

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO EM CUIABÁ, MT*

Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹, Michelly Kim de Oliveira Rosa², Maria Aparecida Rodrigues da Silva Barbosa³,
Rossana Marchese Bittencourt⁴, Júlia Salomé de Souza⁵

RESUMO: Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar a estrutura de instituições hospitalares que prestam assistência ao parto/nascimento, no município de Cuiabá-MT. Fizeram parte da pesquisa todos os hospitais da rede pública, privada não conveniada ao SUS e privada conveniada ao SUS, que assistem ao parto. Os dados foram coletados por meio de um questionário específico, elaborado a partir das normatizações do Ministério da Saúde acerca da atenção ao parto/nascimento e recomendações de entidades profissionais, e foi respondido por enfermeiros responsáveis pelas unidades. Os pesquisadores também utilizaram, na coleta de dados, observação direta não estruturada, durante visita às unidades. Os resultados apontam problemas na estrutura física, recursos materiais e humanos e nos aspectos de humanização da atenção ao recém-nascido, em alguns dos hospitais estudados.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de serviços de saúde; Recém-nascido; Parto.

STRUCTURAL EVALUATION OF HOSPITAL INSTITUTIONS THAT GIVE BIRTH ASSISTANCE IN CUIABÁ, MT

ABSTRACT: It is a descriptive study of quantitative approach, which objective was to evaluate the structure of institutions that give birth assistance in the district of Cuiabá-MT. This research took place in all hospitals of the public system which give this type of assistance, both public and private. Data were collected through a specific questionnaire, developed by the light of Health Ministry resolutions for the childbirth attention, and professional entities' recommendations. The nurse who was responsible for the childbirth attention units answered the questionnaire. The results point out problems in the physical structure, material and human resources and aspects of humanization of the attention to the newborn in some of the studied hospitals.

KEYWORDS: Health services evaluation; Newborn; Parturition.

EVALUACIÓN ESTRUCTURAL DE LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS QUE PRESTAN ASISTENCIA AL NACIMIENTO EN CUIABÁ, MT

RESUMEN: Estudio descriptivo, de abordaje cuantitativo, cuyo objetivo fue evaluar la estructura de instituciones hospitalarias que prestan asistencia al parto/nacimiento, en el municipio de Cuiabá-MT. Hicieron parte de la investigación todos los hospitales de la red pública, privada no conveniada al SUS y privada conveniada al SUS, que asisten al parto. Los datos fueron colectados a través de un cuestionario específico, elaborado a partir de las normas del Ministerio de la Salud acerca de la atención al parto/nacimiento y recomendaciones de entidades profesionales, y fue respondido por enfermeros responsables por las unidades. Los investigadores también utilizaron, en la colecta de datos, observación directa no estructurada, durante visita a las unidades. Los resultados apuntan problemas en la estructura física, recursos materiales y humanos y en los aspectos de humanización de la atención al recién nacido, en algunos de los hospitales estudiados.

PALABRAS CLAVE: Evaluación de servicios de salud; Recién nacido; Parto.

*Resultados extraídos do projeto Morte Materna e Neonatal e qualidade da atenção à saúde em Mato Grosso, financiado pelo CNPq, processo 305529/2008-0.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa Argos. Orientadora.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa Argos. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Membro do Grupo de Pesquisa Argos.

⁴Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFMT.

⁵Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFMT.

Autor correspondente:

Maria Aparecida Munhoz Gaíva

Universidade Federal de Mato Grosso

Rua Gal Valle, 431 - 780100-00 - Cuiabá-MT, Brasil

Email: mamgaiva@yahoo.com.br

Recebido: 01/09/09

Aprovado: 27/11/09

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil reflete as condições socioeconômicas e de saúde de uma população. No Brasil, este indicador infantil vem se reduzindo, nos últimos anos. No entanto, o componente neonatal deste indicador, principalmente o neonatal precoce, continua elevado. A principal causa de óbito neonatal são as afecções originadas no período perinatal, complicações relacionadas à gestação e ao parto⁽¹⁾. Esta situação reflete as condições precárias da assistência neonatal/perinatal e da organização dos serviços na maioria das regiões do país⁽²⁾.

Apesar da diminuição dos óbitos no período pós-neonatal, as mortes ocorridas no período neonatal, principalmente no período neonatal precoce, vêm se mantendo estáveis, porém em níveis elevados, constituindo as principais causas de mortalidade no primeiro ano de vida⁽³⁾. A exemplo disso, tem-se o município de Cuiabá, Estado do Mato Grosso, onde em 2005 a taxa de mortalidade neonatal foi de 10,41 por mil nascidos vivos, sendo que o período neonatal precoce representou 8,01 dos óbitos neonatais⁽¹⁾.

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) espelha as condições de vida da sociedade, enquanto que a mortalidade neonatal indica a adequação da assistência obstétrica e neonatal e o impacto de programas de intervenções nesta área⁽³⁾. Assim sendo, os altos índices de mortalidade neonatal tendem a demonstrar a fragilidade dos serviços de saúde em relação às intervenções que previnam intercorrências, sequelas e mortes neste período.

A atenção ao parto se torna de extrema importância, pois se trata de um período de transição entre o período fetal e a vida extrauterina. O bebê, antes no aconchego do útero materno, passa para um ambiente novo, cheio de “perigos”, podendo ser este um momento de vulnerabilidade. Desta maneira, uma assistência de qualidade é essencial para a manutenção da vida do recém-nascido e, conseqüentemente, para a diminuição da mortalidade neonatal. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e ao nascimento, abrangendo a sala de parto/recepção do recém-nascido, no município de Cuiabá, em relação aos aspectos estruturais (espaço físico, materiais, equipamentos, recursos humanos) e da humanização da assistência.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo exploratório, de caráter

quantitativo. Fizeram parte do estudo todas as instituições hospitalares públicas, privadas não conveniadas ao SUS e privadas conveniadas ao SUS, que prestam atendimento ao parto/nascimento em Cuiabá-MT. A identificação inicial destas instituições foi realizada a partir das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que possui o registro dos serviços de saúde do município em questão. Em seguida, os cadastros foram confrontados com os dados da Secretaria Municipal de Saúde e com os registros de Cooperativas Médicas privadas de Cuiabá. Segundo estas informações, existiam, até dezembro de 2007, 13 instituições que prestavam assistência hospitalar ao neonato no município, destas, 11 de atendimento ao parto e ao nascimento.

Os dados foram coletados pela aplicação de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, a partir das recomendações contidas no Manual de Assistência ao Recém-nascido⁽⁴⁾; nas Portarias MS/GM nº 569/00⁽⁵⁾ e nº 1067/05⁽⁶⁾, que tratam da assistência ao recém-nascido na sala de parto, na recomendação nº 3 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo⁽⁷⁾, e nas orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria para estruturação da atenção ao neonato no momento do nascimento⁽⁸⁾.

Foram contempladas, no instrumento, informações acerca da caracterização dos hospitais, aspectos estruturais, recursos humanos, materiais/equipamentos e aspectos de humanização, conforme os seguintes indicadores: de estrutura (número de salas de parto e instalações na sala de recepção do recém-nascido); de recursos materiais/equipamentos (presença, na sala de recepção, de berço aquecido, fonte de oxigênio, aspirador a vácuo, sonda de aspiração, medicamentos, entre outros); de recursos humanos (presença de pediatra em sala de parto, enfermeiro e auxiliar de enfermagem para assistir os recém-nascidos); de humanização (o contato pele a pele mãe/bebê, estímulo precoce ao aleitamento materno, ar condicionado desligado no momento do parto e informações para a mãe sobre as condições do recém-nascido no nascimento).

Após a autorização das instituições, os questionários foram preenchidos pela pesquisadora e pelo enfermeiro responsável pela sala de parto, no período de agosto a setembro de 2008. Os aspectos de estrutura, materiais e equipamentos foram coletados através da observação direta não estruturada, durante visita ao local, para preenchimento do questionário, além das informações dos enfermeiros. As informações acerca dos recursos humanos e aspectos de humanização da atenção foram obtidas apenas das informações do questionário.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 478/08, conforme as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos⁽⁹⁾. As respostas de cada instituição foram agregadas, e a identificação foi realizada por números, sendo mantido o nome em sigilo. Os dados foram organizados e apresentados em tabelas e gráficos, utilizando-se os programas Microsoft Word e Microsoft Excel. Após a organização das informações, os resultados foram analisados, comparando-os aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a assistência ao recém-nascido, às recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e à literatura consultada.

RESULTADOS

Caracterização das Instituições

Das 13 instituições que prestam assistência hospitalar ao neonato, 11 possuem o serviço de sala de parto. Destas, seis (54,54%) são privadas não conveniadas ao SUS, enquanto uma (9,09%) é pública e quatro (36,36%) são privadas conveniadas ao SUS.

Em relação ao vínculo educacional, cinco (45,45%) são hospitais não universitários e não permitem estágio para estudantes da área de saúde, quatro (36,36%) são instituições não universitárias, mas oferecem espaço para estágio, e apenas dois (18,18%) são universitários. Dos 11 hospitais estudados, somente um é materno-infantil; os demais são hospitais gerais. No tocante ao número de leitos, uma (9,09%) das instituições é de grande porte, com 150 a 299 leitos; sete (63,63%), de médio porte, com 51 a 150 leitos, e três (27,2%) são de pequeno porte, ou seja, menos de 50 leitos.

Sala de Parto/Sala de Recepção do Recém-Nascido

A sala de parto e recepção é o local onde são realizados os primeiros cuidados ao recém-nascido, voltados principalmente para a manutenção do padrão respiratório e controle térmico. É, portanto, de extrema importância que sua estrutura ofereça condições de atendimento de qualidade. Foram identificadas, no município de Cuiabá, 45 salas de parto, normal e cirúrgica, distribuídas conforme mostra o gráfico 1.

Observam-se apenas duas (4,4%) salas de parto no hospital público, enquanto 30 (66,7%) salas estavam localizadas nos hospitais privados não conveniados ao SUS, e 13 (28,9%) hospitais privados conveniados ao SUS.

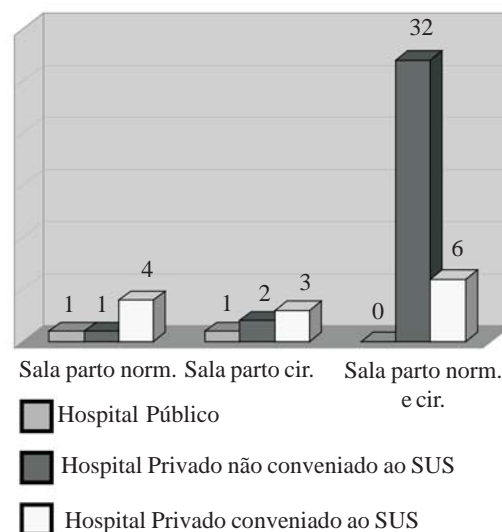


Gráfico 1 - Distribuição do número de salas de parto, de acordo com a fonte mantenedora da instituição. Cuiabá, 2008.

Uma característica observada nas instituições estudadas é que, tanto os hospitais públicos quanto os privados conveniados ao SUS, têm, em sua estrutura, salas diferenciadas para atender mulheres em situação de parto normal e cirúrgico, enquanto que nas instituições privadas não conveniadas, a maioria das salas de parto (60%) é utilizada para a realização tanto de partos cirúrgicos como de partos normais. Todas as instituições possuem sala de recepção e cuidados ao recém-nascido, estando localizada em área específica, fora ou próximo da sala de parto ou deve possuir instalações mínimas para realização do atendimento, conforme apresenta a tabela 1.

Verificou-se que 10 (90,9%) salas de recepção e cuidados ao recém-nascido contêm ar comprimido, 11 (100%) dispõem de oxigênio e apenas 7 (63,6%) de vácuo clínico. Nos locais em que não há vácuo, a equipe de saúde utiliza a rede de ar comprimido para realizar a aspiração das vias aéreas do neonato. No que se refere à rede elétrica, 11 (100%) registram rede de emergência, e 10 (90,9%), rede elétrica diferenciada.

Os materiais e equipamentos constituem um dos recursos fundamentais e indispensáveis no atendimento ao recém-nascido, proporcionando meios adequados de assistência, logo após o nascimento. Todos os hospitais estudados afirmaram tê-los em local de fácil acesso para a equipe de saúde. De acordo com o levantamento desses materiais e equipamentos, pode-se observar uma distribuição diferenciada, segundo a fonte mantenedora (Tabela 2).

Tabela 1 - Instalações disponíveis na sala de recepção do recém-nascido segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.

Instalações*	Público (total=1)	Privado não conveniado ao SUS (total=6)	Privado conveniado ao SUS (total=4)	Total
	N	N	N	N(%)
Água quente	0	4	3	7 (63,6)
Ar comprimido	1	5	4	10 (90,9)
Oxigênio	1	6	4	11 (100)
Vácuo clínico	1	4	2	7 (63,6)
Rede elétrica de emergência	1	6	4	11 (100)
Rede elétrica diferenciada	1	6	3	10 (90,9)

*Itens preconizados pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 569/2000⁽⁵⁾; nº 1067/2005⁽⁶⁾; Resoluções da Diretoria Colegiada nº 307/2002⁽¹⁰⁾ e nº 36/2008⁽¹¹⁾; Recomendação nº 3 do CREMESP⁽⁷⁾ e orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria⁽⁸⁾.

A tabela 2 demonstra que o hospital público tem disponíveis todos os materiais; entretanto, nas instituições privadas, inexistem alguns materiais/equipamentos, considerados fundamentais para o bom atendimento ao recém-nascido nas primeiras horas de vida, tais como mesa de reanimação com fonte de calor radiante, que foi encontrada em nove (90,9%) hospitais, e o adaptador para aspiração de mecônio, encontrado em oito (72,7%).

Além de materiais/equipamentos necessários para o atendimento em sala de parto, é recomendado o acesso a medicamentos básicos para assistir ao neonato; para tal devem estar em local acessível. Entre os medicamentos necessários para o atendimento neonatal, não havia dopamina no hospital público, sendo encontrada em apenas sete (63,6%) instituições, sendo quatro (36,4%) em hospitais privados não conveniados ao SUS e três (27,3%) em hospitais privados conveniados, enquanto que o naloxone foi encontrado em oito (72,7%) dos hospitais estudados.

Para um atendimento de qualidade são necessários recursos humanos qualificados pois, muitas vezes, o neonato apresenta complicações logo após o nascimento que, se não forem revertidas imediatamente, podem ter graves consequências.

Todas as instituições informaram possuir pediatra com conhecimento em reanimação neonatal, bem como enfermeiro ou técnico de enfermagem; entretanto, uma das instituições só possui o enfermeiro, responsável técnico do hospital, que auxilia na assistência quando necessário, não sendo exclusivo para a sala de parto e não atuante no período noturno.

A assistência de qualidade vai além dos aspectos

de estrutura física, de recursos materiais e humanos; engloba humanização do cuidado. É, neste aspecto, o de humanizar o cuidado, que o serviço faz a diferença, a qualidade e, conseqüentemente, aumenta a satisfação do usuário. A tabela 3 apresenta os principais aspectos de humanização voltados para a atenção ao recém-nascido no momento do nascimento.

Nota-se que o hospital público atendeu a todos os indicadores de qualidade investigados, e que um hospital privado não conveniado ao SUS não coloca os recém-nascidos junto à mãe logo após o nascimento, bem como um hospital privado conveniado ao SUS não estimula o aleitamento materno na primeira meia hora de vida e não desliga o ar condicionado na hora do parto.

DISCUSSÃO

No que se refere à disponibilidade de salas para realização de parto, no município de Cuiabá, nota-se um número maior em hospitais que atendem a clientela exclusivamente privada, sendo que estas salas são, em sua maioria, cirúrgicas, onde são realizados tanto partos normais quanto cesáreos. Isto pode ser explicado pelo fato de os hospitais privados estudados serem gerais, dispondo, preferencialmente, de salas cirúrgicas que podem ser utilizadas tanto para parto como para atender pacientes cirúrgicos de modo geral.

O setor de recepção do neonato, na sala de parto, deve estar organizado para atender todos os recém-nascidos, buscando condições ótimas de adaptação à vida extrauterina, através da manutenção térmica do recém-nascido, avaliação e apoio

cardiorrespiratório, entre outros, permanecendo preparada para intervir naqueles casos que apresentem patologias que coloquem em risco a vida do bebê^(4,12).

Nos hospitais estudados, 100% das salas de recepção se localizam em local separado da sala de parto. De acordo com a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002⁽¹⁰⁾, este setor deve estar localizado dentro do centro-obstétrico, podendo estar na sala de parto ou em sala adjacente, desde que siga as normatizações vigentes. Quando inserido na sala de parto, deve apresentar dimensão de 0,8m² além da

dimensão da própria sala, ou seja, cada sala terá sua área específica para a recepção do neonato. Quando o centro obstétrico apresentar uma sala específica para este fim, deverá ter 6,0m² para até duas salas de parto e acrescer 0,8m² para cada sala adicional. Neste ambiente, é preconizado a precisão no armazenamento dos materiais, de forma ordenada e visível, de todo o material de assistência neonatal.

No que se refere a essa normatização, a sala de recepção está adequada em nove (81,9%) hospitais. Em um estudo de avaliação dos serviços de assistência

Tabela 2 - Materiais/equipamentos disponíveis na sala de recepção do recém-nascido segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.

Materiais/Equipamentos*	Público (n=1)	Privado não conveniado ao SUS (n=6)	Privado conveniado ao SUS (n=4)	Total
	N	N	N	N(%)
Mesa de reanimação com fonte de calor radiante	1	5	4	10 (90,9)
Fonte de oxigênio umidificado, com fluxômetro	1	6	4	11 (100)
Aspirador a vácuo com manômetro	1	6	4	11 (100)
Sonda de aspiração traqueal nº 8/10	1	6	4	11 (100)
Adaptador para aspiração de mecônio	1	5	2	8 (72,7)
Balão de reanimação auto-inflável (ambú) neonatal	1	6	4	11 (100)
Máscaras para RN a termo e pré-termo	1	6	4	11 (100)
Laringoscópio com lâmina reta (nº 0/1)	1	6	4	11 (100)
Cânulas traqueais sem balão (nº 2,5; 3,0; 3,5; 4,0)	1	6	4	11 (100)
Fio-guia	1	4	3	8 (72,7)
Pilhas e lâmpadas sobressalente	1	6	3	10 (90,9)
Seringas de 20, 10 e 1cc e agulhas	1	6	4	11 (100)
Estetoscópio neonatal	1	6	4	11 (100)
Compressas e gazes	1	6	4	11 (100)
Clampeador de cordão umbilical	1	4	4	9 (81,8)
Luvas estéreis descartáveis	1	6	4	11 (100)
Óculos de proteção no local	1	5	3	9 (81,8)
Balança neonatal	1	6	4	11 (100)
Antropômetro/fita métrica	1	6	4	11(100)

*Itens preconizados pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 569/2000⁽⁵⁾; nº 1067/2005⁽⁶⁾; Resoluções da Diretoria Colegiada nº 307/2002⁽¹⁰⁾ e nº 36/2008⁽¹¹⁾; Recomendação nº 3 do CREMESP⁽⁷⁾ e orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria⁽⁸⁾.

Tabela 3- Distribuição dos hospitais em relação aos aspectos de humanização da assistência, segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.

ASPECTOS DE HUMANIZAÇÃO*	Público (N=1)	Privado não conveniado ao SUS (N= 6)	Privado conveniado ao SUS (N= 4)	Total (N=11)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Contato pele a pele logo após o nascimento	1	5	4	10 (90,9)
Os RN são amamentados na primeira 1/2h de vida	1	5	3	09 (81,8)
O aparelho de ar condicionado é desligado na hora do parto	1	5	3	09 (81,8)
A mãe é informada imediatamente sobre a condição de nascimento de seu filho	1	6	4	11 (100,0)

*Itens preconizados pelas Portarias do Ministério da Saúde n^o 569/2000⁽⁵⁾; n^o 1067/2005⁽⁶⁾; Resoluções da Diretoria Colegiada n^o 307/2002⁽¹⁰⁾ e n^o 36/2008⁽¹¹⁾; Recomendação n^o 3 do CREMESP⁽⁷⁾ e orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria⁽⁸⁾.

ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo, realizado no ano de 1997-1998 pelo Conselho Regional de Medicina, com uma amostra de 98 hospitais (16 públicos, 73 privados e 9 universitários), 9% referiram, como local de reanimação do recém-nascido, o berçário, sendo este considerado um local inadequado, por localizar-se fora do ambiente do centro obstétrico⁽¹³⁾.

No que diz respeito aos materiais necessários, observou-se que existe disponibilidade, relativamente adequada, em quase todos os hospitais, sendo que o hospital público possui todos os materiais e equipamentos exigidos pelas normatizações do Ministério da Saúde e recomendações dos órgãos e sociedades profissionais. Entretanto, nas instituições privadas ou conveniadas ao SUS, apenas 13 dos 19 itens (materiais/equipamentos) pesquisados estavam presentes em todas as salas de recepção do RN. Dos materiais não encontrados, destacamos o berço aquecido, o adaptador para aspiração de mecônio, fio-guia, lâmpadas e pilhas sobressalentes e óculos de proteção; estas lacunas podem comprometer a qualidade da assistência neonatal. No estudo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo⁽¹³⁾, apenas 24% das maternidades investigadas (85) possuía todos os equipamentos necessários.

Entre os itens ausentes nas instituições privadas, destaca-se a mesa de reanimação com fonte de calor. Considerando que um dos objetivos do atendimento, no momento do nascimento, é proporcionar ao recém-

nascido condições ótimas para sua adaptação à vida extrauterina, uma fonte de calor radiante é essencial para a manutenção da temperatura corporal do bebê, uma vez que, em condições normais de parto, esta pode se reduzir até 3°C nos primeiros minutos⁽¹⁴⁾. Além do mais, o resfriamento/hipotermia tem influência direta nos índices de morbimortalidade neonatal. De acordo com o estudo realizado em 12 maternidades do interior paulista, para avaliar a estrutura e o processo de atenção ao parto e ao neonato, somente 33,3% delas possuíam berço aquecido na sala de parto⁽¹⁵⁾.

Em relação às medicações, nota-se a falta de dopamina e naloxone em 36,4% e 27,3% das instituições, respectivamente. A dopamina é indicada para aumentar a perfusão renal, o débito cardíaco e a pressão arterial, e o naloxone, em casos de depressão respiratória no RN e uso materno de opioides nas últimas quatro horas antes do parto⁽¹⁶⁾. Tendo em vista as indicações e os índices elevados de mortalidade neonatal na realidade do município, torna-se preocupante a falta destes medicamentos nas instituições.

Segundo dados da presente pesquisa, todos os hospitais dispõem de médico pediatra e profissionais da equipe de enfermagem na sala de recepção ao recém-nascido, em todos os horários, sendo este um aspecto positivo no que se refere aos recursos humanos. Em estudo já citado, apenas 8,3% das maternidades investigadas dispunham de médicos pediatras e enfermeiras no momento da assistência ao RN na sala de recepção⁽¹⁵⁾.

Como o estudo não teve como objetivo avaliar o processo de atenção ao nascimento, mas os componentes da estrutura (recursos físicos, materiais e humanos), as limitações são facilmente reconhecidas, como, por exemplo, quais são os profissionais de saúde que assistem o parto e quais atividades são realizadas para humanização da assistência ao nascimento. Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam a necessidade de avaliação das atividades realizadas pelos profissionais, considerando os aspectos técnicos e as relações interpessoais. Isto implica atentar para o fato de que, no cotidiano da assistência neonatal no centro obstétrico, a disponibilidade dos profissionais pode ser diferente da apresentada na pesquisa em foco, como se observou em pesquisa⁽¹⁵⁾. A ausência de recursos humanos treinados em reanimação neonatal e adequadamente lotados neste ambiente de cuidado neonatal, contribui para uma assistência ineficaz ao recém-nascido nos primeiros momentos de vida, podendo levar a falhas e sequelas irreparáveis ao bebê.

O programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, define que todas as unidades integrantes do SUS têm a responsabilidade de dispor de recursos humanos para uma assistência ao parto de qualidade⁽⁵⁾.

No que diz respeito à humanização do nascimento, a maioria dos hospitais apresentou desempenho insatisfatório, principalmente em relação ao contato pele a pele de mãe/bebê logo após o nascimento, ao aleitamento materno na primeira meia hora de vida e ao desligamento do ar condicionado na hora do parto. Os resultados indicam que os serviços estudados ainda pouco priorizam a humanização do parto/nascimento. Destaca-se, ainda, que alguns desses procedimentos interferem na recuperação do neonato, tal como desligar o ar condicionado, o que tem por objetivo impedir o resfriamento do bebê diminuir o risco de hipotermia neonatal, visto que o neonato perde calor por condução e convecção, com muita facilidade⁽¹⁴⁾.

O contato físico precoce entre mãe e filho tem importância prioritária na visão humanizada de cuidados ao bebê, ainda na sala de parto, por ter influência no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho. Um fator de grande importância para o estímulo da interação, e conseqüente aproximação entre ambos, é permitir que haja contato do bebê com o seio materno. Mesmo que ele não seja amamentado, neste momento é válido que sinta o cheiro ou consiga lamber o mamilo de sua mãe⁽¹⁷⁾.

As instituições que desejam possuir um programa

de incentivo ao aleitamento materno devem ter, como norma, a prática de colocar os recém-nascidos para sugar durante a primeira hora de vida, desde que mãe e bebê se encontrem em boas condições⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Ao traçar o perfil das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto/nascimento em Cuiabá, observou-se que a maioria dos hospitais investigados dispõe de estrutura adequada às normatizações e recomendações do Ministério da Saúde e entidades profissionais.

Quanto aos materiais e equipamentos exigidos, destaca-se que as instituições privadas foram as que apresentaram maior carência.

As práticas de humanização ao nascimento preconizadas, como contato precoce entre mãe/bebê, início precoce do aleitamento materno, entre outros, ainda não são implementadas em todos os hospitais privados. Assim, para oferecer uma assistência ao nascimento, com qualidade, não podemos deixar de considerar a humanização sob um prisma multidimensional⁽¹⁸⁾ requerendo, portanto, atenção a inúmeros aspectos, entre eles a estrutura dos serviços, e o bebê e a família como foco do processo de assistir.

Aspectos estruturais podem influenciar diretamente na qualidade da atenção e nos índices de morbimortalidade neonatal. Isto demonstra a necessidade de comprometimento por parte dos gestores, oferecendo investimento na estrutura e recursos humanos das salas de parto e sala de recepção ao recém-nascido, bem como capacitação e sensibilização dos profissionais acerca da humanização do parto/nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS-DATASSUS. da 2006. [acesso em 2008 Nov 20]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2006/matriz.htm#mort>
2. Gaíva MAM, Gomes MMF. Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB; 2003.
3. Lansky S, França E, Leal, MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública. 2002 Dez; 36(6):759-72.
4. Ministério da Saúde (BR). Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília: Secretaria de Assistência à

- Saúde. Coordenação Materno-Infantil; 1994
5. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000. [acesso em 2007 Out 20]. Disponível: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/home.php>.
 6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1067, de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.
 7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. Recomendação CREMESP nº3, de 12 de agosto de 1997. Dispõe sobre o atendimento ao recém-nascido em sala de parto. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, 6 set. 1997. Seção 1, p.39.
 8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos. Infra-estrutura para o atendimento integral ao recém-nascido. Aprovado em reunião do Conselho Científico em 17/03/2004.
 9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 10. Ministério da Saúde (BR). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União. Poder Executivo, de 18 de novembro de 2002.
 11. Ministério da Saúde (BR). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial União. Poder Executivo, de 8 de julho de 2008b.
 12. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Assistência hospitalar ao neonato. Maria Albertina Santiago Rego. Belo Horizonte; 2005. 296 p.
 13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo 1997-1998. Cristiano Fernando Rosas (Coord.). São Paulo: CREMESP, Departamento de Fiscalização; 2000. 91 p.
 14. Kenner C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores; 2001.
 15. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Avaliação de estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007 Set/Out;15(n esp.):792-8.
 16. Silva MJP, Tames RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
 17. Cruz DCS, Symam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Rev Esc Enferm USP. 2007 Dez;41(4):690-700.
 18. Gaíva MAM. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. Cogitare Enferm. 2006 Jan/Abr;11(1):61-6.