



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**MARIA CELESTINA SABINO DE OLIVEIRA**

**A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: um estudo etnográfico em uma maternidade municipal de Fortaleza.**

FORTALEZA - CEARÁ  
2007

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**MARIA CELESTINA SABINO DE OLIVEIRA**

**A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: um estudo etnográfico em uma maternidade municipal de Fortaleza.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara

Fortaleza – Ceará  
2007

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO EM  
UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DE FORTALEZA

Autora: Maria Celestina Sabino de Oliveira

Defesa em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conceito obtido: \_\_\_\_\_

Nota obtida: \_\_\_\_\_

## BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Andrea Caprara

Universidade Estadual do Ceará

Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cleide Carneiro

Universidade Estadual do Ceará

---

Prof. Dr. Fabrício da Silva Costa

Universidade Estadual do Ceará

## BARRIGUDA

Tantos seres me habitam  
tantos seres me conformam  
tantos seres me alargam.

Me falam todos os dias  
com sua voz de distância.

E quando busco tocá-los  
encontro um sopro amoroso  
que dirige meus sentidos  
para dentro de mim mesma.  
É aí que tudo se encontra  
tempo, vozes, revivências.

É aí que estão superpostos  
o útero e o coração.

Para sempre estou gestando  
aqueles que me gestaram.

Conceição Vaz Lino

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, com seu olhar atento e cuidadoso, sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Marlene e João, os mais profundos agradecimentos por suas lições de esperanças.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Andrea Caprara, que me conduziu pelos caminhos desta pesquisa.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, cujos ensinamentos foram imprescindíveis para a formação acadêmica e a elaboração deste ensaio.

Aos colegas do Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da UECE, pela amizade, pelo companheirismo em compartilhar todos os momentos, alegres e difíceis dessa caminhada.

Às minhas amigas e companheiras de Mestrado, Filomena Pinheiro e Márcia Coelho, pela oportunidade de tê-las conhecido e por terem compartilhado comigo tantos momentos diversos.

Aos funcionários do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Mairla e Maria, profissionais dedicados.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.Eurides Pintombeira de Freitas, agradeço as ricas sugestões a esse trabalho.

Aos colegas do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, pela confiança e compreensão.

Aos sujeitos dessa pesquisa, profissionais da sala de parto e pacientes do serviço do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, pela prontidão de me concederem as entrevistas, sem o que não teria sido possível a realização deste estudo.

## RESUMO

Este estudo sobre “Humanização do parto” teve por objetivos: analisar como os conhecimentos e as práticas sobre humanização da saúde estão sendo incorporadas pelos profissionais da obstetrícia; observar a utilização das técnicas humanizadas pelos profissionais da obstetrícia nas gestantes de baixo risco; analisar práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais nas gestantes de baixo risco. O estudo foi realizado em Fortaleza-Ce no Hospital Gonzaga Mota de Messejana. Trata-se de um estudo etnográfico com análise de conteúdo qualitativa dos dados. Os sujeitos do estudo foram os profissionais da sala de parto que trabalham diretamente com as pacientes do serviço. Realizei observação participante e entrevistas semi-estruturadas durante a coleta dos dados. Trabalhei com 04 médicos, 04 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem, 01 doula e 07 pacientes. Participei da vida cotidiana de profissionais e pacientes durante seis meses, num total de quinhentos e setenta e seis horas de trabalho. Constatou-se que as práticas de saúde que implementam a humanização do parto, ainda, são escassas, mas há um envolvimento de várias categorias de profissionais trabalhando em benefício de pacientes e familiares. Esses profissionais imbuídos das novas práticas de saúde trabalham na ampliação do acolhimento, do cuidado, do suporte emocional em todos os setores do hospital.

## ABSTRACT

This study on “Humanized care on childbirth” aims at: analyze how the knowledge and practices on humanized health cares are being incorporated by the obstetrics professionals; observe the use of humanized techniques by obstetrics professionals in low risk pregnancy; analyze the practices handled by the professionals in low risk pregnant. This study was carried out in Fortaleza-Ce in the “Hospital Gonzaga Mota de Messejana”. It is an ethnography study with qualitative analysis of data contents. We worked with childbirth room professionals who act directly with the patients. I carried through participant remarks and half-structuralized interviews during the data collection. I worked with 04 doctors, 04 nurses, 02 nurse assistants, 01 midwife and 07 patients. I participated of the daily life of professionals and patients during six months, in a total of five hundred and seventy and six working hous. It was evidenced that the health practices responsible for the implement on humanized cares on childbirths, still scarces, although exist an involvement of some professional categories woking in benefit of patients and familiars. These professionals, imbued in the new health practices, work in the magnifying of the shelter, the care and the emotional support in all hospital sectors.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO:</b>	10
O despertar pelo objeto de estudo e a contextualização do problema	10
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	15
2.1 Políticas de atenção à saúde da mulher	15
2.2 Da medicalização à humanização na saúde	18
2.3 Os diversos olhares profissionais sobre humanização	26
<b>3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	42
3.1 Natureza e tipo de estudo	42
3.2 Campo de estudo	42
3.3 Os sujeitos da pesquisa	46
3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	47
<b>4. RESULTADOS DA PESQUISA</b>	54
4.2 Atividade hospitalar diária dos obstetras	54
4.3 Dificuldades e resistências na introdução de novas práticas de cuidado	66
4.4 As mulheres e suas experiências	73
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	97
Apêndice I	98
Apêndice II	99
Apêndice III	100
Apêndice IV	102
ANEXOS	103
Anexo I	104
Anexo II	105

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CFM-Conselho Federal de Medicina

COFEN-Conselho Federal de Enfermagem

CPN-Centro de Partos Normais

FEBRASGO-Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FNUAP-Fundo das Nações Unidas

JICA-Agência de Cooperação Internacional do Japão

OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde

OMS-Organização Mundial da Saúde

PAISM-Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PEH-Política Estadual de Humanização

PNHAH-Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH-Política Nacional de Humanização

PHPN-Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

REHUNA-Rede pela Humanização do Nascimento

SUS-Sistema Único de Saúde

UNICEF-Fundo das Nações Unidas

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro I- Análise estrutural do discurso dos profissionais.

Quadro II- Temas e sub-temas da segunda análise estrutural.

## **1 INTRODUÇÃO: o despertar pelo objeto de estudo e a contextualização do problema**

Na minha formação profissional realizei residência médica na área de ginecologia e obstetrícia, nessa época havia uma discussão mundial sobre o parto natural e, inclusive, no ano anterior (1996), a Organização Mundial da Saúde - OMS havia publicado um manual com recomendações que valorizavam o parto fisiológico. Durante os dois anos dessa especialidade, convivi com procedimentos invasivos no corpo da mulher e ausência de debates quanto às questões de atenção à gestante.

Ao término da residência alguns questionamentos com relação a prática médica de obstetrícia surgiram: quais os saberes não técnicos presentes nos atos dos profissionais da obstetrícia? Até que ponto a humanização do parto é uma prática presente nos hospitais? Como vão se incorporando as práticas de humanização nas atividades dos profissionais da obstetrícia?

Compreendendo que a humanização é uma temática que atualmente vem sendo trabalhada em todas as áreas da saúde e que se tornou imprescindível para a mudança no modelo de atenção à saúde, a busca de respostas a estas perguntas e a oportunidade de cursar o Mestrado em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará, levou-me a visualizar e aprofundar a investigação sobre humanização da saúde, parto natural e nascimento saudável.

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) sobre a assistência ao parto, faz referência da necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da sua assistência nas instituições. Um processo que inclui, desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e da clientela. Dessa forma, recomenda a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacidade técnica, gerencial e financeira e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, de forma a propiciar às mulheres um parto humanizado sob a orientação do princípio da medicina, baseada em evidência científica.

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a saúde, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, predominando o modelo centrado na técnica. Percebemos a resistência à mudança de paradigma do modelo de assistência técnica ao nascimento deixando de valorizar os aspectos sociais e culturais da gestação e do parto, assim como o não reconhecimento de uma medicina moderna que incorpora a subjetividade do “sujeito” (DAVIS-FLOYD, 2001; DIAS, 2004). A incorporação de conceitos, entre outros, os da bioética, os das ciências sociais, na formação dos profissionais de saúde são necessários, pois esses têm papel fundamental nas mudanças. Na busca por soluções devemos considerar as recomendações da OMS e, principalmente, as evidências científicas que devem embasar nossas decisões.

Portanto admitir a mulher como principal participante da cena do parto, respeitar a fisiologia do seu corpo, oferecendo-lhe suporte físico e emocional, parece ser o caminho que obterá melhores resultados. Os benefícios estarão nas baixas taxas de mortalidade materna e perinatal como, também, na satisfação das mulheres e dos profissionais.

Na década de 80, ocorreu no Brasil, um movimento social a favor da humanização do parto (TORNQUIST, 2002). Associações não-governamentais e redes de movimentos se uniram em torno da crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento e surgiram propostas de mudanças para o parto hospitalar no Brasil. Esse movimento tinha como base documentos da OMS, do ano de 1985, que recomendavam: incentivo ao parto vaginal e ao aleitamento materno no pós-parto imediato, mãe e recém-nascido em alojamento conjunto, a presença do pai ou de um acompanhante no trabalho de parto, a atuação de enfermeira obstétrica na atenção aos partos normais, e a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde em regiões onde a rede hospitalar não se faz presente. Recomendava também a omissão de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias.

O ambiente de nascimento humano é, muitas vezes, um lugar estressante, superlotado de pacientes e profissionais. Os trabalhadores da emergência (como outros inseridos no trabalho hospitalar) são submetidos regularmente à sobrecarga de trabalho física e psíquica. Frequentemente as tomadas de decisões rápidas são necessárias ao

atendimento emergencial, mas deixa uma lacuna na troca de saberes nas relações profissionais pacientes. Muitas resoluções são tomadas para preencher essas deficiências deixadas pela não racionalização administrativa ou pela exigência da técnica do trabalho em saúde (DESLANDES, 2002). Neste ambiente a proposta de humanização chega a ser como utopia.

Nesse entendimento, a presente pesquisa busca como objetivos:

- analisar como os conhecimentos e as práticas sobre humanização da saúde estão sendo incorporados, de fato, pelos profissionais da obstetrícia no Hospital Gonzaga Mota de Messejana;
- observar a utilização das técnicas humanizadas pelos profissionais da obstetrícia nas gestantes de baixo risco no Hospital Gonzaga Mota de Messejana;
- analisar práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais da obstetrícia na relação com as gestantes de baixo risco no Hospital Gonzaga Mota de Messejana.

Espera-se que esse estudo possa gerar benefícios para os usuários, para os profissionais de saúde que estão envolvidos nesse processo de trabalho, bem como, para a melhoria dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para a qualidade de vida das pessoas, como uma pequena parcela de contribuição na política de humanização das maternidades brasileiras.

A primeira parte da fundamentação teórica da pesquisa, mostra a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher. No início, as conferências de consenso internacional sobre a tecnologia apropriada para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento que trazem como repercussão a publicação do manual de orientação do parto normal, uma publicação da OMS, com a colaboração da biblioteca *Cochrane*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Biblioteca Cochrane ou The Cochrane Collaboration publica textos originais de medicina baseado em evidência ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)).

As repercussões, no Brasil, com as publicações da OMS surgem sob a forma de programas e políticas de saúde pública dirigidas ao campo materno/fetal. Grupos não governamentais, categorias de profissionais da saúde, também iniciam articulação a favor da humanização do parto/nascimento.

Na segunda parte da fundamentação teórica, “da medicalização à humanização na saúde”, encontramos a posição estratégica da promoção da saúde. Essa promoção surge em consequência de uma reação a medicalização e preserva uma estreita relação com a humanização na saúde. Assim como, não há um conceito definido para humanização do parto, ou melhor, humanização da saúde, mas ocorre contextualização do tema dentro do Sistema Único de Saúde -SUS. Ressaltamos ainda, que o tema “humanização”, reativa o movimento constituinte do SUS.

Na terceira parte da fundamentação teórica, é abordada a dicotomia competência-cuidado na vida do profissional da saúde. Vários autores, entre eles Enkin e colaboradores (2005) abordam esses dois pólos intrínsecos da medicina e os mesmos podem ser encontrados com outras denominações: objetividade-subjetividade, racionalidade-experiência e outras. A competência diz respeito ao conhecimento e aplicação da técnica. Visualizamos-a melhor ao abordarmos as especialidades médicas que dividem o ser humano em órgãos e sistemas para os especialistas tratarem. O cuidado é o pólo mais estudado pelo generalista do que pelo técnico. Na competência-cuidado dos obstetras, os três estágios do trabalho de parto são comentados para uma visualização das condutas dos profissionais da obstetrícia, buscando a humanização na atenção à mulher.

Na quarta parte da fundamentação teórica, apresentamos as perspectivas de alguns dos médicos, das enfermeiras e dos antropólogos. Esses profissionais ao publicarem seus textos permitem comentários e interpretações de outros, especialistas ou não.

Neste trabalho utiliza-se uma abordagem qualitativa com análise de conteúdo das entrevistas dos profissionais e pacientes, bem como das minhas observações como médica.

No capítulo dos resultados, esse trabalho busca compreender e explicar a predominância do modelo biomédico na sala de parto, com a utilização das rotinas dos procedimentos obstétricos, em detrimento das novas práticas de saúde da mulher.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Políticas de atenção à saúde da mulher

Na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde, realizaram conferências de consenso sobre tecnologia apropriada para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento.

Em abril de 1985, foi realizada, em Fortaleza a *WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*. Essa conferência deu destaque às dimensões sociais e emocionais no cuidado ao pré-natal e ao parto. Foram apresentadas recomendações para a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas, consideradas inadequadas, não benéficas e/ou prejudiciais na assistência ao parto (OMS, 1985).

A *WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Following Birth*, foi realizada na cidade Trieste, em outubro de 1986, Nessa conferência encontramos os direitos de escolha da mulher sobre o local do parto e do profissional que a assistirá. Foi dado destaque, também, para o apoio de familiares, amigos e profissionais da saúde no entendimento das mudanças após o parto (OMS, 1986).

Em 1996, a OMS divulga o “*Care in Normal Birth*”: *A Practical Guide (Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit)*. Esse trabalho é uma versão completa e atualizada da Iniciativa Cochrane nesta área, sistematizando os resultados de estudos de metanálise como *Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial*, *Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery*, *Randomised trial of amniotomy in labour vs the intention to leave membranes intact until the second stage* e outros. Nesse documento, os procedimentos de rotina no parto normal são classificados em quatro categorias: condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas

adicionais comprovem o assunto; e condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais prejuízo que benefício (OMS, 1996).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Nos anos 60, a preocupação com a saúde materna se limitou à assistência ao parto. Com a chegada da medicina preventiva no País e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal: reduzir a mortalidade infantil. Nos anos 80, ocorreram algumas iniciativas locais voltadas para a redução da mortalidade materna, sendo uma das mais importantes o projeto desenvolvido por Galba de Araújo, no Ceará, para integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde (ARAUJO, 1987)

Em 1984, foi formulado um Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em resposta ao movimento organizado de mulheres. Esse programa introduziu conceitos, dentre eles, integralidade e autonomia corporal, os quais deveriam ser estimulados e discutidos nas ações educativas articuladas ao programa. Nas duas décadas anteriores, a implementação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o País, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde. Porém, mesmo nos serviços que realizam as atividades do PAISM, a qualidade da assistência prestada ficam a desejar. Os desafios, na sua implementação, continuam até hoje (SERRUYA *et al*, 2004).

A “Carta de Campinas” foi um manifesto ao parto normal, em 1993. Os participantes se organizaram e construíram uma rede de reivindicações, nomeada de Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA). Essa entidade agrega inúmeros grupos, organizações não governamentais, instituições e profissionais de saúde em torno da humanização do nascimento.

Em 1995, o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas (UNICEF), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das

Nações Unidas (FNUAP), lançaram o Projeto “Maternidade Segura”, inspirados na “Iniciativa Maternidade Segura” de 1987. Os “Oito Passos para a Maternidade Segura” (BRASIL, 1995).

A categoria médica se posicionou, em 1997, através do Conselho Regional de Medicina publicando dois artigos, um em agosto com o título “Cesariana: uma epidemia desnecessária” e outro em setembro com o tema “Mortalidade materna: tragédia familiar”. Na primeira matéria discute as altas taxas de procedimentos, que colocava o Brasil na liderança de partos cirúrgicos, Na segunda, destaca o tema das altas taxas nacionais de morte materna, vinte vezes maior que nos países desenvolvidos. Os artigos lançam propostas como o incentivo ao parto normal e ações integradas, envolvendo a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde -SUS, o estabelecimento de políticas claras de assistência à mulher e uma ampla e urgente campanha de esclarecimento popular (CFM, 1997).

No ano de 1998, são publicadas várias portarias e resoluções regulamentando ações, com estrutura de incentivos, voltadas às questões da humanização. É instituída a iniciativa “Hospital Amigo da Criança” para os estabelecimentos que desenvolverem ações de estímulo ao aleitamento materno. Também foi instituído o “Prêmio Galba de Araújo” para reconhecer e incentivar as unidades de saúde que se destacassem pelo atendimento humanizado às gestantes durante a gravidez e o parto.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 1999 pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, apresentava como objetivo geral: promover uma mudança de cultura no atendimento na área hospitalar (BRASIL, 2001).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Neste, os elementos estruturais são: percepção da mulher como sujeito; conhecimento e respeito aos direitos reprodutivos; a perspectiva da humanização.

Nesse esforço do Ministério da Saúde sete áreas prioritárias de atuação foram definidas no ano de 2003 como a transferência do Programa Nacional de Humanização (PNH) da Assistência Hospitalar para a Política Nacional de Humanização. O foco das atenções passou do hospitalar a todo o sistema de saúde. Os eixos de ação para a implementação do PNH foram assim definidos: o das instituições, o da gestão do trabalho, o do financiamento, o da atenção, o da educação permanente, o da informação/comunicação e o da gestão do próprio PNH.

No Ceará, a iniciativa para uma humanização do Sistema Único de Saúde deu-se início em 1990, no Hospital Geral de Fortaleza, com o desenvolvimento de um trabalho em prol da qualidade e da humanização na saúde. Muitos passos foram dados, a partir da primeira iniciativa, com a definição da Política Estadual de Humanização (PEH) que através da publicação da portaria 2067/2003 passou a ser denominada de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e criou os Comitês Estaduais e Municipais e os Grupos de Trabalho de Humanização nas Unidades de saúde (CEARÁ, 2006).

## 2.2 Da medicalização à humanização da saúde

A tarefa de assistir aos partos no século XIX era da competência das parteiras, também conhecidas como comadres, pela razão de serem madrinhas dos filhos por elas “apanhados”. Nessa época, mesmo as parturientes, ricas e nobres do Rio de Janeiro, procuravam as parteiras e somente recorriam aos médicos quando o caso era difícil e complicado (VIEIRA, 2002). Posteriormente, o modelo de assistência médica, incorporado, principalmente, por médicos e enfermeiras, reduziu o contato dos curandeiros e das parteiras na vida das mulheres (ROHDEN, 2001). No entendimento de Vieira a história:

[...]da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de conhecimento cirúrgico e tecnológico, promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e surge com o nome de obstetrícia” (VIEIRA, 2002, p. 23).

As especialidades de ginecologia e obstetrícia tornam-se sólidas no final do século XIX, dando surgimento à medicalização do corpo feminino. Encontramos essa medicalização do corpo feminino nas concepções de saúde, na ampliação quantitativa dos serviços médicos e na incorporação destes à população. (ROHDEN, 2001; VIEIRA,

2002). Comenta ainda Vieira que a expressão “medicalização do corpo feminino” significa utilizar esse corpo, ao longo da história, como um objeto da medicina.

Para Jones (2004), um especialista da área de ginecologia e obstetrícia, defensor do movimento a favor da humanização, aprendeu um modo de agir ritualístico, automático, irreflexivo nas suas atitudes médicas, conforme a sua formação. Os profissionais da saúde, médicos e enfermeiras, recebem um ensino fundamentado na tecnologia, de uma visão cartesiana do paciente. Alguns profissionais podem dar prioridades às tarefas técnicas da atenção a uma mulher em trabalho de parto, porém tornam-se ignorantes quanto ao compromisso de acolhimento e vínculo a essa paciente. Para a antropóloga e defensora da humanização Davis-Floyd (2001):

Os humanistas fazem, sim, intervenções tecnológicas, mas tentam minimizar seus efeitos potencialmente alienantes com amor, tato, carinho e compaixão, mantendo sempre uma atitude de respeito pela individualidade, desejos, vontade e escolhas de seus pacientes “.

As práticas médicas e, em especial, as obstétricas não escapam de tradições médicas com diversas influências culturais. Algumas dessas práticas são incorporadas sem nenhum pensamento crítico, e utilizadas durante anos apenas pela tradição e pelo princípio da autoridade. Uma forma menos autoritária e baseada nas melhores evidências disponíveis desenvolveu-se no Canadá e vista como medicina baseada em evidências (ROUQUAYROL & FILHO, 2003). A utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica clínica está disponível para a tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais e tem se estendido para a elaboração de guias normativas. Em 1996, a OMS sintetiza e publica um conjunto de recomendações baseadas em evidências científicas. Neste documento há valorização das práticas não invasoras, simples, educativas, e cooperação entre os profissionais, mulheres, acompanhantes e familiares no momento do parto/nascimento (profissionais, mulheres, acompanhantes e familiares) (ANEXO II).

Um outro caminho que busca dar qualidade no atendimento à mulher é a promoção da saúde. Considerando-se promoção da saúde como dentro de uma concepção ampla, encontraremos o processo saúde-doença e seus determinantes articulados a saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, público e privado para a solução de problemas. O conceito moderno de

promoção da saúde, e prática conseqüente, surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa, nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (BUSS, 2000). Com a realização de quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde; realizadas nos últimos 12 anos – em Ottawa (WHO, 1996), Adelaide (WHO, 1988), Sundsval (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997) desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional da Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo o tema para o contexto sub-regional.

Existe uma estreita relação entre promoção da saúde e humanização da saúde. Entendemos que, ao falarmos de ações humanas e de interações sociais na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde, estamos incluindo os dois tópicos em um só. Um dos campos de atuação da promoção da saúde é a reorientação dos sistemas e serviços de saúde, implicando em reorientação do cuidado para com o cidadão, respeitando sua autonomia e sua cultura. Lembrando que essa relação envolve interação cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender e abertura a novas práticas e racionalidades (BRASIL, 2002).

Segundo Buss (2000 p.165):

[...] a promoção da saúde envolve valores como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

As mudanças no sentido da promoção/humanização dos serviços em saúde são comparadas a uma imagem em espiral cíclica, cuja base fornece as informações para as estratégias. Em primeiro lugar, é necessário conhecer e interpretar o contexto em que vive o ser humano e, posteriormente, adotar as propostas possíveis para uma intervenção. O trabalho nos serviços de saúde, com a promoção/humanização, desenvolve-se em longo prazo, de forma dinâmica e com inter-relações entre os

trabalhadores, pacientes e gestores da saúde. As resistências com as mudanças, principalmente quanto ao modelo de saúde vigente, existiram, pois o já conhecido parece mais seguro (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Encontramos o tema “humanização da saúde”, desde a XI Conferência Nacional de Saúde, cujo título foi “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Entre os anos de 1999 e 2002, várias são as ações e propostas que invocam esse tema buscando qualidade na atenção ao usuário do sistema de saúde; através de uma série de:

[...] procedimento de carta ao usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) (1999), Programa de Acreditação Hospitalar (2001), Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000), programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), Norma de Atenção humanizada de recém-nascido de Baixo Peso-Método Canguru (2000)... (BENEVIDES, 2005, p.390.).

Entre os anos de 2003 e 2004 foi instituída no Brasil uma Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão, com características de transversalidade, entendendo:

[...] humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Deslandes (2004), diante de documento oficial do Ministério da Saúde, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) identificou e discutiu os temas oposição à violência institucional; qualidade do atendimento; excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços.

Segundo Benevides e Passos (2005), a PNHAH fragmentou-se, padronizou ações e funcionou de forma sintomática. Então, segundo esses autores, a humanização chega ao ano 2000 como conceito-sintoma e se apresenta como práticas de atenção: saúde da mulher; saúde da criança; saúde do idoso; assistência hospitalar. Identificada na assistente social e no psicólogo, com características femininas e focadas no cliente, com garantia de qualidade total nos serviços.

A partir da crítica ao PNHAH Benevides e Passos criam o conceito-experiência da humanização. Na redefinição do conceito de humanização (conceito-experiência) pode-se identificar como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde. “Os sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, ao serem mobilizados são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo”. Há um reconhecimento que o desafio não é conceituar política de humanização e sim sintonizar “o que fazer” com o “como fazer” para um movimento a favor da consolidação do SUS. Conceito-experiência da humanização para os autores são palavras-chaves que utilizam um momento único para descrever, intervir e produzir realidade (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 391).

Deslandes (2005) também discute a Política Nacional de Humanização (PNH) na busca de um conceito definido, de uma aposta no emprego das tecnologias de escuta, acolhimento, diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado, chegando à conclusão de que não há um fechamento de uma definição sobre humanização, isto é, uma imagem-objeto clara, neste caso, confunde-se com os princípios e orientações do SUS, que programa a valorização dos sujeitos; o processo de gestão participativa e solidária; o protagonismo dos sujeitos; as ações de saúde centrada nas necessidades reais de saúde das populações e dos indivíduos; e democratização das relações.

Quanto ao caráter de transversalidade da PNH, significa criar espaço aberto à comunicação das práticas de saúde no qual o coletivo toma posição, pois são sujeitos do processo de produção de suas realidades. Deslandes (2005), utiliza o conceito-princípio ao comentar sobre PNH e aponta que a mesma está presente em vários níveis do cuidado em saúde, da recepção do usuário à gestão e planejamento das ações.

Humanização, como conceito-experiência, substituindo o conceito-sintoma é também do ponto de vista de Campos uma definição mais apropriada. Para esse autor o conceito-sintoma simplifica conflitos e problemas estruturais do SUS e ainda desvaloriza o ser humano. Convivemos com dificuldades nos hospitais brasileiros, o descrédito dos próprios trabalhadores na produção de saúde, os serviços de saúde burocratizados e as relações interpessoais (interprofissionais ou destes com os pacientes) empobrecidas. Nesse entendimento, invocar os trabalhadores da saúde a um comportamento e postura de cuidadores, como num passe de mágica, é utilizar o conceito-sintoma de forma simplista (CAMPOS, 2005).

Segundo ainda Campos (2005 p. 399):

no SUS a humanização depende, por tanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

A política de humanização da saúde tem sentido amplo, complexo e pretende mudar a maneira de construir as políticas públicas de saúde. A implementação da política de humanização em todos os setores da saúde não é uma tarefa fácil, pois o sistema de atendimento encontra-se dividido por especialidades, carregado de especificidades.

Uma visão de complexidade da política de humanização em saúde é fornecida por Sampaio (2005 p.12):

[...] humanização não cabe em recortes positivos, categóricos, quantitativos ou técnico-operacionais. A visão necessária é a da complexidade. Estamos no terreno do qualitativo, do dialético, do sutil, do subjetivo, do histórico-ideológico, do analítico-crítico. Estamos no terreno do inter e do trans, seja setorial, profissional, disciplinar.

Para explicar a complexidade da humanização na política pública de saúde, Sampaio aponta nove níveis para análise avaliativa das políticas adotadas, são elas: o ético, o estético, o político, o cultural, o econômico, o organizacional de sistema, o organizacional de serviço, o técnico e o psicossocial.

No nível analítico psicossocial um glossário de palavras se articulam: satisfação, representação, respeito, personalidade, protagonismo e subjetividade. Em face da significação dessa enumeração para avaliar o nível da humanização dos serviços médicos, pode-se deduzir que a humanização requer acolhimento como palavra chave e estar tanto para o trabalhador como para o paciente.

Ayres traz as discussões sobre a humanização para o campo da filosofia. Para ele, a humanização é utilizada com um sentido genérico, uma vez que humanização é “compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validada como bem comum” (AYRES, 2005, p.550).

Muitos conceitos avançados surgem no campo da saúde pública, porém o efeito transformador na prática ainda não é expressivo, podendo-se constatar que a humanização das práticas de saúde pode ser entendida como cuidar da saúde porque é um valor que implica em relações de subjetividades (AYRES, 2004).

### 2.3 OS DIVERSOS OLHARES PROFISSIONAIS SOBRE HUMANIZAÇÃO

Hoje existe um debate importante sobre a humanização do parto no qual estão envolvidos diferentes grupos de profissionais da saúde entre os quais podemos mencionar os médicos, as enfermeiras, psicólogos, fisioterapeutas e os antropólogos.

Os debates surgiram com as reflexões críticas sobre o modelo de assistência ao parto. No ano internacional da criança (1979), considerado um marco mundial na história da assistência à mulher e ao recém-nascido, foi criado, na Europa, um comitê regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e mortalidade perinatal e materna naquele continente. Foram discutidos problemas como o aumento de custo, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; a falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a extrema variabilidade nas condutas. A partir desse comitê, vários grupos de profissionais passaram a organizar-se para sistematizar os estudos de eficiência e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, iniciando um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1985; Cochrane Collaboration, 1996).

No Brasil, nos anos 70, a industrialização, a urbanização e a participação das mulheres no mercado de trabalho foram acompanhados por redução do número de filhos. Os governos passaram a permitir a atuação de entidades privadas que executavam programas verticais de controle da natalidade. A década de 80 foi marcada por grandes debates no setor saúde, envolvendo pesquisadores, feministas, profissionais de saúde e órgãos governamentais. Criou-se um amplo movimento de oposição ao modelo de saúde vigente que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira (ESCOREL, 1999).

Humanização do parto e direito reprodutivo das mulheres vêm, há décadas, fazendo parte da pauta dos movimentos feministas em saúde. Por exemplo, a humanização da assistência à criança faz parte das intenções direcionadas ao recém-nascido de baixo peso, internado na unidade de terapia intensiva. O projeto maternidade segura e o método canguru são outros exemplos que utilizam o princípio da humanização e são referências para a rede pública, apoiada pela OMS (OMS, 1996).

Interpretando trabalhos publicados, sobre humanização do parto, por alguns médicos e enfermeiras da área de ginecologia-obstetrícia parece que a humanização do atendimento à mulher em trabalho de parto é exclusividade de um grupo de profissionais do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do REHUNA. Cada grupo defende um “ponto de vista” e em algum momento torna-se individualista no atendimento à mulher. Cada grupo compreende humanização sem complexidade e de fácil implementação.

Na área médica, há uma dicotomia, se um grupo valoriza o modelo intervencionista (FEBRASGO, 2002; RBGO, 2004; CRM, 2005); um outro, adota o modelo humanizado (BALASKAS, 1993; SABATINO et. al, 2000; JONES, 2004; ENKIN et. al., 2005). No primeiro modelo, a técnica é soberana, no segundo, tentam unir técnica e suporte emocional. Há uma preocupação excessiva, no modelo biomédico, com a resolutividade dos trabalhos desenvolvidos na sala de parto o que implica muitas vezes em intervenções desnecessárias. Há também um “medo” de complicações no parto que possam gerar processos judiciais.

Nos artigos dos antropólogos, encontramos o termo “cultura” (JORDAN, 1987; IRWIN e JORDAN, 1987; DAVIS-FLOYD, 2001). Na “cultura do parto” e

nascimento a mulher assume poder de decisão, pois, valoriza-se o ambiente, os profissionais que colaboram com a assistência ao parto e até as condições nas quais a paciente nasceu.

- A perspectiva antropológica

Estudos etnográficos realizados com populações indígenas analisaram aspectos do nascimento humano e revelaram a importância da posição adotada pela mulher no momento em que ela permanece em trabalho de parto e no parto, bem como o papel da parteira e familiares neste evento. Um dos autores Brigitte Jordan (1987) analisou o parto em quatro culturas (*Yucatan, Holland, Sweden e US*) entre 1972 e 1975. Nesse trabalho, Jordan mostra a vasta diferença entre os sistemas de nascimento que dão autoridade de saber às mulheres e àqueles em que as comunidades, e os sistemas investem nos especialistas e máquinas. Segundo Jordan os países em desenvolvimento tentam aperfeiçoar a saúde materno-infantil adotando práticas biomédicas que são comuns em países desenvolvidos. Gastam parcela importante do orçamento da saúde com alta tecnologia e treinamento especializado e conseguem assistir, somente, pequeno seguimento da população. Jordan entende que o sistema local adaptado às condições da população e valorização das relações familiares conduz o parto/nascimento diferente das práticas biomédicas de assistência ao parto.

No sistema adotado pelas populações indígenas, sistema nativo, a mulher pode escolher uma seqüência de posições durante o trabalho de parto que vão desde a posição deitada numa rede, sentada numa cadeira ou num tapete, até a posição de cócoras ou ajoelhada. No sistema nativo, a parteira se permite envolver física e emocionalmente com a gestante em trabalho de parto. Os braços da mulher envolve o pescoço da parteira e o esforço desenvolvido reflete à força da contração uterina. No sistema ocidental, a movimentação da mulher é limitada, a relação profissional-paciente é pouco valorizada e na hora do parto os lençóis esterilizados separam partes do corpo da mulher. (JORDAN, 1987; IRWIN & JORDAN, 1987).

Numa perspectiva antropológica, estudo etnográfico da obstetrícia, investiga a identidade das “parteiras de hoje”. As parteiras contemporâneas reconhecem a difícil tarefa de conviverem entre o tradicional, com suas limitações, e a força do sistema

biomédico. As parteiras tradicionais, contemporâneas, são grupos organizados, flexíveis e que fazem a ligação entre os sistemas adotados pela população (DAVIS-FLOYD et. al., 2001).

A REHUNA conseguiu agregar várias categorias de profissionais, dentre eles alguns antropólogos. Davis-Floyd é uma profissional que apóia essa rede e que conseguiu articular ativismo a favor da humanização do parto e estudos antropológicos. “Ser ativista quer dizer que toma uma posição e trabalha para isso. E ser antropóloga quer dizer que está aberta a tudo e não julga” (DAVIS-FLOYD apud TORNQUIST, 2002 p.397). No início da criação dessa rede, médicos de muitas cidades do Brasil sofriam pelo fato de serem poucos profissionais tentando trabalhar de uma forma diferenciada em suas comunidades. A pretensão dessa organização é tornar-se parte integrante de um grande movimento de humanização da assistência à saúde no País.

Embora o parto envolva as dimensões biológicas e emocionais, os antropólogos demonstram a natureza social do nascimento e sua importância para assegurar a sobrevivência que é biológica e, ao mesmo tempo, um processo pessoal de transmissão cultural. Ao utilizarem a definição de “cultura do parto”, valorizam o lugar do nascimento, os atendentes, os artifícios para facilitar ou controlar o nascimento e os sistemas diferentes de conhecimento sobre parto. Com esse raciocínio, encontram-se amplas variações nas práticas em relação ao parto. Portanto, são importantes determinantes culturais: onde”, “como”, “com quem” e até mesmo como a parturiente nasceu (DAVIS-FLOYD, 2005).

Artigos antropológicos documentam a voz de mulheres que vivem em países em desenvolvimento e revelam o sofrimento das pacientes por permanecerem em dieta zero durante todo o trabalho de parto e sem acompanhamento de um membro da família durante o internamento (DAVIS-FLOYD, 2005). Os antropólogos engajados em pesquisas que fazem cruzamentos culturais do parto/nascimento criticam políticas que aumentam o poder da biomedicina, com freqüência falam do papel dos ativistas que trabalham para aperfeiçoar as políticas de saúde, lutam pela viabilidade do suporte tradicional das parteiras no mundo contemporâneo e por fim do abuso, de poder, da biomedicina.

A antropologia do nascimento desafia o modelo tecnocrático com sua abordagem do parto humanístico. Os profissionais desta área podem trabalhar em equipe que pode ser formada por um obstetra, uma enfermeira obstetra e uma doula<sup>2</sup>. Os partos podem ser domiciliares ou hospitalares, depende da mulher e das condições em que ela se encontra. O trabalho de parto e o parto são considerados um processo por excelência da mulher. Muitas vezes, o profissional masculino tende a ficar de “fora do caminho” para a enfermeira e a doula trabalharem no apoio à mãe enquanto o processo se desenvolve.

Os antropólogos são favoráveis ao parto domiciliar e adeptos de ambientes harmoniosos, carregados de espiritualidade por isso estão mais próximos da comunidade.

O tipo de conhecimento produzido por estas redes de atores sociais que vêm revitalizando o parto domiciliar em Florianópolis vai privilegiar o sensível, as emoções, as imagens e os afetos. Este tipo de conhecimento é profundamente mimético e concebe destaque à aprendizagem através da experiência (SOUZA, 2005 p.136).

Ainda segundo Souza (2005), os praticantes de parto domiciliar, ao incorporarem a noção de “autonomia”, encontraram um ponto de tensão com a concepção moderna de indivíduo, enquanto mestre de si e de sua vontade. Para Tornquist (2003, p.26), as mulheres:

[...] são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater.

Os obstetras humanistas fazem procedimentos no organismo da gestante quando esses são indispensáveis para salvar a vida e não para atrapalhar o parto ou criar complicações. Portanto, as práticas de atendimento estão baseadas em evidência científicas atualizadas (DAVIS-FLOYD, 2004).

- A percepção dos enfermeiros

---

<sup>2</sup> A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto ([www.doulas.com.br](http://www.doulas.com.br))

O grupo dos profissionais da enfermagem (DAVIM e BEZERRA, 2002; ÂNGULO-TUESTA *et al.*, 2003) compara o modelo de assistência ao parto no Brasil com o modelo americano no qual se dá pela intervenção no âmbito institucional, firmado na visão cartesiana, onde o corpo é visto como uma máquina que requer alguém para consertá-la quando sofre algum dano. Nas maternidades brasileiras, as parturientes encontram um ambiente estressado, técnicos que utilizam um linguajar próprio e uso indiscriminado de medicação na tentativa de acelerar o trabalho de parto.

Em uma seleção de artigos sobre humanização do parto dos profissionais da enfermagem percebemos: uma busca pelo poder de decisão, tanto a nível hospitalar, como extra-hospitalar, sobre o corpo da mulher em trabalho de parto; exclusão do médico obstetra como membro do plantão de profissionais da assistência ao parto nas casas de parto; ausência de comentários sobre complicações obstétricas antes, durante ou pós-parto; escassos comentários sobre o poder da própria paciente em conduzir seu trabalho de parto (DAVIM e BEZERRA, 2002; ANGULO-TUESTA *et al.*, 2003; COFEN, 2004).

O parto denominado humanizado tem como base uma tecnologia apropriada para nascimento e parto, no qual recomenda liberdade à gestante para que a mesma escolha a posição de parir que possa andar dentro de seus espaços pré-determinados. Os profissionais da enfermagem (CHAMILCO, 2001; DAVIM e BEZERRA, 2002) não aceitam episiotomia de rotina, rotura artificial da bolsa amniótica e recém-nascido sadio longe de sua mãe. Entendem que humanizar é desenvolver sensibilidade, respeito e solidariedade. Davim e Bezerra (2002, p.63), observa que:

o projeto midwifery surgiu dentro de uma perspectiva de um relacionamento de amor, dentro de uma perspectiva de uma ótima comunicação interpessoal. Neste modelo a assistência ao parto, parto e nascimento respeita a natureza da mulher, acompanha o ritmo do próprio desejo-motor-materno, ensinando a convivência tranqüila com o parto sem os traumas das rotinas hospitalares.

Alguns profissionais da enfermagem defendem o processo de comunicação interpessoal como ponto chave da humanização. Acreditam que, se a ciência médica é racional, técnica e objetiva, a sua prática exige relações intersubjetivas e interprofissionais. Portanto, escolhem o trabalho de equipe, tipo integração, que tem como característica básica a articulação das ações como resultado de intervenção ativa

de cada agente envolvido na produção de cuidados. Trabalhos especializados são complementares e interdependentes entre si. Não há lugar para independência, mas de divisão de trabalho, com base na prática médica (ANGULO-TUESTA et al., 2003).

No discurso das enfermeiras, pode-se enumerar uma série de ações integradas na realização de diversas tarefas. Fazem parte do discurso das enfermeiras: integração e cooperação mútua; relações horizontais; intercâmbio de experiências, conhecimentos e informações sobre as gestantes; acessibilidade ao obstetra; respeito e confiança na capacidade técnica dos profissionais; intercâmbio de responsabilidades, do cuidado, atitude e disposição dos profissionais para realizar diversas tarefas (ANGULO-TUESTA et al., 2003).

Um grupo de pesquisadores da enfermagem valoriza a participação da paciente no trabalho de parto e consideram-se, até, como integrantes da experiência vivida pela mulher. Em relação ao acompanhante da paciente, como integrante da cena do parto, esse grupo consideram-se flexíveis e propõem que esta inserção seja precedida por profunda e ampla preparação de todos os profissionais envolvidos. (PINTO et al., 2004).

A dor da gestante em trabalho de parto é comentada na pesquisa de Oliveira, essa revela: “poucas vezes deixamos a técnica de lado e nos colocamos no lugar da paciente”. (2001).

Um grupo da enfermagem ao se posicionar a favor dos Centros de Partos Normais (CPN) considera que as maternidades e as intervenções provenientes da medicalização do parto fazem com que as mulheres acabem não acreditando na sua capacidade de parir um bebê saudável, sem estar, necessariamente, em um ambiente hospitalar e tendo ao seu lado um médico e sua equipe. Esse grupo esclarece que o parto não deve ser visto sempre como uma situação de risco, pois este fato ocorre eventualmente. São características desse grupo: a presença da doula, ou familiar da paciente para acompanhar o trabalho de parto; aplicação de massagens por um membro da equipe em diversas áreas de tensão no corpo da gestante, não apenas

como um ato mecânico, físico das mãos, mas como a concretização de um cuidar mais abrangente.

Nas relações interprofissionais entre enfermeiras, obstetras e médicos, em geral, surgem divergências quanto ao atendimento às gestantes, aos procedimentos e às condutas. Há rivalidades entre os profissionais e uma dificuldade na delimitação das funções e atribuições. Surgem então algumas perguntas. Quem pode atender à gestante? Quem pode realizar parto? Quem manipula gestantes complicadas? Quando solicitar o médico? As tensões e conflitos surgem mais onde os riscos obstétricos, a princípio, são menores, ou seja, na sala de parto de baixo risco.

As enfermeiras obstétricas se dizem menos intervencionistas (ÂNGULO-TUESTA *et al*, 2003) no parto e valorizam aspectos educacionais e psicológicos no encorajamento das mulheres nas novas práticas de acompanhamento do trabalho de parto. Nesse aspecto, necessitam de mais tempo para desenvolver seus trabalhos sendo um dos conflitos com os profissionais médicos. Elas chamam a atenção para a questão de gênero no atendimento à mulher e consideram o modelo atual predominantemente racional no qual o profissional é independente, dominante, pouco afetivo, insensível e autoconfiante.

As enfermeiras são testemunhas da esmagadora ocupação do campo da assistência institucionalizada ao parto por médicos e estudantes de medicina, e ao aumento das taxas de cesarianas no Brasil. Esses dois fenômenos foram acompanhados por uma crescente e notável desumanização da assistência à parturiente, especialmente, aquela prestada às mulheres socialmente desfavorecidas (OSAVA, 1997). As enfermeiras, quando defendem a evolução fisiológica do parto, e os médicos, quando defendem o parto com procedimentos obstétricos, ambos são necessários à humanização do parto.

Numa tentativa de reverter altas taxas de cesarianas, entidades de classe como CFM, COFEN e MS implementaram algumas iniciativas como: incentivo à participação dos profissionais de enfermagem-obstétrica no acompanhamento ao pré-natal e ao parto de gestante de baixo risco obstétrico (BRASIL, 2000). A iniciativa ocorre, basicamente, no serviço público como variável, a depender de cada região.

- A percepção dos biomédicos

Há um reconhecimento de que médicos e hospitais assumiram totalmente a assistência às gestantes, tanto no pré-natal como na assistência ao parto, excluindo as parteiras e o aconchegante ambiente domiciliar dos eventos do nascimento. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se (NAGAHAMA, 2005).

Na formação dos profissionais médicos aparecem duas dimensões as quais gozam de valorização desigual, tanto no ensino como na prática (modelo tecnocrático de medicina). Quando falam de competência estão se referindo ao conhecimento técnico e científico; o cuidado é uma dimensão que se expressa na linguagem de valores, atitudes e emoções, tende a ser tratado como aspecto secundário. A relevância atribuída à noção de humanização é variável, pois o valor atribuído ao tema nos departamentos de tocoginecologia das faculdades de medicina do Estado de São Paulo, pode ser de absoluta falta de menção nas disciplinas obrigatórias até o uso do termo na declaração da missão de ensino da faculdade (HOTIMSKY, 2005).

No confronto com o tema “humanização do parto”, questionamentos são feitos, pelos biomédicos, sobre a qualidade e eficiência da prática de assistência ao parto, como: qual profissional é mais capacitado; quais os equipamentos indispensáveis; qual o local mais seguro; os direitos de escolha da paciente quanto à assistência e quais as diretrizes técnicas que orientam a prática obstétrica (DINIZ, 2001).

Quanto a analgotocia, em todas as modalidades, é defendida e aperfeiçoada para atendimento ao parto da mulher ocidental. As rotinas estabelecidas nos centros obstétricos são para atender ao parto humanizado. Acesso ao analgésico faz parte do discurso médico. A “humanização do parto” gera uma grande confusão quanto ao seu real significado. O que não podemos entender é a ausência de debate na formação dos

profissionais. As próprias Universidades em sua formação acadêmica prioriza uma abordagem mais tecnicista e não amplia essa discussão.

Segundo Hotimsky e Schraiber (2005 p.642):

numa aula expositiva ministrada para estudantes da disciplina de ginecologia e obstetrícia uma professora apresenta as taxas de fecundidade, proporção de parto atendidos no Sistema Único de Saúde e partos hospitalares em geral. Em seguida, analisa os índices de morbimortalidade materna e neonatal, bem como as taxas nacionais e regionais de cesária,

No grupo dos biomédicos percebemos uma intolerância por parte de outros colaboradores da saúde. As atividades de diagnóstico poderão ser compartilhadas com algumas outras profissões da área da saúde. Quando, porém surgirem desvios de função, cabe, exclusivamente, aos médicos o diagnóstico da origem dos desvios e a recomendação da terapêutica adequada (RBGO, 2004). As explicações são fundamentadas nas aptidões técnicas.

Os biomédicos encontram motivos sérios para se posicionarem contra as casas de parto ou Centro de Partos Normais (CPN). Lembram que há uma ineficácia dos sistemas que tentam quantificar e qualificar o risco gestacional. Mostram estatísticas desfavoráveis ao parto extra-hospitalar e as implicações legais que podem surgir. O paradigma do modelo médico tecnocrático é tipo intervencionista que busca resultados a curto-prazo. Como numa linha de montagem, as práticas rotineiras não são avaliadas caso a caso, então um grande número de procedimentos desnecessários são realizados. A percepção predominante, entre os técnicos treinados, é a adoção da cesariana como uma cirurgia segura, rápida e sem complicações, tanto para as mulheres, como para os bebês e os médicos.

A própria história constrói conceitos para a prática de atenção à saúde. Há conflitos nas políticas de saúde, porém, mais ainda, nas que se referem aos momentos de nascimento e morte. Questões como procedimentos técnicos, ética e qualidade de vida fazem parte dos entraves da política de saúde. Os problemas são muitos. No caso do Brasil, até questões de acesso e alocação de recursos estão envolvidos (BOARETO, 2003).

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e outras entidades foram parceiras do Ministério da Saúde na elaboração de manuais técnicos para o programa de humanização no pré-natal e nascimento. Em 2001, foi publicado o manual sobre parto, aborto e puerpério (BRASIL, 2001), no entanto na prática, normas e manuais, não conseguem alterar posturas arraigadas para introduzir abordagem humanizada.

Os indicadores de mortalidade materna e neonatal no Brasil melhoraram, porém são ainda inaceitáveis. São duas mil mulheres e cerca de 38 mil crianças com menos de 28 dias de vida que morre a cada ano. Mulheres e crianças que, em grande número, poderiam ter sido salvas, graças à decisão de política de saúde, investimento na qualificação da atenção e com o envolvimento da sociedade (FEBRASGO, 2005).

Encontramos, dentro da obstetrícia, uma outra escola que é norteadada pela medicina baseada em evidência científica. Nesse grupo de médicos encontramos um espectro de estudos que vão, desde atenção efetiva ou cuidados médicos efetivos, às técnicas humanizadas. Compreende-se como atenção efetiva como um desejo de mulheres, médicos e outros profissionais, independente do que cada um considera importante, uma vez que há diferentes opiniões sobre esse assunto, enquanto a atenção, baseada em evidência científica, é definida como o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais (ENKIN et. al., 2005).

Os profissionais que trabalham em maternidades se conduzem de forma a manterem as rotinas e as regras que mostram mais benefícios que danos às pacientes. Eles também são flexíveis na aplicação dessas rotinas e levam em conta as necessidades de cada mulher, são observações feitas por Enkin e colaboradores (2005).

Nas abordagens e apresentações das gestantes deve-se manter a dignidade feminina, proporcionar privacidade e tratá-las como adultas. O bem-estar materno e fetal deve ser monitorizado de forma cuidadosa e individualizada sem a necessidade de equipamento especial. O acompanhamento do trabalho de parto requer mais que a avaliação das contrações uterinas e a dilatação do colo. Pontua Enkin *et al* (2005) que:

não há indicações [...] como a administração rotineira de enema ou tricotomia perineal, que causam desconforto e constrangimento para as mulheres. Não se justifica amnioscopia ou ruptura artificial das membranas para avaliar o líquido amniótico. O uso seletivo de monitorização fetal pode basear-se na avaliação do risco pela história clínica, e possivelmente por avaliação intraparto precoce. Deve-se usar o exame vaginal, e não o retal, para avaliar o progresso do trabalho de parto, porém apenas na frequência necessária. O uso de um partograma é benéfico.

O trabalho de parto normal comumente é um processo contínuo, apresenta-se em três estágios. O primeiro é o intervalo entre o início do trabalho de parto e a dilatação cervical completa. O segundo estágio é o intervalo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do lactente. O terceiro compreende o período entre o nascimento do lactente e a saída da placenta. Durante todo o trabalho de parto e no período expulsivo a mulher deve escolher a posição em que se sente mais confortável. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com a sua preferência (ENKIN et al, 2005).

No segundo estágio, a mulher, freqüentemente, torna-se mais vulnerável e dependente da influência daqueles que a assistem. Algumas mulheres sentem desejo de fazer força antes da completa dilatação do colo e outras bem depois da dilatação total do colo. Essa fase de transição pode ser indicada através de palavras, ação, na modificação da expressão facial ou na forma como aperta a mão do acompanhante.

Quando a apresentação é visível no intróito vaginal, a dilatação do colo uterino é completa, a mulher sente um forte desejo de defecar; é o momento de assistência ao período expulsivo. Caso a mulher sinta desejo de fazer força durante o trabalho de parto, sem apresentação visível, deve-se avaliar a dilatação por exame vaginal. Para esforços expulsivos com dilatação de oito centímetros é prudente encontrar melhor posição para a paciente e associá-la a uma técnica de respiração; pode-se usar analgesia peridural, se necessário. É importante, nesta fase, que a mulher não fique exausta, portanto a equipe de profissionais e o acompanhante dão suporte para que tal fato não aconteça. A prática de dirigir os esforços expulsivos deve ser abandonada e a orientação consiste em moderar os esforços para permitir um desprendimento suave e relaxado da apresentação fetal. Neste período é questionada a necessidade ou não da episiotomia. A Organização Mundial da Saúde recomenda a

episiotomia para aliviar o sofrimento fetal ou materno ou para obter progresso adequado quando o períneo é responsável pelo não desprendimento fetal (OMS, 1996).

No terceiro estágio do trabalho de parto, os esforços da equipe obstétrica é no sentido de minimizar efeitos adversos graves, como perda sangüínea e retenção placentária. Há também uma preocupação em interferir o mínimo possível na relação mãe-filho. A assistência nesse estágio pode ser expectante sem uso de medicação, tração leve no cordão umbilical ou pressão no fundo uterino e esforço materno para a saída da placenta. Caso a conduta seja profilática, utilizará ocitocina e/ou ergometrina (os mais usados) para o controle da atonia uterina (ENKIN et al, 2005).

Os benefícios e a ausência de riscos, quanto ao suporte social e profissional à gestante em trabalho de parto, são comprovados e fazem parte da assistência humanizada à mulher (HODNETT et al, 2003). Toda mulher deve poder escolher seu acompanhante no trabalho de parto. Este acompanhante pode ser o cônjuge, outro parente ou amigo. É importante a experiência da equipe e do acompanhante para que a mulher se sinta confiante no seu desempenho durante o trabalho de parto.

Nos médicos adeptos da medicina baseada em evidência científica, o suporte durante o trabalho de parto pode ser oferecido por qualquer profissional responsável pela assistência clínica, familiar ou amigos. As práticas de saúde são medidas de conforto físico, apoio emocional, o que permite a mulher uma companhia permanente. E os partos planejados, nas gestantes sem risco materno/fetal, podem ser domiciliares, pois a tecnologia moderna presente nos hospitais pode desviar a atenção e o tempo dos profissionais cuidadores (BRUGGEMANN et. al., 2005; ENKIN et. al., 2005).

Nos últimos cem anos a obstetrícia ficou tão moderna que as mulheres perderam contato com sua capacidade de parir. O parto ativo é aquele em que a mulher está no controle do seu corpo durante o trabalho de parto sem a interferência da equipe obstétrica. Ela se movimenta, livremente, durante toda a dilatação do colo uterino, escolhe posições verticais confortáveis, como ficar em pé, caminhar, sentar-se, ajoelhar-se ou se agachar. Entre as contrações encontra maneira de descansar. No período expulsivo ela está amparada ou sustentada, acorçada ou ajoelhada (BALASKAS, 1993).

No controle da dor, a medicina oferece analgésicos e anestésicos os quais podem ser usados com critério no auxílio de procedimentos. É importante que os profissionais e os pacientes estejam conscientes do custo operacional, das limitações do tempo de duração e das iatrogenias desses fármacos e do procedimento de aplicação. Um número pequeno de mulheres que conhecem os riscos dos procedimentos cirúrgicos, solicitam a utilização de métodos mais naturais e humanizados. Nesses casos, os meios adequados para que o casal vivencie o momento do parto em harmonia é fundamental (SABATINI et al., 2000).

Os profissionais de atenção ao parto devem ir além de seus conhecimentos sobre mecanismos e técnicas, pois a experiência de uma mulher depende da personalidade e atitude da pessoa que a atende. Conforme testemunho de um médico, declara que: “minhas experiências no passado, como médico, já haviam me levado a acreditar que o tempo e a paciência são os aliados mais úteis e que a intervenção ativa deve ser usada apenas em casos especiais” (ODENT, 2002). Mesmo que a mulher chegue com suas pré-concepções e experiências vividas, há uma possibilidade de criar um ambiente favorável onde a gestante enfrente o nascimento do filho de forma diferenciada.

O acolhimento do recém-nascido requer criar condições de recebê-lo e compreendê-lo. Para Leboyer (1992), um ambiente silencioso, com pouca luz, contato pele a pele com sua mãe o mais cedo possível, o vínculo mãe-bebê desfeito somente quando cessado os batimentos do cordão umbilical e a posição fetal mantida no pós-parto são qualidades inerentes a uma boa assistência ao recém-nascido. Diante da cena descrita por Leboyer, interroga Jones (2004), “quantas pessoas estariam habilitadas a acompanhar o significado transcendental desta cena?”.

Tentando entender a humanização do parto pelo que ela não é, Davis-Floyd, (2001), cria definições para o modelo tecnocrático (biomédico), o humanístico e o holístico (ANEXO I). São modelos que ajudam nas nossas interpretações das práticas de saúde. Como médica e humanista, Davis-Floyd, utiliza a tecnologia nos procedimentos obstétricos, mas tenta minimizar os efeitos que provoca o mal com amor, carinho, compaixão, respeitando o desejo de cada paciente.

### **3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.**

#### **3.1 Natureza e tipo de estudo**

Nesse trabalho, empreguei uma metodologia predominantemente qualitativa, através de uma abordagem etnográfica. Ao utilizar essa metodologia, pretendo encontrar, entre suas definições, procedimentos e objetivos, respostas para as minhas questões.

Dentre as definições de etnografia, selecionamos a que é defendida por Fabietti & Remoti (1997) como “atividade de pesquisa no terreno [...] por prolongado período de tempo [...] com contato direto com o objeto de estudo [...] seguido pela sistematização em formato de texto da experiência”. Pode-se daí deduzir que: a etnografia está, do começo ao fim, imersa na escrita. Essa escrita relata a experiência na forma de texto (CLIFFORD, 2002).

Complementando esse conceito de etnografia citamos Geertz (1989), que considera a etnografia mais do que estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário. Representa um esforço intelectual.

No envolvimento com a prática etnográfica, o pesquisador se depara com rotinas automatizadas para coleta de dados, estruturas conceituais complexas, muitas sobrepostas ou amarradas umas as outras, que são, inicialmente, estranhas, irregulares e inexplicáveis (GEERTZ, 1989). O trabalho do etnógrafo consiste em primeiro lugar na apreensão e posteriormente na apresentação.

#### **3.2 Campo de estudo**

Essa pesquisa foi desenvolvida no município de Fortaleza-Ce, no Hospital Distrital Gonzaga Mota em Messejana (HDGMM). A escolha desse campo de estudo foi por sugestão de uma enfermeira, que trabalhou neste ambiente e forneceu informações sobre a proposta de implementação da humanização na sala de parto.

Então, no primeiro contato com o hospital mostrei o projeto de pesquisa aos profissionais que estavam disponíveis naquele momento e nos demais contatos fui conversando individualmente com profissionais e mulheres.

No início da observação participante tive que explicar, por várias vezes, o que eu estava fazendo. Eram freqüentes os questionamentos sobre o tema e a desconfiança em relação a minha pessoa. Além das dificuldades iniciais, a rotina do trabalho na emergência ocupa muito tempo dos profissionais. Constantemente tinha que fazer um exercício de ver os procedimentos e tentar perceber o lado não técnico dos profissionais, ou seja, as atitudes, as intenções e os sentimentos dos funcionários.

- Descrição do hospital

O Hospital Distrital Gonzaga Mota em Messejana é um hospital público, de atendimento clínico e ginecologico-obstétrico, que no ano de 2006 está vinculado a uma entidade de ensino superior. A cidade de Fortaleza é dividida em regionais e, neste caso, essa unidade hospitalar atende a população correspondente a regional VI<sup>3</sup>. A maternidade desse hospital procura seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde no sentido da humanização da assistência ao parto, entre elas: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno, ao alojamento conjunto, à presença de acompanhante e à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no processo do parto.

A maternidade deste hospital foi reformada para atender as novas exigências, isto é, para cuidar melhor da saúde da mulher. A antiga sala de parto funcionava em um pequeno espaço com cinco camas; sendo quatro camas dispostas lado a lado com um pequeno espaço entre elas que consistia no pré-parto; e uma cama, própria para assistência ao parto vaginal, em outro espaço menor. A equipe era composta por um obstetra, uma parteira, um anestesista de sobreaviso e uma enfermeira que era responsável por todo hospital. A paciente era examinada na emergência e encaminhada para essa sala de parto.

Faz quatro anos que essa maternidade sofreu modificações no espaço físico e no quadro de funcionários. Os plantões são de doze horas e funciona com quatro

---

<sup>3</sup> O município de Fortaleza está dividido administrativamente em seis regionais.

auxiliares de enfermagem, uma enfermeira obstétrica, três médicos obstetras, um neonatologista, um anestesista e uma funcionária do serviço geral. Os médicos obstetras fazem um revezamento no atendimento de emergência, na sala de parto e nas prescrições do alojamento conjunto. Em relação ao número de pacientes atendidas, em comparação com o atendimento na antiga maternidade, quase que quadruplicou; e este fato traz uma sobrecarga de trabalho que é motivo de reclamações por parte de alguns profissionais.

A nova maternidade desse hospital é fruto de várias modificações as quais buscam um atendimento de qualidade. Na entrada dos quartos é possível encontrar o nome de cada mulher, ainda que não seja pronunciado por todos os funcionários; utiliza-se com certa freqüência a palavra “mãezinha”. As mulheres internadas, ainda, não contam com a presença de acompanhante, mas, em alguns plantões, utilizam a mão amiga dos voluntários. No pós-parto, elas são encaminhadas para o alojamento conjunto; e neste novo ambiente há oportunidade para troca de informações e experiências entre elas.

As pacientes que procuram essa maternidade são provenientes dos bairros da regional VI, outras regionais e cidades vizinhas como Aquiraz, Pacajus, Cascavel, Beberibe e outras. Gestantes e familiares que chegam na emergência procuram inicialmente o SAME para preenchimento da ficha e aguardam o atendimento em uma pequena sala de espera. A porta na maioria das vezes encontra-se fechada e a comunicação inicial é feita através de uma campainha.

- A sala de parto.

O espaço físico da sala de parto é dividido em uma área central, sete quartos, dois banheiros e um berçário. Na área central há uma bancada que serve de apoio para os profissionais. Encontramos também neste ambiente, dois quartos reservados para o repouso dos profissionais de nível superior (repouso masculino e repouso feminino) e um quarto com dois berços.

Na decoração da sala encontramos quadros na entrada dos quartos que representam flores harmoniosamente dispostas. Nas proximidades dos quadros há um

espaço reservado para identificação da paciente pelo nome. No interior dos quartos encontramos a cor azul e, externamente, o salmão.

Nos quartos, as camas estão assim distribuídas: três quartos com uma única cama, três quartos com duas camas e um quarto com três camas. O material utilizado no parto encontra-se nas prateleiras existentes nos quartos e os instrumentos utilizados para relaxamento muscular estão espalhados pela sala. Os cavalinhos, são bancos de madeira postos nas proximidades da entrada dos quartos; uma bola grande pode ser encontrada próxima a um dos banheiros e os materiais para massagens estão sobre a bancada, na área central.

O ambiente da sala de parto une os espaços de pré-parto, parto e pós-parto em um só; é favorável a presença do acompanhante porque os quartos são espaçosos. Quase todas as camas permitem modificações para uma assistência ao parto vaginal, sem necessidade de transferir a mulher para outro lugar. O centro cirúrgico obstétrico fica em uma outra divisão do hospital, porém nas proximidades da sala de parto.

### 3.3 Os sujeitos da pesquisa

Assim, a pesquisa foi desenvolvida junto aos profissionais de saúde dessa instituição e pacientes, no caso as gestantes e parturientes, do referido hospital e, três grupos formados por médicos obstetras, pediatras, anestesistas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem foram convidados a participarem da pesquisa. Participar do cotidiano de profissionais e pacientes, vendo o que eles fazem, ouvindo o que dizem e perguntando coisas em pleno plantão obstétrico não foi uma tarefa fácil.

No primeiro contato com o hospital mostrei o projeto de pesquisa aos profissionais que estavam disponíveis naquele momento e aos demais contatos fui conversando individualmente com profissionais e pacientes.

Os critérios de inclusão foram: funcionários públicos e terceirizados com plantões fixos na equipe e mulheres com gestação a termo sem evidência de risco materno/fetal. Foram excluídos da pesquisa, mulheres com gestação pré-termo e/ou gestação de risco obstétrico.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa não foi estabelecido, inicialmente, o número de participantes do estudo. Uma observação importante quanto ao total de participantes na pesquisa qualitativa diz respeito à amostra. Segundo Minayo na abordagem qualitativa o que define o tamanho da amostra não são os números, uma vez que “a questão da validade dessa amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente em todas as suas dimensões” (MINAYO, 1998).

Em relação aos aspectos éticos, expliquei a cada pessoa entrevistada do que consistia a pesquisa, o roteiro da entrevista e que seria gravada após assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (anexo III), protocolo exigido pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará de acordo com as Diretrizes e Normas regulamentos da pesquisa que envolve seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde).

- Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu na sala de parto e no alojamento conjunto durante os plantões diurnos. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

- Guia de observação

O guia de observação (anexo VI) agenda itens que foram observados durante a permanência da pesquisadora na maternidade, no ambiente de sala de parto e pós-parto. Consta de quatro colunas e quatro linhas. Entre as colunas encontramos as categorias como: modelo de atendimento a mulher em trabalho de parto (anexo I), vínculo profissional/paciente/acompanhante, recomendações da OMS (anexo II) e profissional em destaque no cuidado com a mulher. Na composição das linhas encontramos: diagnóstico de trabalho de parto, primeiro período do trabalho de parto, segundo período do trabalho de parto e terceiro período do trabalho de parto.

O guia de observação foi útil porque me proporcionou utilizar os passos da rotina obstétrica para observar o lado não técnico da atenção a mulher.

- A observação participante

A observação participante permite identificar as diferenças existentes entre modelos abstratos e comportamentos concretos, bem como, entender a complexidade dos fenômenos sócio-culturais. Há um paradoxo no termo observação participante no qual o primeiro termo convida a uma distância e o segundo convida a um envolvimento emocional. Clifford (2002) disse: “entendida de modo liberal, a observação-participante é uma fórmula paradoxal e enganosa, mas pode ser considerada seriamente se reformulada em termos hermenêuticos, como uma dialética entre experiência e interpretação”.

Particpei da vida cotidiana de profissionais e pacientes da maternidade do Hospital Gonzaga Mota de Messejana, freqüentando a sala de parto e o alojamento conjunto, três vezes por semana, oito horas por dia, durante seis meses, perfazendo um total de quinhentos e setenta e seis horas. Durante esse tempo passei pela experiência de ver o que se passava, ouvir o que diziam, fazer perguntas; colher dados para o meu trabalho de pesquisa.

- Diário de campo

O diário de campo é um instrumento básico para o registro de dados e essencial para o etnógrafo. É um instrumento pessoal e nele foram anotadas as observações, experiências, sentimentos e sensações. Este diário contém depoimentos e entrevistas os quais não apresentam um modelo fixo, com roteiro. Neste caso, simplesmente, as pessoas começavam a falar espontaneamente sem se preocuparem com o discurso. As anotações eram registradas em um caderno capa dura e transcritas em um arquivo no computador. Material a ser usado.

- As entrevistas

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela autora e armazenadas em um arquivo no computador. Um trabalho cansativo, porém necessário como uma etapa preliminar à leitura simples das entrevistas.

Em meio ao processo de observação participante realizei entrevistas com os sujeitos da pesquisa e foi uma oportunidade para aprofundar e complementar os dados do diário de campo. Elas tiveram caráter de interação social, na qual a natureza das relações entre entrevistadora/entrevistado influencia tanto o seu curso como o tipo de informação que aparece. No entendimento de Szymanski et al (2004):

nesta perspectiva, serão focalizadas algumas questões como as condições psicossociais presentes numa situação de interação face-a-face, a relação de poder e desigualdade entre entrevistador e entrevistado, a construção do significado na narrativa e a presença de uma intencionalidade por parte tanto de quem é entrevistado como de quem entrevista, no jogo de emoções e sentimentos, permanecem como pano de fundo durante todo o processo.

As entrevistas foram iniciadas antes mesmo de estabelecer um vínculo forte com os profissionais e paciente, até porque as pacientes sem complicações obstétricas permanecem no máximo vinte e quatro horas no hospital e os profissionais da emergência são ocupados o tempo todo com o atendimento.

Foram entrevistadas sete pacientes, quatro médicos, quatro enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e uma voluntária. O grupo de profissionais foi dividido em três equipes deferentes de acordo com o dia do plantão. Durante a observação participante escolhi os profissionais para as entrevistas de acordo com a maior participação na cena do parto. E as pacientes foram escolhidas de maneira aleatória, obedecendo a critérios de inclusão e exclusão. Durante as entrevistas utilizei um roteiro como guia (apêndice IV). Todos os nomes citados nessa pesquisa foram trocados para evitar identificação das pessoas.

- Análise e interpretação dos resultados, obtidos.

Para desenvolver a análise e interpretação dos dados, buscam-se fundamentos no teórico da “realidade complexa”, Edgar Morin. Diz ele: “desde o início, estamos situados diante do paradoxo de um conhecimento que não somente se despedaça desde a primeira interrogação, mas que também descobre o desconhecido em si mesmo e ignora até mesmo o que significa conhecer” (MORIN, 2005, p.17). Tendo como referência de análise a concepção de que os homens sempre elaboram falsas concepções de si mesmos, do que fazem, do que devem fazer e do mundo em que vivem, busquei compreender a dinâmica da sala de parto da maternidade do

HDGMM e a adoção da humanização na saúde como nova prática no campo da saúde pública.

Ressalta ainda o autor que o conhecimento humano consciente é portador de duplicidades. São os processos analógicos/miméticos e analíticos/lógicos; são as inteligibilidades compreensão/explicação (MORIN, 2005, P.167).

Para conhecermos o funcionamento do que nos envolve no dia-a-dia, adaptamos compreensão e explicação para “truques” e “coisas”. A compreensão é o conhecimento de um sujeito diante do outro sujeito numa relação que envolve subjetividade e afetividade. E a explicação é a demonstração lógica que utiliza os dados objetivos. Compreensão/explicação devem estar dialogicamente ligadas (MORIN, 2005, p. 165)). Todos os conhecimentos (biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, social, histórico) fazem parte da vida humana e das relações sociais (Morin, 2005, p.26).

Para a análise e interpretação dos dados realizarei leituras repetidas das entrevistas transcritas e do diário de campo e triangulação dos dados até evidenciar os temas e subtemas. Posteriormente, ao encontrar as unidades de significado, a interpretação ocorreu na medida em que procurei a relação com a teoria.

A análise de texto escolhida neste trabalho, análise de conteúdo qualitativo, não envolve descrição numérica de características do *corpus* do texto. Com esse tipo de análise tento reconstruir o que Bauer e Gaskell (2004, p.194) chamam de mapas de conhecimento. A linguagem utilizada pelas pessoas representa conhecimento e autoconhecimento. Faço, inicialmente, a descrição das características do texto e posteriormente a análise. O texto produzido é, então, comparado com o conhecimento produzido pelos autores do referencial teórico.

- Seqüências de análise e interpretação das entrevistas.

1. Leitura simples.

Após a transcrição das entrevistas e fixação dos discursos como texto, realizei leituras repedidas das mesmas. Destas leituras escrevi o seguinte significado dos textos dos profissionais: os profissionais supervalorizam as rotinas da ginecologia/obstetrícia. Dos textos das pacientes escrevi: as pacientes necessitam das novas práticas de saúde.

## 2. Análise estrutural.

Realizei o exame detalhado dos textos produzidos com as entrevistas, um por um, recortando-os em fragmentos da fala -as unidades de significado -de acordo com a seqüência do texto e organizando-as em uma tabela com três colunas, onde a primeira coluna contém a unidade de significado; a segunda coluna, a interpretação; e, a terceira coluna, o autor ou autores que subsidiam o entendimento. O quadro I exemplifica este processo.

Dessa forma me aprofundei nos significados dos textos para obter a idéia do conjunto. Com essa leitura aprofundada descobri as unidades que tinham relação entre si no que se refere a parto normal, novas práticas de saúde e rotina da sala de parto. Desta análise surgiram:

Quadro I: Exemplo da primeira análise estrutural do discurso dos profissionais mostrando três unidades de significados com a interpretação e o autor da referência.

Unidade de significado	interpretação	teoria
Estou cansada de ensinar as coisas para essa menina, parece que estou falando com a parede.	Profissional perde o controle da situação e comete violência verbal	Deslandes (2004)
Quem humaniza mesmo é a mulher	A partir do trabalho de conscientização da mulher dar-se a humanização	Ayres (2005)
Você está cuidando das pessoas independente da técnica, acho que elas ficam mais felizes.	Cuidado como um construto filosófico	Ayres (2004)  Heidegger (1995)

Uma segunda análise estrutural desse material me permitiu formular três grandes temas os quais abarcam o conjunto dos sub-temas: 1. atividade hospitalar diária dos profissionais; 2. humanização nas práticas hospitalares; 3. as mulheres e suas experiências do pré-natal e parto.

Quadro II: temas e sub-temas da segunda análise estrutural.

<b>Sub-temas</b>	<b>temas</b>
Profissionais de plantão e a Idéia de resolução Necessidade de cuidado essencial Nascimento saudável	<b>Atividade hospitalar diária dos profissionais</b>
Aspectos da humanização nos discursos dos funcionários O trabalho de equipe de forma integrada	<b>Dificuldades e resistências na introdução de novas práticas de cuidado</b>
Pré-natal Parto hospitalar O primeiro exame A espera pelo parto O parto O pós-parto	<b>As mulheres e suas experiências</b>

Apresento, a seguir os resultados, nos quais trago, também, o registro da observação participante realizada durante o período de coleta dos dados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 ATIVIDADE HOSPITALAR DIÁRIA DOS OBSTETRAS.

Nesta parte abordaremos a atividade hospitalar diária dos profissionais da obstetrícia (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) e as relações com as pacientes dentro da sala de parto na Maternidade do HDGMM em Fortaleza.

O início das observações deu-se no mês de abril, período do ano no qual ocorre, com muita freqüência, casos de viroses em Fortaleza, quando as emergências, de um modo geral, ficam lotadas de casos que precisam de diagnóstico diferencial.

A emergência obstétrica não fica isolada das demais e, portanto, algumas gestantes com suspeita de virose aguardam atendimento na mesma sala de espera das gestantes em trabalho de parto, aumentando mais ainda o número de atendimentos. Há uma frase utilizada pela população de Fortaleza e que costuma aborrecer os profissionais das emergências: “*vou chamar o barra pesada*”<sup>4</sup>. Essa frase é pronunciada com certa freqüência nas emergências e entendida pela maioria dos profissionais como uma forma de agressão por parte do paciente e familiares. Portanto, observo na emergência obstétrica, em algumas ocasiões, agressões verbais entre profissionais, pacientes e familiares.

O trabalho dos profissionais da obstetrícia é organizado em forma de plantões na emergência. Esse plantão (da obstetrícia) funciona com quatro auxiliares de enfermagem, uma enfermeira obstétrica, três médicos obstetras, um neonatologista, um anestesista e uma funcionária do serviço geral. São eles funcionários públicos e prestadores de serviço que trabalham durante seis ou doze horas. A maternidade, também, acolhe estudantes de medicina e de enfermagem que fazem seus esquemas de plantão. Observei que profissionais estudantes e pacientes fazem da sala de parto um lugar bem movimentado.

---

<sup>4</sup> Barra pesada é um programa de jornalismo policial da televisão jangadeiro em Fortaleza-Ce.

O Dr. João, médico formado há vinte e oito anos em obstetrícia, caracteriza o hospital com: *“eu atendo em média de quase quinhentas pacientes por mês de pré-natal, certo! São cinco expedientes por semana; vinte e quatro pacientes cada, o que seria vinte vezes vinte e quatro que dar quatrocentos e oitenta pré-natais”*. Neste momento João, que também é plantonista da sala de parto, abre um parêntese e diz: *“aqui eu diria que as condições de trabalho são boas né; as condições são boas; não são excelentes né; são boas, mas podendo melhorar”*.

Falando, ainda, sobre as condições de trabalho do médico, Dr. João se sente como um profissional estressado, cansado e que muitas vezes não dá atenção nem valoriza os sentimentos das mulheres (pacientes).

No depoimento da auxiliar de enfermagem Graça *“tem dia aqui que a gente passa por atropelos; pra lá, pra cá; médico chama daqui, chama dali”*. É enfatizado que depois que aumentou a maternidade, aumentou também o número de pacientes e o trabalho ficou mais difícil.

As reclamações dos profissionais são freqüentes em relação ao grande volume de pacientes que precisam de atendimento e os casos que segundo eles não necessitam de consulta médica de emergência e sim de atendimento ambulatorial.

O ambiente de sala de parto é muito dinâmico; o fluxo de pacientes e profissionais é grande; a toda hora entra mulher, sai mulher; entra e sai outros profissionais que não trabalham na sala de parto; são profissionais auxiliares administrativos, auxiliares do laboratório, enfermeiras de outros setores do hospital dentre outros funcionários que formam um contingente significativo de pessoas dentro do ambiente de parto e nascimento. Neste lugar tem vários tempos, isto é, dez partos por dia, onze partos por dia; tem outros procedimentos que não são partos.

Um plantonista faz o atendimento na emergência, outro vai para a enfermaria e o terceiro realiza os procedimentos na sala de parto. A enfermeira se movimenta tentando fazer as anotações nos prontuários ou organizando à dinâmica da sala. Uma auxiliar de enfermagem ajuda no atendimento de emergência, as outras ficam na sala para verificar a pressão, temperatura, administrar medicações, auxiliar nos

procedimentos, atender ao telefone ou transportar as pacientes já resolvidas para a enfermaria.

- Profissionais de plantão e a resolução dos casos.

Observamos, na maioria das vezes, que nos dias de chuva e nos finais de semana a procura pelos serviços de emergência é menor. Porém hoje cheguei ao hospital por volta de oito horas da manhã, apesar de um clima bom por ser um dia chuvoso, no hospital há muita movimentação e a emergência encontra-se superlotada. Na sala encontro cinco gestantes em trabalho de parto e destas, três já passaram pela experiência de ser mãe. Às nove horas é decidido pela plantonista Antônia iniciar medicação orastina<sup>5</sup> nas gestantes. Observei, na seqüência, uma sucessão de nascimentos, um após outro. As três primeiras mulheres a conhecerem seus filhos foram as experientes múltiparas. Às dez horas a terceira múltipara pariu. Plantonista Antônia demonstra surpresa com a rapidez dos nascimentos e chega a fazer o seguinte comentário: *“essa minha mania de querer resolver logo as coisas!”*. Nestes casos, o medicamento utilizado nas gestantes que estão em trabalho de parto normal provoca um efeito que aumenta mais ainda a contração uterina e como resultado temos o nascimento de três crianças num tempo muito rápido.

O trabalho de parto normal com o uso de soro e orastina são observados novamente no meu segundo dia no hospital. Acompanho a paciente Camila no quarto quatro da posição que estou, na área central e em frete ao quarto em que se encontra a paciente, não há necessidade de uma aproximação maior porque a porta sanfona do quarto está aberta. Camila levanta-se sozinha e tenta andar em volta da cama; consegui somente por alguns minutos e toma a decisão de deitar novamente, pois o corpo parece pedir a posição deitada. Essa paciente foi examinada, com toque vaginal, pela plantonista Vera que afirmou *“já vai nascer!”*; ao término da frase aumenta o número de gotas da infusão do soro com orastina.

Depois de alguns plantões observo que essa medicação é utilizada com certa frequência por alguns plantonistas neste hospital para resolver o trabalho de parto normal em menor tempo possível. A interferência no trabalho de parto fisiológico com a

---

<sup>5</sup> A Orastina é uma medicação utilizada para indução do trabalho de parto. O genérico dessa medicação é a ocitocina (GABBE et al., 1999).

medicação diminui o tempo de permanência da mulher na sala de parto e este fato é motivo de satisfação, principalmente por parte do profissional que tomou a conduta, pelo fato de ter resolvido mais um caso. A mulher que está em trabalho de parto possui analgésico e hormônio natural os quais fazem parte do equilíbrio para um parto espontâneo, portanto não há necessidade de medicação artificial durante o parto (ODENTE, 2002).

Para o Dr. Pedro, um dos plantonistas da maternidade, é do ser humano querer tempo livre, então procura resolver logo os casos. *“Eu gosto muito da obstetrícia, ontem chegou um transverso; ai o cara indicou cesárea; ai eu, rapaz vamos tentar um parto normal! Ai anestesiou; fácil, fácil à versão”*. A resolução neste caso foi para um parto normal com indicação de uma manobra obstétrica chamada versão.

Observo que na sala de parto do serviço público ocorre procedimentos que interferem no corpo da mulher que são justificados como necessários para uma resolução de um parto normal quando não indicam um parto abdominal.

Uma outra justificativa para o uso dos procedimentos obstétricos, no caso aqui a cesariana, no lugar da espera pelo fisiológico é encontrada pela Dra. Paula. *“... Me incomodava pensar que ela estava sofrendo e que depois daquele sofrimento todo... Ainda ir para uma cesariana! Então, eu acreditava que eu tinha que tentar diminuir aquilo, e às vezes eu indicava cesariana por isso”*. A espera pelo parto normal quando a paciente demonstra desespero é considerado desumano. Paula comenta ainda que *“Eu acredito no parto natural; mais natural possível mesmo, em que ela chega achando graça e parindo; é uma situação impossível”*. Para diminuir o sofrimento da paciente que não aceita o parto normal é indicado o parto abdominal como única solução possível. A obstetrícia moderna não sabe nada e se preocupa menos ainda, quanto ao fato de que o trabalho de parto, o parto e a fase inicial da amamentação são partes integrais da vida sexual da mulher (ODENT, 2002).

A dor da paciente no trabalho de parto incomoda não só a Dra. Paula, mas também o Dr. João. Esse profissional relata que *“só quem passa pela experiência é que sabe”*. Ele comenta sobre a dor do parto como uma dor insuportável. Utilizando dos seus conhecimentos sobre viagens espaciais, ele faz uma comparação entre a evolução

da comunicação utilizada nessas viagens e o atraso na fabricação de um medicamento para controle da dor da mulher nesta situação de trabalho de parto normal:

*É inacreditável! O homem pode fazer viagens espaciais, conseguir se comunicar com a terra e ainda hoje a mulher tem que passar pela dor do parto. Não conseguiram inventar um remédio que não prejudique a criança. Existe a peridural contínua, mas só pode ser usada depois de seis centímetros e ainda tem que ter mais anestesiista de plantão.*

Dr. João levanta uma outra questão sobre o parto normal, partindo de sua experiência pessoal: *“Minha mulher teve quatro partos normais, os dois últimos, eu que fiz; todos com episiotomia e episiorrafia. Senti diferença”*. Segundo João, o parto normal modifica a anatomia da mulher e a intervenção técnica é necessária para corrigir o canal de parto.

A opção pelo parto cesariano ou pelo parto normal com, ou sem, a utilização dos procedimentos do especialista nos conduz à reflexão sobre o uso das tecnologias biomédicas. No fragmento do discurso de um médico *“... tem médico que tem mais paciência e tenta o parto normal, e outros são mais intervencionistas...”*. O olhar do profissional sobre a gestante, enquanto objeto de sua intervenção, entende o mundo e as necessidades dessa mulher sob uma forma particular. É um olhar construído nos saberes do trabalho profissional. Este posicionamento (do médico) reflete as tensões produzidas pelas valises tecnológicas defendidas por Merhy (2000).’

- Necessidade de cuidado essencial.

Em um outro momento, estou numa posição estratégica da sala de parto donde posso observar todo o movimento desse ambiente. Acompanho uma paciente de nome Francisca que foi internada no plantão anterior e se encontrava no quarto seis. Ela está em trabalho de parto; reclama muito de dor e diz que não agüenta mais. Às onze e trinta da manhã, Francisca começa a se espremer, a fazer força como se fosse defecar, demonstrando sinais de que seu filho vai nascer. Um dos médicos se aproxima; calça as luvas e faz exame de toque vaginal; sai em seguida. Passado alguns minutos, a enfermeira se aproxima, conversa, observa a região do períneo, como quem procura a apresentação fetal, e sai. A paciente permanece sozinha por vários momentos apesar dos gemidos, das reclamações e manifestações de que sua dor é insuportável.

Francisca desencadeia um trabalho de parto com muito sofrimento e por vários momentos reivindica um apoio para amenizar sua aflição. Do momento em que comecei acompanhá-la, até o nascimento da criança, não foi selecionado nenhum profissional para suporte emocional dessa paciente. São treze e trinta, nesse momento, a criança ultrapassa todos os planos do canal de parto e nasce com assistência prestada por um obstetra que acabava de entrar no plantão.

Os profissionais, que trabalham em sala de parto, independentemente, de sua categoria profissional, estão submetidos a uma rotina hospitalar, concorrendo para que muito desses profissionais adquiram mais habilidade com as tarefas técnicas do que desenvolver atitudes de apoio emocional às pacientes. Encontramos nas falas do Dr. José e da enfermeira Maria quanto a prática diária de normas técnicas pode influenciar a dimensão psico-social e relacional com as pacientes.

*Aquela rotina, aquela coisa da atividade diária, o convívio com os colegas, a literatura, tudo isso faz você se conduzir à maneira técnica, a mais técnica possível (José-médico).*

*...Vai naquela rotina e começa a trabalhar como se fosse máquina sem sensibilidade, sem carinho, sem amor, sem se colocar no lugar do outro. Começa a tratar a mulher como uma coisa. É muito ruim. Pra ela, aquela experiência ali é única e pra ele ali já aconteceu mil vezes; é como estar assistindo televisão ou escrevendo, não faz muita diferença não (Maria-enfermeira).*

Segundo Dr. José é tão forte o poder da técnica que ele tem que se policiar para não ser dominado. *“Então você ta sempre tendo que se policiar pra evitar isso. Fernando comenta ainda sobre a necessidade de uma relação médico-paciente com mais profundidade, de uma aproximação e envolvimento com a mulher ultrapassando os limites da biomedicina. “Procurar enxergar além do problema, além do parto em si. Os questionamentos, os cenários que vivem, as questões de relação em casa, à aceitação ou não da gravidez. Um monte de outras coisas “.*

A funcionária Graça chama a atenção para a falta de cuidado com a mulher que está na sala de parto quando diz *“eu acho que a pessoa que está fora de casa, num ambiente estranho não pode ser tratada assim com indiferença”*. A maioria das pacientes em trabalho de parto estão sem seus familiares e sem receberem atenção dos profissionais os quais passam o tempo todo nas rotinas dos procedimentos.

O profissional que executa apenas a tarefa de rotina encontra-se com a paciente em momentos pontuais e não chega a criar vínculos, nem estabelecer uma comunicação com troca de saberes. No entender da enfermeira Biatriz, o papel principal da enfermeira pode, assim, ser resumido:

*Você tem que entender o que é ser enfermeira. Você tem que essencialmente cuidar das pessoas. E para cuidar...Você não pode cuidar de longe, você tem que cuidar de perto. Você tem que saber ouvir as pessoas. Você tem que estar ali perto. Você tem que ver quais as necessidades que elas estão sentindo. Não é só puncionar uma veia [...].Resumir a pessoa tecnicamente.*

Biatriz fala de um cuidado essencial, mas não de cuidado técnico. Ela reconhece que o cuidado técnico é importante, mas o cuidado essencial é indispensável porque, segundo ela, esse traz felicidade para as pessoas.

A enfermeira Maria, também, alerta para a valorização da tecnologia em detrimento do cuidado essencial com a paciente na sala de parto. Observa: *“A gente sabe que a tecnologia é importante, mas o excesso também prejudica um pouco; a paciente em período expulsivo e a pessoa instalar uma cardiotocografia! É muito desconfortável; é muito ruim para ela”*. O desinteresse pelo parto fisiológico, neste caso, faz o profissional instalar um aparelho no corpo da mulher para ouvir os batimentos cardíacos no momento em que a criança está nascendo.

Ayres, com o respaldo teórico de “Ser e Tempo” de Martin Heidegger, constrói uma categoria ontológica sobre o cuidado, definindo-o como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou a alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (2004 p.74). Essa interação dar-se quando a mãe experimenta os primeiros momentos de vida extra-uterina do filho. A entonação da voz da mãe é cada vez mais suave ao se comunicar com o filho. A relação mãe-filho se estabelece com mais vínculo, surge sorriso, logo a criança para de chorar. Na entrevista ela fala de seu diálogo. *“Eu comecei a caducar, a fazer carinho nele. Ele chorando e eu caducando”*.

- Nascimentos saudáveis.

Conheço a rotina da sala de parto como obstetra, mas o treinamento como observadora exige-me esforço e dedicação.

Hoje cheguei mais cedo para continuar a observação. Fico surpresa porque é um plantão diferente onde há duas profissionais voluntárias. Registro esse momento como especial porque tenho a oportunidade de acompanhar as aproximações não pontuais dessas profissionais, juntas às gestantes em trabalho de parto.

Um grupo de mulheres é acolhido na sala de parto com práticas e técnicas humanizadas, de acordo com as políticas de saúde do Brasil. As práticas são percebidas com naturalidade nas falas das pacientes. “*Doutora, vamos fazer borboleta?*”. “*Doutora, quero ir para a bola*”. Durante o trabalho de parto as pacientes andam, sentam, deitam, tomam banho, fazem exercícios espontaneamente ou com a ajuda das voluntárias. São freqüentes e espontâneas as atividades de movimentação dentro da sala de parto e a manifestação do desejo de tomar banho. O trabalho de parto evolui muito mais rápido e com menos sofrimento. Observei que algumas gestantes quebraram o ciclo da tensão-medo e dor tendo à sua disposição um profissional que estimula, orienta e que se mostra acessível as suas solicitações.

Nas frases cortadas, com repetição, da fala da paciente Lena, sente-se que uma profissional da obstetrícia se coloca à disposição para conversar, explicar e tirar dúvidas. Essa mesma paciente descobre o banho morno e reconhece o seu valor no controle de sua dor. No trecho do diário de campo, os voluntários contribuem com massagens em varias regiões de tensão do corpo da mulher, ensinam exercícios de alongamento e estimulam um tipo de respiração. Há uma ocupação do tempo que a mulher dispõe para aprender e executar todas essas tarefas.

*Eu quis andar, a menina que me chamou, a que fez o meu parto mesmo, ela me chamou, conversou, disse que eu ia sentir dor por cima de dor, parece que é o nome dela é[....]O banho é água quente. E bom. Ajuda nas dores. Eu estava com bastante dor. Eu estava tomando banho ai tava aliviando mais. Água bem quentinha era bom (Lena-paciente).*

*(11:00) Há duas voluntárias na sala de parto. Elas fazem massagem na região lombar, na barriga e nas costas das gestantes; elas estimulam as pacientes a ficarem de cócoras; ensinam a puxar o ar, prender e soltar com a boca fechada. Elas passam o tempo todo conversando, explicando, estimulando e em contato físico com as mulheres. Achei fantástico o toque das mãos, os olhares e as relações de intimidades. Uma delas sabe utilizara a bola! Nesse momento a voluntária fica totalmente abraçada com a mulher (diário de campo).*

Uma das voluntárias encontra-se com uma bata amarela e se identifica como doula. Ela mesma define que *“doula significa mão amiga”*. Segundo essa profissional, *“a doula não tem função de ajeitar prontuário ou medir pressão como a enfermeira e a auxiliar de enfermagem. Nós somos da mãezinha”*. Como voluntária, ela está disponível, não tem tarefa de rotina, e consegue contar histórias, cantar, fazer orações, aplicar massagens, levar para o banho, estimular um pensamento positivo, como, por exemplo, *“pensar no filho que vai nascer”* é uma forma para suportar a dor do trabalho de parto.

No quarto três há uma paciente em trabalho de parto. Sou convidada a me aproximar, pela primeira vez, por um dos plantonistas. Entro no quarto e sou recebida com um sorriso pela paciente. Encontro a doula utilizando seu braço direito como apoio para as costas da paciente; a enfermeira encontra-se sentada na posição de assistência à criança; o médico está à esquerda da paciente. O quarto tem pouca luz e no momento não há barulho na sala. As pessoas que acompanham o parto estão pacientes e a mulher recebe orientações, massagens, estímulos e toque de mãos. Na hora da contração, ela se espreme, faz força e se apóia em um suporte a sua frente e no braço da doula para ficar na posição semi-sentada. São 11 horas da manhã, momento em que o pólo cefálico abaúla discretamente o períneo; há um clima de confiança de que tudo se encaminha para um parto normal sem complicações. A paciente demonstra sentir dor forte durante contração, mas depois fica tranqüila e recebe orientação para respirar profundo e não se esforçar quando não há contração. Após 20 minutos, a apresentação fetal força o períneo e há um questionamento entre a enfermeira e o médico quanto à necessidade da episiotomia. Decidem que não precisa do procedimento. Médico e enfermeira estão em campo e preparados para a recepção ao recém-nascido. A criança nasce bem, chora e é colocada sobre o ventre materno. Alguém comenta *“conversa com o teu bebê mãe”*. Ela está sorrindo e não consegue pronunciar nenhuma palavra. Todos estão felizes porque é um parto bem sucedido e um nascimento saudável.

A enfermeira Telma e a doula estão cuidando da paciente do quarto cinco. O trabalho de parto está bem evoluído, isto é, aproxima-se a hora do nascimento. A paciente recebe conforto e massagem tanto da doula quanto da enfermeira. A mulher parece não entender tanto aconchego das profissionais, apesar de cooperar para o desfecho do parto. A bolsa das águas está íntegra e a mulher pergunta *“porque não rompe a bolsa?”* A enfermeira diz *“é melhor a ruptura espontânea da bolsa”*. A paciente

também pergunta pelo médico e recebe a informação de que ele está ocupado e que a enfermeira é que vai acompanhar o parto. Algumas frases são pronunciadas pela enfermeira durante o acompanhamento. *“Parabéns! Você está fazendo tudo correto. É isso mesmo!”*. Depois do esforço do período expulsivo, a criança nasce; é colocada sobre a mãe; há um período de pausa para checar ausência de batimentos no cordão umbilical; tudo bem! É feito, então, a ligadura do cordão. Neste momento a criança é envolvida pelos braços da mãe, recebendo carinho e conforto. Mãe e filho permanecem juntos por um tempo razoável a ponto de acontecer a primeira mamada.

As descrições dos dois últimos partos são momentos raros das minhas observações porque os profissionais da sala de parto (enfermeira, auxiliares de enfermagem e médicos) disponibilizam um tempo maior para as rotinas do que para a utilização das técnicas e práticas humanizadas. Aliviar as tensões das gestantes é, então, um trabalho realizado mais pelos voluntários do que pelos funcionários.

Na unidade de sentido da paciente *“tentando normal, não fui pontuada, taí uma coisa que fiquei muito feliz”*. A mulher internada para ganhar o filho sabe que não está doente, mesmo assim, fica confusa porque o hospital é um lugar artificial, um lugar de doentes (Foucault, 2004). Ela corre risco de perder sua individualidade, porém, quando não ocorre a interferência no parto fisiológico, logo, é uma mulher sadia e pode receber alta, para cuidar do filho. A felicidade com o parto normal é fruto de uma cultura natural. Vem a ser o conceito de cultura vista por Morin, “a cultura, que caracteriza as sociedades humanas, é organizada/organizadora via o veículo cognitivo da linguagem, a partir do capital cognitivo, coletivo dos conhecimentos adquiridos, das competências aprendidas, das experiências vividas, da memória histórica, das crenças míticas de uma sociedade” (2002, p.19)

## 4.2 DIFICULDADES E RESISTÊNCIAS NA INTRODUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO.

Percebemos no capítulo anterior, quanto a rotina dos procedimentos clínicos e obstétricos, isto é, próprios da especialidade obstétrica são os saberes aplicados nas mulheres da sala de parto. Portanto, poucas são as práticas de humanização incorporadas.

Alguns funcionários falam de um curso que a Secretaria de Saúde do Ceará realizou, junto a uma entidade internacional JICA<sup>6</sup> e que na época tomaram conhecimento de formas alternativas para aliviar e melhorar a dor da mulher em trabalho de parto.

A enfermeira Maria fala com emoção do curso da JICA, tal como ficou conhecido. Segundo Maria, o novo aspecto da atenção à mulher inclui acolhimento, cuidado e coloca-se no lugar do outro ou à disposição do outro para ajudá-lo.

*O que estar ao alcance da gente (...) o que a gente pode fazer para melhorar esse trabalho de parto para a mãe; torná-lo mais suave; menos traumático para ela; para tornar a experiência do parto positiva, prazerosa; procuro fazer com que ela encare o parto, realmente, como uma experiência positiva que vai trazer alegria, felicidade e a graça de ser mãe.*

As novas práticas de atenção estão presentes em alguns momentos nessa sala de parto. Percebo o uso do cavalinho (uma espécie de banco para balançar) não só como uma chance para a mulher mudar de posição, de deitada na cama para sentada no banco, mas como uma oportunidade para a movimentação do seu corpo. O banho morno é uma opção que relaxa e pode trazer conforto no momento de tensão e dor. A utilização da bola de borracha, os exercícios de respiração e as massagens dependem de uma pessoa que tenha conhecimento e esteja disponível para executar as práticas.

A auxiliar de enfermagem Fátima conta que o que aprendeu nos quatros módulos do curso da JICA tenta colocar em prática, mas é difícil porque não são todos os plantonistas que aceitam a nova maneira de acompanhar a paciente. O tempo com o

---

<sup>6</sup> JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão)([www.jica.org.br](http://www.jica.org.br)).

parto fisiológico é demorado, abrevia-se esse momento com um procedimento da técnica obstétrica.

*(...) acontece da gente preparar uma paciente para o parto normal com banho morno, exercícios na bola, exercícios de respiração e massagem; está tudo bem; chega a hora do nenê nasce; ai, chama o doutor! Ai, ele decide fazer uma episiotomia sem anestesia. Eu achei que ele desfez tudo, desmanchou toda a preparação; a própria paciente disse: o que é mais terrível é esse corte.*

Fátima conta ainda que é testemunha de momentos belíssimos no qual o parto deu certo; com luz na penumbra, sem episiotomia e com calma, um clima de harmonia. Ela observa que também não é só a falta de apoio de um grupo de profissionais; *“ha pacientes muito despreparadas que só conseguem evoluir para um parto com muito sofrimento”*. Chama a atenção para um pré-natal no qual a mulher se prepara para um parto fisiológico com conhecimento de seu corpo e todas as etapas necessárias para um bom parto normal. Ela fala da necessidade de um pré-natal de qualidade.

Volto ao assunto do curso da JICA com Dra. Paula que, apesar de não ter participado, ter tido conhecimento do curso através de algumas pessoas, que comentavam: *“Olha! Tinha o curso da JICA; o objetivo era humanização do parto; algumas pessoas foram para o Japão; outras fizeram o curso aqui mesmo em Fortaleza”*. Ela percebe que a partir desse curso algumas mudanças ocorreram dentro da sala de parto, assim comenta:

*Eu observei a participação maior de outros profissionais; a enfermeira passou a fazer parto normal; foi introduzido instrumento como o cavalinho e a bola; algumas mudanças de condutas como massagens nas mulheres, não fazer mais tricotomia, não fazer clíster evacuativo, dieta líquida ao invés de zero [...] (Paula-médica)*

Dra Paula, ao se referir às mudanças na sala de parto observa que há resistência de uma parcela importante dos profissionais médicos. *“Eu acredito que a resistência foi em função de que o espaço que era do médico seria ocupado pela enfermeira”*. Talvez, a possibilidade de perder a sua atuação no serviço de parto para as enfermeiras, afastou os médicos do conhecimento das novas práticas de saúde da mulher. A enfermeira Maria fornece dados estatísticos sobre essa questão, quando comenta:

*Eu até conheci uma médica que disse: há! Às vezes os profissionais médicos ficam até chateado comigo porque eu falo muito da enfermagem nesta questão da humanização. Noventa ou mais por cento da frequência nos cursos, nas oficinas e nas sensibilizações são das enfermeiras. Os médicos não participam.*

No cotidiano de dois profissionais de saúde percebemos que o modo de proceder desses diante da dinâmica da sala de parto são opostas. No registro do diário de campo, um membro da equipe demonstra ter domínio da situação diante do estresse e da sobrecarga de trabalho. Em um outro trecho, a plantonista Antônia se mostra cansada por ter que repetir algumas vezes um ensinamento no qual não surte nenhum efeito sobre a paciente. Nas palavras de Antônia *“parece que estou falando com a parede”* encontramos o que Deslandes (2004) chama de violência simbólica.

*Manhã bem movimentada na sala de parto. Há uma superlotação neste momento (8:30). Apesar de muitas tarefas, um dos membros da equipe faz suas evoluções lado a lado da mulher. Senta em um banquinho e passa alguns minutos conversando, esclarecendo e fazendo anotações no prontuário (diário de campo).*

*Há uma paciente no quarto 3. Ela está desesperada, chora, grita, acha que vai morrer. Plantonista Antonia entra no quarto e diz: estou cansada de ensinar as coisas para essa menina; parece que estou falando com a parede (diário de campo).*

A enfermeira Sandra também sente falta dos profissionais médicos nos encontros e na participação dos conhecimentos sobre humanização durante os plantões. Os médicos e as enfermeiras que fazem o curso sobre humanização do parto, trabalham com práticas de humanização e aquele que não fazem, não participam, ignoram os aspectos da humanização. Nas palavras da enfermeira Sandra: *“Fica uma coisa solta, uma coisa desconstrada”*. Questiona a falta de integração entre os profissionais de plantão uma vez que a filosofia das novas práticas de saúde não é a da biomedicina.

- Aspectos da humanização nos discursos dos profissionais de saúde.

As novas práticas de saúde exigem um trabalhar com apoio emocional. Continuando com a fala da enfermeira Sandra, ela diz que: *“muitas vezes o médico e/ou a enfermeira se negam a dar apoio emocional por eles não terem, por serem despreparados”*. Há uma carência de treinamentos permanentes na área não técnica

dos profissionais, não se trata de educação continuada dentro da própria especialidade e sim abordagens filosóficas sobre as condições humanas, cuidar do cuidador, políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde e tantos outros temas importantes.

Cada paciente enfrenta o trabalho de parto de maneira diferente. Quando a paciente está bem; quando tem espaço para tudo correr bem, se o ambiente está legal, o profissional está tranquilo. Todavia se há problemas no parto, a ansiedade, o estresse e a dor mechem com toda a equipe. Na observação da enfermeira Beatriz: *“Porque às vezes eu fico pensando[...]. Meu Deus do céu eu vou trabalhar num sei quanto anos em obstetrícia, eu tenho que me preparar”*. Ela percebe a necessidade de um suporte emocional, uma vez que as cobranças partem das mulheres, dos familiares, dos colegas e da instituição. Uns chamam para a conversa direta outros falam pelo telefone. A atenção tem que ser dada a todos e daí a importância do preparo dos profissionais para essa realidade.

A falta de um saber se conduzir diante das exigências da paciente encaminha a profissional a indagações ou até mesmo a um procedimento estritamente técnico. A médica Paula, durante a espera do término de um parto vaginal, relata que: *“elas gritam como se agente fosse [...]. Tivesse fazendo aquilo pelo mal delas. Fico pensando até que ponto esse bem é bem se ela está naquele desespero todo, entendeu?”*. Nessa situação, de parto vaginal, não é cogitado o apoio emocional, um aspecto da humanização do parto, como um elemento capaz de contribuir nesse momento.

A busca pelo acompanhamento do parto normal nos leva ao encontro entre profissional-paciente. No fragmento de discurso de uma enfermeira *“a gente tem que entender porque tem que está próximo. Como profissional temos que ter o suporte científico para entender porquê”*. Questiona-se o tipo de cuidado mais utilizado na sala de parto. Se o cuidado utilizado pelo profissional é somente o da competência técnica, a relação profissional-paciente é pontual. Porém, se o cuidado é uma categoria que restringe as tecnologias e valoriza o emocional, então, necessita de uma aproximação maior profissional-mulher. O cuidado como uma prática de saúde contemporânea vai além das rotinas dos técnicos. A compreensão dos profissionais da prática e do saber é fundamental para as relações entre a técnica médica e a vida de quem está sendo assistida (AYRES, 2004). As novas práticas de saúde exigem dos profissionais uma

compreensão. Para o Ministério da Saúde do Brasil, “a educação é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (MS, 2006, p.40).

- O trabalho de equipe de forma integrada.

Para Dr. Pedro “a maior humanização é deixar a mulher pari normal, evitar a cesárea”. O parto natural exige paciência e tempo dos profissionais para seu desfecho final. O procedimento cirúrgico é relativamente rápido e exige do médico, apenas, habilidade técnica. A preocupação é dar tempo suficiente para a mulher pari normal. Assim resume:

*Não pode ter pressa no parto normal porque é uma coisa fisiológica, entendeu? Se não pari com um plantonista, vai pari com o outro. Ele não pode ter pressa nisso, ele não pode ter essa idéia de resolução.*

“Humanizar é conversar, massagear, levar para o banho, não deixar a mulher tão só para que ela não se sinta abandonada”. Esse ponto de vista da auxiliar de enfermagem Graça, apresenta os aspectos da humanização como suporte emocional e cuidado. Ela percebe que a humanização do parto concorre para um nascimento natural, com o devido suporte emocional da competência do profissional.

Pensando em apoio emocional para as mulheres em trabalho de parto, a enfermeira Sandra continua sua visão de parto normal: “o parto normal se você não tiver um acompanhamento junto a uma equipe que dá apoio, aquilo ali é uma brutalidade para a mulher”. Assume a atitude de uma pessoa que ao lado do médico promove o apoio emocional à gestante.

*Eu acho que se tem um médico para fazer um parto, não sou eu que vou fazer, não pela insegurança, mas por conta de que eu posso estar ao lado dela para orientação e outras influências.*

Em um parto com apoio emocional, quem permanece ao lado da mulher durante o parto não deve fazer uso de luvas, podendo usar as mãos para tocar na paciente; não usa máscara, para que possa estabelecer um diálogo livre. Essas

pequenas ações transmitem energia para superação da ansiedade, dos medos e das dores. O cuidado com a paciente favorece, então, um nascimento saudável.

A assistência ao nascimento é preocupação do Dr. José que chama a atenção dos colegas de equipe. Ele pensa na possibilidade do trabalho em equipe ser de forma integrada. *“A gente teria que ter uma linha de pensamento; trabalhar todo mundo em prol de um pensamento. Juntos elaborar protocolos, rotinas; discutir pensamentos, filosofia para poder todo mundo ficar afinado”*. Referindo ainda que:

*O neonatologista tem que entender que o bebê que nasce bem fica logo com a mãe e que a assistência imediata ao recém-nascido é na presença da mãe. É para ele compreender o porque da luz está apagada e não acesa. O anestesista deve compreender porque prescrever dieta livre com líquidos, ou uma bala, uma coisa para manter o nível de glicose e a mulher suportar melhor o trabalho de parto.*

Para o Dr. José, apesar da oposição da biomedicina, os avanços da saúde pública, no caso especial da saúde da mulher, não tem volta a tendência é aumentar a onda do parto humanizado na maternidade, do parto domiciliar, do retorno do parto em casa.

Ao nos referirmos ao sujeito, no caso especial, a gestante, encontramos no fragmento de discurso de um médico, o seguinte: *“enquanto a usuária não adquirir uma compreensão crítica das coisas a gente não humanizada nada”*. Parece querer ele dizer que só a partir de um trabalho de conscientização do usuário, da-se a humanização. A contribuição da paciente para a nova prática de saúde é, então, requerida de uma forma mais decisiva. A contribuição existe; o outro está presente nas relações. Porém, na maioria das vezes esse outro passa despercebido. Para se “conhecer o outro, certo, deve-se percebê-lo objetivamente, estudá-lo, se possível, objetivamente, mas também se deve compreendê-lo subjetivamente” (MORIN, 2005, p.80)

A construção do caminho que busca a humanização requer encontros intersubjetivos com esclarecimentos e reconstruções das necessidades de saúde e do que se entende como vida boa e o modo ético como alcançá-la. Portanto a humanização na saúde precisa de todos, ela está além das relações profissional-pacientes, das especialidades dos técnicos e dos gestores (AYRES, 2005).

### 4.3. AS MULHERES E SUAS EXPERIÊNCIAS

Nessa parte abordaremos as experiências das mulheres durante o pré-natal e durante o parto hospitalar. As informações sobre pré-natal foram coletadas nas falas dos entrevistados. As informações sobre o funcionamento do hospital são colhidas tanto do diário de campo como das entrevistas.

- O pré-natal.

O primeiro momento do pré-natal, a primeira consulta, é de responsabilidade da enfermeira. Cabe a ela ouvir as queixa, solicitar a rotina de exames, orientar dieta, higiene, repouso e encaminhar ao obstetra. O curso do parto faz parte do pré-natal, realizado em três módulos. Segundo a enfermeira Sueli, o ideal é *“encontrar a mulher no primeiro trimestre e iniciar o primeiro módulo falando sobre vacina, higiene e gravidez. No segundo módulo discutem-se as mudanças fisiológicas, aleitamento materno e cuidar do bebê. No terceiro módulo, faz-se a visita à sala de parto e ao alojamento conjunto”*. Uma paciente, Rita, fala sobre as orientações recebidas em um curso:

*Teve o curso do parto. Compareci a dois módulos. Ai, eles vinham e mostrava a sala de parto; onde ai ser o parto. Mostrava as enfermeiras e as pessoas. Como ai ser, ai dava orientação, palestras, falava com a assistente social.*

Já a paciente Gorete reclama que o começo do seu pré-natal não foi bom: *“Eu cheguei no dia, era o nome do médico no cartão, e quando a gente chega lá era outra pessoa. Na próxima consulta, da mesma forma”*. A identificação e a definição do profissional responsável, pelo acompanhamento pré-natal é um direito que a paciente tem. As explicações, caso ocorra algum imprevisto, seja por falta do profissional ao trabalho ou por qualquer outro motivo, fazem parte da organização de um ambulatório de pré-natal e demonstra o respeito com a mulher.

Na descrição do curso do parto, a paciente Natália destaca que *“ela (a enfermeira) ensina como é que é; como deve fazer na hora; a posição que ele tem ficar; não se desesperar; foi muito bom”*. Segundo Natália o parto do primeiro filho foi muito

sofrido enquanto que no segundo foi diferente “*porque vim no curso e assisti às palestras*”. Pelo exposto, pode-se detectar que a experiência da paciente mais o aprendizado durante o curso do parto foram úteis para amenizar o sofrimento do trabalho de parto no nascimento do seu segundo filho.

Falando sobre pré-natal e curso do parto, a enfermeira Sueli percebe que a participação das mulheres, o aprendizado delas em si, é acanhado. Nas palavras de Sueli constatamos que: “*tem umas bem participativas, porém a maioria não participa; elas são caladinhas; são encabuladas*”. Essa enfermeira avalia que o profissional que está no ambulatório tem pressa em passar as informações para as gestantes e compromete a relação profissional paciente porque não estimula o protagonismo e a co-responsabilidade das mulheres.

*Mas às vezes a gente tem aquela pressa ne! Elas, já, estão muito tempo esperando. Às vezes é assim: a gente vai vendo os tópicos, pergunta se ela [...]O que você quer saber? Às vezes elas fazem perguntas (Sueli-enfermeira).*

Nas anotações feitas nas observações na sala de parto, percebi a visão da enfermeira. Vem confirmar o que observei em uma das visitas, na sala de parto, ao grupo de mulheres do curso do parto. No grupo de gestantes do curso do parto, uma dela se destacava com perguntas sobre o ambiente, o posicionamento na cama e os instrumentos utilizados. O restante do grupo permanecia calado, ouvindo e observando o ambiente desconhecido. Acompanhei outras visitas do curso do parto, e a rotina da enfermeira se repetia, com suas explicações para as gestantes, enquanto a participação das mulheres era mínima.

O curso do parto é preparado para o casal e, portanto o convite é feito a todas as gestantes que fazem pré-natal neste serviço e estendendo-se aos seus maridos como membros, também do grupo. Mas, segundo Sueli, é rara a participação dos maridos nos módulos do curso do parto. Dentre as explicações a mais freqüente é de que eles estão no trabalho e não podem acompanhar as esposas.

As mulheres que participam do curso do parto são, também, orientadas quanto ao melhor momento para procurar o hospital. Percebo nas falas das pacientes Gorete e Natália que o momento de ir para a maternidade é protelado ao máximo. A

contração uterina, como parâmetro utilizado, nestes casos, pelas duas pacientes, chegou ao limite entre a dor suportável e insuportável decidindo o exato momento de ir para a maternidade. Respectivamente, falam:

*Ai, só é para vir quando tiver com contração de dez em dez minutos. Mas eu deixei para vir quando eu já estava com contração de três em três minutos (Gorete-paciente).*

*Senti cólica; ai, eu vou ficar em casa. Passando de um lado para o outro, tomando chá. Ai, quando foi oito horas a dor arrojou mesmo; ai, eu agora eu vou (Natália-paciente).*

- Parto hospitalar

As gestantes e seus familiares aguardam sentados nos bancos da pequena sala de espera por atendimento dos profissionais da obstetrícia. Para que a paciente possa ser examinada é necessário passar pelo SAME e preencher a ficha de atendimento.

A emergência geral está em reforma e nesta ocasião o SAME fica mais distante da sala de parto. O funcionário do SAME, na maioria das vezes, não entra em contato com a própria paciente, não ver as condições da gestante, pois é o familiar que vai fazer a ficha. Acontece demora no preenchimento dessa ficha; as reclamações de pacientes e familiares, nesta ocasião, são mais freqüentes do que de costume.

Gorete é uma gestante que procura o hospital por apresentar contrações uterinas de dez em dez minutos. Ela e a irmã, que a acompanha, sentem dificuldades para fazerem a ficha de atendimento. *“É muito distante, porque a outra estar em reforma, aqui deste lado que é a sala de parto e é lá do outro lado... Ai fica do outro lado do hospital”*. À medida que conversamos sobre o atendimento inicial, outras dificuldades vão sendo reveladas. *“Ai, bati lá. A gente toca a campainha; ai eu disse assim: moça ele disse que não ia fazer a ficha. Só entra com a ficha? Ela disse: é; então eu disse: vou parir aqui no meio do banco porque...Ela disse: não aguarde um pouquinho que ela vai já chegar”*. Este é um momento de troca de plantão e o funcionário que está saindo não quis fazer a ficha, deixando essa tarefa para o outro que vai chegar. Ao mesmo tempo a funcionária que falou com a paciente, entendia o que estava acontecendo, mas não

abriu exceção para um atendimento sem a ficha, submetendo a gestante a uma sobrecarga de estresse e a um risco de ter que assistir um parto na sala de espera.

A paciente Gorete realizou pré-natal neste hospital; fez o curso do parto e ao falar do cartão do pré-natal enfatiza o fato de que *“tem que ter o cartão na hora porque se não tiver, volta”*, isto é, não é examinada. O cartão é um documento da mulher que se preenchido contém todas as informações colhidas durante o pré-natal. Na emergência obstétrica é possível encontrar várias situações as quais questionamos a qualidade do pré-natal nas unidades básicas de saúde. Encontramos desde um cartão preenchido corretamente até aquele que contém apenas o nome da paciente. Contudo, esquecer o cartão, preenchido ou não, pode levar a mulher a passar por uma situação constrangedora.

*(...) só pode dá entrada na maternidade com o cartão do pré-natal, se não tiver, volta. Tem que ter. Porque toda a história da gravidez, todos os exames, todos os ultra-sons, tudo; peso, altura, pressão que eles medem todo o mês nas consultas é tudo anotado ali (Gorete-paciente).*

Na sala de espera, a paciente Rosa Maria, também, passa por algumas horas de estresse, por saber que o material de parto é suficiente, apenas, para assistir dois partos; e ela é a quarta paciente na fila de espera por atendimento na maternidade. Com esse depoimento, podemos observar que o problema da instituição hospitalar, uma máquina de esterilização quebrada, é dividido com as pacientes e seus familiares pela plantonista, passando a ser um elemento gerador de um estresse à gestante.

*A doutora que estava de plantão saiu lá fora e disse: a máquina de esterilização do hospital estar com defeito; eu só tenho material para duas pacientes; quem for a mais necessitada fica, quem não for vai para casa ou vai transferida para outro hospital (Rosa Maria-paciente).*

Os geradores de estresse no serviço do SAME e na sala de espera do hospital atropelam o acolhimento das gestantes e dos seus familiares. Na própria sala de espera a recepção é feita pela auxiliar de enfermagem e um dos obstetras de plantão.

- O primeiro exame.

A gestante entra na sala de exame sem acompanhante. Algumas exceções são feitas para mulheres com problemas com a justiça, adolescentes, portadoras de problemas mentais e outras possíveis. Uma pergunta é feita pela auxiliar de enfermagem ainda na porta de entrada: *ta sentindo dor?* O profissional faz a pergunta na tentativa de fazer uma seleção entre pacientes de ambulatório e pacientes de emergência.

Durante o primeiro exame obstétrico, a paciente não há como identificar a categoria, nem o nome dos profissionais, uma vez que alguns vestem farda cinza, outros, farda verde ou azul.

Na maioria das vezes o exame físico é realizado antes da anamnese ou então, as perguntas clínicas são realizadas durante o exame obstétrico. O médico confere o cartão de pré-natal e se dirige à paciente para o exame. As perguntas assim como o exame obstétrico é realizado com muita objetividade, sem detalhes da vida da mulher. Neste espaço a relação médico-paciente é muito passageira.

Para a gestante que está sentido dor é solicitado que a mesma tire a calcinha e deite na cama para o exame de toque vaginal e ausculta fetal. Esses exames fornecem várias informações sobre as condições de nascimento. A dilatação do colo uterino, a apresentação fetal, a variedade de posição, a altura da apresentação e as condições da bolsa das águas são informações fornecidas pelo exame de toque. Para os batimentos do coração fetal é utilizado um aparelho chamado sonar. As anotações são feitas no partograma<sup>7</sup>.

Nos depoimentos escrito em diário de campo, percebemos na fala das pacientes Maria e Claudia que o exame de toque vaginal causa sofrimento e muitas vezes constrangimento, principalmente se for a primeira experiência da mulher. O sofrimento é dobrado quando o estudante de medicina também faz o exame de toque. Ambas manifestam a situação desagradável desse exame:

---

<sup>7</sup> Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas (CAMANO, 2002).

*Mulher, pra mim, aquilo ali é terrível. Assim, na primeira experiência eu detestei. Já com a doutora né! Pra mim foi...Não, não doeu. Assim, eu tinha uma visão, um pressentimento que ave Maria! Era terrível. Tudo menos aquele exame (Maria-paciente).*

*Foi ruim. Doeu muito. Eu já estava com quatro centímetros. Fez primeiro um...A dor era do exame. Primeiro foi o novo que fez o exame de toque e depois passou para o idoso. Foram dois exames de toque antes do internamento. Ai me internou (Claudia-paciente).*

Numa situação de emergência ou urgência a mulher chega a referir que não percebe o exame porque a dor do trabalho de parto é muito forte. Diz até: *“eu não senti porque eu estava passada”*. A mulher que chega com dilatação completa pode não perceber nem o toque vaginal, nem o nascimento do filho, apresentando um estado de anestesiada pela dor. Como se refere uma paciente: *“eu estava tão transpassada que a gente não acredita; ta vendo ali a criança e a gente[...]. Não acredita”*.

Algumas mulheres saem do primeiro exame obstétrico para um internamento sem nenhuma informação sobre as suas reais condições de trabalho de parto ou até mesmo com informações equivocadas. A comunicação da avaliação pelo profissional médico não é feita, em várias ocasiões, e em outras, a própria mulher identifica na comunicação do profissional os parâmetros utilizados no diagnostico de trabalho de parto ativo. A paciente Josefa está na sua sexta gravidez e ainda não sabe o que significa dilatação completa do colo uterino, com total desconhecimento do saber tal fato, afirma: *“Eu estava com sete centímetros; ai eu, não! Sete vai custar mais. Acho que o nenê nasce com dois ou três centímetros, ai ta perto”*.

- A espera pelo parto.

A gestante examinada e internada entra na sala de parto com o prontuário e partograma já preenchidos. No interior da sala, ela é recebida pela enfermeira e uma das auxiliar de enfermagem. Uma das funcionárias leva a paciente até um leito disponível; na impossibilidade de uma vaga a mulher aguarda sentada em um dos cavalinhos.

As queixas das mulheres, a evolução dos períodos do trabalho de parto e os parâmetros clínicos gerais são registrados no prontuário e partograma. Algumas gestantes são re-examinadas após duas ou quatro horas e outras, somente, no período expulsivo. O acompanhamento da mulher em trabalho de parto exige da relação profissional-paciente muito mais do que a objetividade da especialidade do profissional.

A permanência da gestante dentro da sala de parto poderá ser longa, pois a evolução do trabalho de parto é variável de uma mulher para outra; uma progressão de dilatação do colo uterino de um centímetro por hora na fase ativa de trabalho de parto é aceita como limite entre trabalho de parto normal e anormal. Portanto, as gestantes em trabalho de parto podem conservar-se horas e horas num estado de solidão a depender dos profissionais de plantão ou de sua própria iniciativa na busca por um acompanhante.

O fato de ter alguém para conversar ou distrair a mulher, naquele momento de dor do trabalho de parto, é reconhecido por algumas como muita atenção recebida. No depoimento da paciente Gorete, a espera pelo parto do seu segundo filho não foi igual ao do primeiro, pois no segundo, ela sentiu-se bem cuidada porque não foi realizado exame de toque vaginal insistentemente durante o acompanhamento do trabalho de parto e ainda contou com a presença da enfermeira para conversar. *“Eu fui tratada super bem. Ela chegou, sentou, e ficou lá conversando até eu ter”*. Referindo-se, principalmente ao toque vaginal, fala:

*No hospital...De instante em instante vinha um e fazia. Lá não eu só fiz um. Eu não sei se é porque eu estava com sete centímetros e não tinha precisão e necessidade de fazer a toda hora, a todo o instante (Gorete-paciente).*

Contudo a maioria das gestantes permanece sem acompanhante, os profissionais de plantão e os funcionários, não se aproximam, exceto quando necessitam realizar um procedimento de rotina. A presença dos voluntários em alguns plantões ajuda no cuidado com as mulheres.

Acompanho a paciente Tereza no leito dois. Ela está calada, quieta e deitada. Essa paciente, antes de ser admitida na sala de parto, encontrava-se bastante agitada,

andava de um lado para o outro, reclamava da demora no atendimento, e chegou a aperta a campainha várias vezes. Algumas mulheres admitidas na sala de parto permanecem caladas durante todo o trabalho de parto, outras, até durante o parto em si. Muitas dessas mulheres utilizam o silêncio para rezar, caminhar ou pensar nos familiares.

A maioria das mulheres em trabalho de parto apresentam faces de preocupação, são caladas, mal esboçam um sorriso quando estimuladas pela enfermeira. *“Estar aumentando a dor?”* O gesto de confirmação foi apenas no balançar da cabeça por uma das mulheres. *“A coisa ta ficando boa!”*. Não escuto nenhuma reclamação ou indagação por parte das gestantes.

A paciente Luisa permanece em silêncio durante todo o parto e confirma algumas perguntas, sem pronunciar nenhuma palavra. Na fala da paciente Natália percebemos que uma estratégia, no caso o caminhar solitário dentro da sala de parto, evita o que ela mesma chama de escândalo.

*Eu triste não falava nada, dizia nada. Você perguntava e eu hum rum!(Luisa)*

*Eu estava andando de um lado pra outro para não fazer escândalo. Se eu me sentasse a dor começava a arrochar. Eu nunca tive essa idéia, chegava no hospital e me deitava. Eu, ali tava andando direto não sei de onde; más naquelas passadas que eu dava a dor amenizava, sabia? Vou dizer uma coisa! tipo assim: uma coisa embalando, de reide.Quanto mais eu andava a dor amenizava. Foi bom eu gostei. E eu não fiz escândalo não.Fiquei feliz por isso (Natália-paciente)*

No trecho do diário de campo, a paciente Leni encontra um modo particular de vencer o medo, a tensão e a dor do período expulsivo. Com os olhos fechados, ela demonstra uma concentração maior na busca por energia para esse momento.

*(12:30) No quarto 03 encontramos a gestante Leni. Ela passa pela primeira experiência de um trabalho de parto normal.Ela não grita, não chama pela mãe e passa a maior parte do tempo com os olhos fechados. Nesse momento ela se espreme com força como se fosse defecar e faz fáceis de dor, mas permanece com os olhos fechados (diário de campo).*

O medo, a tensão e a dor associados à distância dos familiares e a falta de aconchego dos profissionais emudece uma parcela importante das mulheres que estão

esperando o nascimento do filho. A OMS (2000) defende a comunicação e a empatia sincera como aspectos fundamentais da atenção eficaz nesta situação.

- O parto

Após a dilatação completa do colo uterino, a mulher, em trabalho de parto, entra no período expulsivo o qual termina com o nascimento da criança; e é essa ocasião referida por algumas mulheres como o pior momento de dor.

Na hora da dor do parto, muitas mulheres relatam medo da morte e chamam pela mãe, por Deus e pelos filhos que ficaram em casa. No depoimento registrado no diário de campo, a parturiente Nice descreve o parto com alguns sinais de choque hipovolêmico. Ela não chega a perder a consciência, mas seu pensamento faz um prognóstico ruim para si e para o filho, busca, então, a força na sua espiritualidade para afastar os maus pensamentos e vencer esse momento, conforme seu relato:

*Na hora a gente pensa que vai morrer porque a dor é forte. Vem tontura; vem tremores e suor frio. O suor pingava; me desmanchei em suor. Falta às forças, falta às pernas. Nossa senhora do bom parto! A gente pensa que vai morrer; o nenê vai morrer (Nice-paciente).*

Outras grupo mulheres preferem não entrar em detalhes sobre a experiência do parto vaginal. No caso a paciente Carmem que chega a pensar na morte mas afasta esse pensamento, lembrando-se do filho que vai nascer. A paciente Francisca ao falar da dor do parto, sucintamente destaca a presença de um membro da equipe de plantão e a maneira como foi recebida.

*[...]É uma coisa de morrer. O pessoal diz que ter menino é a pior coisa que tem. Não é. Pior é a dor da morte. Eu acho ruim só na dor. Na hora que vem aquela dorzinha, incomoda a gente. Quando a gente tem é um alívio ver aquela coisinha que a gente gerou dentro da gente por nove meses, é muito bom (Carmem-paciente).*

*Meu parto foi rápido [...]. Ela ficou lá conversando comigo, conversando, conversando, conversando, até a hora de ter ne, quer dizer, pra mim elas foram mais que atenciosa só em [...]. (Francisca-paciente).*

A presença de um familiar ou até de mesmo um grupo de estudantes na hora do parto significa ajuda, apoio. A paciente Carmem comenta de que gosta da presença dos estudantes. *“Só assim eu não me sentia tão só; foi bom eles estarem lá perto de mim todo o tempo”*. Para Rita, a presença da mãe deu força e quando o nenê nasceu as duas puderam dividir a emoção. *“Deu força de mais; e quando o nenê saiu, ela chorou muito e eu também”*.

No HDGMM quem assiste o nascimento, como se diz, faz o parto, oficialmente, é o médico, mas esse trabalho pode ser realizado, também, pela enfermeira, pelos estudantes de medicina ou da enfermagem sob vigilância de um plantonista. As pacientes percebem, em alguns momentos, quem está no comando para realizar o parto.

Os partos são assistidos, a grande maioria, com a mulher na posição deitada ou semi-sentada. E nessas horas de nascimento a palavra “força” é utilizada com grande insistência pelos profissionais da saúde. Segundo a enfermeira Sandra, o esforço físico é mérito da mulher porque o menino nasce com o médico, sem o médico e apesar do médico.

A grande “força” fornecida pela plantonista é observada no seguinte trecho. Chega uma gestante em trabalho de parto, com nove centímetros de dilatação do colo uterino, é conduzida para o quarto e orientada a deitar. Doutora Vânia acompanha, chama a paciente de mãezinha e fala a palavra força várias vezes quando percebe contração uterina. *“Força, força, força, força, força, força”*. A palavra é pronunciada por alguns segundos, não chego a contar o número de vezes, mas fico com a sensação de que a quantidade não importa, pois a paciente faz a força que tem condição ou necessária. No depoimento escrito em diário de campo, a paciente Auzira comenta: *“eu acho que quem manda[...] Quando chega a hora a natureza expulsa por si só, não tem como não nascer; chegou à hora tem que nascer em qualquer canto que estiver”*. A paciente que tem experiência com o parto normal sabe a diferença entre palavras de ordem e de estímulo e muitas vezes se mantém calada na hora do parto por sabedoria própria. As palavras que ajudam neste momento podem ser: bom, muito bem, deixa o bebê vir (ODENTE, 2002).

- O pós-parto

Após o nascimento da criança aguardamos a saída da placenta. Alguns plantonistas fazem pressão no fundo uterina para acelerar a saída desse anexo uterino. Nesta ocasião espera-se pela necessidade ou não de correção de episiotomia ou laceração espontânea do canal de parto. É da responsabilidade do profissional que fez a assistência ao parto acompanhar esse momento e tomar as condutas necessárias.

O nascimento da criança não modifica a rotina dos procedimentos da sala de parto. Há pressa em executar a tarefa de rotina que faz o funcionário esquecer da relação mãe filho, quando, logo, algumas crianças são levadas para o asseio antes dos primeiros cuidados da mãe.

A paciente Natália, cujo parto normal não precisou de nenhuma correção na região do canal de parto, está livre para cuidar do filho antes que alguém o leve para o banho. Vitoriosa, diz: *“uma felicidade. Eu vi o bichinho colocado em cima de mim. Ai depois levou. Não fui pontuada, taí uma coisa que me deixou muito feliz. Tudo normal”*. A paciente sente necessidade de examinar o próprio filho e ver se está todo perfeito. No caso de já ter outro filho, na maioria das vezes, ela faz a comparação nesse instante do nascimento de um com o outro.

Com o nascimento do filho, a mulher deseja estar limpa e em um leito sossegada para repor as energias gastas durante o parto. O que acontece com a Josefa, exposta e exausta, aguarda por ajuda de alguém. Para ela, a espera é longa e sem justificativa. A tarefa do médico termina com as correções das lacerações do canal de parto, logo e ela não tem mais motivo para permanecer na posição de parir. Suas queixas revelam um testemunho importante para avaliar a falta de cuidado e atenção.

*A pior parte! Terminou aquela aflição; foi ficar ali; as pernas já mortas. Ele disse: pronto à moça estar nas suas mãos; elas começaram a fazer as coisas e esqueceram de mim. Ai me deu até câimbra. Eu tive uma hora e cinqüenta e me limpavam duas horas. Eu acho que demoraram; eu ali daquele jeito, com as pernas abertas, estava com medo de moscas. Apesar de que eu já tava com medo; e ela pegou aquele negócio que ele molha a pince e jogou nas minhas partes, ai eu pensei como é que pode fazer isso.*

Uma situação bem diferente se passa com a gestante Francisca. Essa paciente encontra-se no alojamento conjunto e levanta-se pela primeira vez para ir ao banheiro. Fica nervosa quando ver um coágulo de sangue a descer subitamente, entre suas pernas, chora, fica se tremendo, mas recebe a ajuda da companheira de quarto e da funcionária de plantão de imediato. Demonstra satisfação por receber atenção, explicações e medicação para cólica uterina, conforme suas palavras:

*Ontem quando fui pro banheiro, né; que o coagulo de sangue caiu; eu toda me tremendo, a menina, a outra paciente, foi chamar a outra, ai ela: chore não mãezinha é assim mesmo; isso ai é normal quanto mais seu organismo expulsar melhor, pior se ficar dentro de você o sangue coagulado; fique calma; ai ela me pegou me trouxe pra cama, me acalmou, foi buscar remédio, perguntou se eu estava sentindo dor; pra mim elas foram maravilhosas (Francisca-paciente).*

O cuidado com a mulher continua no pós-parto. Esse é um período que pode acontecer grandes hemorragias e, portanto merece vigilância dos profissionais. Uma assistência bem sucedida engloba todo o tempo de permanência da mulher na unidade hospitalar.

A rotina dos profissionais e a passividade da maioria das pacientes nos remetem à reflexão sobre a relação profissional-paciente no ambiente de parto e nascimento. No primeiro encontro, na emergência, entre o profissional e a paciente já existe uma objetividade padronizada que desconsidera a experiência da paciente. No fragmento de discurso de uma paciente que passou pela experiência de um parto normal, reflete essa realidade traumatizante, assim fala ela: *“uma experiência ruim pela forma como as pessoas me trataram; não deram importância para mim, nem para as minhas dores, nem para os meus medos e minhas ansiedades”*.

O modelo biomédico, centrado na técnica obstétrica, não valoriza o saber da mulher e deixa de lado o aspecto subjetivo da relação. Caprara e Rodrigues observam que, *“as novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre médico e o paciente”* (2004, p.140).

O período expulsivo, momento de desfecho do parto normal, nos conduz a unidade de significado de medo, de perda, de morte, *“... a gente pensa que vai morrer...”*. Os momentos dor, tensão e medo, vividos pela paciente, durante o

internamento hospitalar, atuam sobre o espírito da mulher, levando-a a pensar no seu destino, no destino do filho e nos mistérios da vida. Daí a fé religiosa ser convocada em vários momentos no nascimento do filho. Pois, conforme Morin “a consciência da morte não se limita ao momento e ao acontecimento da morte. Torna a morte presente na vida” (2005 p.47).

A ausência de um familiar durante o parto hospitalar nos leva a unidade de sentido de cuidado “... *eles estarem ali perto de mim foi bom, só assim eu não me sentia tão só*”. A mulher está mais do que nunca vulnerável. Ao sentir a vibração positiva de dois ou três estudantes ao seu lado, durante o parto, traduz segurança, consolo e diminui a forte angústia. Significa atenção, cuidado, mesmo que esse cuidado venha de pessoas desconhecidas. Para Morin (2005, p.144) “o calor coletivo de uma comunidade alivia as aflições individuais”.

O conhecimento da ciência atual não é suficiente para resolver problemas como as precárias condições de funcionamento dos Hospitais do Brasil, as dificuldades de comunicação entre pacientes e serviços, os baixos salários dos profissionais principalmente pela separação entre ciência e filosofia que concorreu para a divisão entre o “espírito”<sup>8</sup> e cérebro, comprometendo, assim, o conhecimento dentro de cada cultura e os fundamentos do próprio conhecimento (MORIN, 2005).

---

<sup>8</sup> O espírito constitui a emergência mental nascida das interações entre o cérebro humano e a cultura, é dotado de uma autonomia relativa e retroage sobre o seu ponto de origem (MORIN, 2005, p.301).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Observar práticas de humanização na saúde, em especial na sala de parto, como uma nova prática, implica em conhecer o valor antropológico da relação compreensão/explicação, opostas e complementares tal como yin-yang<sup>9</sup>. “Compreendemos o que sente o outro por projeção do que sentimos nós mesmos em semelhante circunstância e por retorno de identificação sobre si do sentimento projetado no outro” (MORIN, 2005, p.159). Aquele que sabe o que é a indiferença compreende o outro que não tem atenção, mesmo que a boca não denuncie. Compreender bem o outro implica em conhecimento marcado pela subjetividade e pela afetividade. A explicação aparece na demonstração dos dados objetivos.

Voltar à sala de parto, depois de dois anos de ausência da prática obstétrica, não foi uma tarefa fácil. Por vários momentos tive que me conter para não entrar no processo de trabalho e executar a tarefa que julgava necessária na ocasião.

Durante o trabalho de campo, tentei utilizar os conhecimentos de que dispunha para compreender e explicar as dificuldades de implementação da prática de humanização da saúde, especialmente na obstetrícia. Há necessidade de conhecimento, tanto filosófico quanto científico, e de utilização da duplicidade compreensão-explicação nas práticas da vida cotidiana. O autor Edgar Morin criou “Métodos” para abordar a complexidade do ser vivo e, foi através desses que o meu conhecimento sobre humanização se ampliou.

O sentido de falar em complexidade da humanização na saúde é porque enfrentamos problemas complexos, e além do mais, estes estão contidos na complexidade da organização viva, na complexidade da organização cerebral e na complexidade socioantropológica. Esses complexos funcionam de maneira tal que o todo está na parte e essa está no todo. Cada parte tem sua importância sem ser fragmento do todo.

---

<sup>9</sup> Segundo Porkert citado por Capra (1982, p.33) o yin corresponde a tudo o que é contrátil, receptivo e conservador, ao passo que o yang implica tudo o que é expansivo, agressivo exigente. Na cultura chinesa, o yin e o yang nunca foram associados a valores morais. O que é bom não é yin ou yang, mas o equilíbrio dinâmico entre ambos.

As experiências das mulheres mostram que o acolhimento, o cuidado, o suporte emocional, a presença do acompanhante são aspectos da humanização na saúde. Essa nova prática precisa ser mais efetiva porque o avanço da tecnologia não está conseguindo resolver os problemas das relações profissionais-pacientes, a qualidade no atendimento, a superlotação nos Hospitais.

Abordar a mulher por “querida” ou “mãezinha” não é de todo um mal, porém tratá-la pelo nome próprio cria um vínculo de valor. Os funcionários precisam se identificar ao atendê-la para que esse vínculo seja mais forte. Nos uniformes de trabalho pode muito bem ser fixado um crachá com o nome e função de cada profissional.

Na sala de parto, a imagem, mãe e filho mostram uma relação de complementação na compreensão-identificação que se faz entre eles. “A compreensão comporta uma projeção (de si para o outro) e uma identificação (com o outro), num duplo movimento de sentido formando um ciclo” (MORIN, 2005, p.159).

Explicar-compreender; compreender-explicar, onde quer que você esteja, não importa por onde começar; utilize os dois para evitar erros. Afinal, nós somos seres humanos, sujeitos e não objetos. Merecemos compreensão e explicação para superarmos desprezo, ódio, indiferença e alcançarmos a autonomia. “Hoje vivemos talvez uma disjunção muito forte entre uma cultura subcompreensiva (científico-tecnica) e uma cultura subexplicativa (humanista)” (MORIN, 2005, p.166). Logo a humanização requer a duplicidade defendida por Edgar Morin como elemento básico.

Comumente, o que se espera de um profissional médico da área de ginecologia e obstetrícia é que ele desenvolva trabalhos científicos com metodologia quantitativa e não qualitativa. Por isso não me surpreendi quando fui acolhida por um colega com estas palavras: “*você tem que ter trabalho né! Randomizado, duplo cego. Humanizou tantas, não humanizou; o índice de cesárea foi tanto; no achismo não vale*”. Também não fiquei surpresa ao iniciar uma entrevista e o colega perguntar “*o que você chama de humanização?*”. Não consegui ficar surpresa nem com uma paciente que recebeu cuidados intensivos, como apoio emocional e massagens, durante sua passagem pela sala de parto, e na hora da entrevista ela, simplesmente, disse: “*meu parto foi bom*”.

Dois tipos básicos de profissionais se destacam na assistência ao parto normal. O primeiro é aquele profissional que está ao lado da mulher, que trabalha todos os seus sentidos, porque aposta no apoio emocional como uma etapa do acompanhamento do parto. O outro é aquele que sempre se põe à frente da mulher na assistência ao recém-nascido e que na grande maioria das vezes só reconhece o poder da técnica obstétrica. O profissional que se utiliza os conhecimentos técnicos e não técnicos contribui para nascimentos saudáveis e valorização da relação profissional-paciente.

O pré-natal de qualidade envolve profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiras e médicos, fortalecendo o curso do parto para que a mulher tenha conhecimento dos seus direitos e deveres como cidadã. A participação da mulher, não como ouvinte, no curso do parto é fundamental para melhorar a qualidade do pré-natal.

As práticas de saúde que implementam a humanização no HDGMM, ainda, são escassas, contudo várias categorias profissionais trabalham na ampliação do acolhimento, do cuidado, do suporte emocional em todos os setores deste hospital. A proposta de utilização da dualidade do conhecimento compreensão-explicação fica como uma estratégia a ser utilizada em todos os setores, discutindo ou não, humanização na saúde, promoção da saúde, vigilância a saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidades. Tudo em benefício da construção e reconstrução das práticas de saúde para todos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Galba. **Parteiras Tradicionais na atenção obstétrica no Nordeste**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

AYRES, José Ricardo. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. V.6, n.º.6 .Fevereiro. 2000.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.º.14. Fevereiro. 2004.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.10, n.º.3, Maio. 2005.

\_\_\_\_\_. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.9, n.º.1. Fevereiro. 2004.

BALASKA, Janet. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. Tradução de Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground, 1993.

BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BENZECRY, Roberto; CERRUTI, Francisco. **A preparação psicossomática para o parto**. In: RESENDE, Jorge de. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 561-571, 2005.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, mar/ago. 2005.

BOARETO, Cristina. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a dia da prática dos serviços. **Ver. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**.

Disponível em < portal da saúde-www.saúde.gov.br/saúde/áreacfm?id-área=390>acesso em 30/03/2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, 3ª ed-Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela; OSIS, Maria José Duarte. Evidência sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, nº.5, set-out, 2005.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1. 2000.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Editora Pensamento-cultriz Ltda, 1982.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, nº.1, 2004.

CAMPOS, Gastão W.S. Humanização na saúde: um projeto em defasa da vida? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, mar/ago 2005.

CAMANO, Luiz. **Manual de orientação FEBRASGO**: assistência ao parto e tocurgia. São Paulo: ponto, 2002.

CARVALHO, Maria L. de. O renascimento do parto e do amor. **Estudos Feministas**, 2/2002.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Política de humanização da atenção e gestão em saúde de Ceará; coordenadores annatália de Amorin Gomes, José Jackson Coelho Sampaio-Fortaleza: **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decisão: casas de parto**. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Cesariana: uma epidemia invisível. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Ano X, nº 84, agost. De 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Mortalidade materna: tragédia familiar. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Ano X, nº 85, set. de 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ. **Casas de parto**: posição do CREMEC. Fortaleza, 2005.

DAVIM, Rejane M.B; BEZERRA, L.G.M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwify: um retrato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.1-9, set/oct, 2002.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. On birth. **Encyclopedia of Anthropology**, Sage Publications, 2005.

\_\_\_\_\_. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and obstetrics**, v. 75, November, 2001.

DAVIS-FLOYD, Robbie; PIGG, Stacy Leigh; COSMINSKY, Sheila. Daughters of time: the shifting identities of contemporary midwives. **Medical Anthropology**. Vols 20 (2-3 and 4): 105-139.

DESLANDES, Suely F. Análise de discurso sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. **Frágeis Deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface-comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

DIAS, Marcos.A.B.; DESLANDES, Suely.F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 n.1, jan/fev.2004.

DINIZ, Carmen S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto. Faculdade de Medicina /USP, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Que valores escolhemos nesse ritual? **Estudos Feministas**. 2/2002.

\_\_\_\_\_. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul/agos, 2005.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO/REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, São Paulo, 2002.

EDITORIAL. **Ato médico/casas de parto**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO). São Paulo, v.26, nº.3, 2004.

EDITORIAL. **Parto humanizado**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO). São Paulo, v.24, nº.7, 2002.

ENKIN, Murray. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Tradução de Cláudia Lúcia Caetano de Araújo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2005.

FEBRASGO. Taxas de parto normal e cesárea no Brasil: 1999-2003. **Jornal da Febrasgo**. Ano 11 nº.4, maio, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GABBE, Steven; NIEBYL, Jennifer R.; SIMPSON, Joe Leigh. **Obstetrícia: gestações normais e patológicas**. Tradução de Cláudia Lúcia de Araújo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

GEERTZ, Glifford. **A interpretação das culturas**. Tradução: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro, 1989.

GLIFFORD, Games. **A experiência etnográfica**. Editora da UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.

HOTIMSKY, Sonia N.; SCHRAIBER, Lilia B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10 n.3, jul/agos. 2005.

IIO, Humberto. Lei permite parto com acompanhante em hospitais do SUS. **O povo**, Fortaleza, 09 de abril, 2005.

JONES, Ricardo. **O homen de vidro**: menórias de um obstetra humanista. Porto Alegre: Idéias agranel, 2004.

JORDAN, Brigitte. High technology: the case of obstetrics. **World Health Forum**. Volume 8, 1987.

JORDAN, Brigitte; IRWIN, Susan. Knowledge, practice and power: court-ordered cesarean sections. **Anthropology of American Obstetrics** 1:3:319-334, 1987.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer sorrindo**. 2ª reimpressão da 14.ed de 1992. Tradução: MÉDIA- Assessoria, Planejamento e Execução Editorial Ltda. São Paulo: Brasiliense, 2004.

\_\_\_\_\_. **Se me contassem o parto**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Ground, 1998.

MARTINS-COSTA, Sergio H. **Ainda sobre as casas de parto**.Jornal da Febrasgo, São Paulo, ano 11 n.2, março. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ver. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.4-8, 2004.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MENEZES, Rachel Aisengart. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.9, p.117-130, 2001.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface- Comunic, Saúde, Educação**. Fevereiro, 2000.

MEZIARA, Flavia.C; CUNHA, Sergio Pereira da; CAVALLI, Ricardo Carvalho de. Centro de parto normal(casa de parto): implicações legais e dúvidas dos obstetras. **Jornal da Febrasgo**, São Paulo, ano11 n.2, março. 2004.

MORIN, Edgar. **O método 3: conhecimento do conhecimento**. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3ª edição-Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **O método 4**. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3ª edição-Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3ª edição-Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 8ª. Edição-São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

MOTT, Maria Lucia. Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). **Estudos Feministas**. Ano 10, 2º semestre, 2002.

NAGAHAMA, Elizabeth.E.I; SANTIAGO, Silvia.M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10 n.3, 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria C.F; BÓGUS, Cláudia M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, set-dez 2004.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. 2ªed. Tradução de Marcos de Noronha e Tália Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

\_\_\_\_\_. **O renascimento do parto**. Tradução de Roland B. Calheiros. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, Z.M.L.P. **Vivenciando o parto humanizado**: um estudo compreensivo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Belo Horizonte, 2001. 146folhas. Dissertação( Mestrado em Enfermagem)-UFMG.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. **Relatório de um grupo técnico**. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Appropriate technology for birth. **Lancet**. Aug 24;2(8452):436-7, 1085.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Manejo de las complicaciones Del embarazo y el parto**: guie para obstetrices y médicos, 2000. Organizacion Panamericana de la salud, 2002.

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não-médico. São Paulo, 1997. 129 folhas. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, departamento de saúde materno-infantil.

PINTO, C.M.S; HOGA, L.A.K. Implantação del proyecto de inserción del acompañante em el parto: experiencias de los profesionales. **Ver. Ciência y Enfermería** X(1):57-66, 2004.

PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004.

RIESCO, M.L.G; FONSECA, R.M.G.S. Elementos constitutivos da formação de profissionais não médicos na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.685-698, mai/jun, 2002.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SABATINO, Hugo; DUNN, Peter M.; CALDEYRO-BARCIA, R. **Parto humanizado: formas alternativas**. 2ªed. São Paulo: editora da unicamp, 2000.

SAMPAIO, José J. Coelho. Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária. Curso de extensão universitária promovido pela Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, setembro, 2005.

SAKALA, Carol. Resources for evidence-based practice. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing** 2003; 32(5).

Seminário Estadual de Humanização. Programa e anais; núcleo de humanização-Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2006.

SERRUYA, Suzanne; CECATTI, José G. ; LAGO, Tânia di Giacomo do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, nº.5, set-out, 2004.

SCHRAIBER, Lilia B. **Prefácio**. In: VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 9-14.

SOUZA, Heloisa R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo**. Dissertação de mestrado em antropologia social. Universidade Federal de Santa Catarina, fevereiro, 2005.

SZYMANSKI, Heloisa; ALMEIDA, Laurinda R.; PRANDINE, Almeida R.C.A.R. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Líber livro, 2004.

TORNQUIST, Carmen S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19(sup.2), 2003.

\_\_\_\_\_. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos feministas**. 2/2002.

TUESTA, A.A; GRIFFIN, K; GAMA, A.S; ORSI, E; BARBOSA, G.P. Saberes e prática de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, nº.5, set/out, 2003.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean M. Antropología Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, nº.4, out/dez, 1994.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Trabalhos científicos**: organização, redação e apresentação. 2. ed. Revisada e ampliada. Fortaleza: EdUECE,2005.

VIANA, Heraldo M. **Pesquisa em educação**: a observação. Brasília: Plano, 2003.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO CNS 196/1996) (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

NOME DA PESQUISA: A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: um estudo etnográfico em uma maternidade municipal de Fortaleza.

OBJETIVOS: analisar como os conhecimentos e as práticas sobre humanização da saúde estão sendo incorporados, de fato, pelos profissionais da obstetrícia em uma maternidade de Fortaleza; observar a utilização das técnicas humanizadas pelos profissionais da obstetrícia nas gestantes de baixo risco em uma maternidade de Fortaleza; analisar práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais da obstetrícia na relação com as gestantes de baixo risco em uma maternidade de Fortaleza.

JUSTIFICATIVA: o estudo justifica-se pela necessidade do debate quanto ao parto hospitalar e as possibilidades de interpretação do movimento a favor da humanização na saúde. O presente trabalho pode gerar um produto que melhore a implementação da política de humanização nas maternidades brasileiras.

METODOLOGIA: será realizada uma observação participante (roteiro em anexo) nas salas de pré-parto, parto e pós-parto. Complementando a observação, será realizada uma entrevista com os profissionais da sala de parto, podendo essa ser agendada para o momento mais conveniente, a partir de seu consentimento formal. A Transcrição da entrevista será ouvida pelos respectivos entrevistados para que possam modificar ou não, aprovar ou desaprovar o seu conteúdo para, enfim, a pesquisadora analisar as respostas.

Eu, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_anos, portadora da carteira de identidade \_\_\_\_\_, declaro estar ciente das informações fornecidas pela médica Maria Celestina Sabino de Oliveira, sobre a pesquisa “HUMANIZAÇÃO DO PARTO: um estudo etnográfico em uma maternidade de Fortaleza”.

Concordo livremente em ser entrevistado(a). Aceito que a entrevista seja gravada e transcrita e as informações sejam utilizadas na pesquisa.

---

Assinatura do profissional de saúde

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisadora: Maria Celestina Sabino de Oliveira, CRM 6009

Telefone: 32986238 ou 99944238

Comitê de Ética em Pesquisa- UECE/ CE

## APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO CNS 196/1996) (PUÉRPERAS)  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

NOME DA PESQUISA: A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: um estudo etnográfico em uma maternidade municipal de Fortaleza.

OBJETIVOS: analisar como os conhecimentos e as práticas sobre humanização da saúde estão sendo incorporados, de fato, pelos profissionais da obstetrícia em uma maternidade de Fortaleza; observar a utilização das técnicas humanizadas pelos profissionais da obstetrícia nas gestantes de baixo risco em uma maternidade de Fortaleza; analisar práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais da obstetrícia na relação com as gestantes de baixo risco em uma maternidade de Fortaleza.

JUSTIFICATIVA: o estudo justifica-se pela necessidade do debate quanto ao parto hospitalar e as possibilidades de interpretação do movimento a favor da humanização na saúde. O presente trabalho pode gerar um produto que melhore a implementação da política de humanização nas maternidades brasileiras.

METODOLOGIA: será realizada uma observação (roteiro em anexo) nas salas de pré-parto, parto e pós-parto. Tão logo a puérpera esteja no alojamento conjunto, descansada, recuperada e disposta, iniciaremos a entrevista, podendo essa ser agendada para o dia posterior, a partir de seu consentimento formal. A Transcrição da entrevista será ouvida pelos respectivos entrevistados para que possam modificar ou não, aprovar ou desaprovar o seu conteúdo para, enfim, o pesquisador analisar as respostas.

Eu, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ anos, portadora da carteira de identidade \_\_\_\_\_, declaro estar ciente das informações fornecidas pela médica Maria Celestina Sabino de Oliveira, sobre a pesquisa "HUMANIZAÇÃO DO PARTO: um estudo etnográfico em uma maternidade de Fortaleza".

Concordo livremente em ser entrevistada. Aceito que a entrevista seja gravada e transcrita e as informações sejam utilizadas na pesquisa.

---

Assinatura/impressão digital da puérpera

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisadora: Maria Celestina Sabino de Oliveira, CRM 6009

Telefone: 32986238 ou 99944238

Comitê de Ética em Pesquisa- UECE/ CE

## APÊNDICE III

## Roteiro de entrevistas.

Profissionais de saúde

Data da entrevista:

## 1-Identificação

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Idade atual:

Nacionalidade/naturalidade:

Profissão:

Fale um pouco sobre você.

-Seu nascimento

-A escolha da profissão e da especialidade

-Condições de trabalho

-O encontro ou não com o tema da humanização na saúde

-Sonhos

-Momentos que marcaram na profissão

-O que mais gostaria de dizer

Pacientes

Data da entrevista:

1-Identificação

Nome:

Data de nascimento:

Idade atual: \_\_\_\_\_

Nacionalidade/naturalidade:

Profissão: \_\_\_\_\_

Conte para mim como foi sua vida a partir do momento em que você ficou sabendo que estava grávida.

-O que mudou

-O pré-natal

-O curso do parto

-A recepção no hospital

-O acompanhamento do trabalho de parto

-O momento do parto

-O pós-parto

-O alojamento conjunto

-Planos para o futuro

## APÊNDICE IV

## ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

	MODELO DE ATENDIMENTO A MULHER EM TRABALHO DE PARTO	VÍNCULO PROFISSIONAL-PACIENTE/ACOMPANHANTE	RECOMENDAÇÕES DA OMS	PROFISSIONAL EM DESTAQUE
<i>DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO</i>				
PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO				
SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO				
TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO				

OS MODELOS DE ATENDIMENTO ENCONTRAM-SE NO ANEXO I

AS RECOMENDAÇÕES DA OMS ENCONTRAM-SE NO ANEXO II

PROFISSIONAIS OBSERVADOS NA SALA DE PARTO: ENFERMEIRA E MÉDICO (OBSTETRAS), PEDIATRA, ANESTESISTA E AUXILIARES DE ENFERMAGEM.

A PALAVRA VÍNCULO SERÁ EMPREGADA SEGUNDO O DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA: É TUDO O QUE ATA, LIGA; LIGAÇÃO MORAL; RELAÇÃO; NEXO, SENTIDO.

## ANEXOS

## ANEXO I

<b><u>O modelo Tecnocrático de Medicina</u></b>	<b><u>O Modelo Humanístico (Biopsicossocial)</u></b>	<b><u>O Modelo Holístico de Medicina</u></b>
Separação Mente / Corpo;	Mente e Corpo como uma Unidade;	Corpo, Mente e Espírito como uma unidade;
O corpo é visto como Máquina;	O corpo como organismo;	O corpo é um sistema de energia ligado com outros sistemas de energia;
O paciente como objeto;	O paciente como sujeito relacional;	Cura a pessoa “inteira”,no contexto de sua vida como um todo;
Alienação entre médico e paciente;	Conexão e afetividade entre profissional e paciente;	Médico e paciente como uma unidade essencial
Diagnose e tratamento de fora para dentro (curando doenças, reparando disf.)	Diagnóstico e tratamento de fora para dentro e de dentro para fora;	Diagnose e cura de dentro para fora;
Organização hierárquica e padronização de atendimento;	Equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo;	Estrutura organizacional em rede, que facilita a individualização do atendimento;
Autoridade e responsabilidade inerentes ao médico, não ao paciente;	Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre profissional e cliente;	Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo;
Supervalorização da ciência e da tecnologia;	Ciência e tecnologia contrabalançadas com humanismo;	A ciência e a tecnologia são colocadas a serviço do indivíduo;
Intervenção agressiva com ênfase em resultado a curto-prazo;	Focalização na prevenção das doenças;	Uma focalização que objetiva criar e manter a saúde a longo-prazo ;
A morte é encarada como uma derrota;	Morte como um resultado aceitável;	A morte é encarada como uma etapa de um processo;
Um sistema dirigido pelo lucro;	Cuidado compassivo;	A cura é o foco principal;
Intolerância com outras modalidades;	A mente aberta diante de paradigmas alternativos de tratamento;	Admite várias modalidades da cura;
<b>Princípio básico subjacente: separação;</b>	<b>Princípio básico subjacente: equilíbrio e conexão;</b>	<b>Princípio básico subjacente: conexão e integração;</b>
<b>Tipo de pensamento: Unimodal, Cerebral esquerdo, Linear.</b>	<b>Tipo de pensamento: Bimodal.</b>	<b>Tipo de pensamento: Multimodal, Cerebral-direito e fluido.</b>

*Fonte: International Journal of Gynecology and Obstetric, v.75, supplement n.1, pp.s5-s23, november 2001.*

## ANEXO II

### São responsabilidades dos profissionais de saúde:

1.	Dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, nascimento e logo no pós-parto.
2.	Observar a parturiente, monitorar o estado fetal e, posteriormente recém-nascido; avaliar os fatores de risco; detectar problemas precocemente.
3.	Realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar cuidados ao recém-nascido após o nascimento.
4.	Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicação que o justifiquem ( op.cit., p.10)

### Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1	Plano individual determinado onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a gestante e comunicado ao companheiro e família.
2	Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal e no momento do primeiro contato com o prestador de serviço, durante o trabalho de parto, e ao longo deste último.
3	Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto.
4	Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento.
5	Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6	Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7	Respeito ao direito da mulher à privacidade, no local de parto.
8	Apoio aos prestadores de serviço de saúde durante o trabalho de parto.
9	Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
10	Fornecimento, às mulheres, de todas as informações e explicações que desejarem.
11	Métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
12	Monitoramento do bem-estar fetal com ausculta intermitente.
13	Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
14	Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo por meio do uso do partograma da OMS.
15	Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até pequena quantidade de sangue.
16	Prevenção de hipotermia do bebê.
17	Contato cutâneo direto precoce pele a pele entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
18	Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

**Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas:**

1	O uso rotineiro do enema
2	O uso rotineiro de tricotomia
3	Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
4	Cateterização intravenosa profilática de rotina
5	Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6	Exame retal.
7	Uso de pelvimetria por raio X.
8	Utilização de ocitocina em qualquer tempo antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos.
9	Uso rotineiro de litotomia, com ou sem estribos, durante o trabalho de parto.
10	Esfoço de puxo prolongado e dirigido (com manobras de valsava) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
11	Uso de comprimidos orais de ergotamina no terceiro estágio do trabalho de parto, com objetivos de evitar ou controlar hemorragias.
12	Uso rotineiro de ergotamina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
13	Lavagem uterina pós-parto.
14	Revisão rotineira da cavidade uterina (exploração manual) após o parto.

**Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:**

1	Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
2	Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto.
3	Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
4	Manobras relacionadas com proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto.
5	Manipulação ativa do feto no momento do parto.
6	Uso de ocitocina, tração controlada do cordão umbilical, ou uma combinação, durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
7	Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8	Estimulação dos mamilos para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio de trabalho de parto.

**Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado:**

1	Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2	Controle da dor por agentes sistêmicos.
3	Controle da dor com anestesia peridural.
4	Monitorização eletrônica fetal.
5	Uso de máscaras e aventais estéreis durante o trabalho de parto.
6	Exames vaginais repetidos e freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
7	Correção da dinâmica uterina com a utilização da ocitocina.
8	Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio.
9	Cateterização da bexiga.
10	Estímulo para o puxo quando se diagnóstica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11	Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto como, por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12	Parto operatório.
13	Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14	Exploração do útero após o parto.