

# Parto humanizado: influências no segmento saúde<sup>1</sup>

## Humanized childbirth: influences on the health area

## Parto humanizado: influencias en el sector salud

*Goldete Prizskulnik\**  
*Anselmo Carrera Maia\*\**

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho foi descrever a evolução da obstetrícia no Brasil, descrever os conceitos de humanização no atendimento Médico do Brasil, descrever os conceitos do parto humanizado e discutir os custos envolvidos na assistência Obstétrica. O presente estudo foi descritivo, bibliográfico e transversal. Os levantamentos foram efetuados através de uma revisão bibliográfica que foi desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de publicações em livros e similares. Os resultados apontaram que existe no Brasil uma busca constante pelo atendimento humanizado nas organizações públicas e Privado. Além de mudanças físicas é necessária a quebra de alguns paradigmas dos gestores envolvidos na administração dos recursos hospitalares. Foi observado que pequenas mudanças na operação e acompanhamento das parturientes já ajudam no sentimento de segurança e bem estar durante o processo. Pequenas modificações são úteis para uma redução significativa na composição dos custos hospitalares e, também, como um diferencial de qualidade na assistência hospitalar para as operadoras de planos de saúde e serviços públicos responsáveis por este atendimento. Embora os médicos continuem a debater os méritos relativos das cesarianas, não foi identificado controvérsia em relação ao acréscimo de custo que este método impõem ao sistema saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto humanizado. Custos de cuidados de saúde. Humanização da assistência.

**ABSTRACT:** The aim of this work was to describe the evolution of obstetrics in Brazil, to describe the concepts of humanization in Brazilian Medical assistance, to describe the concepts of humanized childbirth, and to discuss costs in Obstetric assistance. The study is descriptive, bibliographical and transversal. Data were gathered through a bibliographical survey developed from existing material, mainly publications in books and similar documents. The results had pointed out that there is in Brazil a constant search for the humanized assistance in both public and private organizations. Besides physical changes, managers in hospital administration must break rules of hospital resources management. It was observed that small changes in dealing and assisting pregnant women are still helpful for their feeling secure and good during the process. Small modifications are useful for a significant reduction in the composition of hospital costs and also as a differential of quality in hospital assistance for health plans providers and public services responsible for assistance. Although doctors continue to debate the relative advantages of Cesareans, no controversy was identified regarding additional costs this method imposes to the health system.

**KEYWORDS:** Humanizing delivery. Health care costs. Humanization of assistance.

**RESUMEN:** Este trabajo intenta describir la evolución de la obstetricia en Brasil, describir los conceptos de humanización en ayuda médica brasileña, describir los conceptos de parto humanizado, y discutir costos en la ayuda obstétrica. El estudio es descriptivo, bibliográfico y transversal. Los datos fueron recopilados a través un examen bibliográfico desarrollado con material existente, principalmente publicaciones en libros y documentos similares. Los resultados han precisado que hay en Brasil una búsqueda constante de la ayuda humanizada en organizaciones públicas y privadas. Además de cambios físicos, los encargados de la administración de hospitales deben romper reglas de gerencia de recursos hospitalarios. Fue observado que pequeños cambios en el tratamiento y la ayuda a mujeres embarazadas son todavía provechosos para su sensación de seguridad y bien estar durante el proceso. Las pequeñas modificaciones son útiles para una reducción significativa en la composición de los costos del hospital y también como diferencial de calidad en la ayuda del hospital para los gestores de planes de salud y los servicios públicos responsables por la ayuda. Aunque los doctores continúen discutiendo las ventajas relativas de las cesarianas, no se identificó ninguna controversia respecto a los costos adicionales que este método impone al sistema de salud.

**PALABRAS LLAVE:** Parto humanizado. Costos de la atención en salud. Humanización de la atención.

\* Médica. MBA em Gestão de Planos de Saúde – ABRAMGE/SÃO CAMILO. Especialista em Administração em Saúde pela Associação Médica Brasileira. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Associação Médica Brasileira. Auditora e Autorizadora do Serviço Interno de Auditoria do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Docente convidada no curso de Especialização em Administração Hospitalar do Centro Universitário São Camilo e MBA em Gestão de Planos de Saúde – ABRAMGE/SÃO CAMILO. E-mail: goldete@mtc2.com.br

\*\* Bacharel em Contabilidade. Especialista em Controladoria pela Fundação Getúlio Vargas – FGV/IBEMEC, RJ. Especialista em Administração, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – COOPEAD. Mestre em Administração, área de concentração Gestão de Pequena e Média Empresa pelo Centro Universitário Municipal de Ensino Superior – IMES, São Caetano do Sul – SP. Membro do Grupo de Excelência em Saúde do Conselho Regional de Administração de São Paulo. E-mail: anselmo@haconsultoria.com.br  
1. O presente artigo tem como base a monografia Prizskulnik G. Parto Humanizado – opção na redução do custo hospitalar para operadoras de planos de saúde com hospital próprio. São Paulo, 2006.

## Introdução

Tem sido observado um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, pelo menos desde o final dos anos 80 do século XX, com a crítica do modelo hegemônico hospitalocêntrico de atenção ao parto e ao nascimento. Pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também, à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas<sup>1</sup>.

Esse atendimento humanizado pode ser visto em experiências institucionais, como nos casos de algumas maternidades públicas em vários estados do País, que contam com a ação decisiva de profissionais identificados com o ideário da humanização. Fazem parte desse universo, fundamentalmente, profissionais da área da saúde, como enfermeiras, obstetras, pediatras, psicólogos e outros. Nos Estados de

São Paulo, Espírito Santo e Santa Catarina já existem leis que regulamentam e garantem à parturiente nos hospitais públicos a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e no parto.

É importante lembrar que as contra-indicações do parto normal são a exceção. Portanto, o fato de a cesariana ter se tornado regra nos hospitais e maternidades – públicos e privados – do Brasil é uma grande distorção. Há, pelo menos, 30 anos, o País é campeão mundial em cesáreas. A taxa média nacional, de acordo com o Ministério da Saúde, é de 38,6%, bem distante dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup>. Assim, o Brasil ostenta a posição nada honrosa de líder mundial em frequência de cesáreas. Cada cesariana desnecessária significa à mulher um risco maior de complicações, como infecção ou hemorragia, em relação ao parto normal. A taxa de mortalidade materna também aumenta. Para a criança, existem riscos extras, em especial, por causa de problemas respiratórios, advindos da prematuridade, geralmente, associados com a retirada antecipada do concepto antes da maturidade pulmonar plena, sobretudo em cesáreas com “hora marcada” ou cesariana por motivo fútil. Além disso, o excesso de procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos de complicações representam o desperdício de milhões de reais por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). O papel fundamental da operação cesariana na obstetrícia moderna é a redução da morbidade e mortalidade perinatal e materna. Entretanto, esse procedimento cirúrgico tem indicações precisas que devem ser ponderadas antes da sua indicação.

O parto, ao contrário do que postula a versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim natural e biológico vinculado à vida da família. A mulher é hoje

refém de um modelo de assistência no qual é tratada como incapaz. A gestante deve ser estimulada a entender seu corpo, observar as contrações, controlar a respiração e até mesmo compreender a dor como parte integrante do nascimento do bebê. Além de tentar despertar esse tipo de consciência, o atendimento humanizado, como o próprio nome sugere, busca valorizar as relações entre as pessoas. O vínculo entre os pais e a criança começa diferente<sup>3</sup>.

Segundo REHUNA<sup>4</sup>, a mulher deve ser participante ativa das decisões, escolher a posição do parto, utilizar a água morna como mecanismo não farmacológico de alívio da dor, caminhar segundo a sua necessidade, contribuindo com a posição vertical para facilitar a dinâmica da rotação e da descida do bebê, diminuindo a distócia observada em trabalhos de parto conduzidos somente com a paciente deitada, ser massageada se desejar, fazer exercícios e ser assistida por alguém treinado para oferecer as orientações que se fizerem necessárias. A presença de acompanhantes não só é possível, como é incentivada. No pós-parto imediato, a paciente é orientada a colocar o recém-nascido no seio materno e, com isso, fortalecer os vínculos com a criança, criando condições que irão facilitar a amamentação natural.

Assim, algumas modificações dentro da estrutura hospitalar serão necessárias para a efetivação do parto humanizado; medidas simples, que priorizem fundamentalmente a privacidade da parturiente, a presença do acompanhante e o espaço para deambulação. Em um primeiro momento, parecerá que o investimento será gerador de despesas e custos à instituição hospitalar, porém, com a adoção das medidas humanizadoras de parto, a economia de material e, em especial, de medicamentos será substancial. Partindo desse ponto de vista, a adoção dos procedimen-

tos relativos ao parto humanizado pode oferecer às operadoras de planos de saúde, sobretudo as que contam com hospital próprio, uma ferramenta de gestão baseada na qualidade do atendimento e na satisfação da cliente; trará em seu escopo uma diminuição dos custos assistenciais relativos ao período de parto e puerpério. Como a demanda faz o mercado, as operadoras poderão oferecer a suas clientes, como diferencial de qualidade, a possibilidade de uma parturição em um ambiente hospitalar menos inóspito, mais acolhedor e mais humanizado.

No segmento hospitalar, com foco no cliente, a adoção da gestão moderna e atual constitui um grande desafio, é trabalhosa, leva tempo, requer paciência, treinamento e persistência, mas é viável, estimulante e altamente recompensadora.

A maior parte dos fundadores de estabelecimentos de saúde no Brasil tem sua origem em grupos de médicos que, em um determinado momento de suas vidas, optaram por ter seu próprio hospital. É difícil encontrar hospitais que tenham em sua composição societária investidores oriundos de outras áreas. O segmento repudia a idéia de lucro como meta principal da organização. A composição societária desses estabelecimentos é familiar e pouco profissionalizada. Nesse cenário, emerge a necessidade de uma gestão mais eficiente e de resultados. O profissional que assume a gestão como primeiro executivo de um hospital precisa ser preparado para a atividade e desenvolver diversas competências, pois só assim poderá desenvolver todos os aspectos desta visão mais ampliada em relação ao atendimento Humanizado. A visão sistêmica precisa ser praticada, e o perfil deve ser adequado a essa realidade. Os crescentes problemas nos hospitais brasileiros são, em sua maioria, decorrentes do modelo

praticado de gestão administrativa. O Hospital, quando tratado como empresa, exige que seu gestor atue de forma coerente, divorciando-se por completo de qualquer improvisação e amadorismo; só assim assumirá uma postura profissional integral<sup>5</sup>.

Não é necessário que o administrador hospitalar seja graduado em medicina, apesar de reconhecer que profissionais técnicos relacionados com atividades-fim da empresa são mais indicados para dirigi-los. Mediante uma análise apressada, seria possível concluir que o médico é o melhor profissional para dirigir uma unidade hospitalar. Mas, admitindo-se esse raciocínio, a indústria deveria ser dirigida pelo engenheiro industrial e a construtora, por um engenheiro civil, sendo que nem sempre essa lógica é verdadeira e não se pode aceitar plenamente a premissa como uma assertiva de fato.

### A Evolução da Obstetrícia no Brasil

Na tradição brasileira, os partos e seus cuidados eram, e ainda são, especialmente nos rincões mais afastados dos grandes centros desse País, realizados por mulheres conhecidas popularmente como *aparedeiras*, *doulas*, *comadres*, ou mesmo, *parteiras leigas*. A Medicina, como instituição, incorporou essa prática como uma de suas atribuições, intitulado-a *Arte Obstétrica* e denominou de *parteiro* ou *médico-parteiro* os profissionais por ela formados. Historicamente, o processo ocorreu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII), estendendo-se ao Brasil, ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808<sup>6</sup>.

Com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, verificou-se a implantação do ensino oficial de Medicina. A primeira escola foi

implantada na Bahia, e a segunda, no Rio de Janeiro, autorizada por D. João VI. Assim, a formação de profissionais da Medicina funcionou precariamente nos primeiros anos do século XIX. Só em 1832 que teve início o ensino oficial de Obstetrícia para mulheres, nas duas primeiras faculdades médicas. Na do Rio de Janeiro, diplomou-se, em 1834, a mais célebre das parteiras, francesa de nascimento, Maria Josefina Matilde Durocher (1808-93), que era conhecida como *Madame Durocher*. Foi a primeira mulher a ser recebida, como membro titular, na Academia Imperial de Medicina, em 1871<sup>6</sup>.

A introdução da medicina acadêmica, neste espaço dominado pelas parteiras, inaugurou não só a experimentação clínica articulada com o discurso anatomopatológico, como produziu um discurso baseado na penetração da figura masculina no saber e práticas obstétricas. Há todo um esforço por parte dos médicos em construir uma imagem de confiança na população. Mas isso ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra. O estímulo para que os partos fossem realizados em hospitais veio, sobretudo, da necessidade de fornecer treinamento aos estudantes de medicina, e somente as mulheres mais pobres utilizavam esses serviços<sup>6</sup>.

No início do século XX, o professor Fernando de Magalhães, pai da Obstetrícia Brasileira, e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século, utilizaram o termo “humanizar” na assistência ao parto. Ambos defendiam que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos. Em contrapartida, no modelo de assistência médica tutelado pela Igreja Católica, o sofrimento do parto faz parte dos desígnios do criador e também aparece como uma penalidade por conta do “pecado original”, impedindo com essa

visão qualquer tentativa de alívio das dores do parto. A Obstetrícia Médica passa a reivindicar seu papel de protetora das mulheres, aliviando suas dores e sofrimentos durante o “penoso” trabalho de parto. Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica masculina reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto<sup>7</sup>.

Para Diniz<sup>7</sup>, o modelo hospitalar de assistência ao parto expandiu-se como padrão da assistência obstétrica nas áreas urbanas, sobretudo nos países industrializados. Na metade do século XX, o processo de hospitalização e medicalização do parto estava instalado em muitos países, inclusive no Brasil. O modelo hegemônico hospitalocêntrico e a visão medicalizada do parto perduraram em muitos locais e hospitais até os dias de hoje. O desenvolvimento de técnicas de anestesia e tratamentos com antibióticos para prevenir infecções nos últimos cinquenta anos também contribuiu para reduzir muito a mortalidade materna e tornar a cesárea a cirurgia mais popular do mundo.

No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático acelerou-se no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbidade e mortalidade perinatal e materna no continente. Os problemas detectados são os mesmos de hoje, especialmente os relacionados ao aumento dos custos assistenciais sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência. No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgiram profissionais dissidentes, inspirados em práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick, no Paraná<sup>7</sup>.

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna). A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente, as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. A partir de várias iniciativas do Estado e de organizações não-governamentais, o conceito de parturição mais humanizada, menos medicalizada e hospitalocêntrica passa a fazer parte do ideário de vários segmentos da população feminina brasileira. Em 2002, atento a essas demandas, o Ministério da Saúde publicou o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dando início aos programas de humanização da assistência na rede pública de saúde. As iniciativas governamentais incitam os hospitais da rede supletiva a adotarem medidas humanizadoras para satisfação e fidelização da clientela feminina<sup>4</sup>.

As escolas de enfermagem já iniciaram uma importante mudança de adequação aos novos paradigmas, em especial, na recuperação da figura da enfermeira obstetra. Em 2005, a Universidade de São Paulo (USP) reabriu, depois de 33 anos, o curso superior para a formação de parteiras, atividade exercida informalmente hoje por entre 40 mil e 60 mil mulheres no Norte e Nordeste do País. Fica patente a preocupação com a alta incidência de partos cirúrgicos e a visão que a instrumentalização de obstetras qualificadas pode e deverá ajudar a reduzir os números alarmantes de procedimentos cirúrgicos desnecessários. Essa medida nos remete aos primórdios do século XX, quando o trabalho de parto era assistido por mulheres, para mulheres. A parturição era atividade praticamente

exclusiva do universo feminino, dele fazia parte e nele era exercida. Com certeza, essa retomada histórica nos mostra que o parto, como evento familiar, pode ser concebido de uma forma mais natural e humana<sup>7</sup>.

### Conceitos de Humanização no Atendimento Médico do Brasil

Ao pensar em agregar qualidade ao atendimento público à saúde, visando a obter uma assistência com um foco mais direcionado ao paciente, o Ministério da Saúde publicou em 2000, o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que nasceu de uma iniciativa estratégica. A visão ministerial considera que “um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento”. Quando os clientes são considerados “simples objetos de intervenção técnica”, a visão humanística desaparece. Só é possível humanizar o atendimento hospitalar quando o paciente é ouvido e informado de todas as suas dúvidas, quando participa com os profissionais de saúde das decisões a respeito dos procedimentos invasivos ou não a que deverá ser submetido. O PNHAH oferece uma orientação global aos projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar. Sua principal função é estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre os vários setores de atendimento da instituição de saúde. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação continuada, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade<sup>8</sup>.

Humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma

que tanto um quanto o outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais baseadas na dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Nessa mudança de paradigmas a que assistimos no tocante ao atendimento hospitalar humanizado não se pode esquecer que o paciente-cidadão está amparado por leis que protegem os direitos individuais, tais como: o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto da Criança e do Adolescente e, mais recentemente, o Estatuto do Idoso<sup>9</sup>.

A maior expectativa do PNHAH é criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve a participação de todos os atores do sistema e não é fácil de ser fotografada, medida ou contada. Humanizar é verbo pessoal e intransferível. O Ministério da Saúde tem procurado desenvolver uma série de programas para colocar em prática os princípios básicos de saúde propostos pelo SUS. A construção de uma Rede Nacional de Humanização é, portanto, um instrumento fundamental para a consolidação do trabalho de humanização. Para estimular os serviços que iniciaram seus processos de humanização do parto e incorporação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi criado o Prêmio Galba de Araújo. Instituído pelo Ministério da Saúde em 1999, o prêmio tem ajudado a divulgar algumas criativas experiências brasileiras de mudança institucional, como as que foram empreendidas pela Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte) e Cisam (Recife), entre muitos outros<sup>8</sup>.

Evoluções importantes ocorreram na visão de atendimento aos clientes nos hospitais particulares classe “A”, de São Paulo. Há hospitais que criaram uma estrutura denominada *client care*. Além de um serviço de atendimento telefônico, os pacientes crônicos contam com apoio de uma enfermeira que dá acompanhamento contínuo, agiliza a realização dos exames e supervisiona assistência domiciliar – chamado *home care*. Outros hospitais desse nível dispõem de ampla equipe em seu *telemarketing*. Depois de 15 dias da alta hospitalar, um funcionário liga para o paciente para saber o que ele achou do atendimento recebido. Tais hospitais disponibilizam para seus clientes: manobristas na porta, lobby de Hotel cinco estrelas, cardápio assinado por um *chef de cuisine*, concertos para pacientes, *telemarketing* ativo para pesquisa de satisfação quanto ao atendimento após alta hospitalar, camareiras, mensageiros, porteiros etc. Serviços estes somente disponíveis anteriormente em grandes hotéis<sup>10</sup>. Há hospitais (classe “A”) que dispõem de serviço de gastronomia internacional.

As acomodações apresentam mudanças conceituais com relação aos padrões dos móveis, de cores e iluminação. Estudos sobre a importância e influência das cores na recuperação dos pacientes foram desenvolvidos por arquitetos especializados, e nestes hospitais classe “A” podemos ver a aplicação destes modernos conceitos. Hospitais (nível “a”) têm quebrado muitos paradigmas com relação a vários itens em suas unidades de internação na Maternidade, Berçário, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico. Os Hospitais têm procurado atender com qualidade todos os tipos clientes; paciente, médicos, compradores de serviços (Seguradora, Operadoras de plano) e os acompanhantes, que são quem mais usufruem de todo

o conforto que é disponibilizado para o cliente<sup>10</sup>.

## Parto Humanizado

O conceito de Parto Humanizado ainda não está de todo o modo incorporado dentro da “práxis” obstétrica brasileira. O conceito de humanização do parto esbarra sempre no conceito de humanização da própria assistência hospitalar. Entretanto, o que diferencia um parto humanizado de um parto não humanizado ou medicalizado? O cuidado humanizado começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares; é capaz de estabelecer uma relação de respeito ao ser humano e aos seus direitos essenciais. Para a sistematização da humanização do parto, algumas regras precisam ser seguidas e incorporadas pelas equipes multiprofissionais<sup>11</sup>.

Segundo o Manual de Humanização<sup>8</sup>, as ações promovem ou não a humanização; é preciso construir uma nova filosofia organizacional, uma cultura de humanização. A consolidação desta proposta demandará longo tempo. A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. É bom lembrar: humanizar é verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante. Para a realização do parto humanizado, observa-se que as medidas necessárias não implicam grandes transformações dentro da estrutura hospitalar. A mudança de paradigmas na assistência obstétrica é o obstáculo mais árduo a ser vencido. Estes são alguns cuidados que devem ser dedicados a parturiente:

*Na admissão:* respeitar a privacidade da mulher; respeitar a escolha do acompanhante. Na falta de acompanhante, oferecer a possibilidade de acompanhamento por doulas; *durante o trabalho de parto:* oferecer líquidos via oral para prevenção de episódios de hipoglicemia; oferecer suporte emocional empático; prestar informações sempre que necessário e sempre que a paciente e/ou acompanhantes e familiares solicitarem; respeitar o direito da mulher à realização ou não da episiotomia; cortar o cordão umbilical somente após a parada dos batimentos, ou seja, da pulsação do cordão; *posição durante o trabalho de parto:* encorajar a posição supina; proporcionar liberdade de deambulação e movimentação; *controle da dor:* alívio por meios não-farmacológicos e/ou invasivos; utilizar massagens, técnicas de relaxamento, banhos de imersão etc.; *monitoramento durante o trabalho de parto:* monitorar o bem-estar físico e emocional da parturiente; monitorar o feto por meio de ausculta intermitente; *após a dequitação:* exame rotineiro da placenta pela inspeção acurada; uso de ocitócitos no terceiro estágio do parto se houver risco de hemorragia; prevenção da hipotermia do RN; amamentação na primeira hora, garantindo bem-estar fetal e liberação endógena de ocitocina.

Resumindo, os dez passos para a realização do parto humanizado são os seguintes:

Presença do companheiro ou alguém da família para acompanhar o parto, dando segurança e apoio; recebimento das orientações, passo a passo, sobre o parto e os procedimentos que serão adotados com a mulher e com o RN; parturiente bem informada e esclarecida ajuda mais; recebimento de líquidos, evitando hipoglicemias, pois o trabalho de parto pode se prolongar; liber-

dade de movimentos durante o trabalho de parto. A mulher pode caminhar sem restrições; escolha da posição mais confortável para ultimateção do parto; relaxamento para aliviar a dor. Massagens terapêuticas, banho morno ou qualquer outra forma de relaxamento conveniente à parturiente; evitar toques vaginais desnecessários, porém monitorar contrações e auscultar os batimentos cardíacos fetais intermitentemente; contato imediato mãe-bebê logo após o nascimento. Estabelecer vínculo; possibilidade de alojamento conjunto; finalmente, respeito, muito respeito. A mulher deve ser chamada pelo nome, ter privacidade e ter suas necessidades emocionais atendidas.

### Os Custos envolvidos na Assistência Obstétrica

Sabe-se que abuso de cesárea, além das possíveis repercussões sobre a saúde das mulheres, tem um enorme impacto adicional sobre as contas do setor saúde, resultante das complicações infecciosas e anestésicas ou da simples ocupação por mais dias de internação dos já reduzidos leitos obstétricos da rede pública de saúde. Atualmente, quatro de cada dez crianças nascem por meio de partos cirúrgicos, na maioria das vezes, agendados pelas mães e obstetras. É uma proporção duas vezes e meia maior que o índice de 15% aceito pela Organização Mundial da Saúde<sup>12</sup>.

Como as complicações decorrentes das cesarianas são relativamente raras, os médicos subestimam a probabilidade desse acontecimento. Mas, do ponto de vista populacional, as consequências desses eventos são graves e devem ser levadas em consideração. No Brasil, a proporção de partos

cirúrgicos dobrou durante a década de setenta do século vinte e não abaixou mais. Hoje, as cesarianas correspondem a 82% dos partos pagos por convênios médicos, que atendem aproximadamente a 14 milhões de brasileiras com idade entre 10 e 49 anos, e a 30% dos partos feitos pelo Sistema Único de Saúde, única forma de acesso aos serviços de saúde para 58 milhões de mulheres em idade reprodutiva<sup>12</sup>.

Esse crescimento não se deu apenas pela tentativa de proteger a parturiente e o feto. Se as cesarianas fossem realizadas apenas com indicação médica, era de se esperar que seus índices fossem mais elevados entre as mulheres mais pobres, sabidamente portadoras de mais complicações durante a gravidez e o parto do que as mais abastadas e portadoras de planos de saúde. Mas não é o que se observa no País, onde essas cirurgias são mais comuns nas classes médias e altas. É uma realidade difícil de ser modificada. Segundo os próprios médicos, essa realidade preocupa porque boa parte dessas cirurgias é desnecessária e nem sempre representam a forma mais adequada e segura de dar à luz uma criança, como muitas mulheres creem. Nesses casos, com um pouco de paciência das mães e habilidade dos obstetras, a natureza cumpriria seu papel e esses bebês nasceriam saudáveis de parto normal.

O nascimento de crianças prematuras e com baixo peso aumentou mais nas faixas da população com melhor renda e de melhor qualificação profissional dos pais. Para explicar esse paradoxo de ter piores indicadores de saúde entre as famílias mais ricas, pode-se inferir que, provavelmente, foi em razão de práticas iatrogênicas associadas à cesárea eletiva. Por outro lado, há o uso abusivo, intensivo e desnecessário de procedimentos, como: a indução de parto, os fórceps de alívio, a manobra de Kristeller, a

episiotomia e a própria cesárea, que levam a um maior consumo de material, mais complicações, mais custos, mais dias de internação e de incapacidade às puérperas. Esse é o polo do uso abusivo dos recursos de assistência. A principal distorção da obstetrícia moderna é oferecer tecnologia inadequada, cara, potencialmente perigosa e dolorosa para os partos normais que delas não se beneficiam, o que muitas vezes resulta em não oferecer tecnologia adequada para os partos anormais para os quais essa tecnologia poderia ser útil<sup>13</sup>.

Já no setor privado, o valor dos partos particulares varia muito, embora os planos de saúde paguem honorários quase iguais para partos cirúrgicos e normais. Os obstetras poupam tempo ao optar pela cirurgia. Não dá para culpar apenas os médicos que têm de pagar os gastos para manter seu consultório. Assim, uma alternativa seria aumentar o valor pago pelo parto natural, que nunca tem hora marcada para ocorrer. Quem sabe, os obstetras animar-se-iam a abrir um espaço na agenda do consultório para pacientemente acompanhar o trabalho de parto que pode durar mais de 24 horas. Em uma cesárea pré-agendada, o período de atendimento é reduzido e tudo pode ser resolvido em no máximo duas ou três horas. Entretanto, a remuneração diferenciada não é tudo. Os próprios médicos sentem-se com mais controle da situação quando realizam a cesárea. Afinal, dificilmente se processa um médico por ele ter realizado uma cesárea sem a real necessidade. Essa postura médica é o que se chama de obstetrícia defensiva, uma tendência mundial, sobretudo se se levar em conta o aumento dos índices de representações contra médicos nos conselhos regionais e processos por má prática contra obstetras, tanto na esfera cível como na criminal<sup>12</sup>.

As alternativas citadas para redução dos índices de cesáreas na rede pública, tais como a disseminação do conceito de “Parto Humanizado”, deverão ajudar na diminuição dos custos hospitalares. Espera-se que os efeitos dessas medidas não se restrinjam ao setor público, em que o número absoluto de partos cirúrgicos (618 mil por ano) é bem maior que no privado. Mas certamente outras ações serão necessárias para reduzir os índices de partos cirúrgicos particulares ou pagos pelos planos de saúde – menores em valor absoluto (246 mil cesáreas por ano) mas proporcionalmente mais elevados. Está sendo avaliada a estratégia de tornar disponível no *site* uma pontuação de cada operadora de plano de saúde, determinada por uma série de indicadores, entre eles o índice de cesarianas. Por essa razão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o funcionamento dos planos e seguros privados de saúde, uniu esforços aos do Ministério. Em 2005, a ANS fez o primeiro diagnóstico das taxas de cesariana no setor e, atualmente, estuda uma forma de reduzir o índice de cesarianas desnecessárias dos inquietantes 80%<sup>12</sup>.

### Reflexões para as Operadoras de Planos de Saúde – OPS

Esta pesquisa procurou elucidar a importância da implantação do Parto Humanizado pelas operadoras de planos de saúde com hospital próprio, visando à redução do custo hospitalar. A experiência observada na rede pública de saúde por meio da implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar mostrou-se importante para difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização.

Os conceitos de Parto Humanizado são praticados em muitas maternidades públicas brasileiras com excelentes resultados, tanto no aspecto de melhoria da qualidade assistencial como na redução do custo assistencial. Hoje, sabe-se que algumas modificações dentro da estrutura hospitalar serão necessárias para a efetivação do parto humanizado. Em um primeiro momento, parecerá que o investimento será gerador de despesas e custos à instituição, porém, com a adoção das medidas humanizadoras de parto, a economia em medicações analgésicas e nos gastos relativos aos chamados atos anestésicos (honorários médicos, materiais e medicamentos específicos) e a economia em materiais de consumo serão substanciais.

O nível de exigência dos pacientes e acompanhantes mudou de patamar, e a evolução dos conceitos de acolhimento, conforto e hotelaria também. A satisfação e a fidelização do cliente são metas a serem alcançadas. A demanda pelo Parto Humanizado está crescendo na classe média, que é quem utiliza os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde. A implantação do Parto Humanizado, além da redução do custo hospitalar, também, poderá ser encarada como um diferencial de qualidade na assistência hospitalar às operadoras de planos de saúde com hospital próprio.

Entende-se que a adoção das medidas de humanização dentro da estrutura hospitalar e sobretudo a adoção do parto humanizado trarão às operadoras de planos de saúde com hospital próprio possibilidades de ganhos tangíveis e intangíveis na qualidade da assistência, possibilidade de diferenciação no escopo da assistência obstétrica convencional e, em especial, uma redução significativa na composição dos custos hospitalares.

## Conclusão

Constatou-se que há no mundo ocidental e no Brasil um movimento em busca da qualidade e melhoria do atendimento à saúde, sobretudo no âmbito da assistência hospitalar, visando não só ao bem-estar dos pacientes, mas também a uma diminuição do custo assistencial por meio de medidas aparentemente simples. As medidas a serem implementadas, sobretudo no âmbito hospitalar, demandam, além de mudanças físicas no espaço hospitalar, uma alteração significativa nos paradigmas dos gestores envolvidos na administração dos recursos hospitalares. As alterações propostas nas salas de pré-parto, a presença do acompanhante e flexibilidade na deambulação são medidas que não requerem um grande investimento na estrutura hospitalar e, sobretudo, não solicitam grandes mudanças na rotina de atendimento.

Verificou-se que as medidas adotadas influenciam no bem-estar das parturientes, fazendo com que se sintam mais seguras e amparadas. Conforme essas parturientes são "ouvidas" em suas angústias e temores, o trabalho de parto flui de forma mais natural e, portanto, mais fisiológica. A possibilidade de deambulação entre e durante as contrações facilita a descida do polo cefálico, isto é, da cabeça fetal. O andar minimiza a sensação dolorosa proporcionada pela contração, levando a uma diminuição da necessidade de administração de analgésicos no trabalho de parto. No chamado período expulsivo do parto, a presença do acompanhante proporciona às parturientes uma sensação de amparo fundamental nessa fase.

Após o desprendimento do polo cefálico e ultimação do parto, o recém-nascido é colocado no abdômen materno, e o cordão umbi-

lical é, geralmente, cortado pelo pai acompanhante. Esse momento tão familiar é de extrema valia, quando se pensa que, por meio dessas medidas, promove-se uma integração entre casal e recém-nato. O recém-nascido (RN), quando colocado imediatamente após o nascimento no seio materno, começando a sugar, ajuda na liberação de um hormônio chamado ocitocina, que é fundamental para a contração uterina pós-parto, facilitando a fase de dequitação da placenta com diminuição do sangramento e minimizando a necessidade de medicações uterotônicas<sup>14</sup>.

Com isso, o pós-parto é mais tranquilo, facilitando a evolução natural do chamado quarto período, quando se dá a contração uterina efetiva e a diminuição do sangramento vaginal.

Quando existe uma melhora na qualidade técnica, como na qualidade de interação entre pacientes e provedores de assistência (médicos e enfermeiros), passa-se por reconhecer o papel da dor iatrogênica (provocada ou complicada pela assistência). O que se questiona, no entanto, é uma abordagem da assistência obstétrica que valoriza uma atuação intervencionista em um processo que é antes de tudo fisiológico.

No conjunto da internação para o parto, a observância das ações humanizadoras permite inferir que, quando a parturiente é estimulada adequadamente a interagir com a equipe multiprofissional, é amparada na dor e nas preocupações; o desenrolar do parto é mais fisiológico, portanto, menos medicalizado. A economia em medicações analgésicas e os gastos relativos aos chamados atos anestésicos (honorários médicos, materiais e medicamentos específicos) são patentes.

Cabe aos hospitais com maternidade a redistribuição dos espaços e a reorganização dos tempos, de

modo a desrespeitar a fisiologia obstétrica o mínimo possível, rompendo com a concepção de que a melhor assistência é a que consome mais insumos. Isso implica, também, evitar a admissão precoce, uma vez que o tempo de duração do parto começa a contar na prática, quando a mulher é internada. Admissões precoces oneram as contas hospitalares ligadas à assistência obstétrica, porque aumentam o grau de ansiedade materna gerado com base na falsa demora no trabalho de parto e nascimento. A falta de uma relação médico-paciente, ou de enfermeira-paciente, pode proporcionar uma angústia tamanha na mãe, de tal sorte que será quase impossível conduzir um trabalho de parto fisiológico.

Deve-se lembrar, também, que o parto normal não necessita de ambiente cirúrgico, nem de seu aparato, e a exigência do uso de roupas especiais às parturientes e acompanhantes também contribui para aumento da despesa assistencial, agregando, nesse caso, o custo indireto relativo à lavanderia, gastos de água e luz, esterilização, reposição de vestimentas e despesas com *staff* operacional.

Embora os médicos continuem a debater os méritos relativos das cesarianas, não há controvérsia sobre o custo adicional que elas impõem ao sistema de saúde. Vários estudos mostram que o parto cesariano custa, em geral, de duas a três vezes o preço do parto normal.

É preciso ressaltar, também, que o parto, sendo um evento cultural, as próprias mulheres internalizam o modelo médico e muitas demandam o uso de intervenções, compreendido como a garantia de um parto seguro e sem dor. Nesses casos, a presença da equipe multiprofissional é fundamental para aderência aos processos de humanização.

Não se pode esquecer que, para as instituições hospitalares, o fo-



co no atendimento, a satisfação e a fidelização dos clientes são atos contínuos dos processos de qualidade. Qualidade e humanização caminham juntas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), numa ação de regulação e visando à promoção à saúde materno-infantil, poderia oferecer algum tipo de vantagem, quer financeira ou operacional às operadoras de planos de saúde que administram seus próprios hospitais, quando da implantação das

políticas de humanização da assistência hospitalar. A implementação do Parto Humanizado e a redução das taxas de cesáreas seriam indicadores preciosos de desempenho.

A implantação do Parto Humanizado por OPS com hospital próprio está facilitada na medida em que essas instituições trabalham com corpo clínico fechado, ou seja, os médicos que atuam como obstetras na maternidade são geralmente, funcionários da operadora e da instituição hospitalar. As políticas

de atendimento e humanização são convergentes. A adoção de protocolos próprios, baseados nas evidências médicas, e a aceitação das medidas humanizadoras serão mais facilmente aceitas nessas maternidades. Quando lidamos com corpo clínico aberto, o profissional médico traz consigo “suas” condutas e prescrições, dificultando a padronização das normas e procedimentos, o que, com certeza, irá impactar no custo assistencial, elevando, com isso, as despesas hospitalares.

---

## REFERÊNCIAS

1. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev Estud Fem. [online] 2002 Jul/Dez;10(2):483-92. [citado 14 Out 2005]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso)
  2. Parto Humanizado é defendido por entidades civis. Folha de São Paulo 2005 Mar 3; Caderno Folha Especial. [citado 6 Out 2005].
  3. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
  4. Rehuna - Rede pela Humanização do Nascimento. Carta de Campinas. 1993.
  5. Maia AC. Administradores de hospitais do Município de São Paulo: formação, competências e conhecimentos [dissertação]. São Caetano do Sul: Centro Universitário Municipal de São Caetano do Sul; 2003. 163p. Programa de Mestrado em Administração.
  6. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. [online]. Cad Saúde Pública 1991 Abr/Jun; 7(2):135-49. [citado 15 Out 2005]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0102-311X
  7. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10(3). [citado 27 Ago 2006]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso)
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de humanização. Brasília: 2000.
  9. Dias MAA. Gestão do serviço de hotelaria hospitalar. In: Pereira LL, Galvão CR, Chanes M, organizadores. Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2005.
  10. Maia AC, Gil AC. Miopia em marketing no segmento hospitalar do Brasil. O Mundo Saúde. 2002 Abr/Jun;26(2):244-54.
  11. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê humanização do parto. Rede Feminista de Saúde; 2002.
  12. Zorzetto R. Escolha errada. Rev Pesq FAPESP. 2006 Jul;124:38-44.
  13. Sabatino H, Dunn P, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas: Unicamp; 1992.
  14. Paciornick M. Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras. São Paulo: Brasiliense; 1984.
- 

*Recebido em 2 de outubro de 2008*  
*Versão atualizada em 5 de novembro de 2008*  
*Aprovado em 17 de dezembro de 2008*