

Communication models in the process of humanization of childbirth and labor in a Mato Grosso maternity hospital, Brazil

Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil

ABSTRACT | Introduction:

Communication plays an important role in the process of humanization in hospital institutions. The changes in obstetrics management and health care modes in maternity hospitals are due to an improvement in the dialogue and qualification related to interpersonal communication among managers, professionals and women who have recently given birth. Objectives: To analyze the communication of the interpersonal relations among managers, professionals and parturient individuals in a Maternity Ward of Mato Grosso, Brazil.

Methods: Case study with phenomenological qualitative approach, semi-structured interviews, field observation and document analysis. **Results:**

Communication model between managers and professionals vertically and between professionals and women giving birth with two models, one communicative and hierarchical and the other with empathic and humanized support. Conclusion:

Management, while maintaining empathic communication with professionals, does not make room for dialogue and shared management. The incorporation of interpersonal communication in collective health and in the permanent education of the hospital units may turn out to be a way to implement changes in the communication flaws existing between the professionals and the parturient individuals. Regarding the relationship between professionals and women, two communication models stand out: the absence of listening practice of the former, creating a hierarchy that gives voice to professionals and ignores the women giving birth, their fears and pains, with unforeseeable iatrogenic consequences. As for the latter is concerned, there is a welcoming, humanized interpersonal relationship manifested at different moments of labor and delivery.

Keywords | *Communication in health care; Humanization of health care; Humanized birth.*

RESUMO | Introdução: A comunicação tem um papel importante no processo de humanização nas instituições hospitalares. As mudanças nos modos de gestão e atenção obstétricas nas maternidades acontecem provenientes de um aprimoramento dos mecanismos de diálogo e qualificação nas comunicações interpessoais entre gestores, profissionais e puérperas. **Objetivos:** Analisar a comunicação inserida nas relações interpessoais entre gestores, profissionais e parturientes em uma Maternidade de Mato Grosso. **Métodos:** Estudo de caso, com abordagem qualitativa fenomenológica, entrevistas semiestruturadas, observação de campo e análise de documentos. **Resultados:** Modelo de comunicação entre gestão e profissionais de forma vertical e entre profissionais e parturientes com dois modelos, uma comunicação hierárquica e outra com apoio empático e humanizado. **Conclusão:** A gestão, apesar de manter uma comunicação empática com os profissionais, não incorpora espaços de diálogo e gestão compartilhada. A incorporação da temática comunicação interpessoal na saúde coletiva e na educação permanente das instituições hospitalares pode ser um caminho para a implementação de mudanças sobre as falhas de comunicação existentes entre os profissionais e as parturientes. Sobre a relação entre profissionais e mulheres, dois modelos de comunicação se destacam: a ausência da prática da escuta, no primeiro, estabelecendo uma hierarquia que dá voz aos profissionais e ignora a parturiente, seus medos e dores, com consequências iatrogênicas imprevisíveis. No segundo, verifica-se uma relação interpessoal acolhedora, humanizada, manifesta em diferentes momentos do trabalho de parto e parto.

Palavras-chave | Comunicação em saúde; Humanização da assistência; Parto humanizado.

¹Ministério da Saúde. Cuiabá/MT, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá/MT, Brasil.

INTRODUÇÃO |

No campo da saúde, a comunicação tem um papel importante na implementação do Sistema de Saúde e no conhecimento mais adequado de respostas às necessidades de saúde da população¹. Documentos oficiais do Ministério da Saúde, acervo básico para gestores e trabalhadores do SUS², apontam a deficiência do diálogo e a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, o que repercute de forma negativa no cuidado prestado³.

A construção da humanização nas instituições hospitalares é perceptível quando suas ações são construídas em função das pessoas e não dos procedimentos¹. O exercício do cuidado se faz por meio de uma comunicação interpessoal, em um contexto que proporcione ao paciente a intenção do profissional de estar pronto “para dar melhor de si, tanto para a recuperação quanto para a harmonização do outro”⁴. Paes da Silva⁴ chama atenção para a necessidade de os profissionais de saúde olharem para suas próprias ações/emoções.

Os profissionais que buscam uma comunicação terapêutica adequada podem aprimorar e elaborar mecanismos de diálogo multiprofissional e incorporar as estratégias idealizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH), questionando-se como exercer e incorporá-la no cotidiano⁴. Wonstret et al.⁵ visaram identificar o tipo de comunicação utilizada entre parturientes, equipe de saúde e família em salas de pré-parto e parto de uma maternidade privada com atendimentos a pacientes do SUS, em Curitiba. Os autores concluem que as parturientes receberam informações dos profissionais de saúde, no entanto sem a clareza necessária sobre os procedimentos a que seriam submetidas. Os profissionais limitam-se a informações técnicas e formais durante a assistência de pré-parto e parto. Concluem que as falhas da comunicação influenciam na qualidade do atendimento humanizado⁵.

Encontram-se nas relações entre profissionais e parturientes maiores possibilidades iatrogênicas. A iatrogenia psicológica se traduz por uma ação do profissional de saúde que pode levar ao erro. Pode acontecer por uma comunicação verbal e não verbal ineficaz⁶. Uma comunicação em que o profissional a utiliza apenas para transmitir informações pertinentes ao processo do parto e procedimentos realizados, não permitindo a abertura de espaços para a construção de um diálogo responsivo e humanizado.

A ausência desse vínculo gerado em uma comunicação horizontalizada e permeada por afetos fragmenta o cuidado, possibilita o erro, e a prática de uma comunicação iatrogênica remete à existência de uma audiência anônima, que causa mais estragos, distancia, deixa a mulher insegura e sem apoio. A comunicação humanizada mostra-se como terapêutica. Promove a integração dos comunicantes no estabelecimento de um vínculo acolhedor. Existe uma troca sensível entre os comunicantes. A comunicação está centrada no receptor, em suas carências e pertencimentos^{6,7}.

O profissional de saúde que busca refletir sobre como melhorar a condução da comunicação na relação de cuidado com o paciente pode observar suas próprias condutas, realizando uma autoanálise. Os modelos de comunicação podem se inter-relacionar, assim é necessário que o profissional busque seu autoconhecimento para qualificar sua prática. Ele poderá perceber o uso desnecessário ou desqualificado de jargões, palavras feitas, condutas estereotipadas, viciadas, repetitivas e pouco produtivas. Diante da proposta de qualificar as políticas de saúde, a comunicação tornou-se uma aliada e um instrumento articulador de ações que ampliam o uso de estratégias de prevenção a doenças e promoção da saúde².

A Rede Cegonha, implantada em 2011 pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM n.1459, propõe uma rede de cuidados que incorpore as ações governamentais instituídas anteriormente pelas políticas para qualificação da assistência materna e infantil, e pretende ofertar ações para a melhoria do acesso e da qualidade de assistência à mulher e à criança. Nas maternidades, a Rede incentiva a qualificação de práticas assistenciais que promovam mudanças no modelo de atenção materno, favoreçam o parto normal e práticas baseadas em evidências científicas que garantam o direito da mulher e da criança. Incentiva uma reflexão sobre as práticas assistenciais exercidas pelos profissionais à mulher e integra os sentidos da humanização⁸.

A assistência hospitalar sobre a humanização do parto e o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres vêm sendo debatidos nas políticas brasileiras. Humanizar os cuidados é um conjunto de condutas e procedimentos que envolve respeitar a individualidade da mulher e construir um espaço concreto na maternidade, que legitime o humano das pessoas envolvidas. Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde que presta cuidados mais próximos à mulher deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma

de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essas ações. Nesse contexto, respeitar a mulher é componente primordial no tocante a cuidados humanizados⁹.

Segundo os benefícios da humanização, respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, interpretar o que ouve, ter compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso⁷. É entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro. Orientar sobre os diferentes métodos de alívio da dor, seus benefícios, respeitando a escolha da mulher para o uso ou não do suporte. A escuta, trata-se de uma “abertura autêntica para estar com o outro”, implicando um “processo ativo de levar o sujeito a produzir suas próprias respostas ao seu sofrimento”⁸. Percebendo o outro, tende-se a entender suas queixas, não o deixar sozinho, oferecer todo suporte disponível para alívio da dor.

Morais et al.¹⁰ destacam que o profissional de saúde deve usar a comunicação como uma ferramenta, e da melhor forma possível, construindo estratégias que torne o seu atendimento mais humanizado, modelando suas práticas para poderem ofertar uma abordagem que ofereça uma escuta atenta, linguagem acessível, toque seguro e atendimento individualizado. Porém, mesmo com a compreensão dos processos, tendo todos os cuidados, a comunicação ainda está sujeita a ruídos, desencontros, divergências, que também podem estar previstas no processo.

Refletir sobre a impossibilidade de controlar plenamente as interações e as interlocuções aí envolvidas e, portanto, evitar o raciocínio linear de causa e efeito, pode ampliar as descobertas sobre os processos comunicativos. O intercâmbio do método fenomenológico¹ com o estudo sobre processo de humanização na saúde, busca conhecer as dificuldades de acesso, equidade, qualidade, fragmentação do processo de trabalho, vínculo entre profissionais e usuários, lidando com a dimensão subjetiva¹¹.

O objeto de estudo, ou seja, a relação entre profissionais e parturientes no trabalho de parto, é abordado como um fenômeno o qual se manifesta de acordo com a vivência, nas trocas, durante o espaço de tempo em que o trabalho de parto se realiza. Trata-se de um acontecimento que se dá

no processo das inter-relações, por isso sua complexidade¹². Para as ações de promoção à saúde serem realizadas dentro de uma complexa instituição como a hospitalar, faz-se necessário ampliar o conhecimento com intermédio da fenomenologia, o que auxilia na compreensão das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, visto que o comportamento humano e as relações interpessoais são questões complexas. Percebe-se que a comunicação humanizada se mostra como a chave para as relações humanas, já que é nesse processo comunicacional que ocorre a circulação de significados⁴. Observa-se que a escolha das formas de comunicação no hospital deve ser eficiente, pois sua empregabilidade influencia diretamente na credibilidade do profissional ou do tratamento escolhido¹³.

A comunicação, ao longo dos anos, ilustrou numerosas definições que podem ser muito amplas e abrangentes, e outras bastante representativas². Paes da Silva⁴ simplifica descrevendo a origem da palavra comunicar proveniente do latim “*comunicare*”, que tem por significado “*por em comum*”. Na comunicação interpessoal, o comportamento comunicativo entre as pessoas que se encontram face a face é interdependente. Há um processo de estabelecimento de relações no qual a aproximação física entre as pessoas permite a troca de mensagens. Seus padrões são estabelecidos de acordo com a necessidade de cada indivíduo e sua compreensão envolve a codificação das mensagens que podem acontecer de várias maneiras, em um conjunto entre a comunicação verbal e a não verbal¹⁴.

O relacionamento interpessoal se baseia na comunicação face a face entre duas pessoas que interagem e se percebem mutuamente¹⁵. Como uma pessoa sente e pensa a respeito de outra, como a percebe e o que faz para ela, o que espera que ela faça ou pense, como reage às ações da outra, são condições que interferem no relacionamento. As pessoas, portanto, têm habilidades, desejos, sentimentos e adquirem ao longo da vida experiências na interpretação de objetos e comportamentos. Heider¹⁵ descreve que “[...] através da percepção chegamos a tomar conhecimento do mundo que nos cerca - um mundo constituído de coisas, pessoas e acontecimentos” (p. 33).

Conforme o que foi discutido até aqui sobre a comunicação interpessoal, compreender e trabalhar seus fatores condicionantes é importante para criar estratégias de mudanças. A educação permanente pode promover a discussão dos itens básicos dos programas de

¹Busca compreender o que acontece com o sujeito em sua interação com o mundo e como a sua consciência é afetada pelos acontecimentos.

aprimoramento profissional, tais como a reflexão sobre o conceito de comunicação; comunicação não verbal e sua importância na relação entre profissional de saúde e paciente; tipos de comunicação não verbal; funções da comunicação para qualificar a humanização e; como desenvolver a percepção da comunicação verbal para que seja possível avaliar as mensagens enviadas¹⁶.

A Política Nacional de Humanização propõe e incentiva um modelo de gestão e formulação do trabalho de forma coletiva em que haja espaços para a formação de poder compartilhado¹⁷. Além de propor trocas de saberes, a Humanização estabelece a construção de estratégias de qualificação e da atenção do SUS com o fortalecimento dos vínculos interprofissionais¹⁸. Assim, este texto tem por objetivo discutir a comunicação estabelecida nas relações interpessoais entre profissionais de saúde e mulheres no setor de parto normal da maior maternidade do estado de Mato Grosso. Busca-se compreender as dimensões da comunicação interpessoal e o processo de humanização inserido no atendimento.

MÉTODOS |

Realizou-se o estudo de caso sobre o processo de interlocução entre profissionais de saúde e parturientes no momento do parto em um hospital de Mato Grosso, utilizando-se uma abordagem qualitativa². Para a coleta de informações foram adotados os seguintes procedimentos: observação direta, diário de campo, análise de documentos e entrevistas com gestores, médicos, enfermeiros, assistentes e mulheres no estágio do parto. Para as entrevistas foram utilizados roteiros semiestruturados, o que permitiu a discussão de questões comuns e flexibilização dos diálogos. Por meio do método fenomenológico, à medida que o pesquisador se familiariza com as descrições surgem unidades de significados, oriundos das falas e atribuídos pelo pesquisador conforme sua óptica, de tal forma a sistematizar o que é vivido pelo sujeito com relação ao fenômeno. O segundo momento consiste em determinar e selecionar quais partes da descrição são essenciais, pondo

em suspenso todas as afirmações relativas às vivências, para somente então compreendê-las e explicitá-las. Os vários atos da consciência, entretanto, precisam ser conhecidos em sua essência, sendo, para tanto, necessário fazer uso da intuição¹⁰. O terceiro momento consiste na compreensão fenomenológica, que é também interpretativa¹⁹.

O cenário de estudo é a maternidade do Hospital Beneficente Santa Helena em Cuiabá MT, conhecido como Hospital Santa Helena (HSH). Possui natureza filantrópica, sem fins lucrativos, foi inaugurado em 2000 e é referência estadual no atendimento a pacientes do SUS. O Hospital possui a maior maternidade de atendimento público do estado de Mato Grosso, com 65 leitos totais, realizando mais de 7.000 partos por ano. Apresenta 51 leitos de obstetria cirúrgica e 14 leitos de obstetria clínica cadastrados para atendimento ao SUS. É referência terciária à gestante de alto risco e possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 2009.

A maternidade realiza, em média, 903 atendimentos/mês de acolhimento e classificação de risco em obstetria, segundo o registro interno de atendimentos. Os gestores assistenciais na maternidade são constituídos pela gerente geral da equipe de enfermagem e um médico especialista em ginecologia e obstetria. Todos os enfermeiros e médicos são pós-graduados em obstetria.

A coleta de informações foi realizada no período de junho a agosto de 2016. A gravação das entrevistas ocorreu após o consentimento dos entrevistados, sendo transcritas posteriormente e obedecendo rigorosamente à estrutura das falas dos sujeitos, de modo a preservar a fidelidade dos depoimentos.

Foram assistidos 28 partos normais, com 76 horas de observação. As informações foram registradas no diário de campo. Os sujeitos da pesquisa são: I) gestores assistenciais da maternidade (enfermeira e médico), responsáveis pelo cuidado ao binômio mãe-bebê; II) profissionais de saúde (médicas e enfermeiros obstétricos e técnicos de enfermagem) e; III) mulheres primíparas, acompanhadas durante o trabalho de parto e realização do parto normal, entrevistadas no setor de alojamento conjunto. As entrevistas com os profissionais ocorreram no mesmo local de observação, durante o horário de trabalho dos profissionais.

A escolha dos sujeitos foi aleatória e sua identidade preservada, sendo entrevistados cinco médicos, quatro

²Artigo original extraído como parte da pesquisa de dissertação: Parto e Nascimento em processo de Humanização do Cuidado e as Dimensões da Comunicação em uma Maternidade do estado de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, abril, 2017.

enfermeiros obstetras, cinco técnicos de enfermagem, quatro puérperas, um gestor de medicina e uma gestora de enfermagem. Os entrevistados estão mencionados pelas iniciais E (enfermeiros), M (médicos), TE (técnicos de enfermagem), G15 e G16 (gestores) e as mulheres puérperas pelos nomes fictícios Eliane e Flávia. Os Aspectos Éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução n. 466/2012, e o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, via Plataforma Brasil e foi aprovado segundo o parecer n. 1.498.720 do CEP, em 13 de abril de 2016. Todos os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS |

Segundo os profissionais enfermeiros e médicos, a comunicação entre a gestão e a equipe ocorre sem barreiras. Argumentam que a gestão tem disposição para o diálogo e que há uma boa relação entre a gestão e profissionais. A gestão é acessível para receber críticas ou elogios na condução dos trabalhos.

A relação com a gestão é muito boa. Com os profissionais, aqui no HSH é muito boa. Aqui os profissionais, você vai perceber, que elas são porta aberta. A hora que eu precisar falar qualquer coisa com os gestores, não precisa marcar horário nem nada (E1).

A abertura ao diálogo oferecida pelos gestores a cada profissional demonstra uma relação interpessoal de confiança e respeito. Observa-se que a gestora de enfermagem tem uma recepção acolhedora pela equipe de enfermagem e médica.

Não há reuniões periódicas entre gestão e equipe multiprofissional. As conversas entre os gestores e profissionais acontecem frequentemente por aplicativos de conversas em redes sociais, por celular (*Whats.App*®). Não há espaços de discussões de casos clínicos e as informações são transmitidas por recados, ou informações de novas rotinas disponibilizadas no mural.

Não temos nenhum grupo, só por "Whatsapp". As informações são passadas sobre qualquer mudança de um em um. Não existe reunião clínica, científica. Muitas informações são passadas assim, com papetzinho na parede (M11).

A alternativa encontrada pelos gestores, na ausência de reuniões periódicas, foi a implantação de comunicação por redes sociais. As decisões das reuniões com as equipes do município sobre a Rede Cegonha são informadas pela rede social:

Eu consigo fazer reunião esporadicamente, mas não é sistematizado [...] As reuniões que acontecem externas são transmitidas por um grupo de "whatsapp" com os enfermeiros. Quem vai, a gente transmite através do grupo [...] Quando tem alguma informação a gente repassa em forma de mensagem. Então, a gente transmite através do aviso por escrito (G15).

Exercitar as possibilidades e os limites das novas tecnologias nas práticas organizacionais a fim de utilizá-las da melhor maneira possível já é uma realidade instalada nas instituições²⁰. No entanto, as tecnologias de informações podem ser utilizadas como um recurso a mais, não como regra. A combinação de tecnologias e a incorporação de espaços de discussão podem permitir formas mais eficientes e eficazes de comunicação no ambiente de trabalho: "Nós temos comunicação por email e comunicação imediata dentro de rede social em um grupo fechado (G16)".

Os profissionais de enfermagem consideram a comunicação como sendo essencial na evolução da assistência à mulher. Manter um diálogo aberto, que orienta e forneça informações para melhorar a evolução do parto. São ações citadas que contribuem positivamente no processo. Também enfatizam a abordagem acolhedora, que transmita segurança e confiança, condenando atitudes grosseiras: "[...] Mas o mais importante de tudo é o diálogo. Transmitir para ela segurança. Aí entra o seu conhecimento, porque a gente está aqui todo dia (TE7)".

Para o gestor médico, a principal barreira na qualidade da assistência é a comunicação interpessoal entre os profissionais e a mulher e o acompanhante.

[...] E a maior barreira hoje é a comunicação. Comunicação verbal mesmo, comunicação de contato, a forma de você abordar, que você senta, você escuta e você olha para ela (G16).

Os profissionais médicos e enfermeiros tendem a estabelecer um diálogo com a mulher, principalmente para transmissão de informações. Muitas vezes são impositivos em suas falas, usando termos no diminutivo. Um exemplo foi uma mulher que gritava com muita dor e pedia cesariana. Durante as contrações foi abordada pela médica que disse: "Mãezinha,

“você tem que colaborar. Não pode ficar gritando, pois vai gastar sua força!” Em seguida a outra técnica de enfermagem diz a mulher: “Você tem que andar, mocinha!”

Em períodos com baixo fluxo de parturientes internadas, foram raros os momentos em que a equipe de enfermagem realizou algum tipo de orientação à mulher e ao acompanhante quanto aos exercícios e formas de alívio de dor. Mesmo em situações de dor intensa da mulher, manifestadas por gritos e gemidos, durante as contrações, foi raro uma enfermeira, uma técnica de enfermagem ou um médico que se dispôs a orientar sobre respiração, incentivar a bola, ensinar a mulher se posicionar para aliviar a dor, ou qualquer outro apoio que minimize seu sofrimento. A comunicação comum entre o profissional e a mulher foi, muitas vezes, em tom impositivo: “Você não pode ficar aí parada, levanta, usa a bola, só não quica para não dar edema, isso ajuda o trabalho de parto ser mais rápido para você conhecer logo seu bebezinho!” (Técnica de enfermagem).

Ao longo da pesquisa, dois modelos de comunicação interpessoal entre o profissional e a mulher se mostraram presentes. Um modelo marcado por uma comunicação iatrogênica, presenciada por inúmeras intervenções rotineiras, impessoais, com ausência de informação e postura autoritária dos profissionais. E a presença de outro modelo considerado facilitador do processo de humanização, com apoio à mulher, incentivo à presença do acompanhante. Tais resultados apresentam similaridades com a pesquisa realizada por Dornfeld e Pedro²¹, em Porto Alegre.

Para as puérperas entrevistadas, o trabalho de parto está fortemente associado ao medo, ansiedade e dor. Nesse momento, as mulheres receberam orientações de médicos, residentes de medicina, enfermeiros, estagiários e técnicos de enfermagem. As orientações, na sala de pré-parto, eram principalmente sobre a evolução do trabalho de parto, no sentido de acalmá-las e tranquilizá-las. Visaram ainda incentivar as parturientes sobre as posições a serem adotadas e como seria feita a “força” para facilitar o processo de parto.

Pediam pra gente andar, levanta, calma, é assim mesmo, não está na hora. E isso ia acalmando a gente. E a gente ia vendo que está bem e que ia no caminho certo... Eu acho que a forma de falar que é mais importante [...] (ELAINE)³.

³Optamos por apresentar as falas de duas parturientes por nomes fictícios, diferenciando assim dos profissionais de saúde, aqui identificados como

As orientações recebidas pelas parturientes durante o trabalho de parto e o parto visaram à melhoria do processo de parto, como ficar na posição correta, mantendo sempre a calma, de forma a ajudar os profissionais na realização do parto: “[...] Tem um médico que vem e fala que está tudo bem e vira as costas. Você que está lá e quer saber como está o seu neném [...] (ELAINE)”.

A comunicação, quando voltada para a transmissão de informações técnicas e formais, é tida como uma comunicação iatrogênica. Ela se faz evidente quando há indiferença e impessoalidade nas relações, em que os membros da equipe desconsideram a presença da mulher, assim como seus sentimentos e dúvidas. Existe uma postura corporal de distanciamento²¹. Duas puérperas entrevistadas destacaram a atenção e o apoio recebidos pelos profissionais, tanto no pré-natal como no trabalho de parto e parto como um fator essencial da assistência recebida. Essa atitude influenciou sua satisfação com o parto. E essas primíparas revelaram que o comportamento/atitude dos profissionais foi importante no desenrolar do trabalho de parto e nascimento. A calma, educação e as orientações fornecidas foram analisadas pelas mulheres como condições que facilitaram o processo:

Que mais me ajudou foi a calma e a educação deles. Eu gostei do atendimento. Nem um atendimento particular que eu tive no meu pré-natal foi tão bom quanto o que tive aqui. E desde o começo que passei na primeira médica, quando cheguei na quarta feira era a mesma médica, o atendimento dela era perfeito. E ela conversou e explicou [...] E eu cheguei aqui e ela foi explicar. Quando comecei a ter contração eu já sabia que era porque ela me falou como era (ELAINE).

As cenas de trabalho de parto e parto observadas possibilitaram identificar que muitos integrantes da equipe de saúde, em seu modo de agir, demonstravam o desenvolvimento do apoio empático às mulheres.

A presença de enfermeiras estagiárias de pós-graduação em enfermagem obstétricas trouxe um diferencial para o atendimento das mulheres na sala de parto. Conforme a disponibilidade das estagiárias, a mulher recebia um atendimento personalizado, com a estagiária ao lado, oferecendo suporte, orientação, estimulando as ações não farmacológicas de alívio de dor, com o uso de bolas, banho morno, realizando massagens: “Foi boa, porque tudo que

G para gestores, TE para técnicos de enfermagem, M para médicos e E para Enfermeiros.

eu perguntava que pedia elas sempre estavam do meu lado me ajudando, me dando apoio a todo momento[...] (FLÁVIA)”.

Um enfermeiro defende que deve estabelecer vínculo de confiança com a mulher para facilitar a aceitação de procedimentos, por vezes, invasivos na condução do parto:

[...] Ela está num parto hospitalar, ela tem muitos direitos, mas nós temos os profissionais capacitados para tal, então a gente precisa criar um vínculo que ela entenda que o que nós queremos fazer é o melhor para ela [...] (E4).

Observa-se o caráter hierárquico na relação. Há uma dificuldade de o profissional em lidar com o conhecimento e sentimento do outro e em buscar uma postura compreensiva no diálogo. Embora determinados comportamentos possam estar relacionados a dificuldades pessoais, chama a atenção o desejo de firmar a autoridade do conhecimento profissional diante das necessidades da mulher. Foi possível observar, em alguns casos, indisponibilidade na comunicação, distanciamento e pouca empatia à mulher como sujeito do ato de parturição.

A comunicação responsiva é uma prática que deve ser exercida pelo profissional, mas, em muitos casos, presenciase uma comunicação que desqualifica as necessidades da mulher, justificado pelo “corre-corre” da assistência.

Tal fato pôde ser observado no corredor da sala de parto: uma mulher gritou e chorou muito durante o trabalho de parto, ao ser encaminhada para a enfermaria. Enquanto esperava o maqueiro na cadeira de rodas, foi abordada por técnicas de enfermagem que disseram: “Nossa, você deu o show, né!”, a outra disse: “Fiquei até com dor de cabeça!”. A outra técnica rindo, disse: “Dava para ouvir seus gritos até do estacionamento!”, a mulher sorriu envergonhada. Postura de uma comunicação caracterizada por um constrangimento psicológico.

DISCUSSÃO |

Percebe-se a importância de o gestor trabalhar em equipe, agir de maneira reflexiva, crítica e com assertividade diante de problemas do cotidiano da Maternidade; agregar conhecimentos que lhe permita ter o domínio de sua função para atender às expectativas e oportunizar

o desenvolvimento e a capacitação dos membros da sua equipe¹⁰. No entanto, os encontros entre gestores assistenciais e profissionais relatados pelos profissionais referem-se à situação problema e possuem aspectos mais ostensivos e repressivos do que preventivos. Ocorrem quando o problema está acontecendo, já é manifesto. Acordos preventivos com uma comunicação recorrente e responsiva entre a gestão e os profissionais poderiam reduzir as manifestações desses problemas.

Para que ocorram mudanças de práticas de gestão e de atenção é fundamental que os profissionais sejam capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejam capazes de problematizá-las, não em abstrato, mas no concreto do cotidiano e de trabalho de cada equipe. Dessa forma, pode-se construir novos caminhos para que os serviços de saúde se aproximem dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade²⁰.

O modelo tecnocrático, cuja primazia é a tecnologia sobre as relações humanas é confrontado por um movimento conceituado “humanização do parto”²². Faz-se necessário pensar que as práticas verticalizadas de comunicação existentes entre profissionais, no ambiente hospitalar, são provenientes de uma cultura organizacional instalada no cotidiano. Na hierarquia vertical, o gestor apenas informa as novas “regras” e o profissional as realiza, o que é conceituado por Cecílio²³ como um modelo tradicional de gestão.

Ampliar a capacidade de comunicação e a “desverticalização” da comunicação organizacional é um aspecto identificado pela PNH²⁴. A relação entre profissional e paciente não acontece espontaneamente. Segundo Sabatino²⁵, o relacionamento é construído. Essa relação está condicionada aos pressupostos criados socialmente e engloba uma forte carga de expectativas, projetadas pela mulher. As condições de vida e sociais da mulher, a experiência de gestação e pré-natal são importantes para facilitar ou dificultar o trabalho de parto.

O cuidado é uma resposta confortadora de uma pessoa para outra, envolve muito mais que aspectos objetivos relacionados a técnica. O chamado e resposta envolvem o compromisso de assumir um diálogo vivo entre o profissional e a mulher, estabelecendo uma relação de confiança. O diálogo em que o profissional se utiliza de um comportamento rígido e com atitudes bruscas pode aumentar a insegurança da mulher, dificultando sua vivência no processo de parturição²⁶.

Uma comunicação na qual o profissional repassa informações no momento em que a mulher está com dor, torna essa “transmissão” ineficaz. Quando a mulher está vivenciando o trabalho de parto, com contrações ativas e dor intensa, sofre uma experiência denominada por Jorge²⁷ como “partolândia”. É comum ela não responder, ou mesmo não ouvir, as informações transmitidas pelos profissionais, que devem compreender, respeitar o momento de dor. Importante é relacionar-se com ela, interagir com o momento, perceber suas necessidades, e estar presente para conversar e para responder às dúvidas sobre o parto²⁸.

No cuidado individualizado, a mulher se destaca com singularidade, enfatiza a importância do nascimento do seu filho. Quando o profissional desenvolve sensibilidade para compreender o significado da experiência vivida pela mulher, responde melhor às necessidades da parturiente.

A relação entre comunicação e humanização, entre o profissional de saúde e o paciente, pressupõe um relacionamento harmonioso, no qual o cuidador busca estabelecer vínculo⁹. O vínculo não pode ser entendido como um mecanismo de conquistar a confiança da mulher, de modo que ela aceite os procedimentos realizados pelo profissional. A comunicação deve permitir a troca de saberes entre o popular e o científico, o objetivo e o subjetivo, construindo relações e compromissos entre os sujeitos²⁷.

O processo de comunicação interpessoal na relação profissional/paciente encontra-se subjugado por normas historicamente instituídas, em que os profissionais possuem conhecimento tácito dominante se percebendo como os “detentores de saber”, em relação aos pacientes²⁹.

A singularidade da situação vivida por uma mulher no hospital pode ser marcada pela incerteza, destituída do livre-arbítrio e fragilizada por uma imposição de hierarquia. A posição de autoridade do profissional sobre a mulher/mãe é um processo que dificulta a introdução de uma política de humanização nos serviços.

Alguns profissionais assumem atitudes impositivas, confrontam a autonomia da mulher na condução do seu parto e promovem um discurso de que a mulher está em ambiente hospitalar, portanto deve facilitar o trabalho do profissional, o qual é capacitado e treinado para aquela função, ou seja, esses profissionais recusam a prática da escuta; o diálogo deixa de

existir para entrar em cena a fala de “mão única”, e o mais grave: o silêncio das parturientes. O não reconhecimento do outro no processo de comunicação, cuja superação do pensamento hipodérmico^{4,30} já se deu há tempos, assim como a não consciência de que comunicação interpessoal requer uma relação horizontal, entre sujeitos¹⁴, podem resultar em sérios problemas para as mães. Encontram-se aí, neste tipo de “falha profissional” ou “imprudência”, geralmente não intencional³⁰, as maiores possibilidades iatrogênicas da relação profissional e parturiente, uma vez que as rejeições não percebidas, ou não assumidas, pelo profissional podem ser indutoras de atuações inconscientes que traduzem agressão, desconsideração ou intolerância, que isso, por sua vez, agrava as apreensões da mulher no momento do parto⁶.

CONCLUSÃO |

Ao analisar a comunicação interpessoal dentro da maternidade enquanto produtora de mudança, observou-se que o contexto cultural, histórico e social que envolve os sujeitos (profissionais e parturiente) interferem na assistência à saúde. Os profissionais e gestão assistencial apresentam noções e sentimentos da comunicação que exercem. Consideram manter uma comunicação empática e acolhedora, no entanto a ausência de espaços qualificados de gestão e planejamento de mudanças nas práticas dificultam a compreensão e incorporação dos novos modos de fazer.

Percebeu-se um desafio no processo de comunicação interpessoal na relação profissional/parturiente. Atitudes marcadas por uma hierarquia, gestão verticalizada, comunicação grosseira e autoritária acontecem e fragilizam a assistência. Observou-se no dia a dia uma tendência da equipe em hipervalorizar o momento do parto e “abandonar” a mulher durante o período de trabalho de parto; e a satisfação das mulheres com o parto esteve vinculada aos cuidados recebidos e à comunicação estabelecida com a equipe.

⁴A chamada Teoria Hipodérmica ganhou força no estudo da comunicação no período das duas grandes guerras, no século XX. Neste modo de pensar, a comunicação atuaria como uma injeção, cuja aplicação traria imediato efeito no público diretamente atingido, tal como a fala unidirecional dos profissionais de saúde identificados no primeiro modelo. Embora essa teoria tenha sido construída e depois derrubada no desenvolvimento dos estudos de comunicação de massa, o entendimento que ainda persiste no imaginário de muitas pessoas é que nesse processo a mensagem é sempre pessoal, dirigida a alguém e com efeito imediato. Alguém fala, o detentor da verdade (a injeção, o remédio), e a imediata recusa à fala do outro.

Acredita-se que o estudo possa contribuir para a reflexão sobre a importância de uma formação profissional voltada para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais sob princípios ético-humanísticos que sejam capazes de transformar as pessoas em sua prática cotidiana. A articulação desses processos educativos que possibilitem a incorporação de conteúdos e de campos disciplinares distintos pode promover a reflexão de práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de atenção à parturiente.

REFERÊNCIAS |

1. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. *Saúde Soc.* São Paulo. 2012; 21(2):280-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Balsanelli AP, Jericó MC. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(4):397-402.
4. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética.* 2012; 10(2):73-88.
5. Wonstret LE, Moreira EC, Centa ML. O relacionamento interpessoal e a comunicação nas salas de pré-parto e parto. In: Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 maio; Ribeirão Preto, Brasil. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002. p. 1-7.
6. Schmidt E, Valle DA, Martins JSC, Borges JL, Souza Júnior SL, Ribeiro URVCO. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. *Rev Bras Clin Med.* 2011; 9(2):146-9.
7. Martín-Barbero J. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: Sousa MW, organizador. *Sujeito, o lado oculto do receptor.* São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 39-68.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
9. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(1):60-5.
10. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):323-7.
11. Gomes AMA, Paiva ES, Valdez MT, Frota MA, Albuquerque CM. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Soc.* 2008; 17(1):143-52.
12. Marcondes Filho C. O princípio da razão durante. 4. ed. São Paulo: Paulus; 2011.
13. Rodrigues MAS. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Com Organ Rel Pú (Organicom).* 2012; 9(16/17):182-98.
14. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
15. Heider F. Psicologia das relações interpessoais. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais; 1970.
16. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2015. p. 13-20.
17. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública.* 2008; 43(3):555-61.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Ayres JRCM. *Hermenêutica e humanização nas práticas em saúde.* Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2005; 10(3):549-60.

20. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. p. 17-39.

21. Dornfeld D, Pedro ENR. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. Rev Eletr Enf. 2011; 13(2):190-8.

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

23. Cecílio LCO. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. Rev Espaço para a Saúde. 2000; 1(2):4-26.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

25. Sabatino H, Cordeiro SN, Souza LR. Antecedentes históricos da preparação. In: Sabatino H, organizador. Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências científicas: paradigmas educacionais. v. 1. [S.I.: s.n.]; 2014. p. 11-39.

26. Silveira IP, Fernandes AFC. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. Rev Rene. 2007; 8(1):78-84.

27. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(7):3051-60.

28. Silveira IP, Leitão GCM. O cuidado de enfermagem no partear: marcos conceituais. Rev Gaúcha Enferm. 2003; 24(3):279-85.

29. Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):419-25.

30. Wolf M. Teorias da comunicação. 5. ed. Lisboa: Presença; 1995.

Correspondência para/Reprint request to:

Dayana Ferreira Souza Trindade

An. Pres. Getúlio Vargas, 1426,

Quilombo, Cuiabá/MT, Brasil

CEP: 78045-000

Tel.: (65) 3617-5804

E-mail dayfeso@hotmail.com

Recebido em: 15/06/2017

Aceito em: 08/11/2017