neste hospital, que já é uma proposta para 2003, que nós déssemos um, fizéssemos aqui assim uma, exposição para que as pessoas já saibam qual é a filosofia do hospital. Qual é a filosofia? O que nós queremos? Qual é a nossa meta? O que nós precisamos para humanizar? Para que todos os residentes daqui, todos os estagiários sejam eles residentes, sejam auxiliares de enfermagem ou estagiário de qualquer categoria, que passem por esta explanação de motivos pelos quais a gente quer, para que isso seja humanizado. Ainda falta muito, por parte de todos os profissionais. As pessoas necessitam ter humanidade dentro de si, bom senso e muito amor ao próximo. Respeito, profissionalismo e conhecimento técnico científico. É quando você deixa de fazer o que você tem que fazer, quando você deixa para que o outro faça, passa a não ligar.</p> <p>Sujeitos: (E5, E2, E3, E4)</p>	<p>Gostaríamos que as pacientes da SEMI-INTENSIVA, tivessem um acompanhamento mais preciso, para que elas não fiquem tão ansiosas e tanto tempo hospitalizadas, pois elas ficam bastante depressivas, embora estamos aqui para dar todo apoio a elas. Aproveitando a oportunidade, para que as enfermeiras tenham autonomia quanto aos auxiliares e equipe em seus setores.</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um diretor de Recursos Humanos e uma Diretora de Enfermagem, um oficial administrativo, quatro enfermeiras e Líderes Setoriais de Acolhimento. Em alguns setores os profissionais embora projetem a perspectiva de equipe integração encontram-se em situações de agrupamento

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>A área de humanização não acompanha a área técnica que no HMI é de primeira qualidade</b>	Nós temos dentro da Maternidade uma coisa muito importante, nós temos um atendimento técnico de primeira qualidade, mas o atendimento humano ainda não acompanha o nosso atendimento técnico. A gente tem que incrementar ações nesta área de humanização, e isso é uma parte que ainda não me dá satisfação total dentro desta entidade. A gente tem dentro da Maternidade algumas coisas, não digo que sejam completamente desumanas, mas algum atendimento que ainda merece um pouquinho mais de trato. Vai desde a parte médica, que o médico as vezes ele acha que sabe tudo. A parte técnica a gente não discute, mas na parte da humanização a área médica talvez seja o setor que por incrível que pareça, que está mais atrasado no item humanização. Mas, isso tudo é compensado às vezes na parte técnica. É um bom médico, um bom cirurgião, mas o trato, o lidar com a paciente, neste caso deixa a desejar. Nós temos carência na parte médica, nós temos carência na parte de recepção, nós temos carência também na parte de enfermagem. Cada setor tem a sua peculiaridade e cada setor está deficiente em alguma coisa. A gente tenta incrementar ações nessa área. A parte médica para mim, ainda é a parte mais resistente no processo de humanização. Sujeitos: (DG)	A mudança tem que vir do superior, acho que a diretoria, os médicos têm que ser mais humanos, porque a maioria das vezes que ocorre problemas com a gente, com o atendimento, os culpados são os médicos, porque eles são desumanos, não se colocam no lugar da pessoa em nenhum instante e o parto normal acaba saindo anormal. Acho que também o noturno deveria ter as normas, porque aqui neste hospital a diretoria só funciona de dia (diurno). A noite é completamente diferente. Também acho que a diretoria deveria sensibilizar e se colocar no lugar de quem fica 12 horas sem lanche da tarde. A enfermagem precisa ter mais acolhimento e interação com a recepção. Dar maior atenção aos funcionários noturnos e as adolescentes em geral, mesmo as que não fazem Pré-Natal aqui.

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um Diretor Geral e Líderes Setoriais de Acolhimento.

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>A lógica atual da residência médica na grande maioria dos locais, propicia/ estimula o excesso de intervenção em nome do aprendizado</b>		Eu gostaria que estivesse uma humanização do parto que nós não temos ainda, mas nós vamos ter. Nós estamos com uma carência de funcionários muito grande. Pelo fato de nós termos residência médica aqui, as mães são muito mal tratadas, manuseadas, às vezes são até muito induzida, as vezes até se força um fórceps, eu acho que isso é normal, eles tem que aprender, Mas forçar um fórcepe desnecessário não da. No Pré-Parto e no Centro Obstétrico que eu encontro mais pontos de desumanização, mas depois que ela desce a situação se normaliza novamente. Sujeitos: (E2)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de uma enfermeira. Existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>O ponto fraco do HMI é a recepção pois não acolhe a paciente emocionalmente descompensada</b>	A recepção para mim eu acho que poderia ser melhor. Tem recepcionistas aqui do hospital que poderiam tratar melhor quem vem de fora, por exemplo, se a pessoa vem nervosa tentar tranquilizar e não colocar mais lenha na fogueira, acho que aqui o que falha, o ponto fraco daqui do hospital é a recepção. Eu acredito que seja as recepcionistas, a entrada para mim, está tendo um bloqueio muito grande, está tendo uma falha, que se tentar humanizar primeiro as recepcionistas, tudo vai fluir, mas do jeito que está eu acho que o bloqueio está aí. Sujeitos: (OA3, OA4)		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois oficiais administrativo. A atenção humanizada a mulher em trabalho de parto realmente deve se iniciar na entrada do hospital. A atenção à parturiente representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*A estrutura física deste hospital atrapalha o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<p><b>A estrutura física dificulta mas não impede o processo de Humanização da Assistência</b></p>	<p>A gente não tem estrutura física grande o suficiente para estar fazendo o trabalho de humanização do jeito que nós queremos, mas isso não impede. Atrapalha em termos de espaço físico. O nosso maior sonho é fazer o pré-parto, o parto humanizado, só que a estrutura física do local impede você estar colocando o pai ou o acompanhante lá dentro. Então, assim dá para se fazer? Dá, mas é um espaço muito pequeno. Às vezes acaba atrapalhando o profissional que está lá e a família não fica tão a vontade. Ao meu ponto de vista se fosse um local que tivesse uma estrutura física maior, mais abrangente eu acho que seria maravilhoso. Sujeitos: (DE)</p>	<p>Você ter a estrutura facilita, ninguém vai negar. Mas, não é o essencial e nem é o que pode te limitar, porque você ser bem recebido numa casa, não é pela casa em si, mas pelas pessoas da casa. Se a gente se apegar a casa, ao espaço físico, nós nunca vamos receber bem as pessoas. Então a gente começa a ter criatividade, para usar os substitutos, porque eu tenho essa visão. O desejo, a busca, do que o espaço em si, mas é lógico que o espaço, é um facilitador, Mas não é o X da questão. Não é tudo. A planta física também precisa ser melhorada que é isso que a gente está tentando fazer, implantar um Centro de Parto Humanizado. Falta muita coisa ainda, mas a gente está caminhado, degrauzinho por degrauzinho a gente está chegando lá. Em alguns aspectos ela atrapalha. Somos um hospital de referencia, uma maternidade de referencia temos um quantitativo de parto muito grande. Eu vejo que estas enfermarias elas podiam ser mais colhedoras. O nosso pré-parto é muito acanhado, não propicia que tenham pessoas que possam estar fazendo trabalho. Como é o caso das amigas da parturiente, nós gostaríamos que elas tivessem maior presença e que neste momento está sendo impossibilitado. Também já está em vista um projeto para se fazer uma reforma no pré-parto, e com certeza eu quero ser uma das pessoas que vá dá opinião em relação ao que vai fazer em termos do pré-parto, a gente melhorar a acomodação dessas enfermarias, as vezes eu me pergunto será que é melhor a gente atender mais, mais pessoas, ou nós atendemos um pouquinho menos e podermos dar uma humanização mais qualificada? Em parte, mas não impede, não impede, ela atrapalha em parte. Eu não sei explicar para você, talvez se fosse maior, se tivesse uma estrutura física maior eu acho que o atendimento seria maior, mas a gente faz o que pode dentro desta estrutura. A estrutura física é pequena para o atendimento grande desta periferia que precisa, se fosse um Hospital de porte maior com mais leitos para atender as mães seria melhor, seria com certeza. Atrapalhar, atrapalhar, ela não atrapalha, mas ela poderia ajudar um pouquinho mais, por exemplo na recepção ela poderia ter um fluxo de pessoas diferentes, ela não tem. Mas a gente sabe que o problema físico, não tem muito o que fazer, a gente tem que adaptar ele. Mas como a gente fala, a gente aqui é mãezona, tenta amenizar a situação da melhor maneira possível, mas eu acho que se tivesse uma planta melhor, um local onde elas caminhassem, uma banheira. Um local para um ente querido para ela, que ela aceite ficar com ela, eu acho que ajudaria, nossa muito, muito, muito. Por não ter prejudica um pouco. Não só material, tem algumas coisas que dependem da equipe médica, mas não são resistentes com relação a isso. Poderia melhorar, não é ruim, mas poderia melhorar, por exemplo: você tem o apoio ao usuário e você tem a recepção que é dentro do hospital, se você quiser aglutinar essas duas no apoio ao usuário, você abriria uma janelinha ao lado e aí você pega uma parte e ali você daria a informação. Por que às vezes você tem, a recepção falando, a paciente falando, o auxiliar falando e tudo isso ao mesmo tempo, aí fica um falando mais alto, daqui a pouco vai aumentando o som e todo mundo falando ao mesmo tempo acaba um atrapalhando o serviço do outro. Sujeitos: (P1, E1, E2, AE2, P2, E8, E6, E4)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de uma Diretora de Enfermagem, dois psicólogos, quatro enfermeiras e um auxiliar de enfermagem. A falta de coletivizar as informações, o desrespeito a palavra, a debilidade da escuta e do diálogo tem promovido a violência, comprometendo a qualidade do atendimento e mantendo o profissional de saúde refém das condições inadequadas que tanto lhe impõe descarte, sofrimento psíquico e até mesmo doenças crônicas.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*A estrutura física deste hospital atrapalha o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>A humanização da assistência depende mais dos Funcionários do que da estrutura física da instituição</b></p>	<p>Não. Aqui é igual coração de mãe, sempre cabe mais um. A estrutura física? Acho que não, porque para haver humanização a gente precisa de sensibilidade, não estrutura física, estrutura humana. Acho que não atrapalha. Acho que soma. Eu acho que não, eu acho que depende mais dos funcionários em si, do que realmente do espaço, porque eu acho que quando a gente, pode tratar bem Não, acho que está um bom padrão. Não influencia nada. O que influencia primeiramente, é o mal atendimento. Se de repente entra uma mãe, que a gente sabe que o ela está passando ali, não é fácil. Então as vezes o má atendimento, essas coisas todas. A estrutura física está ótimo, algumas coisas que precisam ser feitas no caso, melhorar a qualidade do elevador, estas coisas todas, é uma coisa que eu creio que mais para frente a direção do hospital vai estar agilizando, depende de verba, agora em termos de estrutura física está ótimo. Não atrapalha, inclusive a gente vê aqui quando os médicos, o empenho que eles têm, a gente não deixa muito superlotar, não tem essa dificuldade. Sujeitos: (S2, OA1, OA2, S4)</p>		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois seguranças e dois oficiais administrativos. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que tem maior resistência ao processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>O processo de humanização da assistência independe da especialidade e/ou profissão do profissional, mas sim o seu comportamento</b></p>	<p>Eu acho que qualquer profissional pode atrapalhar, esse processo, e qualquer profissional pode ajudar, o profissional que tem contato direto com a mãe. Principalmente no trabalho de parto. Depende da atuação profissional, da conscientização que ele tem no trabalho dele, se ele é um profissional consciente, que trabalhe sério, ele vai está somando para a humanização, o trabalho de parto. Se ele não for um profissional tão consciente assim, isso vai ser só mais um detalhe, sem importância em todos os aspectos do hospital, vão ser motivos suficientes para ele não dispensar uma atenção de humanização para mãe. Então, eu acho que depende de cada um, isso cada um pode ser, ou um profissional que preza pela humanização ou que não. O fato de atrapalhar ou facilitar a humanização da assistência não depende de nenhuma categoria específica, mas da formação, do perfil do profissional de saúde. Eu conheço neonatologistas que aqui tem fama de ser humanizados, que quando ele aparece na sala de parto ele desumaniza o parto. Só dá palpite errado. Não, depende que exista um acordo entre os ginecologistas e os neonatologistas, eu acho que tem tudo para dar certo, ambos tem que falar a mesma língua. Não pode eu tomar uma postura desumanizada e GO a postura humanizada, dá tudo errado o parto. Os dois tem que seguir a mesma postura, e ai dá certo. Eu acho que qualquer profissional pode atrapalhar, esse processo, e qualquer profissional pode ajudar, o profissional que tem contato direto com a mãe. Principalmente no trabalho de parto. Depende da atuação profissional, da conscientização que ele tem no trabalho dele, se ele é um profissional consciente, que trabalhe sério, ele vai está somando para a humanização, o trabalho de parto. Se ele não for um profissional tão consciente assim, isso vai ser só mais um detalhe, sem importância em todos os aspectos do hospital, vão ser motivos suficientes para ele não dispensar uma atenção de humanização para mãe. Então, eu acho que depende de cada um, isso cada um pode ser, ou um profissional que preza pela humanização ou que não.</p> <p>Sujeitos: (RB, O6, N1)</p>	<p>Não existe nomeação, todos ajudam ou todos atrapalha. Esta relacionado a pessoa e não a profissional. É o que eu falei no começo, quem colabora e quem realmente exerce os processos de humanização ou não são pessoas que estão nesse na instituição, a instituição tem o limite do que você pode fazer, agora ultrapassou o limite de instituição é de cada um, depende da sensibilização que cada um vai ter sobre a atividade. O profissional que mais atrapalha no processo de humanização é aquele que não entende a importância da humanização na assistência materno-neonatal. Ele pode ser, desde o médico até o porteiro. Se ele não percebe que isso faz diferença ele atrapalha toda a equipe. Não o profissional eu acho que é a pessoa, porque querendo ou não os profissionais em si, profissão é uma profissão a toa, porque as vezes pode ser um faxineiro que colabore e isso não quer dizer nada. Então eu acho que é a pessoa e não o profissional.</p> <p>Sujeitos: (DC, DU, DE)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um residente de obstetrícia, um obstetra, um neonatologista, um Diretor Clínico, um Diretor de Serviço de Apoio ao usuário e uma Diretora de Enfermagem. Os gerentes e muitos profissionais estão se conscientizando que a estratégia de assistir a mulher e seus familiares em uma maternidade humanizada garante segurança e qualidade

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que tem maior resistência ao processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>O médico é o profissional que mais dificulta o processo de Humanização da Assistência</b></p>	<p>Eu acho que o próprio médico ainda atrapalha, eu acho que o próprio médico atrapalha. Ele tem certos vícios, então o médico ele vem com certos vícios desde a época que ela é formado, então por exemplo, dentro da humanização. A paciente acaba de chegar, ela não tem necessidade de, ser colocada num soro, ser colocada num leito, ficar naquele leito sem ninguém, a não pode levantar, não pode, nada, nada a ver. E tem muitos profissionais, o próprio médico, vem com essa idéia, desde a época da formação dele, na própria faculdade. Então eu acho, que a partir do momento que o Ministério da Saúde, que os Hospitais, estão implementando a humanização, que isso deveria entrar dentro do currículo médico mesmo, como médico ele aprende, não quem vai seguir só obstetrícia, mas eles tem a obstetrícia, eles tem a ginecologia, eles tem todas as áreas dentro da faculdade, que eles deveria aprender esta parte da humanização, não só dentro da parte de obstetrícia, mas na parte de, é, relacionamento médico/paciente, isso já está implementado na idéia do médico. Então o próprio médico atrapalha. Ele não é o único que atrapalha, tem vários, vários profissionais que atrapalha, mas ele sendo, mais ou menos a chave, desde a hora, do momento que a paciente entra, até o momento que ela vai, dar a luz, ele está sempre, lógico que tem outros profissionais envolvidos e que necessitam, também de um treinamento para humanização, mas o médico eu acho que é um dos que atrapalham. Quem muito atrapalha no Parto Humanizado é o médico. Ele quer se ver livre logo daquele parto. Eu trabalho em outro hospital que o volume de atendimento é muito grande e aquele parto que talvez o médico acabaria fazendo cesárea e como o plantão está agitado, o médico vai atendendo outras pacientes e quando a mulher grita o neném já está nascendo. De repente se o plantão não estivesse muito agitado o médico teria mais tempo de ficar em cima daquela paciente que ele achou que poderia ser cesárea e talvez esta mulher fatalmente teria ganhando uma cesárea. Um exemplo disso é o Hospital Privado que tem as mais altas taxas de cesárea. Você acha que o médico vai ficar a noite toda acompanhando o trabalho de parto? Ele dá logo um jeito de resolver o problema e faz cesárea. Eu não sei (...). Talvez sejam os médicos, mas eu acho que isso é uma questão meio dirigida para responder isso. Talvez sejam os médicos, mas nem todos, porque cada um é de uma opinião. Assim, eu estou falando como médica, acho que a gente é acostumado a ter uma visão mais resolutiva do caso. O parto humanizado é uma coisa mais demorada, precisa de um espaço físico maior. A gente é treinado para querer ser mais resolutivo. Então, a maioria dos médicos é mais cesarista, indica mais cesárea, uma coisa mais precoce.</p> <p>Sujeitos: (O1, O3, RA)</p>	<p>Não é que atrapalha, ele tem mais resistência a cooperar. Ele não chega a atrapalhar, mas normalmente ele a mais resistente a cooperar. O médico normalmente a esses tipos de ações eles são meio resistentes.</p> <p>Sujeitos: (DG)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras, um residente de obstetrícia e um Diretor Geral. A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que tem maior resistência ao processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>O médico é o profissional que mais dificulta o processo de Humanização da Assistência</b>		<p>Na verdade, eu acho que aqui no caso alguns médicos realmente são bem desumanos, nem olham no olho do paciente. Não pode deixar o usuário perambulando por aí e as vezes ele acaba indo para qualquer lado, são esses profissionais talvez, que poderiam melhorar um pouquinho. Olha pela formação é o médico que atrapalha mais, porque ele vem com uma formação muito, ah, muito, muito forte com aquela coisa de maior poder. Então isso, e pela cultura, a formação que ele teve também. Então muito me alegrou na tese, na dissertação de mestrado de uma colega nossa, que o orientador médico pela primeira vez tinha orientado uma enfermeira e que ele a convidou para, para dar aula para os médicos das universidades, para eles entenderem o que é humanização, como se deve pensar, o que, como se deve tratar uma mulher, uma parturiente. Mas assim, eu acho que quando complica eu acho que o médico que tem que intervir logo, então, a gente fica numa situação mais estressante do que uma enfermeira obstetriz, ou de uma auxiliar, ou de que uma Doula, assim, no caso de vocês que estão fazendo este negócio de parto humanizado. O médico é sempre a parte aonde vai estourar as coisas. Então, ele tem uma visão mais voltada para catástrofe. Mas, eu não acho que ele atrapalhe, eu acho que se ele for bem treinado, bem orientado e tal, eu acho que ele seria o que mais facilitaria, porque, ao mesmo tempo que ele é o maior entrave de vocês, ele seria o maior facilitador, também se for bem treinado, bem orientado e se tiver um espaço físico adequado e se demonstrarem que isso daí vai ser uma coisa boa, Depende, tem alguns GO, e tem alguns neonatologistas, ou seja, não são a favor da humanização, então não tem aquela visão, é desorientado, o outro já acha que a humanização é, “o parto humanizado, esse parto de cócoras, esse parto de ficar dando banho, e isso aí! Então, é complicado. Eu acho que os médicos, alguns por não aderirem a isso, é, prejudica. Sujeitos: (P2, E2, F1)</p>
<p>O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um psicólogo, uma enfermeira e um farmacêutico. O medico obstetra de modo velado às vezes chega a coagir a mulher como os outros profissionais de saúde e a administração</p>		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que tem maior resistência ao processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Prof. área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>O residente de obstetrícia é o profissional que mais dificulta o processo de humanização da assistência, pois no intuito de aprender acabam manuseando muito as pacientes</b>		Eu acho que é o residente. Como eles estão no intuito de aprender, eles manuseiam muito as pacientes, eles tocam desnecessariamente, eles fazem um fórcepe às vezes desnecessariamente. Não que eles estejam errados, porque eles têm que aprender, mas fazem muitos procedimentos desnecessários. Sujeitos: (E1)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de uma enfermeira. O excesso de intervenção e a medicalização do parto já começa ser sedimentada na prática dos profissionais desde a época da residência. Sua formação obstétrica é condicionada a pensar que o parto é uma situação de risco, de imprevistos e dificuldades. Importante é que o profissional estabeleça uma relação mais íntima com as pacientes, menos mecanicista e mais integrada, transmitindo segurança e serenidade à mulher para a vivência do parto como sujeito ativo.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>
<p><b>A Auxiliar de Enfermagem é a profissional que mais colabora no processo de Humanização da Assistência</b></p>	<p>A Diretoria tenta incentivar bastante o parto humanizado, mas infelizmente o espaço físico pega muito aqui (...). O Auxiliar de Enfermagem colabora e as voluntárias também. Só que atualmente elas não estão entrando mais e atuando como Doulas, dificultaram a entrada delas porque o espaço físico do pré-parto é muito pequeno e depois chegaram os Residentes, parte dos auxiliares de enfermagem. Porque eu vejo que eles tem um carinho, eles (aux. de enfermagem) que trocam a paciente, eles vão conversando, eles vão explicando o que vai fazer, para onde agora elas vão, eles que levam em todo o trajeto. Olha eu não posso falar em um termo geral, eu fico muito aqui em baixo, mas o pouco tempo que eu vejo os auxiliares de enfermagem são muito mais humanizados. e modo geral, os profissionais de enfermagem são bem mais acolhedores que os médicos. Eles são mais tolerantes e sensíveis (...). Eu acho que os auxiliares, assim, porque eles que ficam mais no pré-parto. O auxiliar mesmo. A obstetriz, fica mais de dia, a noite não tem obstetriz. Então, eu acho que quem fica mais controlando mesmo, são os residentes. No caso que é a gente que fica em cima bastante, mas as vezes você entra em uma cesárea, entra em um procedimento mais demorado, você não fica lá toda hora e ela está com sede, ela pede para o auxiliar. Então, eu acho que é o auxiliar de enfermagem, o residente quando tem hospital com residente. O residente tem mais condições de ficar mais próximo e dar uma acolhida melhor. A obstetriz, eu acho que é a equipe como um todo, mas eu acho que quem fica mais assim, é o auxiliar de enfermagem, porque está mais próximo e todo o tempo do processo.</p> <p>Sujeitos: (O3, O5, O6, RA)</p>	<p>O profissional mais simples, normalmente ele parece que ele está mais, ele vivencia mais o processo de humanização, certo? Talvez, ele está mais, aquele profissional que está sempre mais perto da mãe é o auxiliar de enfermagem, eu acho que é a pessoa mais sensibilizada para este processo. O que colaboram mais com as pessoas, o número maior são os auxiliares de enfermagem, mas ao meu ponto de vista. As enfermeiras, é complicado, tem umas que são humanas, tem outras que não estão nem aí. Os auxiliares de enfermagem a maioria são humanos. As enfermeiras elas até são, só que assim é tanta burocracia no papel que elas se perdem no papel e não tem tempo para paciente. Hoje eu estou quase louca, você não tem noção eu to quase louca. O que mais colabora é o pessoal da porta de entrada. Os meu auxiliares do Pronto Socorro eu acho que são as pessoas que mais fazem o papel de humanização. Ultimamente os auxiliares estão mais acolhidos ao contrário de anos anteriores. Desde quando eu vim para cá para Maternidade, já tem quatro anos que eu estou na Maternidade, mas eu estava no ambulatório e tem um ano e meio que estou aqui, eu acho que melhorou bastante perto daquilo que era antes. Só que ainda falta muito e é complicado porque você mexer com a estrutura emocional de funcionário, você mexer com crenças de funcionários é complicado.</p> <p>Sujeitos: (DG, DE)</p>	<p>Os auxiliares, os auxiliares estão o tempo todo, desde a entrada, da pessoa aqui na portaria do PS. Todo processo até a saída, é o contato direto apropriado.</p> <p>Sujeitos: (S2)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três obstetras, um residente de obstetrícia, um Diretor Geral, um Diretor de Enfermagem e um segurança. A enfermagem de modo geral sobretudo os aux. de enfermagem têm transformado suas práticas na direção de uma relação mais humanizada e segura. Tem colaborado brilhantemente no resgate do parto como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados e devolvendo a mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>A obstetrix é a profissional que mais colabora no processo de humanização</b>	Eu acho que a enfermeira obstetrix quando bem orientada é uma que, eu acho que por ser mulher, vai acompanhar melhor a paciente e é a que tem a maior facilidade ali com ela, durante o trabalho de parto ela que está sempre mais do lado. As vezes até mais que o médico. enfermeira obstétrica se ela tiver perfil e for bem treinada, ela evita muitas intervenções desnecessárias (...). Aqueles que tem mais contato com o paciente, eu acho que são os que conseguem exercitar isso melhor, então eu acho que a equipe de enfermagem, a obstetrix é a que acaba conseguindo exercitar mais a humanização, porque ela tem mais proximidade com o paciente. Sujeitos: (RD, O6, N2)	Eu vejo que é a enfermagem, a enfermagem ela colabora mais. Olha eu acredito que até pela própria formação nossa de cuidar. Então você está cuidando você quer ver que aquilo, que aquele procedimento que você vai fazer possa até ser doloroso, alguma coisa assim, mas é pro bem-estar da paciente, naquele momento que você está nesse processo do cuidar você ao mesmo tempo, está falando, você está conversando, muitas vezes ela te conta a vida dela, você pode dar um apoio. Então eu acho que é muito essa coisa do apoio, porque na realidade você nota assim, que é em ultimo caso que elas chamam o médico, a primeira palavra que vem na boca sempre é a enfermeira, chama a enfermeira. Eu acho que são as enfermeiras. Eu acho assim, por já ter uma mentalidade assim, de ajudar o próximo, de trabalhar mais o lado emocional da mulher, de estar mais constante, porque eu acho que o médico só deixa a prescrição, eu acho que já, a enfermagem, a enfermeira, já cuida, já trata, já tenta zelar, já dá um apoio emocional, um apoio em todos os momentos difíceis do paciente, que muitas vezes a equipe médica não dá. Não tenha dúvida que é a Obstetrix e as Enfermeiras obstétricas. Na assistência de um modo geral as auxiliares de enfermagem, principalmente perto da porta, elas são muito humanas, tem auxiliares de enfermagem que fica segurando na mão da parturiente, ficam conversando. A enfermagem, está 24 horas com a paciente. O médico vem passa a visita e vai embora e muitas vezes o médico (...), há desencontro médico, porque o plantonista vem, amanhã vem outro, depois vem outro de amanhã vem outro. Então, a enfermagem não, a enfermagem está todo dia, ela está constante, ela está do lado da paciente. Então, quando a paciente tem alguma coisa para falar é com a enfermagem que ela fala, porque o médico nem sempre está aqui. Os médicos colaboram muito também, mas a enfermagem é que está mais tempo com a paciente. Sujeitos: (E2, E8, E1, E6)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um residente de obstetria, um obstetra, um neonatologista e quatro enfermeiras obstetras. A portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998 inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” e tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto. Atualmente, o número de enfermeiros obstetras atuando no país ainda é muito baixo, embora se estime que o número de partos realizado seja bem superior àquele registrado no SUS.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>As voluntárias (“Amigas da Parturiente”) são as que mais colaboram no processo de Humanização da Assistência</b>	Atualmente dentro do hospital, acho que o que mais colabora, atualmente são as voluntárias. Pelo que eu vejo aqui dentro, no nosso serviço. Elas passam muita tranquilidade para a mulher. As amigas da parturiente são figuras indispensáveis nessa maternidade Sujeitos: (O1, N4, E1)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra, um neonatologista e uma enfermeira. O apoio psicossocial diminui o estresse interferindo na tríade: medo, tensão e dor com conseqüente maior volume de partos vaginais e humanizados.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>O neonatologista é o profissional que mais colabora no processo de Humanização da Assistência</b>	Eu vou puxar a sardinha para o meu lado, eu acho que é o neonatologista, porque é o que eu vejo mais na sala do parto, apesar que eu faço pouco trabalho de parto aqui, eu sou mais alojamento conjunto. É claro que é o neonatologista e alguns poucos obstetras que desde há muito tempo tem lutado pela humanização do parto. Todo neonatologista compreende o bebê, sabe respeitar a identidade do feto. Sujeitos: (N1, N3)	Eu vejo pela colaboração, em todos os setores tem colaboração, você tem colaboração na área de obstetria, você tem colaboração na área de neonatologia, você tem ,na área dos anestesistas por incrível que pareça, certo? Salvo algumas exceções. Os anestesistas eles participam muito do processo de humanização. O neonatologista em principio por estar mais vivenciando mais os problemas da mãe e do recém-nascido, normalmente eles são mais acessíveis a este tipo de ação, eles colaboram mais Sujeitos: (DG)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois neonatologistas e um Diretor Geral. O neonatologista tem sido o profissional médico mais sensível às medidas humanizadoras da Assistência Materno Neo-Natal. Alguns deles são ferrenhos cúmplices de obstetras que procuram dar uma modalidade de assistência e respeite os direitos da mulher e seu filho.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que o Pré-Natal influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>O pré-natal é a oportunidade do estabelecimento de um bom vínculo entre médico e paciente</b></p>	<p>Com certeza. A mãe que é bem acompanhada no pré-natal, tem um pré-natal bem orientado, é bem tratada no pré-natal, ela se sente acolhida, ela se sente protegida, ela se sente ajudada, ela se sente apoiada. E, nossa ela vai ter um parto muito mais tranquilo, vai ser uma mãe que vai está bem orientada no momento do trabalho de parto. Depois em questão do retorno, do puerpério, ela vai retorna a maternidade. Então, a gente vai ter um acompanhamento com essa mãe, vai ser uma paciente nossa, realmente com uma relação médico/paciente muito melhor, que vai melhorar muito o trabalho de parto dela e a recuperação pós-parto também. A humanização do parto começa no pré-natal, não começa ali na sala de pré-parto, ao contrário, aquilo ali é uma consequência de todo o trabalho que já foi feito, durante os meses de pré-natal. Se o pré-natal é bem orientado, qualquer mãe tem condição de fazer um ótimo trabalho de parto No pré-natal o profissional tem mais condições de conhecer a mulher não só do ponto de vista obstétrico, mas de modo holístico. Sujeitos: (RB, O6)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos um residente de obstetrícia e um obstetra. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psico da mulher. A gestante deverá receber orientações em relação ao processo gestacional, mudanças corporais, emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto puerpéro, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Nesse processo devem ser considerados os desejos e valores da mulher e adotar uma postura ética e sensível, respeitando-a como cidadã eliminando as violências verbais e as não verbais.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida do profissional influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>O profissional com antecedentes de maus resultados obstétricos na profissão é mais intervencionista</b></p>	<p>Lógico, quando uma pessoa teve uma formação mais intervencionista, quando a pessoa viu muita desgraça, porque a obstetria é uma caixa de surpresas. É lindo o parto normal, o parto humanizado é uma teoria maravilhosa, agora eu já vi muitas vezes o parto que era para ser normal, grandes multiparas que era para dar tudo certo e de repente acontece alguma coisa, que tem que virar uma cesárea de urgência. Então assim, eu acho que a formação da pessoa ajuda, a personalidade também, às vezes tem gente que acha que já vai dá mais certo, já é mais otimista, tem gente que já viu tanta coisa que acha que vai dá errado, então já intervir logo, a primeira coisa que acontece, o partograma não está indo muito bem, ou então outra coisa a pessoa já intervir. Outros tem mais, é a visão, a vivencia pessoal da pessoa, junto com a formação aonde fez faculdade, aonde fez residência, é um monte de fator junto, a parte emocional, a parte da personalidade, não tem assim, uma coisa assim um perfil do profissional que seria bom para humanização, eu acho que não existe isso, eu acho que vai muito haver dá parte de formação acadêmica, mas muito mais da parte da personalidade, ou então as vezes aonde a gente fez a residência influi bastante, se você viu um lugar que estava o aspecto você acredita mais que dê certo, agora se você viu um lugar que não era muito, você já não acredita e isso é uma coisa nova. A maior parte das pessoas que teve formação em GO, até agora, foi uma formação não voltada para isso, agora que está surgindo isso. Eu sei que é antigo, mas a implementação mesmo, pelo Ministério da Saúde, não faz muito tempo. Então eu acho que tudo isso está relacionado. É claro, eu acho que sim. O profissional que teve uma experiência muito ruim com humanização, com o parto humanizado, ele vai ter mais ressalvas com o parto humanizado do que o profissional que só teve boas experiências.</p> <p>Sujeitos: (RA, N2)</p>	
<p>O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um residente de obstetria e um neonatologista. Estudos como de Porreco, (1985) e de Stafford (1990) apontam o incremento de intervencionismo por parte de obstetras com antecedentes de maus resultados obstétricos.</p>		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida do profissional influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>A dificuldade de certos profissionais em lidar com seus problemas pessoais têm comprometido o acolhimento ao usuário</b>	Se ele não tiver estrutura psicológica para saber como que funciona a humanização, acho que influência sim. Precisa ter uma estrutura psicológica. Agora eu acho que a do profissional influência mais, porque ele vai se doar, a paciente ela vai estar carente, vai estar com dor, com carência de ajuda, a historia da paciente acho que até não influência tanto, acho que a do profissional influência mais. Sim, porque o profissional que vem com problema de casa, ele desabafa com certeza na mãezinha, isso a gente vê muito aqui, acontece muito, então. Isso vem de berço. Eu conheço muitos funcionários aqui que não tem a mínima, a mínima vocação para lidar com o público, é um fator principal para você poder atender bem. Porque a pessoa normalmente está aqui, eu acho que mais pela profissão, pelo dinheiro, do que por ajudar a pessoa. Então, eu acho que isso vem de berço. Se a pessoa não está, interessada em ajudar primeiro a pessoa e depois o pagamento dela, eu acho que ela não tem a mínima condição de fazer um parto humanizado. Sujeitos: OA1, OA3, OA4)		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três oficiais administrativos. Perestrello, (1982) ressalta que o profissional pode tentar ocultar sua ansiedade e incerteza, mediante diversas atitudes defensivas; estas podem interferir permanentemente na sua capacidade de interagir satisfatoriamente com as pacientes e, possivelmente, fornecer a base para o desenvolvimento de um maneirismo defensivo. Todas as atitudes do profissional repercutem sobre o paciente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico, segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, profissional.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>Não só a história de vida das pacientes, mas também as questões sócio-econômica-culturais influenciam o processo de humanização da assistência</b></p>	<p>Também, Porque eu acho assim, tem que ver se é, por exemplo, à gestação foi planejada, ou seja, se ela realmente ela está feliz com esta, com a gestação, ou seja com a situação que ela está vivendo em si. Então influência muito, quer dizer se é uma gravidez desejada, tudo eu creio que vai correr bem. Se tudo for bem com a mãe, agora se é uma gravidez que a mãe não desejou, ou seja, aconteceu tal, acho que influência. Influencia sim, porque eu já peguei muita paciente aqui que é cabeça dura, que tem medo até de um dentista quanto mais de um médico obstétrico. Onde pessoas, maridos de pacientes que não deixava a mulher ter um exame de toque por puro preconceito. Tem muito marido de paciente que é muito ignorante, não sabe que o exame de toque faz parte de todo o procedimento que ela tem que ter e acha que vai fazer sacanagem com a mulher dele. Eu acho que até o que influencia muito são os parentes da paciente, do que a própria paciente. Tem acompanhantes de paciente que brigam muito com a gente, achando que a gente está fazendo tudo errado, que a gente está fazendo um processo lento, mas é de acordo com as possibilidades que o hospital nos fornece. Eu já peguei acompanhante assim. Sujeitos: (S4, OA4)</p>	<p>Eu acho que sim. Porque tem muitas pacientes, que a gente, as vezes elas se abrem com a gente, você vai conversar, você vê, mulher de bandido, mulher que foi estuprada, mulher que foi estuprada pelo marido, atrapalha um pouco. Não que atrapalhe ela sempre, ela traz com ela. Então as vezes, a gente, tem paciente que está mal, você vai conversar, aí ela começa a contar um pouco da vida dela, que é dureza, as vezes passa fome. Não tem nem onde morar direito. As vezes é um filho que os pais não aceitam a criança, filho que é rejeitado pelo marido, pelo namorado. A história de vida da mulher também influencia, porque se ela foi criada com outros hábitos culturais, então colocamos assim, uma indígena que vem para uma maternidade, não vai dar certo, não vai dar certo, porque? Porque ela tem hábitos culturais diferenciados. Inclusive tem algumas religiões, algumas culturas que quando a mulher vai dar a luz, a família inteirinha tem que ficar do lado. Isso eu assisti muito porque meu pai tinha uma clientela diferente e era assim a cultura, todos estavam na hora do parto, a família inteirinha, se tinha 50 componentes, tava todo mundo na maternidade esperando o nascimento daquela criança. E ali no quarto que a gente tinha que pedir para as pessoas saírem, para mulher não ficar estressada, mas a cultura é que obrigava a mulher a fazer aquilo. Sujeitos: (E7, E2)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um segurança, um oficial administrativo e duas enfermeiras. Se fossem diferentes as condições estruturais do trabalho dos profissionais de saúde quase sempre mal remunerados, muitas vezes pouco incentivados e sujeito a uma carga considerável de trabalho as problemáticas da paciente não influenciariam tanto no processo de humanização da assistência.

Frente a programas que primam pela melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, produto final de um hospital, tais como os programas propostos pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 A; Parto, B 2001), fez-se necessário desencadear processos de mudança que apontassem para o fato de que a satisfação de seus clientes externos passasse antes de mais nada, pela satisfação de seus clientes internos, que nada mais são do que seus colaboradores.

O termo “humanização” tem sido empregado constantemente na assistência à saúde. É a base de um amplo conjunto de iniciativas, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional (DESLANDES 2004).

O conceito de “humanização da assistência” tem sido mais direcionado a uma diretriz de trabalho, um movimento de parceria dos profissionais e gestores, com vistas a melhoria da qualidade assistencial. Implica ainda a valorização do cliente interno e do diálogo intra e inter-equipes.

O termo passou a ser mais usado por ocasião da regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) por parte do Ministério da Saúde em maio de 2000, e este assunto é também incluído na pauta da Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000) no Brasil. O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sócio-comunitárias), visando a melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000). Atualmente o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico (provisoriamente intitulada “Humaniza SUS”).

Certamente depois de grandes investimentos nas conquistas da ciência emerge o dever e a necessidade de reavaliar nossas posturas, e o que em verdade conquistamos. A ninguém parece plausível que o fenômeno do nascimento seja relegado a desassistência, porém o preço debitado pela super-mecanização parece estar cada dia mais alto.

Explode no pensamento de certos profissionais da área materno-infantil, apropriando-se do discurso de JONES (2004) uma questão: Pode um fenômeno tão visceralmente feminino como o nascimento ser conduzido por pressupostos filosóficos tão absolutamente masculinos? Da resposta desta questão certamente aparecerão novos posicionamentos, novas visões e uma reavaliação do que realmente foi conquistado até o momento.

Existem muitos novos profissionais no mercado que pretendem ter uma visão mais abrangente e respeitosa do nascimento. Listas na Internet (Amigas do Parto, Doulas) normativas da OMS, etc... gradativamente vai mudando o modo de pensar dos profissionais em direção a uma nova forma de entender o nascimento humano e suas repercussões sociais. Livros são escritos nesse sentido; artigos publicados, revistas editadas e congressos realizados. Entretanto, nossa realidade pouco se modifica. A crueza do dia-a-dia parece não se afetar por estas iniciativas. Porque, apesar das claras indicações de que uma postura médica mais suave e menos violenta tem resultados melhores, tem prevalecido as altas taxas de intervenção, altos índices de cesariana e conseqüentemente resultados insatisfatórios para a saúde das mães e seus filhos?

Humanização do nascimento lida com a reorganização de um sistema de poder. Não se troca poderes sem ter certeza de que o novo modelo supera o anterior e as evidências têm demonstrado que o atual sistema de atenção a mulher no ciclo gravídico puerperal necessita ser repensado (COCHRANE 2001).

Este estudo considerou ainda dois aspectos diferenciados que precisavam ser associados: tecnologia e a boa administração de relacionamentos. Segundo MERHY (1997), o emprego de tais interações, voltadas para a produção do cuidado, também representa uma forma de tecnologia, a “tecnologia leve” e constitui um elemento crucial de gestão. Justamente nos territórios dessas “tecnologias leves”, isto é, que dizem respeito à produção de vínculos, acolhimento, autonomização e de gestão do processo de trabalho, ocorrem atualmente as principais reestruturações produtivas do setor saúde (MERHY 2002). Para o autor, as transições tecnológicas na saúde estão *inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado* (MERHY, 2002). Aí se constitui a arena de embate entre modelos médicos neoliberais e aqueles oriundos do movimento sanitário, que defendem um modelo de atenção orientado pela “radical defesa da vida”.



De acordo com DESLANDES (2004), desconsiderar tal debate pode gerar uma atribuição de incompatibilidades, de maior resistência entre os que trabalham com o que há “de objetivo” (tecnologias) e com os que trabalham com o “subjetivo” (relacionamentos), além de ignorar o quão potente são, por exemplo, as tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais.

Tais ponderações nos fizeram refletir que as interações entre os atores (profissionais e pacientes) são influenciadas por lógicas culturais que as antecedem. Assim, para pensar as (im) possibilidades comunicacionais entre os sujeitos na organização hospitalar antes de tudo foi necessário pensar/ refletir sobre a própria cultura da organização. De acordo com RIVERA (2003), dois aspectos de uma fina dialética foi evidenciado: o da cultura organizacional, como conjunto de referências compartilhadas, que condiciona todo um sistema de regras que vai orientar as formas de gestão e a lógica de ação dos atores, seja a capacidade de os atores influenciarem a mudança das regras, e conseqüentemente a cultura. Em outros termos, se a cultura organizacional se constitui a partir do agir comunicativo dos seus agentes, em processos de aprendizagem e em busca de consenso, *suas configurações simbólicas podem ser questionadas em um nível discursivo* (RIVERA 2003).

Entendemos que as possibilidades comunicacionais só se ampliam se toda a cultura de atendimento hospitalar/ ambulatorial caminhar para uma nova modalidade, para “uma nova cultura de atendimento”. Esta só se viabilizaria se for incentivada uma abertura de diálogo, do nível de gestão à organização harmoniosa mais cotidiana do encontro entre gestores, profissionais e usuários. Compartilhamos com RIVERA (2003), que para mudar as regras do jogo organizacional e as bases da cultura é preciso ir além da mudança das “estruturas mentais”.

Humanizar a assistência é humanizar a produção desta assistência.

## 6. CONCLUSÕES

A Pesquisa de Clima Organizacional consistiu em um levantamento de opiniões que caracterizaram a representação da realidade organizacional, retratando o que os funcionários da instituição acreditavam estar acontecendo em um determinado momento, resultando em um diagnóstico sobre a situação atual da organização. Os subsídios fornecidos pela Pesquisa de Clima Organizacional proporcionaram a organização um mapeamento das percepções sobre o ambiente interno da instituição sendo um importante ponto de partida para mudanças e desenvolvimento organizacional.

No desenvolvimento do estudo foi possível observar que de um modo geral a instituição apresentava sérios comprometimentos em sua cultura organizacional, tais como:

- Deficiência do diálogo – debilidade do processo comunicacional entre profissionais e gestores e entre profissionais e usuários. Impossibilidades da comunicação, presentes no modelo da assistência e nas motivações que mobilizam o cuidado com a paciente;
- As violências simbólica e real que existe na ausência da comunicação;
- Os espaços de “permitir a voz”, o acesso à verbalização das demandas dos funcionários eram meramente espaços formais, fictícios;
- Baixa motivação dos funcionários;
- Dicotomia entre tecnologia e fator humano, sobretudo entre os obstetras no tocante a organização da assistência materna;
- Carga excessiva de trabalho, sobretudo os auxiliares de enfermagem;
- Precárias condições de trabalho dos funcionários do SAME (repcionista) que atuam no Pronto Socorro;
- Equipamentos de trabalho inadequados;
- A não legitimidade da interação profissional-outro (o não respeito ao outro) no cotidiano das ações de saúde;
- Ausência de liderança em certos setores de trabalho;
- Os fluxos de trabalho eram muito alienados do resultado final deste trabalho;

- Os profissionais de saúde desde o segurança até a alta direção não se apropriavam devidamente do seu processo de trabalho e pode-se concluir que este fator contribuía significativamente para desmotivação dos profissionais, sobretudo da área de enfermagem.

As pressões decorrentes da organização do trabalho são fontes significativas de sofrimento. Dentre elas, foi destacado as tensões provenientes do convívio cotidiano com os acompanhantes das pacientes de alto risco gestacional internadas, denunciadora das dificuldades vividas nas relações sociais de trabalho.

O envelhecimento e adoecimento de parte dos profissionais, sobretudo os auxiliares de enfermagem como um dos principais problemas de saúde pública da instituição é responsável pelo sofrimento cada vez maior de pessoas.

Todavia a ausência de uma lógica contratual por parte da Secretaria de Estado da Saúde que trabalha com duas lógicas contratuais (o funcionário efetivo e o contratado de emergência) e isto repercute na lógica do trabalho da instituição.

O diagnóstico constatado em certos setores foi bem claro: profissionais saudáveis, com menos conflitos e com maior motivação constituíam equipes ativas e mais competentes. Totalmente o inverso do que vinha ocorrendo, sobretudo no UTI neonatal, no Pronto Socorro e no Berçário.

No processo de observação assistemática do trabalho dos profissionais do HMI o fato mais significativo que chamou a atenção da pesquisadora foi o ambiente comum de trabalho na sala de parto. Os profissionais têm considerado este local como qualquer ambiente comum de trabalho, ambiente este em perfeita harmonia com a ética da produção industrial. A frieza dos profissionais que participam do nascimento contrastou com a magnitude do evento em si.

Todavia, o diagnóstico de clima organizacional do HMI revelou uma organização com uma cultura forte, porém flexível para assimilar mudanças. Há uma harmonia entre os valores que geram a cultura e que estão caracterizados, difundindo assim um ambiente que propicia aprendizagem organizacional, uma cultura que gera aprendizado.

Este estudo evidenciou que outras ações paralelas e integradas estariam sendo desenvolvidas para melhoria das condições de infra-estrutura, seja das instalações físicas, adequação de equipamentos, e outras. Percebe-se constante preocupação do discurso principalmente da administração do hospital, em não parecer que há uma proposta de substituição das condições estruturais da qualidade do atendimento, reconhecidos como fundamentais, por um modelo baseado somente “no bom relacionamento profissional-paciente”.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades e resistências, os profissionais de saúde se conscientizaram que a estratégia de assistir a mulher e seus familiares em uma maternidade humanizada garante segurança e qualidade.

A organização estudada se continuar valorizando a qualidade de vida e a excelência do trabalho preocupando-se com estas questões contribuirá para o incremento da auto-estima dos funcionários, e fará com que eles comecem a compartilhar os valores e os objetivos da organização. Será o início da implantação de um espírito de equipe favorável, onde estas começarão a seguir a direção dos objetivos comuns.

Com o desenvolvimento do diagnóstico de Clima Organizacional do HMI pode se observar melhora do ambiente, da harmonia e cooperação em muitos setores. São imprescindíveis o estímulo desta situação e a manutenção da mesma assim como dos espaços de reflexão que foram criados para o novo momento institucional (implementação da Humanização da Assistência Materno-Neonatal) para que os profissionais continuem refletindo sobre suas práticas, suas atuações e responsabilização profissional.

O fortalecimento e manutenção do Comitê de Acolhimento e Humanização da Assistência Materno-Neonatal do Hospital Maternidade Interlagos, implantado no final desta pesquisa como instrumento de humanização entre a administração/ cliente interno/ cliente externo. Este é formado por um representante efetivo e um ou dois suplentes, eleitos pelos seus pares, teve sua estrutura sedimentada e balizada nos resultados das oficinas. O objetivo da implantação deste Comitê foi, entre outros fatores, implementar em parceria com a Diretoria Institucional, o desenvolvimento de líderes de equipe dos distintos setores de trabalho, ampliando as habilidades dos participantes, facilitando suas condições de gestores de equipes no cotidiano organizacional. Este Comitê aborda temática específica, direcionado à demanda organizacional e à liderança contemporânea. Seus integrantes são compostos por: qualquer funcionário eleito pelos seus pares.

A partir de metas trabalhadas em conjunto com os líderes setoriais de acolhimento, o processo de implantação da humanização da assistência certamente será acelerado devendo colaborar no grande desafio de resgatar a dimensão humana, de

forma que a equipe de funcionários possa alcançar satisfação e motivação integral. Na prática, espera-se que os Líderes Setoriais de Acolhimento provoquem mudanças efetivas que conscientizem as equipes da necessidade das suas responsabilidades visando atingir a harmonia, o respeito e a qualidade nas relações de trabalho. Partimos do pressuposto de que será no diálogo, no respeito às diferenças, no trabalho de cooperação e no comprometimento de todos que se manterá e surgirá às relações interpessoais, sadias e solidárias.

Esta modalidade de atenção certamente reforçará o trabalho em equipe interdisciplinar, viabilizando o abandono das rotinas e intervenções obstétricas rotineiras como: uso de enema, tricotomia, jejum no trabalho de parto, manutenção da parturiente no leito com restrição da deambulação espontânea, amniotomia precoce, indução, realização do parto em Centro Cirúrgico sem acompanhante, posição litotômica durante o parto, realização indiscriminada de episiotomia, afastamento do recém nascido da mãe entre três a seis horas de vida.

A estrutura física pequena e inadequada do HMI sobretudo a do pré-parto justificou o desencadeamento do projeto de construção do Centro de Parto Normal que é um espaço propício para exercício da cidadania, pois ali nasce um cidadão, ali a mãe, seu filho e os acompanhantes têm garantidos seus direitos e são tratados como protagonistas principais e participantes do processo de nascimento e não simplesmente sujeitos passivos da ação profissional automatizada e impessoal

Neste espaço pode ser realizado o parto vaginal e endossamos a posição vertical de parir uma vez que as pesquisas demonstraram que as mulheres que deram a luz nesta posição, referiram uma situação enriquecedora e gratificante e que além do cuidado diferenciado prestado pelos profissionais de saúde, as ações das “amigas da parturiente” nesse momento terão um papel fundamental no nível de satisfação das mulheres.

As voluntárias do HMI e que exercem as funções de Doulas não estão ocupando o lugar de um profissional já existente, mas sim ocupando um espaço vazio, do acompanhamento contínuo desde a gestação até o puerpério. Não só proporcionar segurança para as mulheres no momento de parir, mas oferecer-lhes aquilo que tinham antigamente e que foi retirado pela civilização contemporânea: o afeto, a parceria, a feminilidade, o calor, a alegria, o sentido de aconchego e segurança dos seus lares.

Diante do discurso dos funcionários de que o despreparo da mulher no pré-natal representa um entrave no processo de humanização do parto, deverá ser reavaliado a assistência ao pré-natal que ocorre no ambulatório do HMI. Conforme preconiza o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000), o principal objetivo de pré-natal é prestar assistência à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados.

Temos consciência que, modificações profundas na cultura ocorrem em prazos dilatados, porque necessitam de acomodações nas camadas mais profundas do código de crenças dos profissionais, da administração e dos próprios usuários. O tempo para que estas reacomodações ocorram é fundamental para a sua solidez.

O gerente e os líderes setoriais precisam continuar refletindo e não subestimar as reações dos funcionários e nem desprezar o fato de como eles podem influenciar positiva ou negativamente outros indivíduos e grupos durante a implantação das mudanças. A resistência a elas continuará sendo superada a partir do momento que os clientes internos continuarem sendo educados e preparados antecipadamente para as mesmas.

O processo de educação e de comunicação poderá envolver reuniões, discussões, oficinas, relatórios e memorandos. Será que somente o fato de cada gerente ter preparado apresentações audiovisuais, explicando as mudanças e suas razões para os grupos de profissionais envolvidos no processo, a mudança será desencadeada?

Quando a resistência estiver baseada em informação ou análise inadequadas e inexatas o programa de educação e comunicação será o mais indicado. Exigirá, porém, um bom relacionamento interpessoal entre os indicadores da mudança e os resistentes. Serão passos imprescindíveis a participação e envolvimento destes em algum aspecto do projeto e da implantação da mudança e dar atenção às suas sugestões. As pessoas envolvidas participando intensamente no projeto e na implementação da humanização da assistência como sujeitos ativos e não meramente como sujeitos passivos. Isto representará inicialmente profunda mudança na filosofia e na cultura organizacional da instituição, pois a participação e o envolvimento dos funcionários deverão ocupar uma posição eminentemente democrática.

O comprometimento pessoal e íntimo da maioria do cliente interno e ainda a participação da comunidade serão fundamentais para que as transformações continuem acontecendo e tenham pleno êxito.

Outras resistências poderão ser contornadas concedendo facilitação e apoio no sentido de ajudar o cliente interno a se ajustar às transformações necessárias. Estas ações poderão incluir aconselhamento, treinamento interno nas novas funções, planos de desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades para preparar as pessoas para a inovação. É saudável a instituição municiar seu pessoal com as ferramentas e técnicas sobre como fazer a mudança e a inovação. Simplesmente, a instituição divulga entre seus funcionários a tecnologia, o saber fazer, isto é, o conhecimento da mudança. E, cada gerente e líder setorial deverão continuar sendo educados e instruídos sobre os comportamentos de mudança e inovação, visando instruir e educar seus liderados.

Pontos convergentes entre o cliente interno podem ser ressaltados tais como: necessidade de investir em condições estruturais de sustentação da atenção humanizada ao parto e nascimento como a implantação do Centro de parto Normal, apoio à estrutura do Comitê de Acolhimento e Humanização da Assistência Materno-Neonatal; políticas de RH que reduzam as inseguranças trabalhistas e técnicas; evitar distorções da concepção de “inversão do modelo”; ampliar a difusão para a comunidade sobre o programa de Humanização da Assistência sobretudo no ciclo gravídico-purperal, suas diretrizes e normas de funcionamento.

Com o desenvolvimento do programa “Acolhimento e humanização do cliente interno: o caminho mais curto para a humanização da assistência”, espera-se que a transformação idealizada pelos clientes interno e tão merecida pelo cliente externo possa de fato ocorrer, tendo em vista que já se observa significativas mudanças ambientais nos diferentes setores do Hospital e Ambulatório e que o HMI seja um espaço propício para exercício da cidadania, pois ali nasce um cidadão, ali mãe e familiares precisam terem garantidos seus direitos, serem tratados como atores participantes do processo de nascimento e não simplesmente sujeitos passivos da ação profissional automatizada e impessoal.



Espera-se que certos gerentes sejam transformados de controlador, supervisor e conseqüentemente autocrata em educador, orientador, líder, motivador, comunicador e multiplicador dos esforços de mudança.

Apenas a comunicação/sensibilização não será suficiente para viabilizar as mudanças principalmente no HMI e também no ambulatório. Foi e continua sendo necessário, sobretudo educação. Toda a organização, desde a direção máxima até os funcionários da limpeza deverão estar totalmente sintonizados com os mesmos ideais de mudança e inovação. A convergência de objetivos será fundamental e a maioria dos funcionários já sabem perfeitamente o que fazer, como, quando e onde.

Em referência à violência institucional no HMI serão necessários mais cursos que abordem a subjetividade do profissional e do usuário nas práticas assistenciais e no trabalho multidisciplinar em parceria com o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da SES-SP, enfocando entre outras variáveis a saúde psíquica do trabalhador de saúde, e ao mesmo tempo criando metodologia de transmissão e construção de saber coletivo sobre o tema.

Analisando a relação entre trabalho e saúde, através de atividades realizadas com auxiliares de enfermagem e enfermeiras do HMI, que atuam junto ao berçário e alojamento conjunto, dentro da questão trabalho e saúde, foi focado, mais especificamente, as fontes geradoras de estresse psíquico para esses trabalhadores. Consideram que o programa Acolhendo o Cliente Interno é fundamental, pois este colabora no processo e na forma de organização do trabalho. Através do Diagnóstico de Clima Organizacional da instituição, foi fornecido subsídios ao Comitê de Acolhimento e Humanização da Assistência, acerca dos pontos negativos e positivos do HMI e seu Ambulatório, entre outros fatores a existência de riscos e cargas geradores de desgaste com conseqüentes repercussões para a saúde física e mental dos trabalhadores.

O novo contexto social traz novos desafios para o acolhimento e desenvolvimento de ações de humanização com o cliente interno. Solicita-se das instituições formadoras de Recursos Humanos para a saúde da formação de cidadãos críticos, capazes de compreender as implicações do desenvolvimento científico, tecnológico e econômico para sua qualidade de vida e atuação profissional. É preciso reconhecer que, em uma sociedade em que a tecnologia se faz presente em vários

contextos, estas são importantes ferramentas, mas também não se deve deixar seduzir-se por elas.

Espera-se que, como resultado do trabalho em equipe poderá se instalar uma boa comunicação entre as diferentes áreas e membros, conseqüência do início do “empoderamento” dos funcionários, sendo possível eles expressarem em liberdade e confiança suas idéias e sentimentos.

## 8. REFERÊNCIAS

Alvarães A. **Pesquisa de clima organizacional: medindo a temperatura da empresa.** [on-line]. São Paulo. Disponível em: <URL: <http://www.rh.com.br/ler.php?cod=3263>>. [2002mar 26].

Amick BC, Celentano DD. Structural determinants of the psychosocial work environment: introducing technology in the work stress framework. **Ergonomics** 1991; 34 (5): 625-46.

Atallah NA, Castro AA. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. **Diagnóstico e Tratamento** 1997; 54-55.

Ballint M. O bom médico. **Rev Bras Educ Méd** 1997; 21 (1): 39-46.

Barbaut J. **O nascimento através dos tempos e dos povos.** Lisboa: Terramar; 1990.

Baremblytt G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Basile ALO, Schirmer J, Ribeiro MI. Implantação de um centro de parto normal. **Rev Paul Enf** 2002; 2 (21).

Bennis WG. **Os gênios da organização: as forças que impulsionam a criatividade das equipes de sucesso.** Rio de Janeiro: Campus; 1999.

Berquó E. Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, a espera de uma ação exemplar. **Estud Fem** 1993; 1 (2): 366-81.

Brinkerhoff RO, GILL SJ. **The learning alliance: systems thinking in human resource development.** San Francisco: Jossey-Bass; 1994.

Calder B. Focus group and the nature of qualitative marketing research. **J. Marketing Res** 1977; (14): 353-64.

Camano L. O "absurdo do abuso" na arte e ciência obstétrica – Índice abusivo de cesáreas pode ser contornado com a volta do professor na sala de parto. **Sogesp**, 1999;

Caplan S. Using focus group methodology for ergonomic design. **Ergonomics** 1990; 33 (5): 527-33.

Chen HT. **Theory-driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications; 1990.

Cochrane Library. Issue 3, 2001. **OXFORD: update Software**. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cochrane/>>. [2001 Dez 31].

Codo W. Cidadania, trabalho e saúde mental: notas para um debate. In: **Encontro Nacional da ABRASCO**; 1993; São Paulo (BR). São paulo;1993.

Collingwood J, Collingwood, C. **The NLP Field guide: part 1: a reference manual of practitioner level patterns publisher**: Sydney: Emergent Publications; 2001.

Conselho Federal de Medicina. **Natural é parto normal (Campanha). Cesáreas: vergonha nacional**, JCFM 1997 nov; 10 (87): 18-19.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parto normal pede passagem; Reduzir cesáreas e melhorar a qualidade da assistência obstétrica. **CREMESP** 1997 (N Esp): 7-9.

Davis-Floyd R. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press; 1992.

Davis-Floyd R, Sargent C, (editor). Introduction. **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley: University of California Press;

1997. Introduction.

Dejours C. **A loucura do trabalho**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

Dejours C, Dessors D, Desrioux F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Rev Adm Empres** 1993; 33 (3).

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva** 2004; 9 (1): 7-14.

Diniz CSG. **Entre a técnica e os direitos humanos: Possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP].

Douglas M. **How institutions think**. Syracuse, Nova York: Syracuse University Press; 1986.

Falconi Filho A. **Programação neurolinguística**. [on-line]. Disponível em: <URL: [http://www.acesa.com/viver/arquivo/ser\\_holistico/2004/02/12-pnl/](http://www.acesa.com/viver/arquivo/ser_holistico/2004/02/12-pnl/)>. [2004 fev 12].

Flood RL. **Rethinking the fifth discipline: learning with the unknowable**. Londres: Routledge; 1999.

Forrester K. Agression and assault against nurses in the workplace: practices and legal Issues, **J.Law.Med** 9 (4):386-91, 1977.

Fox RC. Is there a new medical student? A comparative view of medical socialization in the 1950 and the 1970s. In: Fox RC. **Essays in medical sociology: journeys into the field**. 2<sup>nd</sup> ed. New Brunswick: Transaction Books; 1998. p. 78-101.

Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1999.

Godoy AS. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de Empresas. **Rev**

**Adm Empres** 1995; 35 (4): 65-71.

Heloiani JR, Capitão CG. Saúde mental e psicologia. **S Paulo perspect** 2003; 17 (2): 102-05.

Jewkes R, Abrahams NMVO Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric service. **Soc Sci Med** 1998; 47(11): 1781-795.

Jones RH. **Humanização do parto: qual o verdadeiro significado?** Disponível em: <URL: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>. [2001 dez 31].

Jones RH. **As metamorfoses do parto: como o parto passou a ser assunto médico.** Disponível em: <URL: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac007.html>>. [2002 mar 26].

Jones RH. **Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista.** Porto Alegre, 2004.

Kervasdoué J. **A saúde e o sistema de saúde na França.** Disponível em: <URL: <http://www.france.org.br/abr/imagesdelafrance/Formato%20PDF/saude.pdf>>. [2002 jul 15].

Klaus MH, Kennel JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. **Acta Paediatr** 1997; 86: 1034-6.

Kray L., Gonzalez R. Differential weighting in decision versus advice: i'll do this, you do that. **J Behav Decision Making** 1999; 12:207-17.

Kray L. Contingent weighting in self-other decision making. **Organ Behav Hum Decision Proc** 2000; 83: 82-106.

Krueger RA. **Focus group: a practical guide for applied research.** Thousand Oaks: SAGE; 1994.

Lèfevre F, Lèfevre AMC, Teixeira JJV, organizadores. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS; 2000a.

Lèfevre F, Lèfevre AMC. **A fala do social II**. São Paulo; 2000b.

Leikind BJ, McCarthy WJ. An investigation of firewalking. In: Buffalo KF, editor. **The hundreth monkey and other paradigms of the paranormal**. New York: Prometheus Books; 1991.

Light D. Uncertainty and control in professional training. **J Health Soc Behav** 1979; 20:310-22.

Lippi UG, Ribeiro Neto JÁ, Rattner D. Parto por enfermeira ou reforma na obstetrícia? [Debate] **Rev Ser Méd** 1998: 22-9.

Litwin G, Stringer R. **Motivation and organizational climate**. Boston: Harvard University Press; 1968.

Luz R. **Clima organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1995.

Mariotti H. **Organizações de aprendizagem: educação continuada e a empresa do futuro**. São Paulo: Atlas; 2000.

Melchior R. **Avaliação da organização da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil**. São Paulo; 2003. [Tese – de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE., ONOCKO R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 71-112.

Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1998.

Ministério da saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2001a.

Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília, 2001b.

Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) [on-line]. Disponível em: <URL: [http:// www.saude.sp.gov.br/ dsaude/ informes/ 7saude\\_ mulher/ html/saude\\_ mulher.htm](http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/informes/7saude_mulher/html/saude_mulher.htm)>. [2002 abr 13].

Moraes Araújo SDT. **Decisão médica e tipo de parto: relação entre discurso e prática**. São Paulo; 2005. [Tese – de Doutorado – Hospital do Servidor Público Estadual].

Neme B. **Obstetrícia básica**. 2ª ed. São Paulo, Sarvier; 2000.

Newstrom DK, John W. **Comportamento humano no trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1996. v.2.

Nogueira MLA. **Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse**. São Paulo; 1994. [Tese – Escola Paulista de Medicina].



Odent M. Birth and the origins of violence. *Primal Health Research* 1994; 2 (3).

Odent M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem: 2000.

Ovretveit J. Purchasing for health gain: the problems and prospects for purchasing for health gain in the 'managed markets' of the NHS and other European health systems. **European Journal of Public Health** 1993; 3:77-84.

Paciornick M. **Aprenda a viver com os índios: o parto de cócoras, desempenho sexual, ginástica índia, comer e descomer**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo: 1987.

Parasuraman A. **Marketing research**. Toronto: Addison-Wesley. 1986.

Parolin SRH. A criatividade nas organizações: um estudo comparativo das abordagens sociointeracionistas de apoio à gestão empresarial. **Cad Pesq Adm** 2003; 10 (1): 9- 26.

Pereira MJB. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto: 2001. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Perestrello D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu: 1982.

Petterson B, Leadbetter, D, Bowie, V. Supporting nursing staff exposed to violence at work. **Inter J Nurs Stud** 1999; 36: 479-86.

Porreco RP. High cesarean section rate: a new perspective. **Obstet Gynecol** 1985; 65:307-11.

Rattinger H. **Sicherheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland: Eine Einfuehrung in ihre buendnispolitischen Grundlagen**. Berlin: Colloquium. 1988.

Rattner D. **Subsídios para a avaliação da qualidade do processo de assistência ao**

Rattner D. **Subsídios para a avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto**. São Paulo; 1991. [Tese – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesáreas do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1996; 30:19-33.

Recureda López JA. Influencia del apoyo profesional en la mejora del trabajo de parto. **Enferm Cient** 1999; 206 (207): 55-9.

Riesco MLG. O preparo da gestante para o parto na formação da enfermeira obstetra. **Rev Paul Enferm** 1994; 13 (1/3): 39-46.

Rivera FJU. Cultura e liderança comunicativa. In: Rivera FJU, organizador. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 185-218.

Robbins S. **Comportamento organizacional**. 8ª ed. Trad. de Christina Ávila de Menezes. Rio de Janeiro: LTC; 1998.

Robertson A. **Empowering women: checking active birth**. Sidney, Australia: ACE Graphics; 1994.

Ryan R, Deci EL. On happiness and human potential: review of research on hedonic and eudaimonic Well-being. **Ann Rev Psychol** 2001; 52: 141-66

Scalabrin AC, Casado T. **Do hedonismo à eudaimonia: tratado de bem estar psicológico no trabalho**. São Paulo; 2002. [Tese – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP].

Schiehl E, Morissette R. Motivation, measurement and rewards from a performance evaluation perspective. **RAC** 2000; 4 (3): 7-24.

Schirmer J. Assistência ao parto: novas medidas adotadas pelo Ministério da Saúde. São Paulo: **Acta Paul Enf** 2000; 13: 22.

Schulenburg JMG. Forming and reforming the market for thirty-party purchasing of health care: a german perspective. **Soc Sci Med** 1994; 39:1.473-1.481.

Schumutte P, Ryff C. Personality and well-being: reexamining methods and meanings. **J Persona Soc Psychol** 1997; 73 (3): 549-559.

Secretaria de Estado da Saúde. **Humanização da assistência**. São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisa; 2003.

Secretaria de Estado da Saúde. **Comitê Estadual de Vigilância a Morte Materna (CEVMM)**. São Paulo; 2004.

Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim CEINFO ,Distritos de Saúde**. 2002.

Silva RC. **Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania**. São Paulo: Vetor; 2002.

Tanaka ACA, Mitsuiki L. **Estudo da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: Unicef; 1999.

Toledo F, Millioni B. **Dicionário de recursos humanos**. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1986.

Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1992.

Wagner M. **Pursuing the birth machine: the search for appropriate perinatal technology**. London/Sydney: ACE Graphics; 1994.

Wilheim J. **A caminho do nascimento: uma ponte entre o biológico e o psíquico**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

World Health Organization (WHO). Family and reproductive health. Safe motherhood unit. maternal and newborn health care in normal birth: a practical guide. **Report of a Technical Working Group**. Geneva; 1996. 54p.

## CONSULTAS

Almeida Junior ALMVM. **O paradoxo estratégico-gerencial do nosso tempo: a centralização de poder e a busca pela humanização das empresas**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Trad. de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 1997.

Becker HS. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Bertoni RB. **O agir humano como um desvio necessário do equilíbrio contingente**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Casagrande RJ. **Valores organizacionais: uma análise no contexto educacional**. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Contadiopoulos AP, Champagne F, Povtin L, Denis JL, Bijle P. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro. Abrasco; 1997.

Donabedian A. Criteira, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? **AJPH**, 1981; 71 (4): 409-12.

Festinger L, Katz D. **A pesquisa na psicologia social**. Rio de Janeiro: FGV; 1984.

Guerra AI. **Influência dos estilos gerenciais no clima organizacional** São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Haim M. **Diferenças principais entre líderes e gerentes e seus respectivos papéis na organização** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Lêfevre F; Lefèvre AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lêfevre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS; 2000. p. 11-35.

Lima EE. **A percepção da comunidade interna: um estudo de caso**. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Lund MLMP. **Limites e possibilidades da gestão holística**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado- Fundação Getúlio Vargas ].

Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz-Neto O, Gomes R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 1995.

Organização Nacional de Acreditação. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Pelotas, RS: Editora da Universidade Católica de Pelotas; 2001.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – AVALIAÇÃO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Para finalidades práticas, assim definimos Clima Organizacional: é a maneira como nos sentimos no ambiente de trabalho. Você encontrará abaixo descrições das principais dimensões do Clima Organizacional. Sua tarefa é avaliar dois aspectos básicos. Para isso, você usará sua sensibilidade e poder de observação. Os aspectos são:

- ◆ **O Clima Organizacional Atual (A)** Isto é: como você acha que a situação está **no momento**.
- ◆ **O Clima Organizacional Ideal (I)** Ou seja: como você acha que a situação **deveria estar**.

**Como Preencher o Questionário.**

Para cada item você dará uma pontuação, de 1 a 10. Isso será feito colocando a letra A acima da pontuação que você der para o Clima Organizacional Atual, e uma letra I acima da que for dada para o Clima Organizacional Ideal, que você considera como o estado desejado.

**1. CONFORMISMO** - Quando a instituição é muito rígida, seus membros sofrem limitações excessivas. Há regras demais. As pessoas gostariam de ter mais liberdade para trabalhar. No entanto, acabam aceitando a situação. Nesta instituição (unidade administrativa, posto de saúde, hospital, etc.), o grau de conformismo é:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Alto			Mediano				Baixo		

**2. RESPONSABILIDADE** - Em condições satisfatórias, a diretoria (chefia) delega bastante responsabilidade aos funcionários. Isso permite que eles tenham liberdade para tomar decisões e resolver problemas, sem precisar a todo momento perguntar a um superior o que fazer. Nesta instituição o nível de delegação de responsabilidade é:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pouca ou nenhuma				Mediana			Alta		

**3. MOTIVAÇÃO E COMPROMETIMENTO COMPARTILHADO** - Em condições ideais, a diretoria (chefia) valoriza a qualidade de vida e a excelência do

trabalho e se preocupa com elas. Isso aumenta a auto-estima das pessoas, e faz com que elas compartilhem os valores e objetivos da instituição. Nesta instituição o nível de motivação e comprometimento é:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pequeno			Mediano				Grande		

**4. RECOMPENSAS** - Representam o grau em que os membros da instituição sentem que estão sendo reconhecidos e recompensados pelo seu trabalho, e não ignorados, criticados e punidos com frequência. Nesta instituição, o nível de recompensas é:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pequeno			Mediano				Alto		

**5. COMUNICAÇÃO E CLAREZA ORGANIZACIONAL** - Representa o grau de ordem, bom funcionamento, transparência de atitudes e clareza de definição de objetivos da instituição. Nesta instituição, o nível de clareza organizacional é:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baixo			Mediano				Alto		

**6. CALOR HUMANO E APOIO** - Esta dimensão reflete a amizade e o entendimento que devem existir na instituição. Os membros confiam uns nos outros e se apoiam mutuamente. Nesta instituição o grau de calor humano é:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baixo			Mediano				Alto		

**7. VERTICALIDADE** - Significa excesso de hierarquia e pouca flexibilidade. A tendência predominante é para o autoritarismo e rigidez de atitudes e posições. Nesta instituição, o nível de verticalidade é:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Alto			Mediano				Baixo		

**8. HORIZONTALIDADE** - Representa o grau de informalidade de uma instituição. Ele é muitas vezes excessivo, e nesses casos surgem com frequência boatos, intrigas de

corredor e ressentimentos. A horizontalidade em si não é um mal; o que se deve evitar é a sua extensão além dos limites razoáveis. Nesta instituição o nível de horizontalidade é:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Excessivo			Satisfatório				Baixo		



## ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Somente para os profissionais de saúde, gerentes de saúde e outros profissionais que trabalham na instituição estudada (Hospital Maternidade Interlagos e seu Ambulatório – SES-SP)**

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos fazendo uma pesquisa no Hospital Maternidade Interlagos e no Ambulatório com o objetivo de melhorar o atendimento ao parto, e para saber mais sobre o que os profissionais de saúde, os administradores, pensam a respeito da assistência humanizada ao parto e nascimento. A pesquisa faz parte de um programa de doutorado – Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para isso, estamos acompanhando o atendimento prestado pelos profissionais desta instituição, a começar do guarda que fica na entrada da instituição até o administrador geral, incluindo os profissionais que estão prestando assistência direta no processo do trabalho de parto, parto e puerpério de algumas paturientes admitidas neste serviço. Sua participação é totalmente voluntária, mas seu depoimento pode ser de grande valia na melhoria da qualidade dos serviços de atenção materno-infantil.. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, será garantido sigilo total do autor das informações. seu nome não vai aparecer em nenhum lugar, pois você pode escolher um nome falso. se assim o desejar.

Se você não quiser participar da pesquisa, não terá nenhum problema. nenhum constrangimento para o desenvolvimento de suas atividades aqui no hospital e/ou ambulatório.

Você tem alguma dúvida? (Anotar e responder as dúvidas, eventualmente incluí-la como esclarecimento, por escrito)

Consentimento para a realização da entrevista

( ) SIM. consinto      ( ) NÃO consinto

Como você quer que o seu nome apareça (escolha um nome falso)

---

Você tem alguma dúvida? (Anotar e responder as dúvidas, eventualmente incluí-la como esclarecimento, por escrito)

Se eu necessitar consultar a sua ficha profissional para entender melhor o seu depoimento, você me autoriza ?

Você tem alguma dúvida? (Anotar e responder as dúvidas, eventualmente incluí-la como esclarecimento, por escrito)

Consentimento para acesso ao prontuário e/ou currículo

(  ) SIM, consinto      (  ) NÃO consinto

---

Nome do profissional por extenso

---

Assinatura do profissional

---

Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2002.

### **ANEXO 3 – Roteiro para os Grupos Focais**

1. Fale sobre os pontos negativos (pontos de desumanização) do seu setor de trabalho e da instituição como um todo.
2. Você acha que é possível os pontos negativos serem eliminados ou transformarem-se em positivos?
3. Após reflexão acerca dos pontos negativos, do que e de quem depende a superação destes pontos negativos? Você pode ser franco e dizer tudo que você achar, sem medo de nenhuma represália. Se você não quiser falar pode escrever no papel o que você e/ou os seus companheiros pensam. Não é necessário se identificar, todavia é importante que você identifique o seu setor de trabalho ou o setor aonde você aponta os pontos negativos.
4. Sua opinião é importantíssima! Dê sugestões de melhora a curto, médio e longo prazo.
5. Fale sobre os pontos positivos (pontos de humanização) do seu setor de trabalho e da instituição como um todo.
6. Dê sugestões de como manter e/ou incrementar os pontos positivos.
7. Se desejar, fale ou escreva como você se sente no seu setor de trabalho e na instituição como um todo.

#### **ANEXO 4 – Roteiro das Entrevistas em profundidade**

**Trata-se de uma pesquisa de uma Tese de Doutorado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.**

**Título do Trabalho: Humanização da Assistência Materno-Neonatal sob a ótica da Epidemiologia**

- 1- Por que optou por esta profissão/especialidade?
- 2- Por que você escolheu este hospital para trabalhar? Conte-me um pouco sobre como você chegou até aqui?
- 3- Você está satisfeito com o seu desempenho aqui? O que precisa ser melhorado?
- 4- O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal? (Pré-natal, Parto e Puerpério Humanizados).
- 5- Cite itens gerais de Humanização e da Assistência Materno-Neonatal nesta instituição?
- 6- Cite itens de deshumanização de modo geral e da Assistência Materno-Neonatal nesta instituição?
- 7- Você acha que a estrutura física deste hospital atrapalha a humanização?
- 8- Qual o profissional que mais atrapalha no processo de Humanização? Porque?
- 9- Qual o que mais colabora no processo de humanização? Porquê?
- 10- Você acha que o atendimento ao pré-natal influencia o processo de humanização?
- 11- Você acha que a história de vida dos profissionais influencia o processo de humanização?
- 12- Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização?

## ANEXO 5 – Parte dos resultados das entrevistas em profundidade

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
Por vocação	<p>Optei por ser médica porque eu sempre gostei dessa área da saúde, eu sempre fui ligada a isso. A ginecologia-obstetricia é uma área da medicina que eu acho extremamente humana, de muito contato. É uma área que envolve muitas coisas, envolve clínica, envolve cirurgia, envolve psicologia, chega bem perto da intimidade da paciente, você pode cuidar da paciente como um todo. Desde a minha formação na faculdade que eu sempre tive inspiração por obstetrícia, porque eu acho que é uma parte muito bonita, ver a vida fluindo que é o nenenzinho nascendo, é uma nova vida. Eu acho que tem tudo de muito bonito. Eu sempre tive interesse em ajudar as pessoas. Eu gosto da parte de obstetrícia, do nascimento em si. Sempre foi um sonho, um sonho de criança, era uma vontade desde criança, e graças a Deus eu consegui realizar essa vontade. Então, até hoje eu me sinto realizada, mas eu quero realizar ainda mais. Desde a infância que eu tenho interesse. Na escola eu gostava de biologia, acabei me dedicando na área de biológica; no final prestei vestibular. Gosto, gosto da minha profissão de médico primeiro e depois sou ginecologista obstetra. Gosto de coração. A área que a gente passou na faculdade foi a área de pediatria e berçário, que engloba a neonatologia, que foi a área que mais me chamou a atenção, dos cuidados com o bebê. Então, eu achei que eu me identifiquei melhor nesta área, acho que eu gosto mais, sinto mais prazer de trabalhar nesta área do que com adulto. Eu sou pediatra, eu gosto muito de criança. Me identifiquei na minha formação profissional enquanto pediatra, depois foi surgindo as oportunidades, as portas foram se abrindo. Eu tive a oportunidade de ser neonatologista. Eu abracei e acabei me adaptando e me sinto bem nessa parte da medicina. Me sinto segura.</p> <p>Sujeitos: (RB, RC, RA, O1, O3, O2, N1, N3, N4)</p>	<p>Afinidade profissional. A opção ocorreu quando estava no colegial, durante as aulas de psicologia, o tema era interessante o que me levou a novas leituras e a escolha da profissão. A Maternidade sempre foi uma coisa que me sensibilizou muito. A especialidade ginecologia/obstetrícia, na maioria das vezes ela vem puxada inicialmente pela obstetrícia; a gente começa fazendo partos, normalmente é o primeiro contato que a gente tem com a parte prática da medicina. Depois de algum tempo é que as pessoas escolhem se vai ser obstetra, ou se vai ser ginecologista. Mas, a formação inicial de todo mundo é de ser um obstetra. E eu sempre me dediquei muito a obstetrícia, eu sou um obstetra, sempre fui um obstetra, sempre fui uma pessoa admiradora da maternidade. Essa entidade maternidade sensibiliza a todos nós. Obstetrícia é uma especialidade gratificante, é uma especialidade de muita alegria, uma especialidade de muito conforto, de muito calor humano. Então isso aí atrai quem é muito ligado nesses itens. Eu gosto de cuidar das pessoas. Eu me sinto bem. Eu me dóo. Eu acho importante. A minha profissão é uma coisa que eu amo de paixão. Também Gosto do trabalho administrativo. Eu gosto de administrar saberes.</p> <p>Sujeitos: (DA, DG, DC, DU, DE)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três obstetras, três residentes de obstetrícia, três neonatologistas, um Diretor de Ambulatório, um Diretor Geral, um Diretor Clínico, um Diretor de Apoio ao Usuário e uma Diretora de Enfermagem.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Por vocação</b>	<p>Em 1º lugar optei porque eu gosto da profissão, desde criança eu sempre sonhei em trabalhar na área de segurança, com público. Quando eu era criança eu queria ser polícia, já que eu não sou polícia eu vou ajudar a população de outra maneira. Então eu tenho essa facilidade de lidar com o público, por isso que eu optei por esta área da segurança. Eu gosto desde criança. A gente pode estar ajudando no que pode.</p> <p>Sujeitos: (S4, S2)</p>	<p>Eu sempre gostei muito de lidar com pessoas. Eu gosto de poder compreender o que se passa com as pessoas, o porque de determinados comportamentos, e de estar podendo de alguma forma contribuir com elas. Eu gosto de fazer parto, eu gosto de estar com a mãe, eu acho emocionante ver uma criança nascer. Eu sempre acreditei que eu sempre fui uma semente na construção do País, isso eu acho fundamental. Desde os meus 17 anos que eu comecei a instrumentar, depois eu me formei, sempre acompanhei os médicos particulares no trabalho de parto, porque nós enfermeiras obstetrias, tivemos sempre muito mais paciência, e por sermos mulheres também, de estar assistindo de uma forma diferenciada o parto; tanto é, que as próprias mulheres, queriam que eu ficasse com elas e que o médico viesse só na hora de realmente fazer o parto. Eu ficava encantada, e sempre me encantou fazer este trabalho em hospital público, em hospital-escola, que a gente podia dar a assistência que a gente dava as pacientes particulares, também dar para as pessoas que não podiam e que não tinham nenhum familiar ali do lado e que nós podíamos e podemos “substituir”, poder dar determinado carinho, atenção, aquilo que a mulher realmente necessita. Tenho interesse em cuidar e ajudar as pessoas. Eu sempre gostei. Eu acho que mulher, tem que ajudar a mulher. Quando eu fiz a faculdade de enfermagem, eu já tinha em mente fazer obstetrícia. Na ocasião só tinha duas faculdades que era de manhã. Eu trabalhava o dia inteiro não tinha como fazer. Não tive a oportunidade, mas quando houve eu fiz. Eu estou muito feliz, era o que eu realmente sempre quis. Sempre tive escolhas de trabalhar na área de saúde. Eu estava procurando um curso para fazer e eu achei alguma coisa que eu gostava. Era um sonho desde jovem. Eu amo o que eu faço. Desde pequena eu sempre tive esse interesse. Ninguém da minha família é da área de enfermagem. É uma coisa que eu sempre quis, eu trabalhei muito tempo em pesquisa de mercados, as coisas que eu fiz no decorrer da minha vida foi sempre direcionado ao público. Eu era adolescente e fascinei com o atendimento ao usuário. Mas, a saúde, eu sempre gostei da saúde, eu sempre quis estar mais próximo das pessoas, dessa forma que eu estou que eu gosto muito. Eu queria ter começado mais cedo, mas tudo tem seu tempo e o meu tempo foi esse. Eu achei que era uma profissão que eu pudesse ajudar a humanidade em geral. Você atendendo a um paciente, e associado a isso é a matéria que eu gosto. Na minha opinião é uma profissão nobre. É uma profissão da área de saúde, que lida com as pessoas.</p> <p>Sujeitos: (P1, E1, E2, E3, E5, F2, TL, AE1, AE2, AE3, F1)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de duas seguranças, uma psicóloga, quatro enfermeiras, uma técnica de laboratório, três auxiliares de enfermagem e um farmacêutico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Por maiores oportunidades de trabalho</b>	Não tive outra opção, eu estou fazendo porque é uma questão de desemprego, mas eu gosto da profissão. Tem mais campo de trabalho essa profissão, por isso que eu optei. Optei, devido o campo de trabalho. Também está sendo uma profissão muito procurada e fácil de arrumar emprego. E hoje em dia a pessoa que não tiver uma profissão hoje no mercado de trabalho, está difícil. Então eu optei por esta profissão por que é fácil arrumar serviço e também você tem que ter um estudo, você tem que ser formado na profissão. É uma profissão que eu gosto de desempenhar, você está sempre conhecendo gente diferente. Você se sente mais a vontade. É uma profissão que você tem que ter muita responsabilidade também. Estou gostando, porque eu nunca tinha trabalhado de auxiliar de limpeza, mas estou gostando. Eu já trabalhei em várias áreas da limpeza e nunca tinha trabalhado em área hospitalar ainda. Foi a primeira experiência. Sujeitos: (AL1, S1, S3, AL2, AL3)		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três auxiliares de limpeza e dois seguranças.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Gosta mais de Ginecologia porém faz Obstetria por oportunidade de trabalho</b>	Eu gosto mais da ginecologia. Bem mais da ginecologia. 100% ginecologia. Eu faço plantão de obstetria porque aqui eu sou concursada, é o único lugar que eu tenho um vínculo maior. Por isso é que eu fico. Porque a obstetria não é uma parte que eu goste, que eu me interesse. Eu gosto muito da Ginecologia, eu adoro. Sujeitos: (O5)	Eu me identifico mais com Ginecologia. Eu sou treinado nas duas especialidade, tenho formação nas duas especialidades. Como eu estou ficando mais velho eu faço mais gineco, porque obstetria cansa demais, eu não preciso acordar nas madrugadas, mas eu gosto de obstetria. Sujeitos: (DC)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra e um diretor clínico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Incomodo pela incompatibilidade da dor das parturientes e a presença do recurso anestésico</b>	Anestesia, como o nome já está falando é a ciência que estuda a dor, é o conforto para os pacientes no ato cirúrgico. Então, eu escolhi anestesia porque eu detestava ver as pacientes sofrerem nos Prontos Socorros da vida, nos hospitais. Na época eu não me contentava em ver o sofrimento do ser humano, o ser humano com dor, sendo que existia milhões de indicações ali naquele momento, naquele local e ninguém as empregava. Sujeitos: (A1, A2)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de dois anestesistas, sendo que um deles além de dar plantão como anestesista, agrega também o cargo de diretor da anestesia.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Gosta de lidar com situações críticas</b>	Grande parte dos cardiologistas acabam fazendo UTI. Já estou acostumado a lidar com pacientes mais graves e você acaba desenvolvendo uma personalidade para enfrentar situações críticas e saber lidar melhor com o stress. Me preocupo muito com o meu semelhante. Tenho uma certa afinidade por lidar com pacientes mais críticos. Sujeitos: (I1, I2)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de dois intensivistas.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Médicos (Obstetras, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Gosta de lidar com a criança, mas não com sua família</b>	Quando eu entrei na Faculdade eu queria ser pediatra, depois no 6º ano eu desisti e quis fazer obstetrícia. Eu não sei se teve uma causa, eu não vou nem te dizer que era porque eu gostava, porque eu adora, não. O meu negócio era criança, mas depois que eu passei pela pediatria eu vi que não era aquilo, porque a gente não ficava só com as crianças em si, era muita mãe, muita encheção e eu acabei optando por obstetrícia depois. Mas, nada no particular porque eu gostava. Sujeitos: (O5)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL G</b>	<b>Médicos (Obstetras, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Neonatologia é a área da medicina mais distante das doenças</b>	O contato com os bebês para mim é muito prazeroso. Eu acho que é a parte principal da infância e é muito gostoso você tirar um bebê que vai ter toda uma vida pela frente e melhorar as condições de vida para ele. Tem a urgência, tem a parte bonita da medicina. É a parte mais longe da doença possível, é o nascimento. E você tem a possibilidade de ter um dia-a-dia mais normal. Sujeitos: (N2)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um Neonatologista.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL II</b>	<b>Médicos (Obstetras, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Optou por ser uma tradição de família</b>	É uma profissão que eu me identifico muito. É uma tradição da nossa família. E é uma coisa que eu me sinto muito realizado comigo também na profissão que eu escolhi. Sujeitos: (O4)	A minha mãe era obstetriz e eu queria fazer obstetrícia, mas quando eu fiz o curso eu não quis a área e segui na área de enfermagem. Sujeitos: (E6)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL I</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>
<b>Não optou pela profissão, passou no concurso público</b>	Na verdade no serviço público você não escolhe você é escolhido. Não existe plano de carreira. Eu gosto do trabalho administrativo. Sujeitos: (DU)	Na época em que eu soube que tinham aberto concurso eu estava desempregada, então eu prestei o concurso, consegui passar. Eu estava desempregada e a única opção era prestar um concurso público, e eu prestei o concurso. Eu fiz um pequeno descritivo do que eu fazia antes e fui colocada aqui para trabalhar no RH. Eu iniciei não aqui no Hospital Maternidade Interlagos, iniciei no Núcleo 2 e optei por administração, a parte administrativa por que eu me adapto mais a mexer com papeis. Então RH era o que eu queria mesmo, porque eu já tinha trabalhado em RH em outras empresas. Eu também estava procurando alguma coisa na parte de administração. E surgiu essa oportunidade e eu agarrei. Não foi opção. Eu entrei porque eu prestei concurso e entrei aqui. Logo de inicio, eu não tinha muita experiência aqui no hospital e na primeira e segunda semana eu já consegui me identificar um pouco no serviço. É a minha cara para dizer a verdade. Eu fui escolhida, e não escolhi. Sujeitos: (OA2, OA3, OA4, OA5, OA1)

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um diretor de Serviço de Apoio ao Usuário e cinco oficiais administrativos.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL J</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Não passou no vestibular de medicina</b>		Quando foi para eu fazer vestibular eu optei por medicina, mas não passei, então eu fiz enfermagem. Foi o que eu passei, enfermagem. Eu fui fazer, não porque eu queria, foi o que eu passei no vestibular, aí comecei a faculdade, e gostei. Sujeitos: (E7)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de uma enfermeira.

*Por que optou por esta profissão /especialização?*

<b>IDÉIA CENTRAL K</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Sua história de vida influenciou na sua decisão</b>		Eu escolhi enfermagem, porque eu já trabalhava na Santa Casa de Santos, e é uma forma de você estar fazendo algo por alguém e, não deixar que as pessoas de repente morram no hospital; uma vez que eu perdi meu pai também, nas mesmas condições. Então uma coisa foi puxando a outra e você acaba na área da saúde. Sujeitos (E4)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de uma enfermeira.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL I</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Está satisfeito, mas não apontou pontos a serem melhorados</b>	Eu estou extremamente satisfeito, mas é claro que a gente procura melhorar cada vez mais o atendimento e dar atenção para nossas pacientes. Eu procuro fazer o melhor. Até agora estou satisfeito sim, é bem puxado, bastante corrido mesmo, claro que tem coisas que precisam melhorar. Mas muitas coisas estão ótimas, não tem tantas queixa assim não. Sujeitos: (O4, N1, RB)	
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra, um neonatologista e um residente de obstetria.		

<b>IDÉIA CENTRAL J</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<b>Está satisfeito, mas não apontou pontos a serem melhorados</b>	Bom, devido o pouco tempo que eu estou aqui, eu estou satisfeito. Devido a gente estar lidando com o público, você pode estar ajudando de várias maneiras. Uma palavra amiga, um apoio, alguma coisa que seja útil naquele momento. Estou satisfeito por este fato mesmo, dá ligação entre nós e os pacientes, do apoio que a gente passa para elas. A gente fica satisfeito de ver como o nosso trabalho está sendo produtivo. Sujeitos: (S3, S2, S4)	Eu gosto desta área, embora seja uma maternidade, tem todo um enfoque da internação. Acho que é um momento muito delicado na vida do ser humano, quando ele está internado, mesmo que seja para ter um bebê e ate por estar tendo um bebê. Então eu acho que eu estou satisfeita. Eu acho que, não são todos, mas tem muitas pacientes que te gratificam nessa parte. Atualmente, eu estou trabalhando no alojamento conjunto, que é uma área que você não tem tanto contato com a paciente, mas eu digo assim na hora do parto, eu gosto de fazer parto. No trabalho de parto, você faz o parto, depois você vê a gratificação da paciente com você. Porque na minha opinião, a paciente que está em trabalho de parto, ela está muito frágil, então de repente a atenção que você dá para ela, quando termina o parto ela te gratifica. Mas, eu gosto desse trabalho, e aqui também no alojamento conjunto é bom também. Eu estou muito satisfeita. Estou desempenhando uma coisa boa. Eu faço o período da tarde e eu trabalho com o Alojamento Materno e eu gosto muito desta área. Eu tenho podido ajudar as mãezinhas a aleitar os seus bebês. Gosto muito do que eu faço. Toda pessoa quando faz o que gosta, ela dá o melhor de si. Ela faz tudo para fazer o melhor. Eu creio que todo mundo está satisfeito com o meu trabalho, pelo menos é o que eu entendo e eu também me sinto muito satisfeita com o que eu faço. Procuro fazer sempre o melhor. Eu faço o que eu gosto, não tenho problemas nenhum, nem com chefia, nem com ninguém. Então, eu não tenho reclamações. Estou satisfeita aqui. Sujeitos: (P1, E7, AE1, E6, AE2, TL, F1)
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três seguranças, um psicólogo, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem, um técnico de laboratório e um farmacêutico.		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você está satisfeita (o) com o que você vem desempenhando aqui? O que precisa ser melhorado?*

<b>IDÉIA CENTRAL K</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Está satisfeito por ter vínculos satisfatórios com a instituição</b>	Hoje eu me sinto satisfeita. Hoje eu já estou do outro lado da moeda, não sou mais a plantonista do hospital somente. Muitas vezes eu só vinha prestar um trabalho naquele dia, acabou o plantão e você não tem mais vínculo. Eu já tenho vínculo com tudo, com todos os profissionais do hospital e da parte administrativa. Então, hoje eu acho que eu faço muito mais do que antigamente. Sujeitos: (O1)	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um obstetra. O ideal seria que principalmente os profissionais médicos que possuem mais de um emprego pudessem cumprir sua jornada total de trabalho em um só local, o que lhes poupariam horas que eles perdem no trânsito e sujeitos a vários de tipos de estresse.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL H</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Tratar a paciente com dignidade, apoiá-la em todas as circunstâncias, respeitando todas suas características</b>	Eu acho que a humanização, é uma coisa muito boa, muito interessante que está sendo desenvolvida hoje. Se a gente puder estar implantando isso no nosso hospital vai ser uma coisa maravilhosa. O mínimo que a gente pode fazer por uma paciente, é dar um bom atendimento, chamá-la pelo nome, tratá-la com dignidade, e dar todo apoio digno que ela merece, dentro de qualquer local que ela estiver, se sentir em casa. O apoio humanizado é aquele que você trata bem ela e o filho dela, é assim: ela veio dar a luz como se ela estivesse dentro da casa dela, que ela estivesse se sentindo bem com os familiares dela, ente as pessoas que estarem presentes, entre as pessoas que ela necessita ter de aconchego, porque, no momento do parto só quem dá a luz sabe como é. Do momento que você começa a ter as contrações, até o momento que nasce seu filho, é uma coisa maravilhosa, e se você tiver um profissional que não se preocupa com isso, se não tiver humanização mesmo, você acaba preocupando a paciente, acaba tirando ou manipulando um parto. Humanização é você tentar respeitar os aspectos pessoais da gestante e do bebê, não como doentes, não como pacientes, mas como indivíduos, como uma pessoa por trás do número do registro, por trás das pastas, dos formulários. É tratar o paciente como pessoa e como indivíduo, como ser humano. Então, eu acho que é uma coisa que coloque a gestante mais confortável, que ela possa se sentir mais acolhida, mais tranqüila no momento de dor. O parto é um momento feliz, é um momento de acolhimento, é uma coisa de mais conforto, mas ao mesmo tempo é um momento mais estressante. Quem que não gostaria de ficar com um acompanhante, que acalma pra caramba, porque elas ficam aí sozinhas e ficam super descompensadas, principalmente as primigestas adolescentes. Você vê que uma mãe, ou o marido, ou mesmo o namorado, se a pessoa tivesse ali faria a maior diferença. Eu sou a favor deste acompanhamento, de não colocar o soro de oxitocina, de não fazer episio. Eu acho que tem algumas coisas que eu vejo com restrição, mas no geral eu sou a favor de um serviço mais acolhedor, de ter mais humanização. Sujeitos: (O1, N2, N4, RA)	O termo humanização já é bastante amplo. Então, qualquer coisa que você faça que seja em benefício do desenvolvimento, do conforto, qualquer coisa que você transmita para mãe você está indiretamente transmitindo para o filho. Se você der segurança para mãe, der carinho, der conforto, você der calor humano, tudo que ela receber, ela também estará transferindo para a criança; se por acaso ela é mal atendida, maltratada, essa criança também sofre indiretamente. Então, a mãe passa a ser o centro deste atendimento na área de humanização. Ela é muito carente no pós-parto, porque a mãe ela é uma depressiva, em potencial ela se sente logo após o parto desamparada, ela deixa de ser o centro da atenção, que passa a ser o bebê, ela se sente feia porque ela está com todo o seu organismo alterado. Então, a gente tem que concentrar o nosso esforço total na parte de atendimento, conforto e calor humano em cima da entidade mãe. Garantir o conforto, privacidade, alimentação, oferecer líquidos, a possibilidade da gestante caminhar, escolher a posição para seu parto. Preparar a gestante para o inesperado, garantindo a qualidade do atendimento. Favorecer a presença de um acompanhante no pré-natal e parto. Possibilitar a presença do pai. Parto Humanizado é aquele que a gente tem que dar uma assessoria bem maior a paciente, não o fato de ela chegar e automaticamente você a leva e bum, para o CO, pré-parto, isto e aquilo, sem você ter um contato mais humanizado, uma coisa mais sensível, de você conversar com ela, saber o que acontece, explicar a situação em que ela se encontra, explicar o que vai acontecer no hospital, orientar os profissionais para que eles tenham cuidado com ela, que não é um objeto que está ali, aquela máquina de fazer neném e você tirou o neném, lavou, levou para o quarto, toma o medicamento, não! Tem que ser uma coisa mais carinhosa, mais atenciosa, porque ela está numa situação fragilizada, não doente, porém fragilizada. Eu vejo o parto humanizado mais como um carinho. Sujeitos: (DG, DA, DRH)

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um obstetra, dois neonatologistas, um residente de obstetrícia, um Diretor Geral, um Diretor de Ambulatório e um Diretor de Recursos Humanos. Esses profissionais entendem humanização como uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento da subjetividade, referências culturais, enfim dos direitos da paciente.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL I</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Tratar a paciente com dignidade, apoiá-la em todas as circunstâncias, respeitando todas suas características</b>		<p>Humanização é em primeiro lugar fazer o que as pessoas esperam e o que elas desejam. Na verdade é formar um atendimento mais humano. É ver a pessoa que está ali do outro lado, como um ser humano, que tem as suas complicações, as suas dificuldades, a sua cultura, o seu modo de viver. Humanização é o respeito a paciente, o respeito à vida, é o conforto, é você estar presente, demonstrar que você também é mulher, que você é solidária com ela. Dar apoio, fazê-la se sentir segura, não ter medo, para que transcorra uma coisa absolutamente normal. A primeira coisa que agente tem que pensar em humanização, é respeitar a mulher, sua cultura, sua religiosidade. Durante todo o seu período de internação, propiciar informações, conhecimentos que ela não teve, ou se tem, reforçá-los e tentar não modificar os hábitos dela, interferir quando aquele hábito vai trazer conseqüências negativas, aqueles que não tem conseqüências negativas, nós podemos adequá-los a todo processo. Para mim humanização é a cultura de se ter o mínimo de intervenção. A mulher é uma mulher hígida, ela veio ter um filho, nós não precisamos de mil coisas para assisti-la, nós precisamos respeitá-la como ser humano, respeitá-la em todas as sua condições. É respeitar o indivíduo como um ser integral, procurando a melhor forma de aliviar sua dor. É permitir que a pessoa de sua escolha participe de todo o processo gestacional, do parto, do pós-parto e de todo período de internação, fazendo com que haja uma integração pai, mãe e filho(a). Ou no caso de não ter o pai presente, que a participação seja da pessoa que mais a apóia neste momento. Humanização do parto é a minha linha de trabalho. O relacionamento entre o ser humano sadio, saudável, não é fácil. Nossas mães não são mães doentes, isso é legal também, elas vêm aqui trazer vidas, vêm buscar alegria, mas mesmo assim ela é uma mãezinha que está com um processo físico diferente. Então ela está sensível, ela requer que você a trate com carinho e não é: “oi, boa tarde”, não é só isso, envolve um “serzinho” que está ali para vir. Então, a humanização do parto, é um parto com dedicação, a equipe tratar as pessoas com mais cuidados, com respeito acima de tudo, ela é uma pessoa que tem que ser muito bem respeitada, respeitar a privacidade desta paciente. Então, apesar da gente lidar indiretamente com a paciente, humanização ao meu ver é tratá-la bem, desde quando ela entra você dá um bom atendimento, atenção, , mesmo que a paciente de alguma forma dê uma resposta até grossa, o profissional tem que entender isso, ele não pode também responder ao pé da letra, porque ela já está num estado de estresse, ele tem que relevar tudo isso e dar um bom atendimento a paciente. O profissional, ele tem que dar um bom atendimento, o atendimento com o coração.</p> <p>Sujeitos: (E3, P2, E5, E2, E3, AE3, F2)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de quatro enfermeiras, um psicólogo, um auxiliar de enfermagem e um farmacêutico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*O que você entende por Humanização da Assistência Materno-Neonatal?*

<b>IDÉIA CENTRAL J</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Envolvimento não só dos profissionais e da administração como também do usuário</b>	No parto humanizado, você tem que ser humano no parto, humano no aspecto de relacionamento. Então, a paciente primeiro ela tem que entender o que é o parto humanizado, o paciente, não é só os profissionais envolvidos, e desta integração entre o paciente e os profissionais envolvidos, médico, enfermeiro a própria administração do hospital, tem que estar bem integrada, bem trabalhada, como se fosse um relógio, para poder não ter suas falhas. Humanização começa desde a porta de entrada. É talvez conceder a este grupo de pessoas que serão subestimadas ao atendimento, um ambiente mais acolhedor, onde a compreensão e a preocupação com o doente seja o primeiro objetivo que deve ser atingido e que tem que estar acima dos procedimentos em si. Para humanizar o hospital deve começar pela admissão do doente aqui. Sujeitos: (O2, I1)	Os profissionais envolvidos deverão evitar procedimentos invasivos, dolorosos e desnecessários, atualmente não mais indicados cientificamente, como por exemplo a raspagem de pelos, episiotomia, etc. Sujeitos: (DA)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra e um intensivista.

<b>IDÉIA CENTRAL K</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>O despreparo da população dificulta o processo de Humanização da Assistência</b>	Eu não sei se o nosso povo tem a educação para entrar nesse esquema do parto humanizado, eu sinceramente acho que não. As mulheres pacientes, porque os profissionais você vai mudar algumas coisas, você vai dar uma palestra e fala: “olha daqui para frente você vai ser assim”, acredito que em um mês, dois, três nós vamos entrar no ritmo. Mas, eu acho que a população não tem uma educação, não tem um entendimento sobre o parto humanizado. As mulheres falam que querem parto normal da boca para fora, porque na hora que elas estão na cama gemendo de dor, você pode subir ali e todas querem cesárea, dizem que querem cesárea agora. A gestante no transcorrer do pré-natal ela tem que ser educada para o parto normal. Porque todas que disseram que queriam parto normal eu tenho certeza que estavam fora de trabalho de parto. Então, a realidade é uma fora do trabalho de parto e no trabalho de parto a realidade é outra, totalmente diferente. Sujeitos: (O5, I2, O2)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras e um intensivista. A cultura da cesárea está muito forte entre a comunidade.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>
<p><b>Implantação de algumas ações de Humanização da Assistência Materno-Neonatal e abolição de condutas proscritas pela OMS e Ministério da Saúde</b></p>	<p>O primeiro passo é acolher a paciente independente do que ela tem. O pessoal aqui trata bem as pacientes. Eu nunca vi ninguém tratando mal ninguém. Posso dizer que os profissionais aqui são ótimos. A mamografia, o ultra-som, o acompanhamento, os trabalhos que eles tem com as adolescentes grávidas, isso tudo é humanização. O aleitamento materno, a amamentação, o berçário, a “mãe canguru”, o alojamento conjunto também é outra ação de humanização. Nossa, são muitos! No pré-parto tem humanização, no Centro Obstétrico tem. A criança quando nasce já é levada para a Recuperação Pós-Parto, a criança ali na hora, já começa a mamar. Antigamente as crianças só eram levadas até a mãe depois de duas, três horas, agora não, mais Se puder levar a criança logo quando nasce para o colo da mãe, melhor ainda. Então, está cada vez melhor. Sujeitos: (AL1, AL2, AL3, OA5)</p>	<p>A humanização já começa no pré-natal. O usuário aqui tem bastante assistência, bastante curso, bastante informação! Ele tem acesso a tudo que ele precisa praticamente. O Alojamento conjunto já é um pouco de humanização. Lá, ela já aprende a dar banho, cuidar dos curativos. Tem o contato precoce mãe-bebê, o estímulo ao aleitamento materno, o Programa Mãe Canguru, as Oficinas de Humanização, a presença do psicólogo na equipe interdisciplinar, o grupo de apoio interdisciplinar aos pais de bebês internados, tudo isso é humanização. A nossa parte, a gente tenta fazer da melhor maneira possível, acolhendo, respeitando, dando apoio psicológico. O apoio que a gente tem, que a gente dá a gestante, as orientações que a gente tenta trabalhar com elas. O bebê nasceu e nós já colocamos esse bebê para mamar. Quando a paciente está no pré-parto a gente da toda orientação, todo aquele apoio emocional que é necessário. Humanização aqui é acolher todo mundo, as pacientes aqui são muito bem tratadas, as pessoas que trabalham aqui principalmente a enfermagem, eu acho que fazem um trabalho muito bom aqui, não trabalham somente como uma profissional, elas conversam com as mães, ouvem muito as mães. Então, eu acho legal pelo tratamento em si dado as mãezinhas. Eu acho que tem várias ações de humanização, mas aqui o tratamento é muito bom, por ser uma maternidade do Estado que não tem muitas condições, aqui é oferecido tudo que uma mãe precisa, desde o pré-parto até o puerpério que é dado. O fato do bebê ficar junto com a mãe é maravilhoso. A gente também trabalha muito com a amamentação, orienta as mães sobre o valor da amamentação. Tem o banco de leite também, que quando a gente encontra alguma dificuldade a gente tem o auxílio do banco de leite. Por ser uma maternidade pública é muito boa. Pelas pessoas que a gente recebe aqui, as pessoas que chegam, passam pelo Pronto Socorro, passa pelo andar, eles estão super satisfeitos. Eu acho que eles são bem recebidos. E toda a enfermagem eu acho que recebe bem e faz o melhor que pode e os médicos também. Eu acho que por aqui ser um serviço gratuito, as pessoas falam “ah é gratuito é ruim”, não. Eu acho que aqui é muito bom. As vezes que tem pessoas de fora que tem convênio e deixam o convênio e vem ser atendidos aqui, as vezes eles ficam bravos: “não, mas eu quero ficar, me deixe ficar porque eu gosto daqui, eu tive notícias de que aqui é muito bom”. Eu acho que o Hospital tem uma fama muito boa, de grande carinho com os pacientes e o pessoal saem satisfeitos. É o atendimento em geral, o carinho que é dado para as pacientes. A forma que elas são tratadas. A gente trabalha aqui no PS, nós somos a porta de entrada da paciente, quando ela chega, nós somos os primeiros a estar lidando com ela. Procuramos tratar essa paciente da melhor maneira possível, para que no retorno dela, se ela não ficar internada ela vai retornar aqui com uma idéia melhor do hospital, por isso que o nosso hospital é tão procurado, tem fama mesmo de atender bem, de prestarmos o melhor serviço. Então, esse ponto, eu acho um ponto super importante, esse primeiro contato da paciente chegar em trabalho de parto e você atender bem, você atender ela com educação, com respeito, com carinho, explicando para ela as coisas: “olha, vai demorar um pouquinho para te atender”. Então, é dar uma certa atenção maior e nós fazemos isso, nós do PS.</p>

Eu garanto que todos nós temos essa dinâmica de estar deixando a mãe bem relaxada, que ela vai ser atendida, que o que está fazendo é o melhor para ela, a gente procura explicar de uma forma simples, as vezes elas querem comer, a gente sabe que por orientação médica não é para comer, então você explica: “olha, mãezinha de repente a senhora vai entrar em trabalho de parto, a senhora vai sofrer de repente um ato cirúrgico, uma cesariana”. Então, a gente procura dar melhor forma, claro sempre assim, nunca passando por cima de éticas médicas, dentro do que a gente aprendeu, dentro do nosso trabalho a gente procura passar isso e quanto a humanização eu acho que essa parte assim, o primeiro contato a gente faz com muita cautela, com muito carinho. Eu acho legal também na humanização do parto, que depois que o bebê nasce e aqueles mãezinhas dando o leite, aquela preocupação grandiosa da importância do leite materno, isso também a gente faz, eventualmente quando eu tenho mais tempo eu passo e eu converso com as mãezinhas, falo deste trabalho do Aleitamento Materno que também está dentro da humanização do parto. Esta história também que eu acho legal aqui na Maternidade é essa seqüência das puérperas, elas já saem orientadas para próxima consulta. Nossa eu iria ficar aqui horas citando. A assistência que tem os usuários, apesar de algumas reclamações, o usuário aqui tem bastante assistência, bastante curso, bastante informação. Ele tem acesso a tudo que ele precisa, praticamente. Humanização aqui no hospital, só entrando um pouco na farmácia você vê um medicamento na hora certa, obedecendo aos horários, é um ponto de humanização. Uma paciente com infecção se você passa do horário acaba prejudicando o tratamento dela, tem que ser no horário. Tem vários pontos de humanização que a gente observa aqui, os projetos que foram concretizados, mãe canguru é um ponto de humanização, o parto humanizado que não é aquele parto como antigamente que se gritava com a paciente, falava muita coisa, é um parto tranquilo, acomoda a paciente, isso é humanização. Para todos os profissionais foram dados cursos a eles, palestras, o profissional que cuida diretamente da paciente tem isso na cabeça. O banco de leite humano, porque se a paciente está sem condições de amamentar, o filho dela não vai ficar sem receber o leite, as outras pacientes dão o leite para aquela criança que não consegue mamar na mãe. A conscientização com relação a tudo isso em todos os profissionais, desde o profissional da limpeza até o mais alto cargo. Todos sabem de toda essa campanha, de toda essa conscientização. Você pode pegar uma menina da limpeza e ela tem um botom de “Hospital Amigo do Peito”, “Hospital Amigo da Criança” que é outro ponto de humanização. Ela sabe o porque de amamentar, que a criança amamentada no peito ela cresce saudável. O fato da conscientização é um ponto muito positivo de humanização, muito importante. Claro que tem sempre as vezes um caso ou outro, muito raro que a pessoa não sai satisfeita, mas a maioria sai satisfeita.

Sujeitos: (E1, P2, P1, E5, E8, E6, AE1, F1, F2, AE2)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três auxiliares de limpeza, um oficial administrativo, quatro enfermeiras, dois psicólogos, duas auxiliares de enfermagem e um farmacêutico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Outros profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Atualmente parte dos profissionais já estão sensibilizados/ capacitados para assistência humanizada</b>	Pontos de humanização eu vejo vários. Os próprios profissionais trabalham numa estrutura que você precisa prepará-los para poder fazer a humanização do parto, não é querer fazer parto humanizado, primeiro precisa preparar as equipes, preparar os profissionais envolvidos para que possam dar bom atendimento nesse aspecto de humanização ao parto e os profissionais aqui estão sendo preparados. O atendimento a paciente está cada dia melhorando. As pessoas aqui são muito humanas, os funcionários aqui tratam bem as gestantes, a parte da enfermagem é bem orientada da parte de aleitamento, todo mundo orienta bem aqui, tanto no pré-parto quanto nas enfermarias, tanto no puerpério imediato quanto no pré-natal. A parte humana é boa aqui, as pessoas em si e o treinamento dos funcionários é bom. Sujeitos: (O2, RA)	Todo local a gente sabe que tem profissionais que vestem a camisa e profissionais que não vestem, então tem setores que tem pessoas que realmente lidam com essa parte de humanização, tratam a pessoa como ela merece, com o cuidado que ela merece, como se estivessem se colocando no lugar dela e tem pessoas que não cumprem isso, acha que é uma máquina que está ali e você tira o neném acabou e pronto, vem a próxima e vem a próxima. Sujeitos: (DRH)	Várias pessoas já estão voltadas para esta questão da humanização, a questão de respeito, e outras pessoas para essa questão de intervencionista dentre de si, a questão cultural mesmo. Isto que nós precisamos melhorar, várias intervenções, que alguns ainda continuam utilizando, que não devem utilizar, que é hinema, a ocitocina, a tricotomiasse, etc. E isto precisa ser muito mudado. Sujeitos: (E2)
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra, um residente de obstetrícia, um Diretor de Recursos Humanos e uma enfermeira.			

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL G</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>A instituição tem mais pontos de desumanização do que de humanização</b>	Aqui tem mais pontos de desumanização do que de humanização. Mas a gente não pode generalizar, porque a gente tem pessoas que se dedicam muito aqui. Sujeitos: (O1)	Humanização aqui neste hospital, está um pouco difícil, pela área física. Ainda deixa a desejar a humanização aqui. A gente não pode receber os parentes da paciente, porque a planta física não permite. Sujeitos: (E7, E5)	A Enfermeira aplica advertência, alegando reclamação de paciente, sendo que ao solicitar a cópia na ouvidoria, a reclamação não existia, nada foi feito, porém, a advertência foi aplicada e o prêmio incentivo foi afetado. Contratado aqui é tratado como cachorro. O pessoal contratado é mais discriminado pela chefia e colegas de trabalho e ainda pegam no pé, falam que não vai ser renovado o contrato. Acho que os funcionários do HMI recebem uma explicação oficial da Secretaria Estadual de Saúde, sobre não sair o código da Maternidade e do Hospital Regional Sul para o concurso dos auxiliares de enfermagem e sabemos que há vagas para a categoria. Enfermeiras recém formadas que entram na profissão sem concurso ficam querendo descontar sua raiva do dia-a-dia nos funcionários. Enfermeiras que sabem até menos que auxiliares antigas. Falta de companheirismo. Tratamento diferenciado por parte da chefia. Falta de material. Falta de espaço. Internação maior que a capacidade do pré-parto. Falta de cooperação dos colegas a respeito do horário e serviço. Médicos que demoram para descer para atender o cliente. Educação continuada do HMI precisa ser mais presente no treinamento em serviço dos funcionários.

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra, duas enfermeiras e Líderes Setoriais de Acolhimento.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de humanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL II</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>São as orientações que a enfermagem passa para as mães</b>	O que nós vemos aqui, que eu já pude presenciar é o ensinamento que os enfermeiros, algumas auxiliares passam para as mães. A segurança, ensinar como amamentar, como cuidar tem muitos profissionais aqui que são maravilhosos. É na enfermagem, na parte de enfermagem, a gente encontra muito, as enfermeiras ensinando as mães como amamentar, na entrada a mãe tranquilizando a mãe, que tem muitas mães que são mães de primeira viagem, já vem no desespero, já vem chorando, e a gente nota que as enfermeiras colaboram muito, explicando que vai ser um parto tranquilo, que ela não precisa se preocupar. Sujeitos: (OA2, OA3)		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois oficiais administrativos. A instituição sempre se preocupou em proporcionar ações educativas para as mães.

<b>IDÉIA CENTRAL I</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Os funcionários tratam a paciente com dignidade e a apóiam em todas as circunstâncias</b>	Humanização, é que os funcionários daqui são ótimos, tratam muito bem os pacientes. As pessoas procuram ajudar as outras da melhor forma. Primeiramente amor, solidariedade. Aqui tem muito amor. Eu vejo que as pessoas aqui desempenham muito seu trabalho, em vista de muitos hospitais que a gente vê, esse é o primeiro que eu trabalho que sempre tem aquele negócio, está mais, assim, mais contato, principalmente esse nome, essa coisa que chama de mãezinha, essas coisa assim estimulam no meu ponto é isso, eu acho que primeiramente o que tem aqui é amor, para o cliente, para paciente. Sujeitos: (S2, S3, S4)		

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três seguranças. De modo geral o cliente interno procura tratar bem as pacientes, principalmente as adolescentes.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>
<b>O espaço físico de modo geral é inadequado</b>	O grande fator de desumanização é o espaço físico. Se você não tem espaço para acolher os familiares, o marido na sala de parto, se você não tem espaço para fazer uma sala de acolhimento adequada, se não tem área física para poder acomodar as pacientes no pós-parto, você vai limitar bastante esse tipo de atendimento. Sujeitos: (DU, DC)	Não tem muito espaço para elas caminharem de jeito nenhum, então como é pequeno o espaço, a gente põe ela um pouquinho para caminhar, para ela ficar em pé. Como eu fico no alojamento conjunto, eu vejo que não tem local onde colocar a paciente. As vezes tem paciente no frio, muitas pacientes no corredor de cesárea com o nenenzinho. Eu acho que isso é desumano. É a área física mesmo, não tem área física para fazer humanização aqui, eu vejo por este ponto mesmo. Temos muitas dificuldades de colocarmos os acompanhantes na hora do parto e isso eu acho um ponto vital. É vital que a mulher escolha aquela pessoa que ela quer e se ela quer que esteja também presente. Temos que respeitá-la, pois muitas vezes ela não quer ninguém. Então, a desumanização para mim neste hospital vai de encontro com a parte física, nós somos muito pequenos. Os quartos são lotados de pacientes, mas a equipe multiprofissional eu acho que é boa. É como uma mãe falou para mim um outro dia: "É melhor estar aqui sendo bem tratada do que estar em um hotel cinco estrelas sendo desprezada". Acredito que com todas estas questões, a gente vai poder dar um avanço na humanização. Sujeitos: (E8, E7, E2, E6)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um Diretor de Serviço de Apoio ao Usuário, um Diretor Clínico e quatro enfermeiras

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL G</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>As condições estruturais (equipamentos insuficientes e deficientes, superlotação) do hospital, não propicia motivação para o parto humanizado</b></p>	<p>O que prejudica é o ambiente hospitalar em que o médico trabalha. Uma mulher estava na sala de parto, enquanto outra dava a luz na cama sem assistência. Então se for um hospital ruim, ninguém gosta de trabalhar, ele já vai desmotivado. Dá o seu plantão, vira as costas e vai embora. O Hospital Vila Alpina funciona bem porque por exemplo, suja a sala de parto vai logo a mulher da limpeza e já limpa. Eu trabalhei na Maternidade Geral da Vila Nova Cachoeirinha e lá estava tudo pronto para funcionar e o Dr. Barradas fechou a Maternidade porque disse que a demanda era pouca e montou um Centro de Oncologia Ginecológica que funciona precariamente. O Centro de Oncologia precisa ter um UTI específico para este fim e lá não tem. Fechou um lugar que já estava tudo pronto para funcionar. Eu também atendo no Ambulatório e tem paciente que não sabe distinguir o que é uma mesa ginecológica e um divã. A gente pede para ela se deitar na mesa ginecológica e ela se deita no divã. Ela não sabe que posição tem que ficar. Isto atrapalha muito! Às vezes ela até pergunta: “tem que tirar a calcinha?”. Eu trabalhei no Hospital do Campo Limpo e este Hospital está sempre superlotado, é impossível você fazer parto humanizado com superlotação. A superlotação no Pronto Socorro. Eu não sei te dizer. As macas, que muitas vezes faltam, por causa do movimento ser grande, tem, nós temos duas ou três macas disponíveis, mas as vezes o movimento é tão grande que não dá para gente colocar, a maca está ocupada, não dá para gente (...). Aí o que acontece o bebê está lá nascendo na cama, não por falta de assistência, mas por falta de, de maca mesmo, de material. Sujeitos: (O5, O3, RB)</p>	<p>O elevador. As mãezinhas de cesariana, querem subir logo para ver o bebê no berçário, elas têm que subir pela escada. Algumas até tem que parar degrau por degrau, respirar fundo para continuar subindo. Então eu acho que isso é desumanização. Eu acho desumano os velhinhos subirem as escadas. E tem também deficientes. É não tem elevador e as vezes eles precisam subir até aqui. As vezes precisa alguém carregar. Sujeitos: (S2, AL1)</p>	<p>Não dá para fazer aquela coisa, porque infelizmente falta muita coisa aqui. Mas o que tem a gente trabalha. O banho, a gente dá, nós não temos a banheira, não temos bola, mas a gente tem o nosso chuveirinho, a nossa cadeirinha, e a gente tenta trabalhar da melhor maneira possível. A gente não tem um material legal, para deixar ela de cócoras, então a gente orienta como que ela fica. Enfim, dar-se um jeitinho, mas assim, material, planta física infelizmente falta. Eu não digo total, mas eu acho assim meio, desconfortável, quando está superlotado a maternidade e as mães têm que ficar na maca por um tempo até surgir vaga no quarto, para poder voltar para cama. Que as vezes na maca, fica, sem poder amamentar o neném direito, sem poder virar. Isso eu acho desumano é bem desconfortável. Sujeitos: (E8, AE1)</p>	<p>Tomadas de eletricidade não funcionam. Balanças não funcionam. Medicamentos: vários abertos ao mesmo tempo. Falta de um chuveiro para funcionário banhar-se no verão. Falta de roupas. Falta de espaço digno para as auxiliares de enfermagem do noturno descansarem. Falta revezamento de funcionários nos setores. Mudança de locais de medicamentos, sem prévio aviso aos funcionários não presentes no ato da mudança. Falta muito ainda. O elevador não funciona, às vezes precisamos levar pela escada paciente que acabou de fazer cesárea. Não temos um banheiro privativo.</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras, um residente de obstetrícia, um segurança, um auxiliar de limpeza, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e Líderes Setoriais de Acolhimento.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL H</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatalogistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Não vê pontos de desumanização no hospital</b>	Eu não vejo desumanização nesse hospital, nesse objetivo. Eu não vejo desumanização. Eu não percebi nenhum ponto, em especial, mas talvez eu não tenha percebido ainda. Porque eu estou aqui há 5 meses, mas humanização eu reparei, mas desumanização ainda não. Sujeitos: (O2, O5, N1)	Acontecimentos acontecem em todos os hospitais, isso aí a gente não está livre disso. Mas, por enquanto eu não tenho, uma, uma formalidade, eu acho que aqui, para mim é ótimo. Em vista de muitos hospitais aqui esta 100%. Sempre tem que estar melhorando. Melhorando, investir mais na área de enfermagem, investir mais na aparelhagem. As pacientes terem mais conforto. Mas de resto acho que ta um bom padrão. Em vista de muitos hospitais particulares, aqui está um bom padrão. Nós na área de segurança que temos contato diretamente com o povo, com o público, a gente sempre fica sabendo. O hospital é ótimo. Em todo lugar tem que estar arrumando. Não, isso aí eu nunca vi nada, nunca vi assim nada errado. Se eu visse eu não iria deixar de falar. Críticas mesmo, de falar, “olha, tem isso esta errado”, isso que faz mudar, a gente crescer. Por isso, que hoje temos o apoio ao usuário, por isso que temos tantas coisas boas. Se eu fosse uma usuária, uma coisa que eu ficaria muito triste é eu chegar no hospital, ser internada e eu ser removida, mas isso eu não considero desumano. Eu não vejo nada de errado, que seja desumano aqui neste hospital. Não vejo mesmo. Sujeitos: (S4, AL2, AL3, OAS)	Eu acho que aqui não tem não. Aqui os faxineiros, os auxiliares, eu acho que aqui todo mundo recepciona bem, os funcionários tratam bem, tem um carinho. Assim que o pessoal chegam tratam bem. O cliente que se diz assim agora, não é mais paciente, ele quer ser bem recebido e ele é bem recebido. Ele sobe, ele tem toda atenção desde aqui, no Centro Cirúrgico, no Pré-Parto. Enfim, todo mundo trabalha em conjunto. Eu acho que aqui a equipe é muito boa, eu acho, pelo que a gente está aqui dentro a gente vê. A idéia de todo mundo que trabalha neste Hospital é não ter, estar levando um rótulo de desumanização, é uma palavra que ainda existe no nosso vocabulário, mas muito pelo contrário nosso trabalho é um trabalho voltado, é um trabalho sério, uma preocupação grande pelo melhor atendimento, o respeito. Enfim, é baseado nisso. Então, pontos de desumanização eu desconheço. Olha, sinceramente, te juro, eu estou sendo muito sincera. Das pessoas falarem assim: “nossa que desumano!”. A única coisa que as vezes a gente fica assim, porque a gente trabalha aqui no PS, a gente gostaria que todas as mãezinhas que viessem para cá em trabalho de parto ficasse aqui. Mas, a demanda é muito grande, não é que é desumano ela ser transferida para um Hospital tão bom quanto este, mas assim é que você fica chateada, poxa. A própria mãezinha fala: “ah enfermeira, ah por favor fala com o médico”, porque elas pensam que depende da gente e não depende nem do médico para elas ficarem aqui. Então, realmente você fica penalizada pela situação, mas desumano, olha sinceramente, sinceramente, eu não vejo, na minha equipe, aqui, eu não vejo nada que identificasse desumano. Sujeitos: (AE2, AE3)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras, um neonatologista, um segurança, dois auxiliares de limpeza, um oficial administrativo e dois auxiliares de enfermagem.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL I</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Admissão de grande volume de parturientes despreparadas para o parto normal</b>	<p>A paciente vem para o cá sem orientação que deveria ser dada no pré-natal e isto aí cria um pouco de insegurança na paciente, ela fica sem saber o que vai acontecer com ela. Para se ter acompanhante cai naquilo que eu falei da educação, a gente sabe que até para a paciente seria a melhor coisa ter um acompanhante, seja ele quem for. Mas, eu acho que o nosso povo não é educado para isso, porque para gente fica extremamente difícil porque daí a gente ia ter a paciente e mais o acompanhante para tomar conta, para explicar, para enfim. Para o profissional de saúde fica muito mais difícil, a não ser que tivesse todo um aporte antes destas duas pessoas chegarem ao hospital, ter um preparo. Em uma dor que a paciente sentir o marido se descompensar, então quer dizer que. E esta paciente também ser educada, porque tem paciente que sente uma dorzinha, faz um escândalo desse tamanho e daí vai virar uma grande festa o negócio. Então, eu acho que para paciente seria a melhor coisa, mas desde que isso fosse realmente ensinado e conduzido desde o começo do pré-natal, porque o que falta no nosso povo é a educação básica.</p> <p>Sujeitos: (O3, O5)</p>	<p>Desumano é quando as mulheres chegam para nós, e que não fez um pré-natal adequado. Durante o pré-natal ela teve muita dificuldade, quase não fez, fez uma, duas consultas. Por não fazerem, elas não sabem o que está acontecendo, é problemático no momento do pré-parto, no momento do parto. É muito difícil, é mais complicado ainda, dá trabalho. eu acho que o pré-natal é fundamental, para humanização. Então falta isso. O pré-natal, que em determinados lugares não propiciam para ela. Fica meio complicado, aí chega para nós, já é um problema, porque a gente tenta amenizar da melhor maneira possível. Então começa, eu acho que a humanização, desde o pré-natal se ela não tem um pré-natal legal, provavelmente, já começa não ter uma humanização adequada. (E8)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras e uma enfermeira.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL J</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Obstáculos a implantação da inter-disciplinaridade no acolhimento ao usuário</b>	É justamente isso, da profissão, da especialização, se o médico é especializado em retirar a dor, vamos dizer, então só ele pode fazer isso e, se o pessoal da limpeza é recolher o lixo, só ele pode fazer isso. Quando é colocado a humanização, a pessoa que viu primeiro, na hora, não pode esperar um minuto para socorrer. Então, quem viu primeiro tem que socorrer, existe um atrito, quando alguém vai socorrer, porque a outra pessoa que deveria, que é dado essa profissão, que não socorreu, se senti invadida. Existe mesmo, acontece muito, nós do arquivo muitas vezes estamos na recepção, as vezes uma paciente está com dor, ela pede para chamar o médico, que para paciente, ela não sabe, o que cada um tem que fazer, ela não sabe que é a enfermeira, que tem que fazer aquilo. Então, ela pede paro o primeiro que aparece, ela esta com dor, aí a gente vai e faz, a enfermeira se sente ofendida, várias vezes a gente levou bronca dela: "Invadindo nosso setor, isso não é função de vocês". Sujeitos: (OA1)		

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um oficial administrativo.

*Cite itens de desumanização neste hospital.*

<b>IDÉIA CENTRAL K</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>As ações de humanização estão evoluindo lentamente na instituição</b>	Os profissionais já tiveram treinamento, mas não se dispõem a quebrar os seus paradigmas. Existe analgesia de parto disponível no Hospital há muito tempo, é só os obstetras pedirem, mas há pouca solicitação. Sujeitos: (N4)	Um ponto de desumanização do parto, é que as ações de humanização estão indo muito devagar. Não está indo com rapidez do jeito que era planejado. Sujeitos: (OA4)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um neonatologista e um oficial administrativo.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Cite itens de desumanização neste hospital*

<b>IDÉIA CENTRAL L</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Ausência de uma lógica contratual por parte da Secretaria de Estado da Saúde</b>	“Ganhar todas iguais, porque não esta sendo assim e somos todos do mesmo setor”. Sujeitos: (Z1)	Não têm refeições para os funcionários terceirizados ,eles não são do Estado e não têm direito a alimentação. Os funcionários contratados são mais precionados que os efetivos.Se a gente fala que não pode fazer extra dizem que não vão renovar nosso contrato.Trabalhamos sob pressão

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um zelador e Líderes Setoriais de Acolhimento.

<b>IDÉIA CENTRAL M</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Carência de treinamentos para todos os profissionais (desde o segurança ate os médicos)</b>	Cursos, treinamentos, muitos treinamentos, eu acredito que treinamento iria resolver todos esses problemas, e quem não tivesse de acordo tentar colocar em outro setor, e colocar pessoas de perfil para receber a mãezinha. Treinamento está faltando aqui, tanto para, desde a recepcionista, desde o guarda até o médico. Sujeitos: (OA3)		

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um oficial administrativo

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*A estrutura física deste hospital atrapalha o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>A estrutura física atrapalha o processo de Humanização da Assistência</b>	<p>Nosso hospital é um hospital pequeno, ele tem um porte pequeno. Necessitariam de mais espaço físico para ele. Atrapalha, obviamente atrapalha, a estrutura física ela é, você precisa ter espaço, para você poder fazer a humanização, das formas que estão sendo elaboradas. Você tem que ter espaço para poder o marido vir, é, para ter, que andar, tem que ficar, ele tem que comer a vontade, ele fica a vontade o paciente, na realidade e tem que ter um profissional a disposição, desde a enfermeira obstétrica, um médico na urgência, no atendimento de urgência, está todo mundo voltado aquela paciente, preparados voltados para aquela paciente. O espaço físico não permite a paciente andar, não proporciona maior liberdade para paciente. Se você tivesse um espaço maior para ter os pré-partos adequados para humanização e o pai ou a mãe da gestante, o ente querido que ela queria que estivesse ali naquele momento com ela, teria que nascer dali, do pré-parto ao centro cirúrgico, essas pessoas sempre acompanhando ela e com um espaço físico limitado a gente não tem como recebê-los. O que limita, ele ficará melhor, é o espaço físico, em todos os projetos que a gente tinha para, tanto que nós estamos implantando agora a humanização do parto, analgesia de parto, tudo que favoreça a mulher, porque <i>em pleno século XXI a pessoa sentir dor na hora do parto é ridículo</i>. Atrapalha, nesse ponto atrapalha. As vezes tem seis, as vezes tem dez pacientes lá dentro, fica inviável você por um acompanhante. Mesmo se por exemplo, é uma adolescente que você deveria por um acompanhante junto, fica meio difícil. Já houve casos, por exemplo, da gente ter um pré-parto cheio, onde as pacientes chegam ficar até, sentadas em cadeiras lá do pré-parto porque não tem mais leitos para elas. Então, quer dizer, se fosse, um pré-parto maior, uma sala de parto maior, todas as pacientes estariam alojadas, nos seus leitos. Que é muito mais confortável. Eu acho que atrapalha muito, porque não tem como colocar acompanhante, não dá para ter uma assistência boa em parte humanização sem ter um espaço maior. Eu acho que não dá.</p> <p>Sujeitos: (O1, O2, O3, A1, RD, RB, RA)</p>	<p>Com certeza. Se você não tem espaço para acolher os familiares, o marido na sala de parto, se você não tem espaço para fazer uma sala de acolhimento adequada, se você não tem área física para poder acomodar as pacientes no pós-parto e as condições que você tem de assistência, você vai limitar bastante esse tipo de atendimento. A filosofia existe, a intenção existe, mas se você não tem espaço para acomodar é impossível ser plenamente aquilo que você está querendo. No momento não tem como entrar o acompanhante masculino por causa que o pré-parto é coletivo, mas nós já temos um projeto de fazer uma construção de uma área anexa e inauguração de sete leitos de ... aqui no hospital. Hoje em dia é inviável termos o acompanhante feminino do pré-parto, pelo fluxo de trabalho, pela área física estreita, por excesso de pessoas. Não esqueça que estar o acompanhante do lado é um fator que você tem como ajuda, mas também é um fator que vai contaminar e vai prejudicar a assistência porque você aumenta o risco de contaminação, a falta de espaço para movimentação e cria tumulto no ambiente que você não tem necessidade. Hoje já temos ultimamente um trabalho realmente muito tumultuado lá em cima. Inclusive as vezes com acesso de paciente na área, além do próprio médico assistente, do residente, da enfermagem, certamente é um excesso de pessoal dentro de uma área muito restrita e pequena e isso faz com que impeça que entre o acompanhante independente do sexo masculino ou feminino. Isso influi demais no ambiente. Se comparar as dimensões no pré-parto que cabe seis leitos, realmente eu acho que nós estamos trabalhando em condições muito errônea, mas infelizmente a gente não tem muita opção.</p> <p>Sujeitos: (DC)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três obstetras, um anestesista, três residentes de obstetrícia e um Diretor Clínico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*A estrutura física deste hospital atrapalha o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>A estrutura física atrapalha o processo de Humanização da Assistência</b>	<p>Muito, eu acho que atrapalha sim, as vezes aqui é um local que muitas mãezinhas vem procurar o Hospital Maternidade Interlagos, e várias vezes elas não podem ser internadas aqui e têm que ser transferidas para um local muito longe, e isso eu acho que se o hospital fosse maior para atender toda demanda seria bom. Atrapalha, atrapalha muito. Porque o hospital foi construído para ser um hospital geral, aos poucos que ele foi se tornando maternidade. Então, ele não tem uma infra-estrutura para, humanização do parto. Tanto esse, como muitos hospitais que eu conheço, que são prédios antigos, que só tem estrutura para coisas que eram antigas e nem se pensava nisso antes. Sem dúvida! Atrapalha mesmo. Vamos considerar o alojamento conjunto, eu Acho o alojamento conjunto uma coisa muito boa. É bom, mas eu acho um pouquinho apertado. Tanto que tem mães adolescentes que vêm visitar o hospital, permanecer no hospital e não tem condições. É lei? É lei. Ela pode? Pode, deve até, mas não tem condições dela ficar mesmo a vontade. Nem tem ambiente de colocar uma cadeira do lado. Esse hospital está pequeno. Na situação de ter tanta, gente procurando ele, eu acho ele pequeno. O berçário também, eu acho um pouquinho pequenininho, mas também não vai tanta criança para o berçário. Mas é isso, o resto eu não vejo, nem aqui em baixo mesmo, eu acho que está bem distribuído, é só mesmo no alojamento conjunto tem hora que a gente passa um sufoco lá em cima e não dá para fazer aquele sucesso, coisa de humanização mesmo, acaba ficando bem apertadinho mesmo. Mas, fora isso, nada. Sujeitos: (OA3, OA4, OA5)</p>	<p>Atrapalha, bastante. O hospital tem muita demanda de paciente, sempre está lotado, não dá para você dar aquela atenção especial, porque tem muita gente. Tem muita demanda de paciente, para pouco leito, tanto no alojamento conjunto, como no pré-parto. A estrutura física é pequena. Pela demanda, ele é um hospital pequeno, poderia aumentar um pouco mais. O espaço físico aqui é muito, muito precário, a área física é precária. Aqui no PS nós dispomos de dois leitos aqui, antes eram quatro, mas agora melhorou um pouco, mas ainda não é o ideal. Eu realmente, nisso eu sou sincera o espaço físico aqui é uma coisa assim que é muito difícil tanto para o funcionário como para paciente é complicado, complicado mesmo. Mas, eu sei que é uma coisa que não depende da, é uma coisa que teria que ir para um outro lugar, teria que sabe, ou então começar a alugar todas as casa aqui em volta. Então, é uma coisa assim que, chegou uma hora que é uma situação que a gente enfrenta, todos nós enfrentamos, mas a gente tem que está entendendo que é uma coisa que é assim até ser solucionado, não depende do Diretor, da Dra. Não depende assim, a gente precisaria ir para um outro lugar ou ocupar todas as residências aqui, a parte administrativa saísse fora daqui, aqui ficasse só o Hospital, mas acho que nem assim suportaria a demanda. Aí sim, isso é verdade, aliás é um ponto crítico aqui da Maternidade é o nosso espaço. Tudo é pequeno, tem o pré-parto, o banheiro, as nossas salinhas aqui, onde você vai é pequeno, tudo é pequeno. O espaço físico aqui realmente deixa a desejar e isso acaba acarretando alguns contratempos. Sujeitos: (E7, AE1, AE3)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três oficiais administrativos, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*A estrutura física deste hospital atrapalha o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>A estrutura física atrapalha muito pouco o processo de Humanização da Assistência</b>	Um pouquinho. A demanda do hospital é alta, essa região é muito carente, acho que precisaria de um hospital um pouco maior, acho que precisava distribuir um pouco melhor as mães, porque em épocas do ano, nós temos uma super lotação. A gente precisava, talvez um pouco maior. Enfermarias um pouco maiores, bem arejadas para as mães poderem se acomodar melhor e passar suas 48 horas mais bem acomodadas. É difícil de responder isso. Eu acho que todo o hospital que é por andares, tipo você tem uma distância entre pronto socorro e atendimento, pronto socorro e berçário, você tem uma dificuldade maior, mas eu não acho que em termo de humanização isso seja algum impedimento, tanto que a gente tem a enfermaria do hospital e o banco de leite é no terceiro andar, e em menos de trinta segundos, ou o berçarista ou a enfermeira do banco de leite ta no Alojamento Conjunto, esta junto da mãe. Então, eu não acho que atrapalha não, eu não vejo pontos negativos quanto a isso. Sujeitos: (N1, N2)	É, a estrutura física em algumas situações ela atrapalha um pouco. Uma estrutura muito acanhada, uma estrutura muito pequena para um processo médico, pode as vezes comprometer a saúde da gestante, da parturiente. Em alguns setores a gente procura ampliar, para que possa dar o suporte necessário para que aquelas pessoas que vão ali circular não prejudique o atendimento. O principal é o procedimento, agora também, a gente tem que ajudar para que este procedimento tenha sucesso, para que a parte emocional da paciente tenha suporte também. Se a gente poder juntar as duas coisas, é o ideal. A estrutura física não impede o processo de humanização. Uma má estrutura física, ela atrapalha que você implante um projeto a contento. Mas a estrutura física por mais acanhada que ela seja, ela não impede que você implante um processo de humanização. Seria mais eficiente se tivesse um espaço amplo, para implantar salas de PPP. Mais espaço nos facilitaria no trabalho de acolhimento do binômio mãe x bebê. A nossa estrutura física, ela é muito pequena. Mas a gente consegue se manter aqui dentro. Quanto a humanização, não sei se isso afeta tanto, porque, a estrutura física ela atrapalha um pouco por ser pequena, mas dá para se movimentar. Porque se a gente consegue trabalhar num local, que a estrutura física é pequena, mas a gente continua fazendo um ótimo trabalho, como todo mundo tem conhecimento, então a estrutura não vai bloquear nada, eu acho que o atendimento, a pessoa, o funcionário tem que se conscientizar disso. Sujeitos: (DG, DU, DRH)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois neonatologistas, um Diretor Geral, um Diretor de Serviços de Apoio ao Usuário e um Diretor de Recursos Humanos.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<b>Todos colaboram no processo de Humanização da Assistência</b>	<p>Acho que todo mundo colabora. não tem essa de qual mais colabora, todo mundo tem que colaborar, desde que esteja no programa de humanização ao parto e uma forma geral aqui no hospital, eu acho que tanto a equipe médica, GO, anestesista, pediatra, a equipe de enfermagem. Por nós sermos um hospital pequeno, acho que todo mundo se conhece, como todo mundo se vê toda semana, o clima já é diferente, o tratamento já é mais familiar.</p> <p>Sujeitos: (O2, N2)</p>	<p>Acho que todos colaboram, desde o auxiliar, o enfermeiro, o médico, todos tem importância, todos são importantes para a humanização. Começa do Pronto Socorro, aqui a mãe é recebida à gente orienta, a gente a recebe bem. As vezes nós temos mães chorosas, então você procura humanizar ela aqui, a gente tentar passar uma coisa boa para elas aqui. Daí a pessoa chega aqui esta deprimida, chorosa e quando ela encontra você e você conversa com ela, deixa ela a vontade ela já melhora. Ela é mandada para cima, ela é encaminhada ao pré-parto, lá é a mesma coisa, daí as meninas de lá, elas orientam, conversam com a paciente. Eu acho que cada setor tem a sua porcentagem de colaboração, todos eles. Agora todos eles trabalhando em conjunto dá uma boa humanização. Toda a equipe trabalhando bem o que acontece? Sai tudo bem. Médicos e enfermagem. Os auxiliares de enfermagem começam o bom atendimento, a gente que recebe elas, deixa elas a vontade, conversam, ouvem o que elas tem a declarar. Se elas estão preocupadas, chorosas a médica também conversa a gente conversa, quando elas vão lá para cima a gente acompanha, depois que ela tem o bebê elas vão para outro andar, neste andar é a mesma coisa, os auxiliares de enfermagem também colaboram muito. Então, é um serviço que depende muito um do outro, porque não adianta você ser bem atendida aqui e ser mal atendida lá em cima. Tem que ser um serviço com todo mundo trabalhando com o mesmo pensamento. Eu acho que todo mundo trabalhando direito, naquela mesma direção só pode dar certo. Eu acho que aqui, eu moro aqui há 32 anos, o que eu ouço falarem do Hospital, só vendo o pessoal falar, eles falam: “nossa lá o pessoal é muito bom, lá é maravilhoso”. O pessoal briga porque quer ficar aqui. Então nós estamos de parabéns. Nós estamos procurando fazer tudo melhor, porque aqui é uma continuação da casa da gente, a gente esta metade em casa, metade aqui. Então a gente procura fazer tudo o melhor que a gente pode, entende? Quando a mãe sai do Hospital ela passa por aqui, agradece a gente. É 99,9% bom. Eu acho que todos. E uma coisa de vestir camisa mesmo, ou você veste a camisa ou você não veste a camisa. É óbvio que aqui no PS quem está aí está vestindo a camisa mesmo, está botando. Eu acho que essa história de o profissional que não esta participando, ela é uma pessoa que ela não vai servir para ficar na Maternidade, ela mesmo vai chegar uma hora que ela vai se sentir mal. O nosso trabalho, o trabalho de equipe, o que a gente faz desde que nós começamos aqui, já passou por algumas gestões, a gente não mudou porque o nosso empenho para com o público, para com o paciente pode mudar as gestões que a gente não muda, nós não pudamos. A postura de fazer o melhor que a gente pode pela paciente a gente vai estar fazendo. Sujeitos: (AE1, AE2, AE3)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um obstetra, um neonatologista e três auxiliares de enfermagem.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatalogistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>O processo de humanização da assistência independe da especialidade e/ou profissão do profissional, mas sim o seu comportamento</b>	Depende de cada um. Depende do compromisso de cada um eu acho com a profissão. Bem isso mesmo, do compromisso, o comprometimento mesmo. Sujeitos: (RB, RC)	Em termos institucionais novamente volta aquele ponto, não dá para nominar categoria, neste momento, nesta primeira avaliação você considera isso, pode ser que em um segundo momento, em uma outra avaliação daqui a algum tempo você mude de opinião. Não dá para nominar e eu não considero como categorias que colaboram mais ou sejam mais contrárias ao processo. O profissional que tem claro os objetivos da instituição, seus valores, suas metas e está sensibilizado para a importância de estabelecer uma parceria nas ações que realiza com o usuário que está atendendo. O profissional que sabe ouvir, compreender e acredita na capacidade de ação, escolha e participação do outro. O profissional tecnicamente capaz, disposto a apreender e a mudar. Atividades motivacionais são aquelas que mais podem colaborar no processo de humanização. Numa estrutura como a da saúde, onde não existe plano de carreira e nem recompensas pecuniárias pelo desempenho, somente a motivação faz com que projetos sejam implantados com sucesso. O que ajuda muito são treinamentos para os funcionários, para eles saberem o que é o parto humanizado. Então, muitas pessoas não sabem ainda o que é o parto humanizado. Então eu acho que o treinamento para as pessoas saberem a divulgação de que isso ocorre. É mais importante. Sujeitos: (DC, DA, DU, DRH)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois residentes de obstetrícia, um Diretor Clínico, um Diretor de Ambulatório, um Diretor de Serviço de Apoio ao Usuário e um Diretor de Recursos Humanos.



## DISCURSO DO SUEITO COLETIVO

*Qual o profissional que mais colabora com o processo de humanização da assistência?*

<b><i>IDÉIA CENTRAL G</i></b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>O processo de humanização da assistência independe da especialidade e/ou profissão do profissional, mas sim de um pré-natal com qualidade</b>	Uma assistência ao pré-natal, desde o início, desde a primeira consulta do pré-natal, as gestantes serem preparadas para isso, ter reuniões com elas explicando tudo o que acontece, mostrando o material que vai ser usado, tirando o estigma da anestesia, o estigma que muitas delas acham que essa anestesia para tirar a dor vai inibir o trabalho de parto dela, ela se sente insegura, ela acha que aquilo vai prejudicar o nenê dela e nada disso acontece, tudo isso é para o conforto dela, para ela ter um parto humanizado, normal. Sujeitos: (A1)	
O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um anestesista		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Qual o profissional que tem maior resistência ao processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Profissionais da área Administrativa</b>	<b>Outros profissionais da área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>O processo de humanização da assistência independe da especialidade e/ou profissão do profissional, mas sim o seu comportamento</b>		<p>Eu não acho que tenha profissional que atrapalhe mais, e nem profissional que atrapalhe menos. Eu acho que é sempre a questão da conduta mesmo e da atitude. Eu acho que a partir do momento que o profissional, as vezes até o profissional que num determinado momento. Tomou uma atitude que, pareceu uma atitude, que a gente, aí esse daí foi desumanizado, nossa que horror! De repente se os outros que estão em volta, conseguem se antenar com isso, e usar isso como uma coisa de crescimento, vira um degrau. Que até faz você discutir o assunto. Você viu o que fulano fez? Então, a gente para pra pensar sobre aquilo. Não dá para você dizer, que um é melhor, que um é pior, que um ajudou mais, que um atrapalhou mais, eu acho que é uma questão de conjunto e de equipe. Eu acho que é por aí. Olha, eu não vejo assim qual o profissional que atrapalha mais, vai muito de pessoa para pessoa. Pode ser médico, enfermeiro, o que for, auxiliar, que as vezes trata bem os pacientes, outros não, isso eu acho, que vai muito da pessoa. Acho que não tem um profissional que atrapalha, não vou falar, o médico, o enfermeiro, o auxiliar, não. Acho que todos são da mesma equipe, então todo mundo tem a sua participação. Não sei quem não atrapalha, muitas vezes você vê o médico atrapalhou. Pode ser até a pessoa dela, nem todo mundo é igual. Tem um que trata melhor, outro que é mais carrasco, outro que não liga. Não acho que tem um profissional que atrapalha, acho que todos trabalham bem. Nenhum profissional. Acho que é a pessoa que não tem vontade, que ela não tem aquele espírito esportivo, aquele espírito de querer ajudar, de ficar em harmonia com o pessoal.</p> <p>Sujeitos: (P1, E7, F1)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um psicólogo, uma enfermeira e um farmacêutico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que o Pré-Natal influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>
<p><b>O Pré-Natal é a base da humanização devido as ações educativas</b></p>	<p>Influencia sim, porque eu acho que você fazendo o pré-natal, você já fica mais por dentro da situação. Já sabe o que vai acontecer mais para frente. Com certeza. A mãe fica ciente de tudo que pode estar ocorrendo. Ela já vai ciente do hospital, onde é, ela sai do pré-natal praticamente dentro de todos os conhecimentos. Todos os conhecimentos para o bem do seu filho ela já vai sair. Influencia sim, as pessoas chegam aqui desorientadas, não sabem qual balcão que ela procura, chegam com um papel que às vezes com um endereço que não é daqui, outro diferente, então agente procura ajudar auxiliar essa pessoa para ir ao local certo, então acho que influencia muito, essa humanização que você falou. Eu acho que influência bastante, porque é a primeira impressão é a que fica, se a mãe ela é tratada bem, desde o começo bem, pelos médicos, enfermeiras, auxiliares, desde o começo do pré-natal, eu creio que ela tem uma gestação bastante evolutiva, produtiva, uma gestação ótima. Os resultados são ótimos. São resultados diferentes. Influencia, influencia muito. Porque pelo o que eu mexo nas estatísticas, a paciente que não, não se interessa muito pelo pré-natal, ela tem muita dificuldade, ela tem muito medo. Eu já vi muitas pacientes perderem a criança porque, não fez o pré-natal ou porque nem sabe o que é o pré-natal. A gente recebe pessoas de Parelheiro, tribos Indígenas que não sabem nem o que é isso, só vem aqui para ter a criança, logo no nono mês, não sabe, não teve nenhum acompanhamento médico durante os nove meses.</p>	<p>A é claro que sim. O parto é uma consequência de uma gestação. O parto só existe, porque existe uma gestação. Nesse momento de gestação a mulher, o marido, o casal, eles se preparam para esse momento de receber o bebê, que é o parto. Então, se já nesse momento eles começam a ter o pré-parto, no sentido de que o parto possa ocorrer de uma forma humanizada, isso vai estar facilitando, lógico. Eles vão está podendo ter um momento melhor, um parto melhor. Influência bastante. Porque ele reduz, abaixa a ansiedade da paciente. E na hora do parto mesmo ela vai estar mais segura, mais tranqüila, vai ajudar bastante. Eu acho que colabora, a paciente, geralmente, já desde o pré-natal, ela é orientada, ela tem palestras, eu acho que isso influencia sim, porque ela já vai sendo preparada, para como vai ser um parto humanizado, que até então, tem paciente que, não conhece. No pré-natal elas vão tendo palestras, vão tendo conhecimento, quando você vai fazer uma coisa que você não conhece, você vai mais insegura, com medo, de repente quando você tem um conhecimento você vai com outra cabeça. Acho que elas devem ser preparadas sim, porque no pré-natal ela vai ter muita palestra, muita orientação.) Também. É através do pré-natal que a paciente já vai, recebendo as orientações. Já se prepara para, um parto humanizado. Um pré-natal bem feito, com qualidade e que a humanização já esteja lá no pré-natal, tendo já esse processo e desenvolvimento com certeza tem pontos extremamente positivos na humanização, até porque um processo de pré-natal bem feito, que ela assista as aulas, ela participe de oficinas e de tudo, que ela saiba o que vai acontecer com ela, como que vai ser tudo, já é o processo de humanização, e ela com certeza vai está muito mais, conhecedora e aquela ansiedade, um medo muitas vezes pelo desconhecido, que as vezes você pode ser persigista, quartigista mais sempre há um desconhecido, porque sempre na cabeça de uma mulher está: “será que o meu filho vai ser normal?” Então sempre existe esta ansiedade, aliás uma das coisas que eu tenho muita que eu procuro demais, é o seguinte parece assim de uma forma geral, que a saúde ela não vê a questão psico-social do paciente, ela se preocupa com a questão pública, eu acho que o psico-social é fundamental na humanização, porque se não existe psico-social não existe humanização, se você não pensa enquanto profissional no psico-social, jamais você pode fazer uma técnica fantástica, mais a assistência não vai ser humanizada. É Isso mesmo. Eu acho que influência demais. Então, se ela faz um bom pré-natal, saiba adequar tanto ela como a família, tudo explicadinho o que pode acontecer, as mudanças fisiológicas que acontecem com ela, toda o relacionamento do casal, é importante, ele está presente, explicar o que vai acontecer com ela, quando ela estiver se sentindo último trimestre, já ir preparando.</p>

<p>Porque aí elas vão estar mais preparadas. Com o pré-natal elas vêem mais preparadas e isso facilita ainda para gente estar reforçando as informações. O médico que faz o pré-natal elas confiam muito. Então, chega aqui, as informações batem com o que ela aprendeu no pré-natal e com quem ela está sendo avaliada na hora e isso é muito bom. Então, ela se sente mais confiante, ela confia no médico que fez o pré-natal e no médico daqui. Isso é bom, ela vir com informações, ter noções do que acontece. As que não fazem, o trabalho da gente é muito mais, tem que empenhar muito mais. Com certeza. Porque a palestra de pré-natal, já é importante aqui, porque as mães já saem daqui se prevenindo para não ter uma gravidez indesejada, já saem sabendo como vai ser o parto. Então isso ajuda bastante. Influência, eu acho legal isso. Porque as pessoas ficam mais informatizadas. A maioria das pessoas, tem muitas adolescentes grávidas e logo depois eles marcam uma consulta, um planejamento familiar então ajuda bastante. Geralmente a maioria tem um filho só, porque veio nas consultas. É a formação do bebê. E se não houver esse atendimento ao pré-natal, as vezes pode acontecer algo depois do parto que depois não pode ter mais jeito. Totalmente. As pessoas se sentindo bem desde o começo, até a hora do parto com certeza ela vai se sentir com bastante segurança, se ela tiver um pré-natal que já dê toda base para ela, acho que o pré-natal é a base. Com certeza, é do pré-natal que vem a segurança da mãe, então se ela for bem recepcionada no pré-natal, ter um tratamento adequado do médico, com certeza ela vem com uma segurança maior e o parto dela será maravilhoso.</p> <p>Sujeitos: (S1, S2, S3, S4, OA4, OA5, AL3, AL1, OA1, OA2, OA3)</p>	<p>Então, quando ela chega por aqui, ela já é uma pessoa totalmente preparada, capacitada, ela sabe o que está acontecendo, ela é colaborativa. A gente orientar no terceiro trimestre, de como ela respirar, para ajudar. Agora se ela não faz um bom pré-natal, a família não apóia. Enfim, tudo isso, aí fica bem complicado. Se torna até um pouco desumanizado, porque até, elas vão dizer: “Mas isso dói muito”, “Mas, eu não sabia que era assim”, “Tira essa criança de dentro de mim”. O que ela grita no auge da dor. Porque aqui ela não teve preparo nenhum, nenhum. Emocional. As mudanças, só sabe o que a vizinha disse, o que o fulano disse. Então, fica meio complicado. Lógico. Influência muito também na orientação da paciente. Eu acho que a paciente bem orientada no pré-natal, ela tem uma conduta melhor no trabalho de parto, porque às vezes o desespero da paciente no trabalho de parto leva a uma conduta desnecessária. Influência o profissional. Muito. Influência sim. Eu acho que influência em todo caso, tem vários seguimentos, porque no pré-natal, eu sempre acreditei muito no pré-natal, eu acho que no pré-natal é que a mãe esta mais sensível e ela absorve melhor todas as experiências. Quando a mãe ela está mais sensível, quando ela esta assim, ela acredita mais. Quando fica mais fácil para gente prepará-la para humanização. Quando ela começa ser preparada no pré-natal, ela fica mais sem medo, ela não vem tão armada para cá. Então, isso facilita para nós. Sim, sem nenhuma dúvida. O processo de gestação se inicia com a notícia do exame positivo e nas consultas de pré-natal, em que os profissionais podem mostrar interesse pela paciente e darão continuidade a esse processo de humanização. Eu acho muito importante, porque a mãe engravidou ela vai fazer o pré-natal. Ali ela já vai começar a ser orientada, ela já vai se preparando para Maternidade. Ela sendo preparada lá quando ela chega aqui, ela não chega tão tensa, quando ela chega aqui a gente conversa com ela e ela está semi-preparada, por causa do pré-natal. Chega aqui você fala que ela vai fazer isso, isso e isso, diz quando ela vai ser atendida aqui, quando ela vai ir lá para cima. Então, ela já está bem tranquila. As vezes acontece da mãe vir nervosa, mas é muito raro. Geralmente ela esta mais calma porque ela fez o pré-natal. Eu acho que o pré-natal é o início, a partir de lá preparam ela para nove meses depois ela vir ganhar o bebê, daí ela sai tranquila. O pré-natal é importantíssimo. Com certeza, com certeza. É o alicerce, a mãe descobriu-se que está grávida, então ta ela vai fazer o pré-natal, isso eu vejo no PS, no nosso dia-a-dia, uma paciente que não fez pré-natal nossa é tão complicado, a gente tem que redobrar o trabalho, ela está sem orientação nenhuma, ela não sabe nem o que é Aleitamento Materno, a importância da livre demanda, ela não sabe o que é isso, ela não sabe a importância, sabe assim porque falaram, mas não tem dados completos. Esse pré-natal que o Estado dá é um pré-natal muito bom, tem cursinhos para adolescentes. Então, é nossa super humano, a mãezinha ela vai ter o neném preparada, preparada, preparada mesmo e o pré-natal é importante e muito, nossa como influência e é importante para todo mundo, tanto para mãezinha, principalmente para mãe pelo bebezinho e para a equipe que está tratando esta mãe, vai ser mais fácil, porque ela fez o pré-natal. O próprio pré-natal é uma troca de informações que para ela é importante. Todo tipo de atendimento, eu acho que influencia na humanização. Sujeitos: (P1, P2, E7, E1, E2, E8, AE1, E6, E3, AE2, F1, AE3)</p>
--	--

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de quatro seguranças, cinco oficiais administrativos, dois auxiliares de limpeza, dois psicólogos, seis enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem e um farmacêutico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida do profissional influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatólogos, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>A história de vida dos profissionais influencia o processo de Humanização da Assistência, porque é difícil separar vida pessoal do trabalho</b>	Com certeza, muito. Falando tudo que eu já voltei anteriormente com certeza. Influência. Eu acho que toda vida externa da gente influencia aonde a gente trabalha. Então, eu acho no dia em que você não está bem, que aconteceu algum problema em casa, você está com algum problema até a nível profissional, mas fora daqui, naquele dia o seu trabalho eu acho que fica influenciado, por mais que você fale que não, mas eu acho que acaba influenciando. Sujeitos: (O1, O5)	Com certeza, tudo que você, a sua vivência, certo? Você está sempre, tudo que você passa na sua parte médica, na sua parte de atendimento ou mesmo na parte de enfermagem, essas experiências na medida em que vai entrando no processo de humanização você vai encaixando situações que você passou dentro do processo que na época você não dava muito valor e, hoje você consegue trazer e consegue passar. Inclusive, experiência pessoal que você passou, é até importante quando o médico deixa de ser médico e passa a ser paciente e passa a ser marido de uma paciente, quando a sua esposa está dando a luz, aí você sente, você sente o outro lado e aí sim é importante essa experiência nesta hora que você sente a importância do processo de humanização. Nós somos o que construímos como história de vida. Alguém com experiência de dar e receber afeto certamente estará mais preparada para a experiência de empatia que traduz o processo de humanização do que aquele que nunca recebeu afeto. Este nem saberá do que você está falando.. Nossa história de vida, nossas experiências e nossas emoções estão sempre presentes em todas as nossas ações. A forma como trabalhamos, reagimos diante de dificuldades, aceitamos mudanças, fazemos escolhas, enfrentamos as dificuldades, estão diretamente ligados ao que somos, o que vivemos e o que sonhamos. Quando buscamos melhorar as relações usuário/profissional, profissional/profissional, chefias/profissionais, estamos trabalhando com relações entre pessoas. Desta forma, toda história de vida dos atores envolvidos nas ações de saúde influenciam, modificam e interferem no trabalho desenvolvido. No meu ponto de vista as pessoas estão preocupadas consigo mesmo, só elas tem problemas, ninguém tem problemas e costuma trazer os problemas para dentro da instituição e isso acaba afetando tanto no problema inter-relacionamentos entre colegas e entre pacientes, porque querendo ou não tem pessoas que não sabem distinguir os problemas delas e chega aqui e acabam descontando em todo mundo. Influência. Eu acho que não tem muito o que falar, é só você conviver diariamente com os profissionais. Até convidado a senhora a ficar uma semana aqui a paisana aqui no hospital que você vai ver o que eu estou falando. Sujeitos: (DG, DU, DA, DE)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois obstetras, um Diretor Geral, um Diretor de Serviços de Apoio ao usuário, um Diretor de Ambulatório e uma Diretora de Enfermagem.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida do profissional influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>A história de vida dos profissionais influencia no processo de Humanização da Assistência, porque é difícil separar vida pessoal do trabalho</b></p>	<p>Influência, sempre influência. Não adianta dizer que não. Realmente tem que ter um jogo de cintura, para estar entrando na porta e deixando a sua vida particular lá fora. Influencia sim, as vezes por mais que a gente tente, para separar o pessoal do profissional é um pouco difícil, mas a gente tentando bastante eu acredito que é possível, mas, alguns problemas influenciam muito na vida profissional das pessoas, e isso faz com que mesmo que você não queira acabe deixando a desejar no seu trabalho. Ah, influência! Isso varia de médicos, varia muito, porque tem médicos que fazem a sua profissão por amor, tem outros que já fazem até mesmo por interesse financeiro. Então tudo isso influência. Sujeitos: (S2, OA2, S4)</p>	<p>A história de vida da gente sempre vai influenciar, é uma carga. É uma bagagem que a gente tem para o resto da vida. Agora, lógico que cada um vai fazer uso disso conforme, também coisas suas internas. Sua própria possibilidade de recriar aquilo que se tem. Então eu não vou conseguir ajudar uma mulher, vou achar que todo mundo tem parto difícil. Não. Eu posso achar que eu tive o meu difícil, então porque eu tive o meu difícil eu vou tentar ajudar as outras. Então quer dizer, a história de vida, ela é uma bagagem que se tem, e cada um vai trabalhar isso, também de acordo com seus próprios conteúdos, e a gente pode transformar, nem que seja uma bagagem difícil, uma história de vida, dura e triste, vai torna o profissional, uma pessoa má, muito pelo contrário, vai depender dá forma como a pessoa lhe dá com as suas próprias dificuldades. Influência bastante. Eu acho que a história de vida de qualquer um influencia na sua função, seja ela qual for. Porque através da nossa experiência pessoal que a gente tem aí fora, a gente aprende e adapta ela aqui dentro. Acho que influencia, até porque precisa ver que tipo de educação, hábitos, uma série de questões, questões culturais, religiosas, tudo isso influencia no individuo se o individuo é bem resolvido, mas se ele é mal resolvido, isso vai influenciar. A história de vida, ah, ah influencia, até porque a história na história de vida está inerente a formação também dele. O que eu entendo por história de vida é a história desde o nascimento até aquele momento. Influência sim. É importante, se bem que a gente tem que tentar superar um pouco, mas influência sim. Tem profissional que não é muito humano. A gente tem que deixar de lado alguns pontos que são importantes para nós. Ajuda, mas ao mesmo tempo não pode levar, não pode haver uma mistura, mas a sua vida influência sim, não pode deixar isso influenciar tanto. Com certeza. Aqui nós trabalhamos com um pessoal que tem um nível bom. Influência a história de vida, eu tenho auxiliar de enfermagem que elas tem uma história de vida com certos problemas ou mesmo problemas de saúde na família, aquelas coisas todas. Então, o processo de humanização fica meio criticado. Acredito que sim. Quando você é criado com amor no mínimo devolverá amor. Pela lei física da ação e reação. Porém não podemos subestimar aqueles que não chegaram a receber amor e têm muito amor, profissionalismo e atenção a dar. Sujeitos: (P1, P2, E2, E8, E6, E3)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de dois seguranças, um oficial administrativo, dois psicólogos e quatro enfermeiras.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida do profissional influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>A história de vida dos profissionais não atrapalha o processo de Humanização da Assistência, mas sim a insuficiência de Recursos Humanos para a alta demanda</b>	<p>Atrapalha, tipo assim, por exemplo, o volume alto de paciente para poucos profissionais, acaba não dando para gente dar a atenção devida para cada paciente. Então as vezes atrapalha, por exemplo, se as vezes você tem num posto de saúde, até o ginecologista. O ginecologista gostaria de orientar bastante as mães, e não consegue orientar porque? Porque eles têm um volume gigantesco de paciente para atender. Ou aqui as vezes, aqui o volume é alto de nascimento, a gente gostaria de ter um pouquinho mais de tempo, para poder orientar mais, apesar que a gente tenta fazer aí bastante, mas assim, um pouquinho mais de tempo para gente orientar, dá um pouquinho mais de atenção, não só a equipe médica, a equipe de enfermagem que não tem. As vezes são poucas enfermeiras, poucas auxiliares de enfermagem, e elas tem que dar conta de oito bebês cada uma, Então não dá para ficar tão em cima, dando tanta atenção, apesar que nós temos aqui as meninas do banco de leite que nos dão uma força muito grande para colocar o neném no peito, para estimular, elas vêm aqui e corrigem todas, apegam, orientam as mães, então, o que nos ajuda muito aqui dentro, são as meninas do banco de leite. Porque a gente orienta, e coloca o neném no peito e ensina como é que apegam, mas são quarenta e pouco bebês, então eu tento colocar o máximo que eu posso. As meninas auxiliares também colocam o máximo que elas podem, mas o que falta para complementar, aquelas mães com mais dificuldade, nós temos aqui o banco de leite, coisa que eu não encontro em outros hospitais que eu trabalho, então às vezes sai um pouquinho de falha com outros hospitais, por causa disto. (N1)</p> <p>Sujeitos: (N1)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com o depoimento de um neonatologista.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<p><b>Não só a história de vida das pacientes, mas também da sua família, influenciam o processo de Humanização da Assistência</b></p>	<p>A paciente vem já com uma estrutura formada, não só a paciente, os próprios familiares, quantas vezes eu já cheguei aqui como profissional e a paciente está em início de trabalho de parto, o pai entra no quarto e fala: “Não. Tem que fazer cesárea de qualquer jeito.” Não é assim. Tem que mudar a idéia não só da paciente, mas dos familiares e da sociedade. É uma modificação que tem que ter na sociedade. Elas são muito mal tratadas, muito sofridas! As pacientes da periferia por exemplo tem muitos filhos. De repente ela já teve vários partos normais, mas ela conseguiu uma laqueadura. Ai ela quer fazer cesárea porque ela sabe que se ela fizer cesárea, a laqueadura vai ser feita no mesmo tempo e se ela tiver parto normal, depois. E também ela tem outros filhos em casa, não tem com quem deixar. Então ela já quer resolver logo o seu problema. Eu acho que cai naquele termo da educação. De toda a história dela, da vida dela, da compreensão dela, a gente não sabe até onde vai. Cai no fundo mesmo no processo educativo, não pejorativo, na educação simples mesmo, na base. Principalmente as condições socioeconômicas e culturais, se ela já amamentou outros filhos, se ela está interessada em amamentar. A primeira coisa ela tem que ser orientada sobre os benefícios da amamentação, a partir daí ela decide, se ela quer ou não amamentar. Muitas delas já tem histórias de insucesso na amamentação, que já botaram na cabeça que não querem amamentar porque a mama vai cair, ou porque é mais fácil dá leite de vaca, esse é o problema. A história da paciente é muito importante. Uma mulher que tem uma história de vida sofrida, condições sócio-econômicas muito baixa, ela já vai ter um apego diferente a esse bebê.</p> <p>Sujeitos: (O1, O3, O5, N1, N2)</p>	<p>Nem todas entendem que você está querendo ajudá-la. A paciente quando ela chega no hospital, dependendo do estado emocional dela, ela pode achar que ela foi muito bem tratada, como ela pode achar que ela não foi muito bem tratada. Então, tudo vai depender do estado emocional, tanto da paciente quanto do profissional que está atendendo. Ela chega aqui, não só a paciente o familiar já vem agredindo, achando que sabe tudo, às vezes não dá para a paciente ficar porque não tem vaga e a pessoa já vem com um conceito formado, “é público então vai ficar por isso, aquilo ou outro”. Se a formação dela também for aceitável como a do profissional, acho que tudo combina. Só que nem sempre é assim, nem todo mundo aceita as coisas. Eu acho que influência bastante, tanto da paciente como do seu familiar. Se ela é uma paciente que ela tem um problema muito sério em casa, vamos supor uma adolescente que tem uma gravidez que não foi planejada, que não foi desejada, se é uma família que acolheu essa gravidez, que tenha essa mãe como: “ai vai nascer um bebezinho” e tudo, é uma gestação tranquila, chega aqui tem o neném tranquila. Agora, se é uma que o pai põe para fora de casa, sofre violência da família, desprezo, preconceito, ela vai chegar aqui ela também vai se sentir meio coagida, vai se colocar na defensiva. Então, ao meu ponto de vista, por isso que o emocional influência bastante. Da mesma maneira que aquele que não sabe dar afeto tem maiores dificuldades de entender a necessidade do outro, aquele que nunca recebeu afeto não saberá reconhecer - de uma maneira geral - o tratamento mais humano proposto pela Humanização no Atendimento.</p> <p>Sujeitos: (DU, DA, DE)</p>

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de três residentes de obstetrícia, dois neonatologistas, um Diretor de Serviços de Apoio ao usuário e uma Diretora de Enfermagem.



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL A</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>Não só a história de vida das pacientes, mas também da sua família, influenciam o processo de Humanização da Assistência</b></p>	<p>Com certeza, com certeza. Porque se uma mãe vai ter alta, ela já, pelo próprio bem do filho dela, realmente acontece que ela lembra, dos filhos que estão em casa, sendo cuidado pelos vizinhos. Então, é o caso de estar entendendo ela, às vezes só o modo de você compreender ela, já a satisfaz, a gente acolhe de uma maneira, sem saber como está acolhendo, de estar entendendo O ser humano é muito de está querendo que você entenda o problema dele e sofra junto com ele. Se você falar que entende e ela está ali ciente de que você é sofredora como o que ela está passando, isso já faz com que fique acolhida, e está tudo bem. Com certeza, tem algumas que não querem ainda ser mãe. Como dizem, a gravidez foi por um acidente ou já não tem uma boa estrutura na família, quando acontece uma coisa assim acaba mexendo mais ainda. Com a pessoa e principalmente se o bebê estiver vindo numa hora assim que não é, digamos assim, uma hora inoportuna, então acaba influenciando bastante sim. Sujeitos: (S2, OA2)</p>	<p>Então, são pessoas sofridas lá fora, ela já tem uma vida sofrida, vários filhos, não tem um parceiro certo, as jovencinhas que estão se prejudicando. Então tem toda uma problemática, não é aquela mãe que tem empregada, que o marido vem buscar, o perfil das nossas mãezinhas é um perfil de periferia mesmo, a maioria, claro que tem um pessoal um pouquinho mais esclarecido, mas é exatamente isso, a gente tem que estar levando o trabalho de maior qualidade para estas pessoas. Elas precisam ser bem orientadas. Ai eu já acho que influência. É o que eu estou te dizendo, porque a gente é claro que não é porque uma tem família, tem marido, tem uma condição melhor, o marido trabalha, ela vai ter o mesmo atendimento, não vai ser assim uma coisa diferenciada, mas com certeza se chegar uma paciente aqui que está nitidamente claro que é a pessoa está precisada, está debilitada, tem paciente aqui que não tem nem chinelo para sair, ah eu vou procurar, eu vou dar um apoio, não tem passe para ir embora as vezes. Então a gente procura, só que é uma coisa que já foge do nosso alcance, a gente passa para o Serviço Social, agora lá eu não sei. eu nunca ouvi dizer que eles não dão a informação. A gente espera que o pessoal está fazendo um bom trabalho, mas a história de vida influencia sim. A gente fica meio que querendo fazer o melhor por aquela paciente, é uma coisa assim, quase que automática, PS, depois sobe para o pré-parto, CO, do CO para o pós-parto, é uma paciente assim que realmente é uma pessoa que tem algum problema eu acho que ela acaba sendo beneficiada mais do que as outras dependendo da história. Se a paciente tem um história de vida complicada, que realmente precisa ser melhor assistida, ela acaba tendo mais cuidado, mas isso aí não é porque ela é melhor que as outras ou pior que as outras, é o trabalho da gente estar prestando uma qualidade de serviço a quem realmente está precisando. Sujeitos: (AE3, AE2)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um segurança, um oficial administrativo e dois auxiliares de enfermagem.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL B</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Aquelas com maus antecedentes obstétricos e /ou de amamentação, dificultam o processo de Humanização da Assistência</b>	As vezes elas não aceitam muito a amamentação. Aqui elas já são psicologicamente preparadas para aceitar, mas algumas ainda ficam arredias, “ah não, eu vou amamentar por um mês. Eu vou amamentar por no mínimo 6 meses”. “Ah doutora eu vou dar só um, dois meses e vou voltar a trabalhar.” Não. Você vai ter que tirar o leite e guardar na geladeira não vai? Alguém não fica com o bebê? Alguém não vai ter que preparar o leite para o bebê, enquanto você está no trabalho? Então porque não preparar o leite materno ao invés de preparar o leite da vaca? Mas elas acham mais fácil comprar o leite de caixinha do que ordenhar o leite materno que é de graça e melhor para o neném. Ela tem uma vida mais sofrida, ela tem um parto, um bebê com seqüelas. Já não vai estar tranqüila no trabalho de parto normal. Sujeitos: (N1, N2)	Depende da população que você atende. Depende também da bagagem que esta paciente trás para você poder dar ou não este tipo de cuidado. Se ela não estiver preparada ou ela nem sabe o que está acontecendo, ela talvez não valorize aquilo que está sendo feito para ela. Eu acho que também cabe a instituição não só fornecer, mas também informar a essa paciente o que está acontecendo aqui. Sujeitos: (DC)

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos dois neonatologistas e um Diretor Clínico.

<b>IDÉIA CENTRAL C</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<b>Aquelas com maus antecedentes obstétricos e /ou de amamentação, dificultam o processo de Humanização da Assistência</b>	Da paciente, se ela já teve um parto, já teve um trauma qualquer de outro, de outro parto no caso, problema com o marido, com a família, as vezes não tem um médico no hospital. Vem sempre com aquele medo, insegurança, sem saber o que vai encontrar pela frente. Mas aí é a família. Vai de pessoas para pessoa. As vezes a falta de informação também, tem algumas que nem pré-natal fez. Fica difícil de responder. Influência. Porque ela, a pessoa passa por certas fases, assim, que eu acho que acaba, acarretando isso, e ela fica com a lembrança. Então tem muitas vezes que, é quase que um bloqueio	Se ela já teve um parto, já teve um trauma qualquer de outro, de outro parto no caso, problema com o marido, com a família, as vezes não tem um médico no hospital. Vem sempre com aquele medo, insegurança, sem saber o que vai encontrar pela frente. Mas aí é a família né? Vai de pessoas para pessoa, né? As vezes a falta de informação também, tem algumas que nem pré-natal fez. Na verdade é um caso, né, então fica difícil de responder. Influência. Porque ela, a pessoa passa por certas fases, assim, que eu acho que acaba, acarretando isso, e ela fica com a lembrança. Então tem muitas vezes que, é quase que um bloqueio. Sujeitos: (AE1, F1)	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um oficial administrativo, um segurança, um auxiliar de enfermagem e um farmacêutico.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL D</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>As parturiente muito jovens ou aquelas com idade mais avançada são as que mais dão trabalho no ciclo gravídico-puerperal</b>	Contribui muito, com certeza contribui muito. As pacientes principalmente nos extremos da vida, ou as adolescentes, geralmente são as pacientes que mais dão trabalho para o trabalho de parto e no pré-natal, eu não sei porque. Cheguei a fazer pré-natal na residência, mas no momento que eles estão ali no pré-parto, em trabalho de parto, são as que mais dão trabalho. Então, influencia sim, mas eu acho que tudo isso começa no pré-natal. Sujeitos: (RB)	
O discurso desta categoria foi construído com depoimento de um residente de obstetrícia.		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL E</b>	<b>Médicos (Obstetras, Residentes, Neonatologistas, Anestesiologistas, UTI Materno e Neonatal)</b>	<b>Direção do HMI e Ambulatório</b>
<b>Existe na sociedade a cultura da cesárea</b>	A paciente também vem já com uma estrutura formada, onde antigamente você tinha as pessoas que faziam os partos em casa, as parteiras. Algumas pacientes, onde você já tem a visita do médico em casa, que já tem essa idéia de cesárea, elas não querem o parto normal. Os próprios familiares, a paciente está em início de trabalho de parto, o pai entra no quarto e fala: "Não. Tem que fazer cesárea de qualquer jeito". Tem que mudar a idéia não só da paciente, mas também da sociedade. É uma modificação que tem que ter na sociedade. A cultura da cesárea está muito sedimentada entre as mulheres. Sim. Elas são muito mal tratadas, muito sofridas! Sujeitos: (O1, O3)	
O discurso desta categoria foi construído com depoimentos dois obstetras.		

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>Não só a história de vida das pacientes, mas também as questões sócio-econômica-culturais influenciam o processo de humanização da assistência</b></p>	<p>Também, também. Porque eu acho assim, tem que ver se é, por exemplo, à gestação foi planejada, ou seja, se ela realmente ela está feliz com esta, com a gestação, ou seja com a situação que ela está vivendo em si. Então influência muito, quer dizer se é uma gravidez desejada, tudo eu creio que vai correr bem. Se tudo for bem com a mãe, agora se é uma gravidez que a mãe não desejou, ou seja, aconteceu tal, acho que influência. Influencia sim, porque eu já peguei muita paciente aqui que é cabeça dura, que tem medo até de um dentista quanto mais de um médico obstétrico. Onde pessoas, maridos de pacientes que não deixava a mulher ter um exame de toque por puro preconceito. Tem muito marido de paciente que é muito ignorante, não sabe que o exame de toque faz parte de todo o procedimento que ela tem que ter e acha que vai fazer sacanagem com a mulher dele. Eu acho que até o que influencia muito são os parentes da paciente, do que a própria paciente. Tem acompanhantes de paciente que brigam muito com a gente, achando que a gente está fazendo tudo errado, que a gente está fazendo um processo lento, mas é de acordo com as possibilidades que o hospital nos fornece. Eu já peguei acompanhante assim. Sujeitos: (S4, OA4)</p>	<p>Eu acho que sim. Porque tem muitas pacientes, que a gente, as vezes elas se abrem com a gente, você vai conversar, você vê, mulher de bandido, mulher que foi estuprada, mulher que foi estuprada pelo marido, atrapalha um pouco. Não que atrapalhe ela sempre, ela traz com ela. Então as vezes, a gente, tem paciente que está mal, você vai conversar, aí ela começa a contar um pouco da vida dela, que é dureza, as vezes passa fome. Não tem nem onde morar direito. As vezes é um filho que os pais não aceitam a criança, filho que é rejeitado pelo marido, pelo namorado. A história de vida da mulher também influencia, porque se ela foi criada com hábitos culturais, então colocamos assim, uma indígena que vem para uma maternidade, não vai dar certo, não vai dar certo, porque? Porque ela tem hábitos culturais diferenciados. Inclusive tem algumas religiões, algumas culturas que quando a mulher vai dar a luz, a família inteirinha tem que ficar do lado. Isso eu assisti muito porque meu pai tinha uma clientela diferente e era assim a cultura, todos estavam na hora do parto, a família inteirinha, se tinha 50 componentes, tava todo mundo na maternidade esperando o nascimento daquela criança. E ali no quarto que a gente tinha que pedir para as pessoas saírem, para mulher não ficar estressada, mas a cultura é que obrigava a mulher a fazer aquilo. Sujeitos: (E7, E2)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um segurança, um oficial administrativo e duas enfermeiras.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

*Você acha que a história de vida da paciente influencia o processo de humanização da assistência?*

<b>IDÉIA CENTRAL F</b>	<b>Profissionais da Área Administrativa</b>	<b>Outros Profissionais da Área Assistencial</b>	<b>Líderes Setoriais de Acolhimento</b>
<p><b>Não só a história de vida das pacientes, mas também as questões sócio-econômica-culturais influenciam o processo de humanização da assistência</b></p>	<p>Também, também. Porque eu acho assim, tem que ver se é, por exemplo, à gestação foi planejada, ou seja, se ela realmente ela está feliz com esta, com a gestação, ou seja com a situação que ela está vivendo em si. Então influência muito, quer dizer se é uma gravidez desejada, tudo eu creio que vai correr bem. Se tudo for bem com a mãe, agora se é uma gravidez que a mãe não desejou, ou seja, aconteceu tal, acho que influencia. Influencia sim, porque eu já peguei muita paciente aqui que é cabeça dura, que tem medo até de um dentista quanto mais de um médico obstétrico. Onde pessoas, maridos de pacientes que não deixava a mulher ter um exame de toque por puro preconceito. Tem muito marido de paciente que é muito ignorante, não sabe que o exame de toque faz parte de todo o procedimento que ela tem que ter e acha que vai fazer sacanagem com a mulher dele. Eu acho que até o que influencia muito são os parentes da paciente, do que a própria paciente. Tem acompanhantes de paciente que brigam muito com a gente, achando que a gente está fazendo tudo errado, que a gente está fazendo um processo lento, mas é de acordo com as possibilidades que o hospital nos fornece. Eu já peguei acompanhante assim.</p> <p>Sujeitos: (S4, OA4)</p>	<p>Eu acho que sim. Porque tem muitas pacientes, que a gente, as vezes elas se abrem com a gente, você vai conversar, você vê, mulher de bandido, mulher que foi estuprada, mulher que foi estuprada pelo marido, atrapalha um pouco. Não que atrapalhe ela sempre, ela traz com ela. Então as vezes, a gente, tem paciente que está mal, você vai conversar, aí ela começa a contar um pouco da vida dela, que é dureza, as vezes passa fome. Não tem nem onde morar direito. As vezes é um filho que os pais não aceitam a criança, filho que é rejeitado pelo marido, pelo namorado. A história de vida da mulher também influencia, porque se ela foi criada com hábitos culturais, então colocamos assim, uma indígena que vem para uma maternidade, não vai dar certo, não vai dar certo, porque? Porque ela tem hábitos culturais diferenciados. Inclusive tem algumas religiões, algumas culturas que quando a mulher vai dar a luz, a família inteirinha tem que ficar do lado. Isso eu assisti muito porque meu pai tinha uma clientela diferente e era assim a cultura, todos estavam na hora do parto, a família inteirinha, se tinha 50 componentes, tava todo mundo na maternidade esperando o nascimento daquela criança. E ali no quarto que a gente tinha que pedir para as pessoas saírem, para mulher não ficar estressada, mas a cultura é que obrigava a mulher a fazer aquilo.</p> <p>Sujeitos: (E7, E2)</p>	

O discurso desta categoria foi construído com depoimentos de um segurança, um oficial administrativo e duas enfermeiras.