

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa Integrado de Doutorado em Psicologia Social
UFRN/UFPB**

**A HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NO
NASCIMENTO: os saberes e as práticas no contexto
de uma maternidade pública brasileira**

Fátima Raquel Rosado Moraes

Natal/RN
2010

Fátima Raquel Rosado Morais

**A HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NO
NASCIMENTO: os saberes e as práticas no contexto
de uma maternidade pública brasileira**

Tese elaborada sob orientação da Prof.^a Dr.^a
Martha Azucena Traverso-Yépez,
apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, Doutorado em Psicologia
Social da Universidade Federal do Rio
Grande do Norte, como requisito parcial à
obtenção do título de Doutora em Psicologia
Social.

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Morais, Fátima Raquel Rosado.

A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. – 2010.
271 f.

Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Martha Azucena Traverso-Yépez.

1. Psicologia social. 2. Parto (Obstetrícia). 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Hospitais de ginecologia e obstetrícia – Brasil. I. Traverso-Yépez, Martha Azucena. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 316.6

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

A tese **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira**, elaborada por Fátima Raquel Rosado Morais, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Doutorado em Psicologia Social, como requisito parcial à obtenção do título de DOUTORA EM PSICOLOGIA SOCIAL.

Natal, RN, ____ de _____ de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Martha Azucena Traverso-Yépez (Presidente) _____

Prof^ª Dr^ª Ana Cecília de Sousa Bastos (UFBA) _____

Prof^ª Dr^ª Isabel Maria Fernandes F. Oliveira (UFRN) _____

Prof^ª Dr^ª Simone da Nóbrega Tomaz Moreira (UFRN) _____

Prof^ª Dr^ª Raimunda Magalhães da Silva (UNIFOR) _____

"Dai-me senhor a perseverança das ondas do mar, que fazem de cada recuo, um ponto de partida para um novo avanço".

Cecília Meireles (1901 - 1964)

DEDICO

Aos meus pais, Eilson e Marilena, que mesmo na simplicidade de vocês, sem entender os meus estudos, dispuseram-se a ajudar em tudo e em todos os momentos, abdicando do prazer de vocês para ajudar no meu trabalho.

Aos meus filhos, Vicente Neto e João Guilherme. Vocês são fontes inesgotáveis de prazer para a minha vida e acabaram penalizados com os momentos em que eu estive ausente, "teseando". Estamos vencendo mais essa etapa da vida e posso dizer: "mamãe está voltando!!!"

Ao meu marido, Marcos José. Mesmo não fazendo nada, você fez muito. Obrigada por existir!!!

AGRADECIMENTOS

Esta acaba sendo uma das horas mais difíceis na construção de um trabalho de pesquisa, uma tese de doutorado. Primeiro porque ainda persiste aquele pensamento: estou terminando mesmo? O que falta? Nunca nos sentimos satisfeitos, achando que sempre falta um pouco, ou muito. Segundo porque nesta caminhada de quase cinco anos muitas pessoas andaram lado a lado conosco em algum momento e, mesmo trilhando outros caminhos depois, deixaram suas marcas e contribuições neste processo. Assim, se alguém que foi importante deixar de ser citado, não se sinta menos precioso, apenas lembre que a ansiedade nos faz esquecer de colocar no papel pedaços importantes das nossas vidas. Aos que lembro neste momento, segue os meus mais profundos agradecimentos:

À Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e, em particular, à Faculdade de Enfermagem (FAEN), por ter possibilitado que eu cursasse esta pós-graduação, me liberando integralmente, para que ao término do curso eu pudesse vir a contribuir para o crescimento desta instituição. Espero não decepcioná-los!

Ao CNPQ, por ter ajudado neste período de pós-graduação com a concessão de uma bolsa de estudo.

Às minhas queridas amigas de caminhada no doutorado, Renata Meira e Luciana Medeiros. Trabalhamos e estudamos muitas vezes juntas. Nunca vou esquecer dos nossos encontros científicos, das nossas tardes de estudo, dos nossos lanches coletivos na sala de Martha e na casa de Lu. Enfim, de tudo que vocês representaram neste período distante de casa. Espero que nosso vínculo nunca se desfaça e que possamos continuar produtiva e amigavelmente unidas.

À minha orientadora Martha Traverso, por ter sido exemplo neste início de vida enquanto pesquisadora. Será você o meu espelho enquanto competência, empenho e compromisso com a pesquisa científica para o resto da vida. Só tenho que te agradecer e pedir desculpas por todas as dificuldades e limitações. Caminhos são para serem percorridos, limites superados e barreiras vencidas. Tenha certeza que você foi fundamental nesta minha conquista!

À querida Cilene, secretária maravilhosa, disponível e sempre amiga que nos acompanhou nesta caminhada acadêmica, sempre nos orientando nas questões institucionais. Você será eternamente lembrada pelo sorriso constante e amigo.

À minha banca de qualificação nas figuras de Rosineide Santana e Isabel Fernandes, pessoas maravilhosas que ofereceram contribuições sem medida para que esta tese estivesse hoje pronta e do jeito que está.

Aos membros da banca de defesa nas pessoas de Ana Cecília Bastos, Isabel Fernandes, Simone Tomaz e Raimunda Magalhães, por terem disponibilizado do precioso tempo da vida de cada uma de vocês para estarem aqui neste momento, ajudando na minha vida acadêmica. Tenho a plena convicção que a avaliação de vocês contribuirá para as reorientações necessárias a esta pesquisa e a minha vida enquanto pesquisadora.

A todos que direta ou indiretamente estiveram presentes nesta caminhada, meu muito obrigada!

RESUMO

As práticas em saúde relacionadas ao processo gestacional tendem a se organizar de acordo com o contexto e os espaços assistenciais, os quais são dependentes das condições socioeconômicas e da estrutura física e funcional dos serviços. A elevada morbimortalidade nesse processo desencadeou, desde 1986, a reflexão pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto aos aspectos técnicos e às iniquidades sociais que influenciam essa situação em diferentes contextos, culminando nas recomendações que propunham a reorientação da dinâmica assistencial com foco na maternidade segura. O Brasil adota, no ano 2000, as sugestões da OMS, enfatizando a humanização como eixo orientador das ações. Contudo, essa discussão tende a desconsiderar os problemas das iniquidades locais e os condicionantes epidemiológicos e sociais que definem as ações no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, esta pesquisa objetivou analisar as práticas discursivas nas ações de trabalhadores e usuárias da Maternidade de Felipe Camarão em face da organização do cuidado na perspectiva da humanização do parto e do nascimento no contexto institucional de uma maternidade pública. Então, além da análise dos documentos públicos que lidam com essa temática, foi desenvolvido um estudo etnográfico em uma maternidade em Natal (RN), considerada modelo para a humanização após ter recebido o prêmio Galba de Araújo, em 2002. Nessa etapa, as estratégias metodológicas foram a observação participante, o grupo focal e a prática da entrevista individual com trabalhadores e usuárias do serviço. Na análise dos dados, evidenciou-se que os diferentes atores, os profissionais e as mulheres em parturição, tendem a mostrarem-se alheios aos contextos que delimitam a produção e reprodução das práticas em saúde, o que favorece a ausência de uma postura crítica diante das ações destinadas à população. Além disso, ficou evidente que as dificuldades institucionais, associadas às questões econômicas, culturais, políticas e de gestão, também dificultam o envolvimento e a reflexão dos trabalhadores em favor de mudanças assistenciais para o processo. Há também a utilização de uma perspectiva prescritiva da humanização no fazer cotidiano desses atores sociais, sem uma reflexão crítica acerca do seu significado. Alguns trabalhadores apresentam em seus posicionamentos uma preocupação com os aspectos sociais e econômicos que afetam as práticas em saúde e com as limitações do discurso humanizador, que desarticula as necessidades dos envolvidos nesse contexto. Todavia, possivelmente por questões culturais e relacionadas ao processo de formação, logo tendem a retornar ao discurso da humanização enquanto prática caridosa caracterizada pela minimização das ações intervencionistas. Já as usuárias mostram-se passivas diante da dinâmica dos serviços, submetendo-se ao que lhes é oferecido enquanto assistência, sem questionar e/ou refletir acerca das suas carências usuais. Assim, pensar em mudanças no saber/fazer em saúde destinadas ao parto e ao nascimento implica refletir a produção cotidiana dessas práticas e os contextos sociais que influenciam o processo assistencial em saúde. Dessa forma, seria possível antever a apropriação, pelos diferentes atores, dos seus anseios e necessidades, fazendo-os ativos na busca pelos seus direitos de cidadania.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Humanização, Parto, Políticas de Saúde, Etnografia Institucional.

ABSTRACT

The practice of medicine related to the gestational processes tend to be organized according to the context and the place of work, being thus dependent of the conditions both social and economical, and of the physical structure and the functionality of the services. The high mortality rate in this process has diminished, since 1986, the study made by the World Health Organization (WHO) as to the technical aspects and the social inequalities that influence this situation in different geographical contexts. This culminated recommendations that proposed the reorientation of the dynamical practice of medicine, with a focus on the safety of maternities. Brazil adopted, in the year 2000, the suggestions of the OMS, emphasizing the humanization as the main reason for these actions. However, this discussion tends to not consider the problems caused by the social inequalities and the epidemiological and social conditionings that define the actions of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). In this area, this research seeks to analyze the practices, cares taken, and the universal symbol that promotes and rewards the assistance to the birth of children by the SUS. Besides the analysis of the public documents that deal with this subject, an ethnographic study was developed in a maternity in Natal/RN, considered a model of humanization after receiving the Galba de Araújo prize in 2002. In this stage, the methodological strategies were observed, and the focus of the individual interviews with workers and users of this service. In the analysis of the data, it became evident that the different professional workers and women who gave birth, tend to show concern of the standards the delimit production and reproduction of the practice of medicine, as they favor the absence of a critical posture of the actions destined to the population. Besides this, it became evident that the institutional difficulties associated to the economical, cultural, and political problems also difficult the involvement and the reflection of the workers in favor of assisting changes of the process. There is also a utilization of a perspective prescriptive of humanization in the everyday life of the social workers, without reflection of its meaning. Some workers present, in their statements, a preoccupation with the social and economical aspects that affect the practice of medicine, and with the limitations of the humanization discourse that disarticulates the necessities of those involved in the process of formation, and soon tend to return to the discussion of humanization while a kind practice characterized by the minimization of the interventionist actions. Now the users of the system show themselves before the dynamic of the services, submitting themselves to what is offered while assistance, without questioning and/or reflecting about their usual shortages. Therefore, to think of changes in the know and do of the practice of medicine destined to the birth of children implies reflection on the quotidian production of these practices and of the social contexts that influence the process of assistance in the practice of medicine. Herein it would be possible to predict the appropriation, by different workers concerning their exasperations and necessities, making them active in the pursuit of their rights as citizens.

Key-words: Health of the Woman, Humanization, Delivery, Politics of Health, Institutional Ethnography.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVO GERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
CAPÍTULO UM – DO CUIDADO PELAS COMADRES À TÉCNICA INTERVENCIONISTA: formas e práticas no parto e no nascimento	23
1.1 O parto e o nascimento: um processo sócio-histórico	23
1.2 O papel das parteiras: apoio, panos, orações e água quente	29
1.3 A constituição da obstetrícia e da intervenção médica: outros saberes, novos atores, outros espaços, novas práticas	38
<i>1.3.1 A obstetrícia médica e as mudanças nas práticas em saúde</i>	38
<i>1.3.2 O hospital – espaço para intervenção e medicalização do nascimento</i>	45
<i>1.3.3 O parto cirúrgico – consolidação do saber/poder médico</i>	52
CAPÍTULO DOIS – A MATERNIDADE SEGURA E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL	60
2.1 As recomendações da Organização Mundial de Saúde para a maternidade segura	61
2.2 A dinâmica da humanização no contexto do Sistema Único de Saúde	67
2.2.1 Os cuidados à saúde no Brasil	68
2.2.2 As políticas de humanização e sua aplicação na atenção ao parto e ao nascimento	76
CAPÍTULO TRÊS – PERCURSO METODOLÓGICO: a etnografia institucional, a análise dos discursos e o espaço do estudo	87
3.1 A Etnografia Institucional	88

3.2 Análise documental: aproximação com a organização das políticas públicas	91
3.3 Espaço, estratégias, atores e análise dos dados empíricos	93
CAPÍTULO QUATRO – ANÁLISE DOS DOCUMENTOS OFICIAIS: a maternidade segura e a humanização para o parto	100
4.1 Analisando a maternidade segura	101
4.2 Analisando a humanização para o nascimento	115
4.3 Convergências e divergências: maternidade segura e humanização do parto e do nascimento	122
CAPÍTULO CINCO – O CONTEXTO INSTITUCIONAL E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO: as práticas na Maternidade de Felipe Camarão	126
5.1 Conhecendo o espaço institucional: a Maternidade de Felipe Camarão	127
5.2 A dinâmica institucional no atendimento à mulher em trabalho de parto: o olhar do pesquisador	138
5.2.1 Admissão da parturiente	138
5.2.2 Práticas no pré-parto	142
5.2.3 Ações no parto	148
5.2.4 Cuidados no alojamento conjunto	153
5.3 A dinâmica institucional no olhar dos trabalhadores	155
5.3.1 Problemas relacionados com a localização, com a estrutura física, com os recursos humanos e materiais e com a dinâmica funcional da maternidade	156
5.3.2 Dificuldades com a administração local e central no município	168
5.3.3 Dificuldades com as práticas dos colegas	174
5.4 A humanização no contexto da atenção ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão	184

5.4.1 Humanização como práticas naturais para o parto e para o nascimento	185
5.4.2 Humanização como práticas de acolhimento e atendimento das necessidades	187
5.4.3 Humanização como um processo articulado ao contexto das práticas	191
5.4.4 Limitações do discurso humanizador	194
5.5 A dinâmica institucional em saúde na atenção ao processo gestacional no olhar das usuárias	196
5.5.1 Construções discursivas acerca da atenção ao pré-natal	197
<i>5.5.1.1 O acompanhamento gestacional</i>	197
<i>5.5.1.2 Ações e orientações em saúde no pré-natal</i>	203
<i>5.5.1.3 Avaliando o processo assistencial</i>	206
5.5.2 A atenção ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão	211
<i>5.5.2.1 O acesso à maternidade e a peregrinação nos serviços públicos</i>	212
<i>5.5.2.2 Os cuidados dispensados ao processo de parturição</i>	218
<i>5.5.2.3 Avaliando positivamente o espaço e a assistência ao parto e ao nascimento</i>	222
<i>5.5.2.4 Avaliando negativamente o espaço e a assistência ao parto e ao nascimento</i>	226
CAPÍTULO SEIS – COMENTÁRIOS FINAIS: mudanças possíveis na caminhada	233
REFERÊNCIAS	243
ANEXOS	265
APÊNDICES	269

INTRODUÇÃO

A minha prática enquanto enfermeira assistencial e docente facilitou a minha inserção na discussão dos cuidados destinados à gestação, ao parto e ao nascimento e a reflexão sobre os espaços, os conhecimentos e as práticas que organizam esse processo. Em uma sociedade marcada pelas diferenças de classe social, observa-se que o modo como se organiza o processo assistencial relaciona-se com as condições de vida, havendo alterações na produção das práticas em todas as esferas e, em especial, no contexto hospitalar.

Nos serviços de saúde, de modo geral, há mudanças na assistência, na estrutura física e nos recursos materiais e funcionais, a depender dos espaços, se públicos ou privados. Assim, a disponibilidade de instrumentos tecnológicos e materiais, a facilidade no acesso e a qualidade desses serviços estão geralmente condicionadas pelas características socioeconômicas de cada grupo social. Além disso, os melhores recursos – estruturais, humanos e materiais – destinam-se aos que podem pagar por eles.

A diferenciação na maneira de cuidar a partir do poder econômico da população acaba por contribuir não só localmente, mas também mundialmente, para os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal nos espaços de grandes privações socioeconômicas (OMS, 1998). Essa situação é confirmada quando se sabe que, em nível mundial, aproximadamente 99% da mortalidade materna ocorre em regiões em desenvolvimento e, do total, mais da metade das mortes aconteceram na área mais deserta e quente da África, região pobre e sofrida do planeta (Brasil, 2006a; OMS, 2008).

No Brasil, o óbito durante a gestação e/ou parto é um problema subdimensionado pelas diferenças locorregionais e pela grande extensão geográfica do país, o que favorece a dispersão desses dados e a dificuldade no reconhecimento dessa problemática como questão de saúde pública (Souza, Cecatti, Parpinelli, Sousa & Serruya, 2006). Todavia, mesmo com a precária notificação vivenciada, o quadro de mortalidade materna não difere muito desses espaços geográficos de extrema pobreza, denotando a carência nas questões de saúde. Dados coletados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) apontam óbitos maternos na ordem de 52,36 para cada cem mil que nasceram no ano de 2000 e apresentam estimativas mais elevadas para os anos posteriores (Brasil, 2006b).

Já o estudo desenvolvido por Souza, Cecatti, Hardy e Serruya (2007) demonstra que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) nas capitais brasileiras oscilou em 64,9 óbitos para cada cem mil nascidos vivos. Mesmo com as taxas elevadas nesses espaços, é sabido que a morbimortalidade materna é proporcionalmente maior nos estratos sociais e nas áreas mais pobres do Brasil. Alencar Júnior (2006) acrescenta que o padrão de mortalidade materna constitui excelente indicador do grau de desenvolvimento da população, pois quanto mais elevado esse índice, mais pobre e pouco desenvolvido é o país e/ou estado. Saber que em média 90% dos casos de doenças e mortes maternas e perinatais acontecem por causas evitáveis potencializa essa problemática (Valongueiro & Cordeiro, 2004).

Esses dados estimulam a reflexão quanto à assistência à saúde em áreas urbanas e rurais nos municípios mais carentes do país e ainda acerca do registro das mortes maternas e neonatais. As precárias estruturas assistenciais existentes, as condições de

vida e o grande território nacional tendem a agravar esses problemas, favorecendo a subnotificação da morbimortalidade materna e perinatal, especialmente nos interiores e áreas mais pobres do país.

Diante desse quadro, em nível mundial, desde 1986, evidências baseadas em estudos científicos reforçaram a necessidade de mudanças nas formas de se assistir ao nascimento, o que justificou o envolvimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) (em inglês, corresponde a World Health Organization – WHO) em um movimento internacional em favor da maternidade segura. Esse processo culminou, em 1996, na apresentação, pela organização, de recomendações destinadas à reflexão dos serviços e das práticas dos trabalhadores para a reorganização da assistência à saúde na atenção ao nascimento.

Em documentos posteriores, a discussão avança, abordando, além dos aspectos técnicos, as questões sociais que contribuem para a elevação nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Esses materiais destacam as condições de vida e a precária assistência destinada aos grupos menos favorecidos, econômica e socialmente, como uma categoria determinante dessa situação (WHO, 1998).

Assim, constrói-se a ideia de que as mudanças nas formas de assistir à gestação e ao parto devem estar associadas não apenas às questões técnicas, mas também à reflexão das iniquidades sociais. Essa reflexão, assim como a transformação da dinâmica de cuidar, pode caracterizar-se como um meio para a minimização nas taxas de morbimortalidade no grupo.

Fundamentando-se na proposta da OMS, o Brasil lança, no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) como uma tentativa de solução para a problemática da atenção ao processo gestacional no país. O principal

objetivo do PHPN era promover melhor acesso, cobertura e qualidade da assistência, garantindo os direitos de cidadania e tendo como indicador a humanização nesse atendimento (Brasil, 2002).

Ainda que se utilizem as ideias da OMS, os documentos oficiais brasileiros (Brasil, 2001; Brasil 2002b) apresentam uma tendência de priorizar críticas à “perda da autonomia da mulher no parto” (Brasil, 2001, p. 19) e ao abuso das práticas intervencionistas e medicalizadoras. A ênfase recai na organização assistencial do cuidado, apontando-se a elevação no quadro de morbimortalidade materna e perinatal como decorrente prioritariamente da institucionalização e da tecnologização do nascimento (Brasil, 2001).

Apesar de os documentos brasileiros pincelarem as questões das iniquidades sociais, há uma tendência em se adotar um discurso prescritivo, universalista e generalizador para a humanização. Nesse sentido, desconsideram-se as diferenças contextuais nas formas de viver das usuárias e os condicionantes sociais, econômicos, culturais e estruturais envolvidos na prestação dos cuidados durante a gestação e o nascimento.

Mesmo se propondo a desmedicalização do nascimento, a utilização das medidas intervencionistas acaba sendo determinada de acordo com os serviços e as condições econômicas da população assistida, mais frequente na clínica privada/conveniada, como já reforçado. Preocupada com essa situação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) produziu em 2008 uma revisão das práticas intervencionistas na atenção ao nascimento na rede privada, objetivando sensibilizar os trabalhadores, em particular os médicos, para a atuação com base nas melhores evidências científicas (Brasil, 2008).

De toda maneira, as mudanças ainda são bastante imperceptíveis, e a atenção à parturição continua intervencionista, chegando as taxas de cesariana a mais de dois terços do total de partos realizados nas clínicas privadas. Só no estado de São Paulo, nos 59 hospitais privados, as taxas, em média, são superiores a 80% de partos cirúrgicos (Diniz & Chacham, 2006).

Por haver distorções no acesso aos serviços e aos recursos técnicos, científicos, tecnológicos e humanos de qualidade, e até pela precária contextualização das necessidades sociais, algumas situações de risco clínico podem ser agravadas. A carência física e funcional evidenciada na rede pública e as condições de vida das usuárias desses serviços contribuem para tanto. Além disso, apesar de os documentos oficiais nacionais proporem práticas personalizadas, ainda persiste uma padronização nos cuidados oferecidos, impondo-se limites e regras prefixadas para o cotidiano desses espaços.

Assim, ao procurar compreender os processos assistenciais que organizam a atenção ao nascimento, surgiu o interesse de estudar o contexto institucional e as práticas discursivas em saúde relacionadas ao parto entre trabalhadores e usuárias do SUS. Dessa forma, o marco teórico das práticas discursivas facilita a explicação dos saberes, das ações corriqueiras e dos processos sociais que as coordenam através do posicionamento das pessoas e da maneira como elas se veem e se comportam no mundo em que vivem (Spink, 2000; 2004).

Para tanto, além de uma análise documental das políticas públicas que coordenam a produção das ações destinadas ao parto e ao nascimento, foi desenvolvida uma pesquisa etnográfica com profissionais e puérperas que utilizam os serviços da Maternidade de Felipe Camarão na cidade de Natal (RN). A utilização desses

procedimentos possibilitou uma aproximação com os aspectos que condicionam as ações nesse processo e desvelou a dinâmica de atenção ao parto em um serviço público do nordeste brasileiro. A escolha desta região teve relação direta com as carências institucionais e estruturais inerentes a este espaço geográfico, pois o nordeste caracteriza-se como uma das regiões mais pobres do país. Por questões desta ordem a implantação de políticas públicas, inclusive na área da saúde, tende a sofrer revezes decorrentes também dos aspectos supracitados.

Já no que tange a unidade, sua escolha teve relação com o prêmio Galba Araújo recebido em 2002, o que a caracterizou como modelo para a atenção humanizada ao parto e ao nascimento. O prêmio foi instituído em 1999 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de estimular e destacar as instituições que adotam um atendimento diferenciado, considerado humanizado e acolhedor. Assim, inicialmente, essa instituição tinha recursos e práticas que a fizeram merecedora de tal caracterização. Entretanto, com as mudanças administrativas e de pessoal, os estímulos foram sendo minimizados, e desde as primeiras visitas observaram-se desafios às ideias implícitas nos discursos da humanização que mereciam ser refletidas.

Diante dessas reflexões preliminares, além de precisar explorar em profundidade a proposta da OMS e as concepções de humanização que permeiam as políticas públicas nacionais, algumas questões foram delineadas e nortearam o decorrer da pesquisa, a saber: quais as construções discursivas acerca da maternidade segura e da humanização para o parto e o nascimento geradas a partir dos materiais e políticas de domínio público? Como se expressam as concepções e as práticas discursivas quanto a esse processo no cotidiano de trabalhadores e usuárias de uma maternidade pública? Quais

os aspectos que influenciam a organização e o desenvolvimento do trabalho em saúde no contexto institucional da maternidade deste estudo?

Para atender as questões propostas e clarear o seguimento deste estudo, delinear-se-ão enquanto objetivos:

OBJETIVO GERAL:

- Analisar as práticas discursivas nas ações de trabalhadores e usuárias da Maternidade de Felipe Camarão em face da organização do cuidado na perspectiva da humanização do parto e do nascimento no contexto institucional de uma maternidade pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o contexto institucional do cuidado ao parto, tendo em vista as práticas na atenção ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão;
- Identificar as concepções e práticas que permeiam os cuidados na gestação e no parto na perspectiva de trabalhadores e usuárias em face da política pública pela humanização das ações no processo gestacional;
- Descrever alguns desafios que se apresentam na organização das práticas destinadas ao parto e ao nascimento em um serviço público do nordeste brasileiro, tendo em vista a dinâmica cotidiana e as políticas públicas para a atenção ao processo de parturição.

Considerando necessário aprofundar os estudos nessa área, delineou-se um percurso de trabalho que, em todo momento, apresentou-se como um campo-tema. Neste processo os lugares, as pessoas, os discursos e os materiais técnico-científicos fizeram parte da construção teórica e empírica desta pesquisa.

Assim, todo o percurso teórico-prático culminou no aprofundamento dos eixos temáticos, que se configuraram como capítulos da tese, descritos a seguir, contribuindo para a constituição do quadro conceitual e para uma melhor compreensão da investigação ora em apreço.

O primeiro capítulo aborda, sinteticamente, o parir e o nascer, bem como algumas de suas formas de intervenção ao longo da história da humanidade, mostrando as mudanças nas práticas e nos cuidados de acordo com o período e cada contexto sócio-histórico e cultural. São delineados traços evolucionistas do processo e as mudanças decorrentes da medicalização da saúde ao longo da história das sociedades.

O segundo capítulo trata da organização histórica e política da proposta maternidade segura, discutindo os desdobramentos nacionais diante desta dinâmica em nível mundial. Assim, se apresenta o Sistema Único de Saúde (SUS), como proposta para a transformação das ações vigentes na saúde, até a perspectiva da humanização no Brasil. Em particular se discute o contexto das políticas e das práticas de humanização para a atenção ao nascimento.

O terceiro capítulo apresenta os aspectos metodológicos das diferentes etapas do estudo. No primeiro momento, discute-se a Etnografia Institucional (EI), caracterizando-a como uma forma de ver e de conhecer os contextos, as relações e os instrumentos que coordenam as práticas, numa dinâmica crítica e reflexiva. Em seguida, apresenta-se a análise documental enquanto instrumento para conhecer alguns

textos que organizam a atenção ao parto e ao nascimento. Por fim, traçam-se o campo de pesquisa e os atores envolvidos nesse processo, enfatizando as estratégias metodológicas e os passos percorridos para a aproximação.

O quarto capítulo realiza uma leitura aprofundada dos documentos oficiais de domínio público, focalizando as argumentações relacionadas à maternidade segura e à humanização para o parto e para o nascimento. Aqui se procura mostrar como essas temáticas são apresentadas nos documentos, refletindo as convergências e divergências dessas ideias para os cuidados destinados ao processo de parir e nascer.

O quinto capítulo mostra os resultados da pesquisa, sendo discutido o espaço institucional e a organização das práticas na atenção ao parto e ao nascimento, refletindo as ações, os problemas, as insatisfações e as dificuldades vivenciadas no cotidiano da assistência. Na sequência, abordam-se os conceitos e práticas de humanização em saúde para o parto e o nascimento na perspectiva da leitura dos diferentes trabalhadores dessa instituição. Nessa última etapa dos dados empíricos são apresentadas as construções discursivas das usuárias relacionadas a assistência destinada ao processo gestacional, desde o cuidado ao pré-natal até as práticas no alojamento conjunto.

Por fim, no sexto capítulo, são tecidas algumas considerações delineadas neste estudo, sendo possível destacar a existência, no contexto da saúde no Brasil, de políticas e práticas cotidianas que diferenciam ricos e pobres na atenção ao nascimento. Além disso, persiste um modelo biomédico centrado na intervenção para esses cuidados, e a alternativa da humanização para a desmedicalização desse processo tem se apresentado como um discurso pouco transformador por não conseguir contextualizar as questões socioeconômicas e as necessidades de saúde.

CAPÍTULO UM – DO CUIDADO PELAS COMADRES À TÉCNICA INTERVENCIONISTA: formas e práticas no parto e no nascimento

Este capítulo faz um breve resgate das formas de nascer em distintos espaços, abordando a organização da atenção ao parto ao longo da história social e política da humanidade. Para tanto, apresentam-se as expressões desse processo, os cuidadores, os cuidados e os ambientes que surgiram, com as mudanças paradigmáticas, para o desenvolvimento de ações destinadas à mulher e ao neonato.

Esta parte encontra-se dividida, de forma didática, em três tópicos: o primeiro aborda o contexto histórico do nascimento, desde períodos mais antigos, apresentando as transformações nas formas de parir e nascer de acordo com os espaços físicos e sociais; o segundo apresenta as práticas do processo, envolvendo as parteiras e a forma como são caracterizadas no decorrer da história; por fim, no terceiro, são discutidas as transformações nas ações destinadas ao nascimento, com a evolução científica e tecnológica e a inserção de outros atores, espaços e técnicas no processo.

1.1 O parto e o nascimento: um processo sócio-histórico

Ao longo da história da humanidade, as espécies perpetuam-se através da reprodução, e a gestação e o nascimento são situações fisiológicas vivenciadas pelos seres vivos. Entre os humanos, o processo gestacional é ainda um evento social,

transformado no decorrer dos séculos de acordo com o espaço sociocultural e o momento histórico nos quais as práticas acontecem.

As mudanças que ocorreram nas sociedades influenciaram as formas de parir, nascer e, conseqüentemente, os cuidados dispensados a esses eventos, sendo essas práticas dependentes de cada espaço. Assim, antes de ser um evento médico, o parto e o nascimento são situações biológicas transformadas em atos culturais de acordo com cada sociedade (Plane, 1999).

Por ser em princípio uma situação biológica e depender de um corpo físico, há teorias evolucionistas que explicam as formas de parir entre os indivíduos associadas à evolução da espécie. Nessas teorias, o homem progrediu primeiro para o bipedalismo, deixando de caminhar em quatro patas e passando para dois pés, o que conferiu maior adaptabilidade e melhores chances de sobrevivência em locais onde a vegetação era alta, facilitando a detecção precoce dos predadores (Moalen, 2007).

Entretanto, as mudanças evolutivas ocasionaram mudanças no campo da reprodução, pois as transformações redesenharam a pélvis, tornando-a mais estreita e complexa para a expulsão do feto, o que dificultou as formas naturais de nascimento.

De acordo com as teorias evolucionistas, inicialmente foram as questões relativas ao espaço/ambiente que mais influenciaram as formas de se vivenciar os nascimentos em âmbito mundial. Posteriormente, com a organização política das sociedades, tornou-se possível vislumbrar os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferiram nesse processo (Plane, 1999; Moalen, 2007).

Apesar de as questões espaciais e socioculturais terem contribuído para uma prática coordenada no nascimento, mesmo nas culturas mais antigas, as ações durante o parto não eram idênticas nos diferentes espaços. Estudos desenvolvidos por Plane

(1999) trazem as variações nas formas de parir e nascer entre cidades e países distintos, entre as áreas urbanas e os campos e ainda entre áreas mais e menos habitadas. Essas distinções já demonstravam a impossibilidade de se formatar com práticas lineares e universais os cuidados no nascimento devido às variações culturais, ambientais, econômicas e sociais.

As referências históricas citadas por Plane (1999) também apontam as diferenças nos ambientes de partear entre as sociedades modernas e as demais. As mulheres europeias, entre os séculos XVII e XIX, tornaram o nascimento um evento social. Era um momento de confraternização, no qual as parturientes chamavam amigas e familiares para as ajudarem a ter seus filhos.

Nesse mesmo período, os nativos da América do Norte agiam de modo diferente, pois as mulheres caracterizavam o parto como um evento natural e exclusivo, preferindo parir sozinhas, distantes das suas comunidades. As mulheres só retornavam ao convívio social e às atividades normais, como se nada diferente houvesse ocorrido, após os nascimentos.

Em contrapartida, no Japão, neste mesmo período, o processo para se ter um filho era evento permeado por questões místicas, pois a mulher e a criança estavam entre o mundo dos vivos e dos mortos. O nascimento era caracterizado como uma situação perigosa, necessitando de um ambiente especial para acontecer e no seu intercurso, a mulher deveria utilizar vestes brancas, mesma vestimenta dos mortos, e deixar os cabelos soltos (Homei, 2002). Nessa organização, havia a caracterização de risco incutida no processo e essa preparação era uma forma de garantir a passagem para o outro mundo, em caso de óbito.

Gil (1998) respalda essa ideia quando afirma que até meados do século XVII o parto era situação envolta nos mais temidos mistérios e riscos, havendo um embate entre forças opostas, a vida e a morte, para ver quem acabava se dando melhor no momento.

No Brasil, nessa época, a maternidade era caracterizada como capaz de ajudar na “saúde do corpo feminino”, sendo remédio para toda sorte de enfermidades. Era situação desejada e representava a manutenção do *status* da mulher como procriadora e responsável pela canalização dos bons sentimentos na família. A mulher era enaltecida como santa, pela sua capacidade de gestar, parir e cuidar (Priore, 1995).

Mesmo sendo condição desejada, até meados do século XIX, ter uma gravidez representava um risco, pois frequentemente aconteciam intercorrências e mortes das jovens mulheres. Freyre (2000) acrescenta que, nessa época, quando uma jovem casava e engravidava, era comum se destinar orações para todos os santos, pedindo uma boa hora ou um bom parto. Muitas mulheres morriam cedo devido aos laboriosos trabalhos de parto desencadeados, em parte, pelas precárias condições de assistência à saúde da época.

Apesar dos riscos, estar grávida podia externar uma série de benefícios e privilégios para as mulheres que a vida social não lhes conferia. A gestação lhes atribuía *status*, destacando-as no interior da sociedade graças à importância dada à capacidade reprodutiva. De fato, o nascimento caracterizava-se como poder para o grupo, e, nessa “cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero” (Priore, 1995, p. 255).

Entre os benefícios desse processo, em uma perspectiva espiritual/religiosa, estava a redenção ou a expiação do pecado original pregado pela religião católica, que

de acordo com a tradição, foi ocasionado pela desobediência feminina as ordens Divinas. De acordo com Gênesis (Bíblia Sagrada, 2005), a mulher, ao ser tentada pelo satanás na forma de cobra, não apenas comeu do fruto proibido, mas o ofereceu ao seu parceiro, incitando-o a pecar e a ser desobediente a Deus. Essa desobediência gerou a ira divina e fez com que o casal fosse expulso do paraíso, passando a ter que ganhar o sustento com o suor de seu trabalho. O castigo foi complementado pelo fato de que as descendentes de Eva, a mulher primogênita e pecadora, iriam sofrer pela sua desobediência, passando a ter seus filhos com muita dor. A dor, nesse momento, seria a provação e o caminho para a expiação dos pecados cometidos pela não sujeição à divindade (Priore, 1995; Barreto, 2001; Vivanco, 2007).

O parir e ser “mãe podem ser vistos como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante, numa determinada mulher, numa determinada civilização” (Correia, 1998, p. 365). Essas caracterizações deveriam definir os cuidados e as práticas em face do nascimento, articulados às necessidades e à dinâmica local. Assim, é possível sugerir que os conhecimentos e práticas na atenção ao parto e ao nascimento precisam estar relacionados às questões biológicas e aos contextos sociais, culturais e econômicos de cada sociedade e em cada momento histórico. Com a articulação, a assistência tenderia a ser desenvolvida de acordo com cada sociedade, atendendo às diferentes necessidades das distintas mulheres e neonatos.

Antes de adentrar na especificidade dos cuidadores durante a parturição, é bom relatar a existência na literatura de variadas posições para se parir, também relacionada às diferentes culturas e espaços. Desde a antiguidade, e até bem pouco tempo, o processo acontecia, de modo geral, em uma atitude vertical: sentada, acorada ou em pé com um apoio, humano ou material. Em um olhar empírico, as mulheres adotavam

essa atitude para acelerar os acontecimentos e ajudar, pela gravidade, na descida do feto (Vivanco, 2007).

Engelmann (1997) mostra que até meados do século XIX a posição semideitada de braços, atualmente adotada conforme as leis da moderna obstetrícia, era pouco utilizada entre as primitivas e as nativas indígenas. Na época, o sexo feminino dos grupos sociais denominados “selvagens” assumia naturalmente uma posição agachada ou semisentada para facilitar a expulsão do feto.

Esse autor acrescenta que para conhecer a posição natural para se ter um filho basta olhar uma mulher governada pelo instinto, pois os movimentos humanos são regidos pelo fator gravitacional inato ao comportamento dos animais.

O advento das técnicas científicas promoveu mudanças nos cuidados ao nascimento com a introdução de instrumentais, justificados pelos riscos inerentes ao processo. Esses aspectos favoreceram a inserção de outros atores no espaço antes privativo das mulheres, o que desencadeou alterações nas posições e formas de se vivenciar o parto.

Assim, as atitudes verticais transformaram-se em favor de situações horizontais, e o parto que acontecia numa lógica gravitacional passou a acontecer na posição supina ou deitada, possivelmente facilitando a vida de quem estivesse partejando. Tais mudanças foram apontadas numa perspectiva de tornar o procedimento mais seguro, o que tornou o obstetra condutor do parto, necessitando assim de conforto e espaço para a intervenção (Mamede, Mamede & Doto, 2007).

Na Europa, com a introdução da obstetrícia moderna e do médico no espaço de parir, a posição horizontal ou reclinada na cama passa a ter predomínio absoluto em detrimento das posturas verticais (Engelmann, 1997).

Já no Brasil, as condições para o nascimento não diferiam necessariamente das vivenciadas ao redor do mundo. Embora tenha acontecido mais tardiamente do que em outros espaços, as mudanças nas formas de nascer sofreram significativas alterações, sendo dependentes dos aspectos socioculturais e das formas de ser e estar em cada ambiente.

É possível supor que, além das histórias individuais quanto às formas de parir, havia um padrão para o processo em cada localidade. Esse padrão era mutável e paralelo às mudanças ocorridas no interior de cada sociedade, delineando novos olhares diante do nascimento.

Tal caracterização histórica e social continua respaldando a organização das práticas ao longo do tempo, favorecendo a manutenção da conformação vigente. Há um corpo de conhecimento teórico e prático, articulado às diversas questões da sociedade, que é repassado na vivência das mulheres, nos diversos espaços sociais (Tornquist, 2002). Assim, são consolidados saberes e práticas conformados na história da humanidade, por vezes difíceis de serem superados.

1.2 O papel das parteiras: apoio, panos, orações e água quente

A tradição da ajuda ao ser humano durante o nascimento ainda é assunto controverso entre autores que investigam as questões relativas à reprodução humana. Como já descrito, Plane (1999) afirma existir casos de isolamento voluntário, e para Engelmann (1997), na antiguidade, as mulheres não tinham qualquer tipo de ajuda durante a parturição.

Entretanto, Engelmann (1997) é flexível na ideia do isolamento, pois, em alguns casos, as mulheres buscavam ajuda, sim, pela necessidade de apoio emocional e físico. Nesse momento, eram as parentas ou as vizinhas que as acudiam, não diferindo da ajuda recebida pelas mulheres mais civilizadas da Europa entre os séculos XVII e XIX.

Diferentemente dos autores que apontam o isolamento no parto, Abitbol, Chervenak e Ledger (1996) afirmam que raramente a fêmea humana dá à luz sem ajuda, exceto em circunstâncias extremas. Quando isso acontece, o resultado pode ser catastrófico para a mãe e/ou para o neonato, pois, na ausência de ajuda, e na medida em que as intercorrências acontecessem, mãe e filho estariam em risco e poderiam evoluir para o óbito.

A necessidade de apoio ao ser humano pode ser em parte justificada pelo citado advento do bipedalismo, além de outras mudanças evolucionistas que aconteceram no decorrer da história da humanidade. As mudanças físicas, o cérebro maior no humano do que em qualquer outro primata e a adaptação do feto para sair por um canal estreito como a pélvis, fazendo-o nascer de costas, favoreceu a socialização do nascimento (Rosenberg & Trevathan, 2003). Então, o auxílio à parturiente tornou-se parte da cultura humana. Caso esse processo tivesse continuado como uma condição privada, muitas mortes teriam ocorrido e, em uma seleção natural, a espécie humana teria sido extinta (Philips, 2002).

De fato, estão documentadas ações em saúde destinadas ao parto, desde a medicina hindu, demonstrando serem práticas antigas (Diniz, 1996; Tanaka, 1995). Nessa época, a autoridade nesses assuntos era praticamente apenas das mulheres, sendo conhecidas como parteiras, aparadeiras, comadres e/ou curiosas (Brennes, 1991; Osava, 1997; Réchia, 1998; Drife, 2002).

Assim, o acompanhamento da parturição não acontecia aleatoriamente e não era qualquer um que apoiava. Ao contrário, as práticas no parto demandavam habilidades e a necessidade de preparação para se assistir ao nascimento. Na antiguidade, essa capacitação era proporcional e dependente da idade das mulheres e/ou do número de crianças que elas haviam ajudado a nascer. Quanto mais nascimentos houvessem acompanhado, mais seriam capazes de expectar no momento do parto (Engelmann, 1997).

Como não existia preparação para a assistência ao parto, as habilidades no ofício eram delimitadas pelas relações familiares, havendo intercâmbio das práticas desenvolvidas e aprendidas em ato. As mães transmitiam, para suas descendentes, os saberes e as ações no acompanhamento do nascimento. As filhas prosseguiam nessa caminhada, partejando como suas mães o faziam. Assim, o conhecimento no nascimento tinha um caráter mais prático e familiar do que “científico”, reforçando as questões sócio-históricas de cada período e espaço presentes no processo.

Apesar das limitações conceituais, do momento histórico e do contexto social, é possível sugerir que as parteiras eram quem melhor representava os conhecimentos e as práticas para o ato de partejar, sendo suas ações importantes nesse período (Vieira, 1999). No século XVIII, as aparadeiras eram caracterizadas como profissionais experientes e pessoas de confiança da grávida, as quais eram consultadas acerca das questões femininas, como os cuidados com o corpo antes e durante a gestação (Brennes, 1991; Tanaka, 1995).

Os cuidados prestados por essas pessoas tendiam a ser expectantes, apoiando emocionalmente e orientando os esforços expulsivos. Entre outras práticas da

antiguidade, havia as manipulações externas e a compressão no abdômen para contribuir com a expulsão do feto (Engelmann, 1997).

Posteriormente, e em parte articuladas às mudanças na sociedade, essas mulheres começaram a intervir com outras técnicas, como formigações, banhos, massagens e até pancadas no ventre. Além disso, passaram a utilizar instrumentos originários dos utensílios da casa, como ganchos, facas e cordas, em casos de complicações (Araújo, 2002).

Até o século XIX, os cuidados empregados no parto eram realizados nas casas das mulheres, e o homem só era chamado em casos graves/distocias, de difícil/impossível resolução pela parteira (Mamede, Mamede & Doto, 2007). As distocias são definidas como situações de risco, que ocorrem em partos laboriosos e fora dos padrões considerados normais para o nascimento. Um exemplo seria um trabalho de parto no qual o feto estivesse transversal no útero e não na situação longitudinal, caracterizada como normal ao processo.

Pela existência desses agravantes, em alguns momentos históricos e espaços geográficos, a parteira tinha um papel de destaque no nascimento, portanto, quando a mulher entrava em trabalho de parto, logo a chamavam para os primeiros cuidados. Cabia a essa figura assistir, apoiar e detectar anormalidades para a intervenção precisa que estivesse ao seu alcance ou a indicação para outra categoria que pudesse atuar adequadamente em face das intercorrências.

Na sequência, os parentes e amigos vinham para ver se a família precisava de apoio e/ou ajuda naquele momento. O papel dessas pessoas era fazer orações para que tudo transcorresse dentro da possível normalidade no processo de parturição. Pedia-se a Deus e aos santos uma boa hora ou um bom parto para aquela mulher (Osava, 1997).

Mesmo havendo restrições ao acesso dos homens no quarto de parir para a realização de cuidados e intervenções, o nascimento era vivenciado não apenas pela mulher, mas também pela família e comunidade.

No intercurso da parturição, havia uma tendência de se ocupar o espaço físico do quarto com quem estivesse partejando, bem como com pessoas do sexo feminino, pertencentes à família e à comunidade, muitos panos e água quente. A parturiente adotava posições confortáveis para si, parindo em uma situação que auxiliava a força da gravidade e a expulsão do concepto. Os materiais que eram utilizados serviam mais para a limpeza do ambiente, não havendo tantos recursos tecnológicos e/ou práticas invasivas.

É válido ressaltar que mesmo nesse período já havia distinção na prestação de cuidados destinados ao nascimento entre as classes mais favorecidas e as camadas populares. As mais caras parteiras, melhor assistência à época, destinavam-se a quem podia pagar por suas ações, o que tendia a minimizar riscos e intercorrências. Já as gestantes com menores recursos financeiros submetiam-se a quem disponível estivesse para ajudá-las no parto (Osava, 1997). Isto caracterizava a divisão social e econômica nos cuidados em saúde destinados ao parto, situação que perdura nos dias atuais, tendendo a diferenciar a assistência entre ricos e pobres.

Foi entre os séculos XVIII e XIX que o nascimento passou efetivamente a sofrer intervenção masculina, salvo poucas expressões a partir do século XVI (Vieira, 2002). Assim, apesar do espaço cativo e da inegável aceitação das parteiras, enquanto categoria profissional, pelas famílias e pelas comunidades, nem sempre suas práticas aconteceram em um ambiente favorável.

No Brasil, até meados de 1830, a literatura reforça que as parteiras eram geralmente mulheres analfabetas, quando não meretrizes, o que ajudava a destacar as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, há rumores de que estas pessoas provocavam abortamentos, praticavam infanticídios e, algumas das vezes, abandonavam recém-nascidos nas ruas e estradas (Brennes, 1991; Mott, 1992).

De fato, algumas mulheres das mais altas classes da sociedade, pelo medo das histórias que lhes eram apresentadas, acabavam por partejar seus filhos com suas escravas, não se entregando às mãos das parteiras (Mott, 1992).

Apesar de essas situações terem contribuído para a perda do espaço da parteira no ato de partejar, ainda há dúvidas quanto à veracidade das ideias apresentadas, pois essas mulheres eram chamadas de comadres, em uma caracterização amigável e valorosa para as famílias das parturientes (Mott, 1992; Souza, 2005).

Todavia, para facilitar a mudança nos atores no espaço do nascimento, era necessária a construção de uma visão negativa das parteiras e das suas práticas, o que ajudou a denegrir a imagem da categoria. Assim, o saber acumulado foi se desvalorizando gradativamente, o que favoreceu a introdução do homem e das tecnologias no espaço de parir e nascer e contribuiu para a submissão feminina aos saberes masculinos, com a fiscalização da sua fertilidade.

Uma das ações adotadas para o controle do ofício de partejar no Brasil foi a formação técnica das parteiras, ação desencadeada com a vinda da família imperial para o país, no século XIX (Barreto, 2008). Todavia, a regulamentação não aconteceu exclusivamente pelas questões higiênicas e pela vinda da família real. Ao contrário, as transformações tiveram estreita relação com o contexto mundial, pois as ideias da modernidade predominavam e a disciplina obstétrica ganhou destaque enquanto parte

do processo de formação do médico. O campo de atuação da categoria foi definido à custa da substituição do espaço das parteiras.

Mesmo entendendo que o caminho que se delineava apontava para outro ator no espaço do nascimento, a partir da evolução da medicina e da sociedade, não era possível romper, de uma hora para outra, com séculos de apoio, por parte das mulheres parteiras, ao ato de partejar. À época, na Europa, a intervenção técnica e do homem era um processo em construção, pois ainda era forte o pudor e o medo da sua inserção no nascimento.

Então, por causa do medo do homem e do receio do novo, a figura da parteira ainda se destacou por mais um tempo em alguns espaços geográficos, devido ao costume que se tinha no atendimento dessa categoria. Para a substituição definitiva, era necessário prepará-las sob a égide de um novo conhecimento. Então, por não ser possível substituí-las imediatamente, seu ofício foi regulamentado com o objetivo de controlar as ações desenvolvidas e tornar o nascimento um evento mais seguro e higiênico.

Assim, com o novo conhecimento obstétrico em construção, as parteiras passaram por uma reconstrução dos saberes e práticas. De início, a formação seguiu uma lógica religiosa, e só as mulheres tementes a Deus, com conduta idônea, teriam direito ao registro para auxiliarem no ato de partejar. Teoricamente, essa proposta garantiria a qualidade das ações e o respeito à vida, evitando os possíveis infanticídios e abortamentos (Vieira, 1999).

A conotação religiosa favoreceu um viés de fatalidade e de “vontade de Deus” para as intercorrências no processo, reforçando uma possível inevitabilidade dos problemas decorrentes da gestação e/ou do parto. As mortes precoces não teriam apenas

um cunho físico e social, mas também seriam vontade divina, circunstância que ninguém pode mudar.

Com a regulamentação do partejar, a partir dos treinamentos e da qualificação técnica das parteiras, houve uma mudança no espaço e nos atores envolvidos no nascimento, diminuindo os partos realizados no lar (Souza, 2005). Essas mulheres foram sendo expropriadas da sua capacidade de partejar, pois só poderiam exercer o ofício as que se submetessem aos treinamentos elaborados pelos médicos e realizados nas Santas Casas. Dessa feita, por uma necessidade emergente de inserção de pessoas capacitadas no interior do hospital, a maioria delas acabava por lá se instalar, passando a atuar, apenas, como auxiliares dos médicos nos nascimentos.

Assim, as práticas passaram a sofrer uma hierarquia de trabalho e, possivelmente, de gênero: aos médicos, e homens, o poder para atuar e intervir; já às parteiras, e mulheres, a capacidade apenas para auxiliar e cuidar do menos complicado.

As parteiras e o ambiente para nascer foram substituídos pelas práticas nos hospitais e, na atualidade, em alguns espaços geográficos, a categoria é quase inexistente. Entretanto, faz algumas décadas que existe um movimento de resgate e retorno de práticas mais naturais para o nascimento. Nessa perspectiva, a figura da parteira volta a ter destaque no cenário mundial, tanto é que o Japão e países da Europa, especialmente a Inglaterra, enfatizam o trabalho dessa profissional, objetivando desmedicalizar o nascimento, tornando-o um evento mais fisiológico e seguro.

Contudo, mundialmente, a inserção da parteira nos sistemas de saúde nos dias atuais não vem acontecendo tão facilmente quanto é possível se pensar. Para Davis-Floyd (2000), mesmo nos países desenvolvidos, onde existem legislações particulares para a regulamentação do trabalho da categoria, há ainda um desrespeito dos sistemas

de saúde com esse trabalho. Essas mulheres são frequentemente mal pagas e desconsideradas pelos médicos, perpetuando a hierarquia vigente na medicina tecnológica. Há excesso de carga horária, e as parteiras chegam a trabalhar horas incontáveis em condições físicas e funcionais estressantes.

Nesse quadro, é possível refletir as diferenças na assistência e práticas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, devido a mudanças paradigmáticas, ao se buscar investir no parto natural sem utilização de recursos tecnológicos, há incentivo para o retorno do parto vaginal para as mãos das parteiras. Mesmo nesses espaços há embates ideológicos e problemas de difíceis resoluções. Já nos países nos quais há predomínio da hierarquia médica, ainda há resistência para a inserção das mudanças propostas. Então, nos espaços em industrialização, a presença das parteiras é maior nas áreas rurais, locais onde geralmente o médico não quer residir. É provável que a falta de interesse médico nas áreas rurais encontre respaldo na distância dos grandes centros urbanos e das especializações e tecnologizações da saúde.

Assim, as práticas na atenção ao parto e ao nascimento ao longo da história da humanidade sofreram reveses associados aos contextos históricos, culturais, ideológicos, políticos e econômicos. Do mesmo modo, a inserção das parteiras no espaço de parir e nascer estava condicionada a esses aspectos, e suas ações foram definidas a partir dos interesses médicos em atuar ou não nesse momento. Essa dinâmica ainda encontra respaldo na atualidade por haver o predomínio do saber/fazer embasado no conhecimento científico tradicional a partir do paradigma flexneriano.

1.3 A constituição da obstetrícia e da intervenção médica: outros saberes, novos atores, outros espaços, novas práticas

Para uma melhor organização didática e entendimento das ideias aqui dispostas, este item encontra-se dividido em três partes. Na primeira, abordam-se a constituição dos saberes e práticas em obstetrícia e o processo de medicalização das ações destinadas ao nascimento. A seguir, na segunda, discutem-se as mudanças nos espaços destinados ao processo de parturição a partir de novos conhecimentos, abordando a história do hospital e da inserção do nascimento nesse local. Por fim, na terceira, são abordadas as técnicas intervencionistas da atualidade, enfocando o parto cirúrgico como forma de consolidação do saber/poder da categoria médica nas práticas destinadas à mulher.

1.3.1 A obstetrícia médica e as mudanças nas práticas em saúde

Apesar de o cuidado destinado ao nascimento na antiguidade ter sido prioritariamente acompanhado por parteiras, a profissão da obstetrícia é tão antiga quanto a própria humanidade. Nos primórdios no Egito os nascimentos difíceis eram assistidos por cirurgiões especialmente qualificados em obstetrícia, embora as parteiras também fizessem parte do processo (Engelmann, 1997).

Para Drife (2002), a história da obstetrícia apresenta estreita relação com a história das parteiras. Desde os primeiros tempos, os nascimentos tinham as atuações dessa categoria e de retaguarda o apoio da obstetrícia. A relação era tão conectada que o primeiro parto cirúrgico bem-sucedido, com sobrevivência da mãe, aconteceu nas ilhas britânicas e foi realizado por uma parteira irlandesa chamada Mary Donally, em 1738.

Contudo, as transformações que aconteceram no contexto político-social favoreceram a inserção da categoria masculina/médica nas práticas destinadas ao parto e ao nascimento. É entre os séculos XVI e XVII que os homens parteiros tornam-se moda na França, já delineando as mudanças que se avolumavam ao horizonte. Um desses homens destacou-se por ter inclusive atendido a esposa do rei Louis XIV (Drife, 2002).

Outro parteiro famoso da França foi François Mauriceau, que rompeu com a tradição dos partos normais assistidos apenas por mulheres, demonstrando que os cirurgiões também poderiam atuar nessa área (Salas, 2003). Ele tornou-se conhecido pela sua manobra para retirar a cabeça do feto em um parto obstruído. Essa manobra, comum no século XX, consistia em virar a face posterior do bebê e inserir um dedo em sua boca, mantendo a flexão da sua cabeça (Drife, 2002).

Pelo caráter pioneiro em pleno século XVII, a França pode ser considerada o berço da obstetrícia moderna. Essas primeiras expressões acabaram destacando-se em nível mundial e seus precursores ganharam notoriedade para a profissão.

Apesar desse avanço, a constituição do corpo de conhecimentos na área obstétrica aconteceu posteriormente a outras áreas do saber da medicina. A dificuldade pode ter relação com a questão sociocultural, com a resistência e hostilidade da mulher e do parceiro à entrada do médico no recinto do nascimento e com a divisão de gênero entre público e privado, já descrita em outro momento (Cáceres, Roismann, Correa, Quevedo, Montero & Ovalle, 2001; Cahill, 2001; Salas, 2002).

Mesmo existindo práticas masculinas focalizadas no nascimento, a intervenção médica tendia a acontecer apenas nas situações complicadas, pois esse profissional só era chamado quando a parteira percebia problemas que extrapolavam sua capacidade resolutive.

Por aproximadamente mil anos a atuação do homem obstetra no nascimento consistiu apenas na extração do feto para salvar a vida da mãe que se encontrava com o trabalho de parto obstruído (Drife, 2002). Essa intervenção demandava maiores preocupações para a mulher e sua família, pois caracterizava uma situação grave que a parteira não conseguia resolver (Osava & Tanaka, 1997).

Vieira (1999), ao apresentar a constituição semântica da palavra obstetrícia, diz ser essa construção “originada do latim *obstetricum*, que significa ‘estar diante de’ (*obs*); ‘mórbido, tétrico’ (*tetricum*)” (p. 70). Já Odent (2002), em uma conceituação mais comum na literatura, inclusive descrita por Drife (2002), afirma ser a palavra originada do latim a partir da variação dos vocábulos “*ob + stare*”, que significa ficar em pé, em frente a.

Independentemente do sentido empregado, a instituição da obstetrícia médica abriu caminho para novas formas de intervenção na reprodução e no nascimento, pois para consolidar o seu campo de atuação era preciso uma prática que diferenciasse do campo da parteira. Então, para o desenvolvimento dessa disciplina, houve a constituição de uma nova ordem hegemônica, delineada pelas mudanças sociais e econômicas da modernidade.

A preocupação do Estado, e em parte da Igreja, quanto à responsabilização dos cuidados em saúde tornou-se um dos marcos transformadores (Costa, 2002). De fato, em meados do século XVIII, são apresentadas concepções sobre políticas públicas dentro de um movimento mundial que trouxe à tona a ideia de que cabia ao Estado atuar em face das condições de saúde da população (Costa, 1986; Rosen, 1994). Até esse momento, não havia órgãos específicos que coordenassem essas práticas, sendo os cuidados com o corpo saudável responsabilidade individual. Essas mudanças

favoreceram a constituição de um discurso político no qual o cuidar do adoecimento da população era um dever do Estado. De acordo com Boaretto (2003),

são formulados novos conceitos de saúde e de responsabilidade pela saúde, como o de que a saúde do adulto depende da saúde da criança, que essa depende da saúde da mãe e que o Estado deveria atuar na assistência da criança e da mãe (p. 20).

Nesse sentido, as primeiras tentativas do Estado de intervir nas práticas de saúde foram junto ao ofício de partejar, visando diminuir os abortamentos e os infanticídios já abordados (Costa, 2002). É provável que a repercussão da morbimortalidade materna e perinatal ao redor do mundo, mesmo com a queda nas taxas de natalidade à época, tenha favorecido a preocupação com as questões de saúde. Essa situação possivelmente desencadeou a reflexão quanto às mudanças para a atenção ao parto e ao nascimento e favoreceu a intervenção do Estado para a formatação dessas práticas (Vieira, 1999; Boaretto, 2003).

Merece ser refletido que não necessariamente a elevada morbimortalidade tinha relação exclusiva com as práticas das parteiras, mas se relacionava também com as questões sanitárias e com o jogo de poder construído pela categoria médica nas sociedades. Há relatos de mortes maternas e fetais cujas complicações foram diagnosticadas pelas parteiras, mas que não foram assistidas por nenhum médico, mesmo quando chamado. A justificativa para não atender ao chamado da parteira residia no fato de não atenderem mulheres previamente assistidas por essa categoria (Priore, 1995). Então, problemas desse tipo podem ter favorecido essa nova ordem e a

substituição paulatina do saber da parteira, pouco resolutivo diante das intercorrências, pelo do médico, científico e tecnicamente fundamentado.

Assim, a regulamentação do ofício de partejar representou a coordenação das práticas e reforçou as formas de dominação e subordinação impostas à mulher na história da sociedade contemporânea. “As tensas e conflituosas relações entre ciência médica e corpo feminino conformam um campo no qual historicamente vêm se exercendo relações de poder, opressão e controle político sobre as mulheres” (Barbosa, 2006, p. 323).

É válido refletir que essas práticas de dominação teoricamente viriam para beneficiar as ações desenvolvidas para a saúde da mulher, pois garantiriam maior segurança e precisão na assistência desenvolvida. A intervenção é representada nesses casos “como preservação da dor, do sofrimento, do envelhecimento e, na medida do possível, da morte precoce” (Luz, 2004, p. 116).

Então, entre outros motivos, a profissão foi constituída para evitar as dores e dificuldades femininas, especialmente na hora de parir (Gilbert, 2005). O corpo feminino foi caracterizado como algo defeituoso, uma máquina que precisa de reparos, favorecendo uma visão pessimista da sua natureza (Martin, 2001).

Assim, o processo de parturição caracterizava-se como um risco para essa “máquina imperfeita”, necessitando de agentes mais qualificados para a atuação nessa atividade. Pela lógica vigente, os trabalhadores acabaram seguindo a nova organização das práticas em saúde, incorporando a cientificidade e os procedimentos técnicos às suas ações. Diante desse entedimento, delineou-se uma dependência simbólica a partir de um leque de ideias e valores que, enquanto “dispositivo disciplinar”, sujeitam as pessoas, consolidando o saber/fazer/poder do médico (Martin, 2001; Foucault, 1999).

Com a institucionalização do conhecimento obstétrico e ginecológico, o médico passa a influenciar os cuidados com o corpo, exercendo junto às mulheres grávidas um poder que tendia a afastá-las da sua corporeidade. Ela passa a ser controlada e, em parte, desapropriada das suas reações orgânicas e vontades, seguindo a lógica imposta e agindo conforme as conveniências do conhecimento produzido pela medicina (Barreto, 2001).

Com a evolução da ciência médica, um dos aspectos que ganhou raízes culturais foi a adoção da postura deitada para parir, sendo o processo padronizado por igual para todas as mulheres, desde as reações até a dinâmica corporal que deveria ser adotada. Para Odent (2002), foi a primeira vez que uma mulher teve um filho deitada em uma cama.

Ressalta-se que a aceitação da categoria no espaço do nascimento foi favorecida pelo destaque da medicina em outras áreas do conhecimento. As inovações científicas e tecnológicas médicas, as formas de superar a crise e a anormalidade contribuíram para o domínio dos homens e da medicina, o que facilitou a tentativa de monopolização do conhecimento na área da saúde. Então, a obstetrícia começa a se consolidar como disciplina no século XIX em um momento histórico considerado fértil, no qual as mudanças científicas e tecnológicas estavam acontecendo e sendo bem acolhidas pela comunidade (Cahill, 2001).

Assim, para ocupar o local do parto, a instituição médica, com sua cientificidade, buscou justificar, pela razão e redução clínica, as questões que extrapolavam os limites desse saber e desmerecer as que não podiam ser explicadas. O conhecimento dos curandeiros e, posteriormente, das parteiras, passou a ser reconhecido pela comunidade científica como um saber ingênuo, fundamentado apenas nas

experiências cotidianas, estando abaixo do nível requerido pela ciência (Foucault, 1999).

Nessa conjuntura, o desempenho dos novos atores preocupava-se com os aspectos clínico-biológicos do nascimento, buscando solidificar o processo assistencial a partir dos conhecimentos científicos e da intervenção médica. Para Tornquist (2004), as mudanças no espaço das práticas em saúde favoreceram a aceitabilidade e a massificação da nova forma de cuidar e tornaram a mulher um corpo passivo, no qual a intervenção processava-se sem a sua atuação/participação.

Todavia, a opressão e a exploração não aconteceram em um ambiente estável, mas em um campo visível de embate e de resistência nos diferentes contextos (Barbosa, 2006). Mesmo com a nova lógica que se apresentava, não houve uma abrupta substituição dos atores e menos ainda do espaço destinado ao nascimento. Foram necessários dois séculos de lutas e disputas para a figura do obstetra ser considerada legítima para os demais profissionais e para as mulheres e suas famílias (Tornquist, 2004). Em muitos espaços geográficos, as parturientes continuavam chamando as parteiras e os seus parentes para lhes atender (Cahill, 2001).

Já no Brasil, embora as ações tenham transformado-se, a introdução das práticas masculinas no nascimento aconteceu mais tardiamente, apenas após a segunda guerra mundial, no século XX. Nesse período, cresceu o predomínio dos partos realizados em hospitais e foram introduzidas rotinas tipo a episiotomia e o fórceps profilático (Souza, 2005; Brennes, 1991).

Não diferindo da dinâmica mundial, embates ideológicos e a não aceitação do homem no espaço do nascimento também ocorreram, retardando a consolidação do saber/poder nessa área. Todavia, as mudanças estavam acontecendo e, paulatinamente,

com o desenvolvimento da cientificidade, as práticas na parturição foram reconstruídas, passando a sofrer intervenções, caracterizadas pela medicalização dos aspectos de vida e saúde das mulheres.

Para assegurar a aceitação do médico no espaço do nascimento, foi delineado novo ambiente para essas práticas pela necessidade de respaldar o novo poder e reforçar as mudanças. Então, o hospital passa a caracterizar-se como local ideal para se ter um filho, conforme apresentado a seguir.

1.3.2 O hospital – espaço para intervenção e medicalização do nascimento

O hospital geral surgiu em períodos anteriores à idade média, em especial por razões religiosas, assistencialistas e caritativas. Foi criado pela cristandade, e as pessoas que lá atuavam eram geralmente religiosas e leigas nas questões de saúde/doença. Devido ao caráter cristão, evidenciavam-se a abnegação, a doação e a caridade como rotina entre os seus trabalhadores, sendo a preocupação o cuidar do doente como condição para a salvação da alma do cuidador (Marinho, 2004; Graça, 2000; Almeida & Rocha, 1986).

Nesse momento histórico, o objetivo do espaço era dar assistência aos pobres e desvalidos e promover a segregação social, recolhendo das ruas das cidades os doentes. O risco de contágio favorecia a separação dos indivíduos da sociedade, caracterizando-se o hospital como local ideal para evitar que as demais pessoas viessem a adoecer.

A ideia do hospital enquanto local de assistência aos pobres e segregação dos doentes é reforçada por Foucault (1999) ao afirmar que nesse período, na Europa, esse ambiente não era concebido para curar. Também não eram instituições médicas, pois,

até final do século XVIII, não tinham nenhuma característica terapêutica, sendo a prática hospitalar na medicina excluída da formação médica.

Assim, o ambiente hospitalar sofria domínio quase exclusivo da Igreja, e essa fase durou na Europa até meados do século XIX, quando se consolidou o poder econômico e político do Estado (Graça, 2000). A cura das enfermidades enquanto missão do hospital só surge com as mudanças paradigmáticas na área da saúde (Marinho, 2004; Foucault, 1999; Graça, 2000; Silva, Loiola & Freitas, 2003).

A transformação nas práticas não ocorreu apenas para benefício dos doentes. Ao contrário, havia a preocupação em desconstruir os efeitos negativos do hospital na sociedade tanto para acolher os desvalidos, evitando a disseminação das doenças, quanto para favorecer a reorganização econômica do lugar (Foucault, 1999).

O ponto crucial para o princípio da aceitação do hospital enquanto espaço de cura aconteceu, pois eram comum óbitos em soldados treinados, constituindo-se uma preocupação para os exércitos. O treinamento militar era uma prática de alto custo. Assim, em virtude da disseminação das doenças e por causa da incapacidade do hospital em abrigar e curar, muitos homens morriam antes mesmo de chegarem à guerra (Foucault, 1999). A ausência de cuidados qualificados facilitou a disseminação das epidemias existentes e favoreceu reflexões quanto à necessidade de mudanças na dinâmica (Silva, Loiola & Freitas, 2003).

Os aspectos citados são complementados pelo paradigma emergente na saúde, constituindo-se um corpo de saberes diferenciados para o cuidado ao doente. Desse modo, não se comportava mais o cuidado apenas nas casas, o que delimitou novos espaços para as práticas destinadas aos que precisassem de cura (Graça, 2000).

Então, em parte, descaracterizou-se a dinâmica de salvação da alma presente no hospital até então, e os cuidados foram envolvidos pelos aspectos técnicos, sociais, econômicos, políticos, científicos e ideológicos. O adoecer passou a ser coordenado pelos diferentes poderes, em especial pelo Estado e pela ciência, sendo legitimado e modelado pelos interesses políticos e sociais que organizavam a vida em sociedade (Graça, 2000).

Para a reorganização do hospital, foi utilizada a disciplina enquanto “técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos” (Foucault, 1999, p. 106). A disciplina e as mudanças paradigmáticas tornaram o espaço hospitalar mais aceitável para a inserção do saber médico passível, contribuindo para a medicalização da vida e da saúde.

Então, o hospital passa a ser visto como uma instituição disciplinadora, influenciada principalmente pelo Estado e pela ciência, com um novo objetivo para a prática médica: a cura das doenças. Foi a nova organização, vista sob um prisma diferenciado, que favoreceu a aceitação desse ambiente pela sociedade como o lugar destinado às ações em saúde (Foucault, 1999).

Não diferente, embora em momento mais tardio, aconteceram mudanças na atenção à saúde do grupo feminino, contribuindo para a inserção de novos atores/espços e para a tecnologização da vida e da saúde na assistência à mulher e ao neonato. Nessas alterações, a casa, ambiente rústico e simples, deixa de ser o espaço adequado para as novas práticas de intervenção obstétricas, e o hospital ganha destaque.

Do mesmo modo que embates sobrevieram na troca das parteiras pelos médicos, as dificuldades também aconteceram na mudança do ambiente da casa para o hospital. O medo de parir nos hospitais parecia ter estreita relação com os óbitos em geral e, em

particular, os maternos. Nessa época, era visível, mesmo com os avanços científicos, o pouco conhecimento, por parte da medicina, das questões relativas à higiene e à infecção. No livro *The doctor's plague*, Nuland (2003) apresenta a história de uma garota que morreu ao dar à luz em um hospital. Mesmo ela pedindo para ter seu filho com uma parteira, foi-lhe imposta a presença do médico. O seu trabalho de parto durou 14 (catorze) horas, período no qual foi tocada diversas vezes por professores e estudantes que estavam aprendendo e que vinham de necrotérios e/ou salas de aula. O nascimento transcorreu sem maiores anormalidades, mas no dia seguinte ela desenvolveu um quadro infeccioso e três dias após o parto foi a óbito por infecção puerperal.

Essa história objetiva descrever as mortes aparentemente sem justificativa que estavam acontecendo na Europa e trazer a história de Ignác Semmelweis, médico húngaro que ficou conhecido como um dos responsáveis pela discussão inicial acerca da infecção puerperal nos hospitais. Nas suas observações, as mulheres que pariam com físicos e/ou estudantes de medicina tinham altas taxas de mortalidade, levando-o a localizar a origem do problema na falta de assepsia. Após a manipulação dos corpos durante as necrópsias ou intervenções com pessoas infestadas, os profissionais contaminavam as mulheres durante os procedimentos, dentre os quais o toque vaginal (Best & Neuhauser, 2004; Nuland, 2003).

Ao constatar tais problemas, Semmelweis instituiu uma prática que residia na adoção da lavagem das mãos antes de qualquer procedimento que fosse ser realizado com uma gestante/parturiente. De início, o ato de lavar as mãos ajudou a reduzir as taxas de mortalidade das pacientes nos hospitais aos níveis das taxas provocadas pelas

parteiras. Na sequência, os instrumentais também passaram a ser lavados, baixando ainda mais os índices (Cwikel, 2008; Best & Neuhauser, 2004; Nuland, 2003).

De fato, Semmelweis constatou que os médicos eram os principais causadores das altas taxas de mortalidade materna, e seus achados foram rechaçados pela comunidade científica à época. Só após a sua morte, com as evidências científicas propostas por Pasteur acerca da microbiologia, é que ele recebeu crédito pela sua descoberta (Best & Neuhauser, 2004; Nuland, 2003).

Então, mesmo as mulheres morrendo nos hospitais e existindo o medo de lá chegar para se ter um filho, estratégias foram gestadas para minimizar as dificuldades. Dessa forma, para favorecer a aceitação das práticas médicas nesse espaço, o discurso reforçava o viés do risco de um parto realizado por uma parteira, ainda mais em um ambiente doméstico (Barreto, 2001).

Assim, as práticas médicas e o hospital na assistência à parturição foram caracterizados como corretos, não cabendo mais a figura da parteira e do ambiente da casa como atriz e local ideal para se ter um filho. Com o decorrer do tempo, o hospital torna-se o local para parir, consolidando-se a caracterização de risco para os partos realizados fora dele.

Cahill (2001) resgata essas evidências afirmando que nos três últimos séculos houve uma influenciadora política que destinava todos os seus argumentos para o estabelecimento da obstetrícia enquanto prática médica. Por isso, houve a necessidade de um espaço diferente para se ter um filho, disseminando-se a concepção de que o parto hospitalar, assistido pelo médico, representava menores riscos à saúde da mãe e do neonato.

Ao se abordar as questões de riscos e relacioná-las às práticas hospitalares, há de se referendar os diferentes contextos e momentos históricos diante desses aspectos. Até a institucionalização da medicina, o hospital era um local de risco devido à carência no rigor técnico e higiênico, contribuindo para o aumento na morbimortalidade dos grupos que lá eram assistidos. Com a institucionalização das práticas em saúde e o reforço da categoria médica enquanto detentora da capacidade de saber curar, o hospital foi transformado em ambiente adequado para as suas práticas, minimizando o risco decorrente de um corpo caracterizado como uma máquina imperfeita.

Em razão da constituição da nova ordem hegemônica, o médico obstetra toma o lugar da parteira, que, por não ter habilidades com os instrumentais, passa a ser acessória ao processo. Na organização da disciplina obstétrica passou a haver predomínio do trabalho técnico e utilização das novas tecnologias. Os cuidados eram prestados sob a égide da hierarquia médica, obedecendo aos seus saberes e práticas, o que consolidou o projeto de intervenção nas ações destinadas ao nascimento (Almeida & Rocha, 1986).

De fato, as rotinas, não apenas na área obstétrica, foram reorientando-se e transformando a vida cotidiana em objetos da medicina, o que impulsionou a tecnologização dos cuidados com o parto e com a gravidez. O parto torna-se um processo cheio de interferências, cujos procedimentos foram baseados em uma lógica clínica, mecânica, tecnológica e intervencionista (Souza, 2005; Vieira, 2002).

O projeto de intervenção no nascimento foi incorporado ao cotidiano das práticas e apresentou relação com as formas de poder estabelecidas na história das sociedades (Foucault, 1999). Essas interações foram definidas pelo conhecimento da obstetrícia, sendo os médicos os detentores desse saber, utilizado como forma de

dominação, ao prevalecerem os interesses corporativistas aos da coletividade (Irwin & Jordan, 1987).

Com a obstetrícia, algumas mudanças que aconteceram no processo de parturição tornaram-se objeto de críticas devido ao viés medicalizador. Todavia, a medicalização merece reflexão na medida em que foi uma situação que afetou todas as sociedades, caracterizando-se como um fenômeno não apenas clínico, mas também social.

A medicalização é entendida como um processo de intervenção da biomedicina, expandido progressivamente, e que compreende as experiências de qualquer natureza, em especial da saúde/doença. Assim, os comportamentos e as necessidades humanas são tratados como se fossem problemas médicos, sendo todas as questões passíveis de intervenção clínica (Tesser, 2006).

Nessa perspectiva, as mudanças também aconteceram na atenção ao nascimento, ao se enveredar em práticas fundamentadas na cientificidade e amparadas pelos recursos tecnológicos. Essas transformações ainda favoreceram a mecanização e a institucionalização do processo, que paulatinamente passou a ser visto enquanto evento mórbido que precisava de controle, em uma visão cartesiana e mecanicista do corpo (Davim & Bezerra, 2002; Souza, 2005; Vieira, 2002). Assim, com o desenvolvimento da cientificidade e dos recursos tecnológicos, na cultura ocidental é construída a ideia da gravidez e do parto como situações assimiláveis à doença (Souza, 2005).

Essas mudanças reforçam a dependência e a submissão das pessoas aos profissionais médicos e às suas práticas intervencionistas (Cahill, 2001). Desse modo, “a medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da

capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas” (Tesser, 2006, p. 61).

Já o hospital, enquanto espaço e ferramenta de poder, acabou transformando-se em instrumento para a consolidação da medicalização e da hegemonia médica, em um viés centralizador e controlador. Os profissionais lá se inserem e consolidam suas práticas na atenção ao nascimento, e as mulheres em trabalho de parto acabam submetendo-se a um conjunto novo de intervenções que foram aperfeiçoando-se e concretizando o saber/fazer do obstetra.

1.3.3 O parto cirúrgico – consolidação do saber/poder médico

Apesar de se apontar para a normalização do saber e ainda do fazer, o desenvolvimento histórico das práticas de intervenção em saúde nunca foi um processo matematicamente estipulado. Na atenção ao nascimento não deixa de ser diferente, e os espaços, bem como os atores, foram sendo inseridos com as mudanças econômicas, sociais e culturais ocorridas ao longo da história nas diversas sociedades.

As intervenções nas ações obstétricas aconteceram com maior frequência ao se instituir o hospital como local para parir. Apesar de a introdução desse espaço ter uma conotação de maior segurança para as práticas, rechaçando-se a casa, essa dinâmica não trouxe apenas benefícios para as mulheres e seus filhos, como já descrito.

As intercorrências sobrevieram às ações hospitalares, causando morte em muitas mulheres em decorrência de infecções puerperais durante os partos. Ulrich (1999) afirma ter sido esse tipo de infecção uma das causas que mais matou mulheres no século

XIX, podendo ser caracterizada como doença iatrogênica, desencadeada pelo tratamento médico.

Mesmo havendo problemas dessa ordem, a hegemonia médica e o espaço hospitalar foram destacando-se e solidificando-se nas práticas destinadas ao nascimento. As técnicas e os recursos intervencionistas foram evoluindo, chamando a atenção, pela medicalização e prática indiscriminada, o parto cirúrgico, amplamente utilizado no mundo inteiro a partir da década de 1950.

A cesariana, ou parto cirúrgico, foi um procedimento utilizado, até meados do século XX, nas situações com evidente risco de vida. Sua prática não necessariamente contribuía para o aumento da sobrevivência materna e/ou neonatal, pois os avanços científicos ainda não tinham conseguido torná-la uma operação segura (Martin, 2006). Só com as descobertas científicas e tecnológicas e com os avanços nas técnicas anestésicas e cirúrgicas é que passou a ser utilizada com mais frequência e, em teoria, com menores riscos maternos e fetais/neonatais.

De acordo com Rezende (2000), a operação cesariana é um procedimento antigo, recebendo essa designação em homenagem ao Imperador de Roma, Júlio César, que nasceu dessa forma. No começo, seu objetivo era tentar salvar o feto, nos casos em que a parturiente ia a óbito antes do período expulsivo. Para tanto, era necessário o consentimento da Igreja Católica para a realização do batismo do nascituro. Acredita-se que os judeus teriam sido o primeiro povo a efetuar esse tipo de procedimento em uma mulher viva.

Essa cirurgia é uma intervenção para extração do feto pela via abdominal. As tentativas de aperfeiçoamento da técnica, na busca por melhores resultados, iniciaram-se no século XVII e perduraram até meados do século XIX. Já sua adoção enquanto rotina

na prática cotidiana teve suas melhores expressões a partir desse último século (Rezende, 2000).

A maior segurança no procedimento sobreveio com o progresso da medicina pasteuriana, o que contribuiu no manejo de intercorrências clínicas obstétricas. Com o advento das tecnologias, das drogas lícitas, da descoberta dos antibióticos e do desenvolvimento das práticas anestésicas, foi possível minimizar, em parte, os riscos do procedimento, e os índices de morbimortalidade materna e perinatal acabaram por sofrer reduções continuadas (Thébaud, 2002; Tornquist, 2004; AbouZahr, 2003).

O parto cirúrgico, com as mudanças decorrentes da evolução nas práticas científicas médicas, passou a ser caracterizado, por todo o mundo, como uma operação de salvamento. No final da década de 1960, particularmente nos Estados Unidos, as taxas de mortalidade materna e perinatal eram baixas, e a cesariana, utilizada com cautela e indicação, considerada um dos maiores avanços da obstetrícia moderna (Dias, 2008).

Além disso, o método também ganhou em precisão, pois até a forma da incisão cirúrgica, que era vertical, do umbigo até o osso púbico, passou para horizontal e localizada no baixo ventre, tornando-se cada vez mais aceita, até esteticamente (Martin, 2001; Odent, 2004).

É fato que as questões relacionadas aos riscos e aos avanços nas técnicas cirúrgicas merecem ser refletidas. Não é possível considerar que apenas a evolução científica ocasionou a diminuição nas intercorrências possíveis durante os procedimentos cirúrgicos, mas é preciso articular o contexto socioeconômico e cultural nessa dinâmica. As mudanças ocorridas no interior das sociedades e o avanço nas

questões higiênicas e de saúde também contribuíram para a redução nos riscos e potencializaram os pretensos benefícios da técnica cirúrgica para se nascer.

Com o parto cirúrgico, o médico passa a controlar o nascimento, tornando-se o real condutor do parto. A mulher torna-se mera espectadora do processo; o útero, com as suas contrações, apresenta um papel secundário durante a intervenção (Martin, 2006). A descoberta do controle do processo de parturição, a partir de um procedimento cirúrgico, favoreceu a sua utilização sem indicação, como se fosse um “bem de consumo”, e não uma prática que trazia riscos (Odent, 2004).

De fato, o parto cirúrgico caracteriza-se como uma situação idealizada presente no imaginário das mulheres e dos trabalhadores da saúde no Brasil, especialmente dos serviços privados no que diz respeito à dor. Essa forma de concepção é considerada comum, pois as ideias construídas a respeito da dor presente no parto vaginal tendem a gerar uma história de medo e de angústia diante de uma condição não vivenciada, apenas imaginada. Então essa prática passa a ser concebida, em maior ou menor grau, não apenas como uma alternativa para as dificuldades e/ou risco gestacional, mas também como uma situação em via de se institucionalizar. O predomínio desse procedimento foi favorecido pela construção histórica do medo da dor no parto normal, mesmo existindo na atualidade o recurso de analgesia, teoricamente disponível, inclusive para usuárias dos serviços públicos (Souza, 2002). Além do temor da dor, a desinformação e até o comodismo médico influenciaram o uso e abuso dessa prática intervencionista.

Dessa maneira, foi construída a ideia de que as práticas intervencionistas, em particular o parto cirúrgico, relacionam-se com os desejos e as escolhas das mulheres. Nessa sugestão, são desconsideradas as questões socioculturais e o medo da dor e da

morte inerente ao parto vaginal. Por outro lado, é preciso refletir a possível parceria entre os desejos médicos e os das mulheres, tendo em vista a comodidade, para ambos, vivenciada no procedimento.

Então, a utilização indiscriminada desse procedimento tendeu a gerar uma preocupação social em nível mundial, pois uma técnica que viria para salvar vidas acabou sendo empregada de modo inadequado, independentemente de questões clínicas. Dessa forma, acabou comprometendo a qualidade das ações e a segurança para mulheres e neonatos.

Os críticos das práticas invasivas indiscriminadas e defensores de uma postura mais expectante acrescentam que, além dos riscos de um procedimento cirúrgico, o desconforto pós-operatório dificulta a vinculação e o cuidado do filho (Martin, 2006).

Essa situação gerou preocupações junto aos órgãos públicos, pois, apesar de as políticas vigentes resgatarem a normalidade no nascimento, diminuindo as práticas invasivas (OMS, 1996; Brasil, 2001; Brasil 2002; Brasil 2004), as taxas de partos cirúrgicos no Brasil atingem uma média de 31% nos serviços públicos e 72% nos setores privados (Potter, Berquo, Perpetuo, Leal, Hopkins, Souza *et al.*, 2001). Esses dados ainda são atuais e demonstram que os procedimentos cirúrgicos na parturição são comuns nos serviços públicos e quase uma ordem nos serviços privados. Esses índices excedem os limites de 15% de partos cirúrgicos do total de nascimentos sugeridos pela OMS (1996), havendo necessidade de refletir os aspectos ideológicos dessas práticas.

É possível que os percentuais mais baixos de intervenções cirúrgicas no nascimento em sistema público relacionem-se ao controle no pagamento desse procedimento pelo SUS. De fato, o serviço público, seguindo as orientações da OMS para diminuir o percentual de partos cirúrgicos, estabeleceu um percentual de

intervenções por estabelecimento, de acordo com o grau de complexidade de cada instituição. A portaria foi editada em 2000 sob o número 466 (Brasil, 2000) e limitava as autorizações de internações hospitalares (AIH) por procedimentos invasivos, objetivando diminuir as práticas intervencionistas, pelo menos nas instituições públicas.

Todavia, as técnicas intervencionistas não podem ser consideradas como únicas causadoras de intercorrências no nascimento. Em muitos contextos, as intervenções são apontadas como definidoras do quadro de morbimortalidade materna e perinatal, porém as condições de vida e saúde da população precisam ser refletidas nesses espaços, pois mesmo em face da maior utilização das práticas intervencionistas entre as usuárias dos serviços privados, as taxas mais elevadas de intercorrências e mortes acontecem nos serviços públicos. Essa situação explica-se provavelmente porque essa parcela da população, carente econômica e socialmente vive em precárias condições de vida e saúde, o que aumenta os riscos junto a qualquer procedimento cirúrgico, inclusive a cesárea.

Também não se pode exclusivamente associar melhorias e/ou agravos no quadro da atenção à saúde reprodutiva com o advento da medicalização e/ou tecnologização das práticas em saúde. Apesar dos avanços (na aplicabilidade técnica e na capacidade de salvar vidas em risco) e dos problemas causados pelos recursos científicos e tecnológicos (geralmente decorrentes de uma prática indiscriminada em contextos socioestruturais nem sempre adequados), não é possível supor que a biomedicina seja a única responsável tanto pelas melhorias quanto pelos agravos nas questões da saúde reprodutiva (Wagner, 2000; Davis-Floyd, 2001).

As desigualdades e as iniquidades sociais evidentes ao redor dos países do mundo tendem a contribuir com as maiores intercorrências no momento do nascimento.

Até a qualidade e a quantidade de serviços prestados, consequentemente facilitadores para maiores ou menores riscos, apresentam estreita relação com as condições de vida dos grupos assistidos. Então, antes de procurar culpar as técnicas, há de se refletir sobre os grupos sociais penalizados com o maior número de intercorrências e os ambientes onde tendem a acontecer.

Wagner (2000) afirma que os problemas decorrentes das práticas destinadas ao nascimento relacionam-se não diretamente com a tecnologia, mas com sua forma de utilização, associando-as às iniquidades sociais. Para o autor, a redução da mortalidade materna em nível mundial nos últimos dez anos apresenta relação com a diminuição da severa pobreza e as melhores condições de nutrição e moradia do que mesmo com as mais novas descobertas científicas. As questões tecnológicas não vão determinar todos os benefícios e malefícios, pois é a forma como são usadas que pode torná-las benéficas e/ou maléficas.

Em continentes como a África e a Ásia, que apresentam os quadros mais precários de saúde, a morbimortalidade materna e perinatal aparece como uma das mais altas taxas do mundo (Betrán, Wojdyla, Posner & Gülmezoglu, 2005). Um estudo desenvolvido pela Unicef (2008) apresenta o quadro de morte materna ao redor do mundo. Nele, do total de óbitos de mulheres em situações gestacionais, 43% aconteceram na Ásia e 51% na África. O restante do mundo ficou com apenas 5% do total de mortes nesse período da vida. Só “em 2005, ano mais recente com estimativas consistentes disponíveis, cerca de 536 mil mulheres morreram devido a causas relacionadas à gestação e ao parto. Quase todas essas mortes maternas (95%) ocorreram na África e na Ásia” (Unicef, 2008, p. 22).

Nessas localidades, o problema da morbimortalidade associa-se mais a questões estruturais e socioeconômicas do que à utilização de práticas intervencionistas na atenção ao nascimento. A carência estrutural, os precários recursos econômicos destinados aos países pobres e a limitação de trabalhadores de saúde capacitados para essas áreas acabam facilitando as intercorrências. Nesses casos, apesar de parecer paradoxal, a ausência de intervenção técnica, leia-se parto cirúrgico, e de uma assistência de qualidade, em recursos humanos e materiais, no momento necessário, contribui para os óbitos no processo. Paradoxal porque apesar das críticas direcionadas as técnicas intervencionistas, entende-se que as questões relacionadas as intercorrências nesta dinâmica apresentam relações mais estruturais e sociais do que mesmo diretamente ligadas as intervenções neste momento.

Assim, é importante refletir acerca das práticas na atenção ao nascimento, contextualizando as necessidades do povo brasileiro, o processo de formação, a organização da atenção à saúde e os aspectos culturais que interatuam neste momento, bem como as formas de parir e nascer na sociedade. Desse modo, seria possível vislumbrar práticas que fossem seguras e viessem para atender as necessidades do grupo feminino.

CAPÍTULO DOIS – A MATERNIDADE SEGURA E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL

As políticas e as práticas em saúde, nas últimas décadas, sofreram transformações na medida em que o paradigma até então vigente não conseguiu atender às diferentes necessidades delineadas na sociedade. As mudanças que acontecem cotidianamente nesses espaços geram a premência em se rever atitudes e práticas caracterizadas como rotineiras e ideais, sendo importante discutir a organização das práticas em saúde. As ações que continuamente são desenvolvidas não estão conseguindo atender aos anseios da população por não respeitarem suas necessidades e apresentam uma dinâmica mecânica e parcelar do trabalho.

Ao buscar discutir as práticas cotidianas destinadas ao parto e ao nascimento, é preciso refletir a respeito da conformação das políticas desenvolvidas para o intercurso do processo. As produções técnicas e científicas desenvolvidas apontam outros caminhos e ações para serem aplicadas nesse momento. Mundialmente, esses materiais tiveram como norte a discussão pela maternidade segura; em nível nacional, as ideias foram associadas mais especificamente à humanização no processo de gestação e nascimento.

Então, este capítulo da tese empreende uma leitura dessas produções, procurando situar a temática da maternidade segura e da humanização no pré-natal e nascimento no seu espaço de produção e reprodução social. Para tanto, encontra-se

dividido em dois momentos. O primeiro aborda as produções da OMS, em um resgate histórico do contexto que delineou a proposta da maternidade segura para a atenção ao parto e ao nascimento. O segundo focaliza a constituição das políticas de saúde no Brasil, especificamente o Sistema Único de Saúde (SUS), e o caminho percorrido até a discussão pela humanização da saúde em geral e, em particular, do processo gestacional.

2.1 As recomendações da Organização Mundial de Saúde para a maternidade segura

A iniciativa maternidade segura surge em decorrência das dificuldades na assistência à saúde materna e perinatal em todo o mundo por causa da ausência de tratamento adequado em face das intercorrências durante o processo de parturição. Associada à problemática, as condições de vida e saúde nas regiões mais pobres do planeta acabaram por favorecer sérias consequências para a saúde materna e do neonato. Tais situações contribuíram para a elevação no quadro de morbimortalidade materna e perinatal em diferentes espaços, gerando preocupações em outros países e organizações por todo o planeta (Jowett, 2000).

Diante dessa situação, órgãos e governos apontaram a necessidade de refletir e gerar estratégias para transformar os discursos e as práticas na atenção à gestação e ao nascimento. Para isso, sugeriu-se a produção de saberes e fazeres que contemplassem a mudança assistencial e a complexidade da problemática.

Então, desde 1985, um movimento internacional coordenado pela OMS aponta a necessidade de revisão das práticas desempenhadas no acompanhamento da gestação e

do nascimento. Para tanto, foi realizada, no mesmo ano, uma reunião entre a região europeia dessa organização e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Fortaleza (CE), sendo elencadas recomendações baseadas em uma variedade similar de práticas (OMS, 1996).

Essa discussão foi denominada, posteriormente, de maternidade segura ou *safe motherhood*, sendo, a partir dessa época, difundida mundialmente (WHO, 1996). Todavia, para se encaminhar as práticas em favor das mudanças e envolver os diversos segmentos sociais nessa transformação, o primeiro material elaborado pela instituição foi um grupo de cuidados denominado “pacote mamãe/bebê” (WHO, 1994).

As ações sugeridas no material dividiam-se em 18 (dezoito) práticas simples que deveriam ser desenvolvidas durante a gestação, no trabalho de parto e no pós-parto. As medidas recomendadas pelo “pacote mamãe/bebê” caracterizavam-se pela capacidade de serem intervenções econômicas, teoricamente mais saudáveis e tecnicamente possíveis de seguimento nos países e suas comunidades (WHO, 1994; Prata, Greig, Walsh & Potts, 2004).

Nesse guia, são apresentadas as ações necessárias para que a maternidade seja desenvolvida em segurança, acrescentando haver quatro pilares que, quando postos em prática, sustentam e facilitam uma gestação, parto e nascimento seguros. Entre os pilares estão o planejamento familiar como recurso indispensável na decisão consciente de quantos filhos se quer ter e o espaço de tempo entre o nascimento deles; o adequado cuidado pré-natal como condição capaz de detectar e prevenir maiores riscos maternos; o acesso a um parto limpo e seguro; e, por fim, a estruturação dos serviços de saúde com recursos para os cuidados obstétricos essenciais, pois, no caso de intercorrências, seria possível prestar uma assistência adequada (WHO, 1994).

Diante dessas ideias, para se atingir a maternidade segura, era importante reduzir os riscos maternos e o número de gestações indesejadas, bem como as complicações obstétricas e a mortalidade nas mulheres que vivenciavam essas situações.

Para essas mudanças, era preciso atuar não apenas localmente, nos espaços específicos das questões da saúde reprodutiva, mas também associar os problemas clínicos ao contexto e aos cuidados com a gravidez e o nascimento. A assistência inadequada, entendida no aspecto mais amplo, frequentemente atingia o feto e/ou o recém-nascido, elevando a morbimortalidade também nesse grupo. De fato, “muitas das mortes neonatais são consequência direta da precariedade nos cuidados durante a gravidez e o parto” (WHO, 1994, p. 13).

Assim, as ações propostas no material foram organizadas e direcionadas aos países em desenvolvimento, locais nos quais aconteciam as maiores intercorrências maternas e neonatais, em particular, pela precariedade nas condições de vida e saúde da população de baixa renda.

Mesmo na atualidade, a OMS continua reforçando a importância de se fazer o parto de forma mais natural possível, com a utilização de intervenções na atenção ao nascimento que não sejam caras. A partir de estudos científicos, essa organização estima que um pacote de cuidados de saúde maternos e perinatais essenciais não ultrapassariam a cifra de \$3 (três) dólares/pessoa/ano. Para atestar as ideias, um projeto desenvolvido na Índia utilizou recursos locais com resultados positivos e baratos, demonstrando ser possível garantir a segurança com baixo custo (Yinger & Ransom, 2003).

Em todo caso, não querendo apenas enveredar pela discussão do custo da atenção ao processo gestacional, a OMS produziu um material intitulado *Safe motherhood – care in normal birth: a practical guide* (WHO, 1996). Esse relatório,

provavelmente o de maior destaque mundial, foi traduzido para diversas línguas, inclusive para o português, e abordava questões relacionadas à parturição e às práticas no seu intercurso.

O guia conceitua a maternidade segura e o parto normal, apresentando o papel dos diferentes atores envolvidos na atenção ao nascimento e discutindo os aspectos gerais no cuidado ao trabalho de parto. A partir daí, as recomendações tentam estabelecer normas e ações a serem desenvolvidas durante um trabalho de parto sem complicações, examinando as evidências pró e contra algumas práticas comuns.

Em todo o documento, o enfoque é resgatar práticas caracterizadas como seguras para o desenvolvimento dos cuidados na atenção ao nascimento, sendo o objetivo “ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança” (OMS, 1996, p. 4).

O material aborda ainda cada estágio do trabalho de parto, em uma revisão sistemática, fundamentada nas evidências científicas, dos cuidados desenvolvidos durante o processo. A partir daí, apresenta quatro categorias de práticas, descritas a seguir, que precisam ser conhecidas e articuladas com as realidades de cada espaço. Essas categorias devem ser estudadas em profundidade para inserir ou retirar das ações cotidianas as que são ou não desejáveis diante das indicações expressas nessa produção (OMS, 1996).

A - Práticas no parto normal demonstradamente úteis que devem ser estimuladas;

B - Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas;

C - Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e

D - Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Essa produção foi amplamente divulgada e, em alguns locais, como é o caso do Brasil, tais ideias acabaram delineando discussões políticas que contribuíram para a cogestão de propostas de mudanças na dinâmica das ações destinadas ao parto e ao nascimento.

Entendendo que esses textos precisam ser refletidos, a OMS continuou abraçando a causa da maternidade segura e, no dia mundial da saúde, em abril de 1998, lançou um material intitulado *Pregnancy is special – let's make it safe*. Nesse material, a organização reflete que o processo gestacional é vivenciado e afetado diretamente pelos contextos de vida das mulheres, conclamando as pessoas a discutirem as dificuldades estruturais nas ações destinadas ao nascimento. Reforça ainda que a problemática da morbimortalidade materna e perinatal está associada às questões técnicas e às condições de vida e saúde, havendo a necessidade de se contextualizar o saber/fazer nas práticas cotidianas. Por isso, destaca as condições de vida e sua influência na saúde da mãe e do conceito, priorizando a redução dos riscos nessa dinâmica a partir da contribuição do setor saúde na reflexão das ações corriqueiras destinadas ao processo (OMS, 2002).

Esse estudo promoveu uma articulação com a produção de 1996 e objetivou apresentar e discutir os passos para guiar a iniciativa maternidade segura no próximo milênio. Para tanto, foram constituídas dez metas a serem alcançadas, que propunham:

- 1) Estabelecer a maternidade segura como um direito humano e um assunto de justiça social, buscando promover a construção de políticas públicas que assegurem o cuidado à saúde materna;
- 2) Entender a maternidade segura como um investimento social e econômico vital, por enveredar na necessidade de se reduzir as intercorrências e, conseqüentemente, os gastos em saúde;
- 3) Empoderar as mulheres com conhecimento específico e a possibilidade de assegurar as suas escolhas;
- 4) Estimular o casamento e o primeiro nascimento mais tardiamente;
- 5) Entender que toda gravidez envolve riscos;
- 6) Assegurar um atendimento qualificado no momento do parto;
- 7) Melhorar o acesso e a qualidade nos serviços de saúde maternos;
- 8) Assistir adequadamente a gravidez não desejada e o aborto inseguro;
- 9) Realizar avaliação constante dos progressos em face das estratégias adotadas; e, por fim,
- 10) Envolver e usar o poder da sociedade para favorecer as mudanças propostas (WHO, 1998).

As metas apontam que as mudanças sugeridas tinham como objetivo primordial a revisão da dinâmica social nos diversos países, tendo em vista a reflexão dos condicionantes do quadro de morbimortalidade materna e perinatal. É claro que tal reflexão foi desencadeada especialmente por se entender que a problemática estava agravando-se cada vez mais e que a forma de cuidar da população nos países pobres não

atendia as suas mínimas necessidades. Assim, foi delimitado um prazo de 25 (vinte e cinco) anos (de 1990 a 2015) para que os percentuais de morbimortalidade existentes no mundo diminuíssem em torno de 75% nesse grupo.

Mesmo enfatizando a necessidade de resolução da problemática social e econômica que envolve os países pobres e em desenvolvimento, o material reforça que a qualidade do cuidado destinado à saúde materna caracteriza-se como o mais importante. De fato, esses documentos não entendem a dinâmica isoladamente, mas associam as questões técnicas nos cuidados cotidianos com a problemática da pobreza e da carência na assistência à saúde em âmbito global. A organização reconhece que, antes de ser difícil a limitação das práticas intervencionistas, mais complicados são os aspectos relativos à precariedade da assistência nos países mais pobres do planeta, pela carência nos recursos humanos e/ou materiais (WHO, 1998).

Em nível mundial, principalmente nos países desenvolvidos, a dinâmica da maternidade segura parece estar surtindo efeito. Todavia, como qualquer proposta e/ou política pública, é passível de inúmeras interpretações e, indiretamente, acaba apontando para um processo específico de cuidar. Esse processo é interpretado de modo diferente em cada espaço e acaba gerando ações que muitas vezes não conseguem modificar os saberes, os fazeres e/ou os espaços sociais nos quais vivem as mulheres.

2.2 A dinâmica da humanização no contexto do Sistema Único de Saúde

Para discutir a proposta da humanização no processo gestacional, é preciso conhecer o contexto de produção das políticas no Brasil e refletir sobre os movimentos

sociais que coordenaram e construíram o SUS enquanto norte para a atenção à saúde. É importante entender que essa discussão, em parte, é fruto do sistema de saúde e da sua tentativa de resolver a precarização da saúde destinada à população assistida por essa política.

Nesse sentido, para melhor situar o leitor no contexto de produção e reprodução das práticas em saúde, este item encontra-se estruturado em dois momentos. No primeiro, procura-se fazer um resgate da construção do SUS enquanto política pública e abordar a inserção de estratégias, inclusive a proposta de humanização, para a transformação da dinâmica do cuidar nesse processo. Na sequência, discute-se a conformação do processo de humanização na saúde, particularmente no que se refere à atenção ao parto e ao nascimento.

2.2.1 Os cuidados à saúde no Brasil

Abordando o processo saúde/doença, no início do século XX, todos os esforços concentravam-se no controle das pestes e no saneamento dos portos, sendo a exportação, especialmente do café, a principal fonte econômica à época. Nesse período, a população carente era assistida apenas pelas equipes que visitavam/invadiam as casas, na tentativa de controlar os casos de pestes e doenças infecciosas (Scliar, 2005; Chalhoub, 1996). Já o grupo mais abastado tinha acesso ao médico particular, que visitava suas casas e o tratava em seus domicílios, ofertando um cuidado personalizado e livre da fiscalização e da opressão presentes nas camadas mais carentes.

Em meados da década de 1950, o desenvolvimento industrial contribuiu para a crescente urbanização das cidades e promoveu uma mudança econômica no país (Oliveira, 1992; Bertolozzi & Greco, 1996). Com a industrialização e a urbanização das

idades, surgiram novas demandas em saúde, e as ações foram organizando-se de modo a tentar atender as necessidades da população carente. As doenças comuns modificaram-se, e as pestes que assolavam o país foram, em parte, suplantadas pelas doenças crônico-degenerativas (Prata, 1992).

A urbanização acelerada, associada aos poucos recursos destinados às práticas em saúde e à vigência de propostas com características mais emergenciais, favoreceu a manutenção de ações em quantidade e qualidade insuficientes. A população pobre continuava sendo precariamente assistida, ficando à mercê do pouco que lhe era oferecido. Já as pessoas que dispunham de mais recursos financeiros podiam pagar por uma assistência de qualidade, buscando os consultórios particulares e os grandes hospitais para o atendimento das suas necessidades de saúde. Observa-se que essa dinâmica não difere muito da atualidade, visto que o acesso aos recursos materiais, funcionais e tecnológicos é mais amplo para quem pode pagar por eles.

Associada ao processo de urbanização, a redefinição das práticas e das formas de organização do trabalho cotidiano foi favorecida pela tecnologização da vida e da saúde. As ações fiscalizadoras das doenças diminuíram, e os recursos tecnológicos passaram a ser utilizados nos diagnósticos e tratamentos. Por sua vez, essa dinâmica, aliada ao desenvolvimento econômico do país e do mundo, acabou por marcar a necessidade de reorganização dos processos de trabalho em saúde.

Com a tecnologização, as ações foram especializando-se, o que acarretou, durante o regime militar ocorrido no Brasil na década de 1960, o predomínio das instituições previdenciárias e da mercantilização crescente da saúde. Apesar de já haver expressões e tentativas de organização das práticas em saúde para a população nesse período, a centralização característica desse regime afetou a saúde pública, a qual foi

relegada a um segundo plano, destacando-se a medicina previdenciária, de acesso apenas aos trabalhadores formais (Scorel, Nascimento & Edler, 2006). As pessoas que possuíam precários recursos econômicos continuavam sem assistência adequada à saúde, submetendo-se às filas e às longas esperas para conseguir atendimento.

Essa situação perdurou durante o período militar, provocando a organização de grupos em defesa da saúde. Foi na sexta Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, que se ensejou um debate acalorado pela criação, regulamentação e consolidação de um sistema nacional de saúde (Scorel & Bloch 2006). O objetivo desse sistema era gerar uma atenção à saúde, com recursos qualitativa e quantitativamente suficientes, *a priori* de acesso a todos. Essa organização dos grupos aconteceu porque o Estado, na sua função de atuar protegendo a saúde dos cidadãos, viu-se diante de sua incapacidade, ou do seu desinteresse, em atender as necessidades dos menos favorecidos (Franco & Merhy, 2004).

No sentido de promover saúde de qualidade para todos, surge no interior das universidades brasileiras um movimento organizado, que constituiu o processo de Reforma Sanitária e culminou com a discussão e a organização das atuais políticas de saúde ofertadas pelo Estado (Mendes, 1995). Para Scorel, Nascimento e Edler (2006), esse grupo caracterizou-se como uma força política que contestou uma série de propostas do regime, em parte, devido à participação nas discussões das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), contribuindo com a constituição do SUS. Dentre as conferências, destacou-se a oitava, por ter inaugurado um momento em que se estimulava a participação civil e comunitária na cogestão e a deliberação das políticas de saúde (Scorel & Bloch, 2006). Cabe ressaltar que esta conferência caracterizou-se como um marco para a sociedade brasileira. Representou a reorganização dos

movimentos sociais em busca de uma reforma ampla do Estado, estando aí incluídas as questões de saúde. Delineou um conceito ampliado para esta dinâmica, passando este a se caracterizar como orientador para a produção do cuidado em saúde.

Paralelamente a esse movimento, foi colocado na constituição brasileira de 1988 um projeto de Proteção Social, que “inscreveu a Saúde no marco de uma seguridade social pública, universal, garantidora de direitos de cidadania e que não tergiversava acerca da responsabilidade do Estado na sua implementação (art. 194)” (Noronha & Soares, 2001, p. 446).

Todavia, essa concepção de saúde enquanto direito de todos não foi oferecida gratuitamente, por interesse do Estado, na constituição de suas políticas. Ao contrário, foi fruto de lutas e embates ideológicos desencadeados pelo movimento, visando a construção de um ambiente mais justo para todos, através da desconstrução das práticas hegemônicas, a partir da transformação radical das concepções predominantes (Mattos, 2006).

Desse modo, o projeto de Proteção Social surgiu em meio a profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, as quais derivavam de uma política econômica neoliberal que priorizava um Estado que se responsabilizasse minimamente com a população (Noronha & Soares, 2001). Sendo assim, é possível sugerir que as ideias do projeto caminhavam na contramão da economia vigente a partir da nova ordem político-econômica do modelo capitalista de gestão.

Assim, a proposta do SUS sugeria uma profunda reformulação no Sistema de Saúde Nacional e tinha como “princípios essenciais à universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular” (Mendes, 1995, p. 43). Além desses princípios, também se

reforçou, a partir da constituição, o papel do Estado enquanto provedor dos recursos necessários para a sua execução legal no atendimento das necessidades da população.

Para a atuação desse sistema, era preciso redirecionar o foco da atenção em saúde, voltado predominantemente para o modelo curativo, em favor de um modelo preventivo, com ações destinadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. A atenção deixaria de ser meramente clínica e passaria a ser contextualizada com as necessidades de vida e saúde, favorecendo a participação da população no cuidado ao processo de adoecimento e cura (Mendes, 1995).

O SUS enquanto modelo de cuidado à saúde apresentava uma proposta inovadora, pois previa um sistema igualitário para todos, com mudanças no modo de atender ao processo de adoecimento e cura no Brasil. Dessa forma, o acesso a esse sistema, graças à descentralização das competências, com ênfase na municipalização, acabou sendo mais igualitário, e 50% da população excluída na década de 1980 passou a ter assistência. Entretanto, nem todas as propostas do sistema de saúde conseguiram efetivar-se na prática cotidiana. Devido a problemas de estruturação, gestão e funcionamento, à precariedade da atenção básica e à dificuldade no acesso aos procedimentos de médio e alto custo, o SUS tornou-se um sistema com recursos mínimos destinado aos pobres (Santos, 2009).

Um dos conflitos do SUS reside na formatação do modelo político-econômico vigente no país, pois sua proposta não condiz com a perspectiva neoliberal, que prevê o mínimo de responsabilização do Estado nas questões sociais. Para essa política econômica, as necessidades de saúde devem ficar sob as responsabilidades individuais, desconsiderando que a saúde não é somente a ausência de doenças, mas diz respeito às diversas necessidades socioeconômicas de cada ser.

Apesar de no Brasil se seguir o receituário neoliberal, como o SUS foi constituído a partir de intensas lutas representadas pela sociedade civil, tornou-se uma política que se inseriu enquanto ordem, havendo a necessidade de reorganização para a sua aplicabilidade cotidiana. Nesse processo, interferiram as questões jurídicas e a própria representação do sistema para a sociedade, pois essa política social e de saúde já é ordem vigente, e a sua exclusão poderia gerar um problema sem precedentes (Franco & Merhy, 2004).

Mesmo com a caracterização do SUS enquanto bem nacional, há um contínuo sucateamento dos serviços públicos de saúde, com recursos quantitativa e qualitativamente insuficientes. E nessa dimensão se concentram muitos problemas, pois os recursos que se destinam à saúde acabam sendo insatisfatórios para dar conta do contexto de necessidades sociais do povo. Então, a saúde clínica é realizada pautando-se apenas nas queixas dos pacientes, utilizando recursos mínimos, com a finalidade de suprir essa demanda.

Todavia, os problemas não dizem respeito apenas à escassez de recursos materiais e estruturais, mas também estão relacionados à insatisfação dos profissionais de saúde, inquietos com as práticas vigentes e com a dinâmica existente para atender as crescentes necessidades da população.

Ainda é importante reforçar a flagrante reprodução de políticas e práticas distintas na saúde que diferencia ricos e pobres na rotina dos serviços de saúde. Essa diferenciação acontece nos aspectos relativos ao acesso, à cobertura, à qualidade e à equidade das ações desenvolvidas. Além disso, o tipo e a quantidade de serviços, os recursos financeiros, humanos e tecnológicos, a distribuição geográfica, a dinâmica médica e a ideologia do prestador de serviços têm influenciado o padrão de consumo

das ações em saúde (Travassos, Viacava, Fernandes & Almeida, 2000). Dessa forma, as práticas em saúde estavam associadas diretamente aos recursos financeiros, pois quanto maior o poder aquisitivo, melhor a capacidade de ter acesso a diferentes instrumentais nesse momento.

Desse modo, as práticas expressam-se nos distintos espaços com maior/menor qualidade/valor, de acordo com o grupo social ao qual se destinam. Além disso, os espaços físicos e funcionais também se organizam conforme as classes econômicas, diferenciando as camadas sociais no acesso aos meios e instrumentos para o atendimento das suas necessidades em saúde/doença. No Brasil, além das diferenças sociais, institucionalizou-se um SUS universal em algumas especificidades, mas que na maioria dos casos é usado apenas pelas classes sociais de baixa renda, pois, apesar de existir um projeto de seguridade social universal, incluindo a saúde, a política econômica vigente “dificultou a expansão da inclusão social e do crescimento econômico” (Fleury, 2007, p. 6). Em virtude disso, as ações existentes, destinadas aos carentes, pouco conseguem atender as diversas necessidades dos diferentes envolvidos nessa dinâmica.

Essa dinâmica socioeconômica contribuiu para a precarização dos serviços de saúde em geral e no espaço público, inclusive com a deterioração das condições de trabalho (Ribeiro, Pires & Blank, 2004).

Na atenção ao nascimento isso não é diferente, e a assistência tende a expressar-se de acordo com as condições socioeconômicas, com os espaços geográficos e com a estrutura dos serviços. Há ainda ações diversas nas práticas cotidianas e na utilização dos recursos tecnológicos, deixando claro que o padrão intervencionista é mais comum

nos serviços privados, por receberem mulheres que, teoricamente, podem escolher a sua forma de parir.

Já nos serviços públicos, há uma tendência a ser organizado um pacote com o mínimo de cuidados, e as ações propostas de modo geral reforçam a utilização de tecnologias de baixo custo e complexidade, ficando as práticas mais elaboradas destinadas aos serviços privados (Santos & Gerschmam, 2004).

Então, é comum nos serviços particulares uma estrutura física e funcional que busca promover o conforto da parturiente, acolhendo as suas necessidades em um espaço específico, com privacidade e apoio para ela e seus familiares. Em contrapartida, nos serviços públicos e/ou conveniados à rede SUS, os recursos tendem a ser insuficientes, apresentando condições apenas para a promoção de mínimas ações, descontextualizados das necessidades de profissionais da área e das usuárias.

Nesse sentido, pensar o SUS em todas as suas ações e em particular na atenção à saúde da mulher enquanto sistema integral e humanizado é utópico. Concorda-se com Faleiros, Silva, Vasconcellos e Silveira (2006) quando afirmam que o “SUS é uma obra prima inacabada” (p. 8), persistindo na sua agenda conflitos primitivos entre necessidades sociais/saúde e interesses corporativos e mercantilistas. Todavia, há que se entender que limites precisam ser superados, a partir da luta contínua, na busca do novo que faça diferença na vida e na saúde da população assistida pelo SUS.

Assim, é preciso refletir que ao se propor uma saúde igualitária, equitativa, integral e para todos é necessário rever conceitos e valores que permeiam a gestão das políticas públicas. O sistema público de saúde não tem conseguido dar conta da demanda à qual deve atendimento e, por isso, a qualidade cai consideravelmente no atendimento da população.

2.2.2 As políticas de humanização e sua aplicação na atenção ao parto e ao nascimento

A discussão pela humanização na saúde teve início em nível internacional na década de 1970, quando aconteceu um simpósio que discutiu as práticas nos serviços. Esse encontro culminou com a produção de um material intitulado *Humanizing Health Care*, organizado por Howard e Strauss e publicado em 1975.

Um dos esforços do evento foi conceituar/identificar o que seriam humanização e desumanização do cuidado em saúde (Deslandes, 2006). Nesse encontro, parece ter havido a necessidade de dividir as práticas em boas e más, não abordando os aspectos estruturais, contextuais e a dinâmica inter-relacional presente no fazer saúde. Assim, após discussões, foram encontradas 11 (onze) práticas produtoras de desumanização e 08 (oito) práticas humanizadoras, sendo estas consideradas “necessárias e suficientes”.

As práticas caracterizadas como desumanizadoras foram definidas a partir das ações cotidianas e estabelecidas na discussão das interações entre trabalhadores e usuários da saúde. São descritas por Howard e Strauss e citadas por Deslandes (2006) como:

- 1) *Tratar as pessoas como coisas*, reconhecendo o doente como objeto de intervenção clínica;
- 2) *Usar de modo inapropriado a tecnologia*, pois o cuidar sofre predomínio de máquinas e procedimentos;
- 3) *Usar de modo inapropriado a experimentação*, ao se utilizar, antieticamente, pessoas nas pesquisas científicas;

- 4) *Ver a pessoa doente como problema*, ao reduzir sua patologia à clínica e aos sinais e sintomas;
- 5) *Tratar certas pessoas como de menor valor*, ao diferenciar as práticas de acordo com os aspectos sociais, raciais e étnicos de cada um;
- 6) *Falta de interação/reciprocidade entre paciente e cuidador*, favorecendo o isolamento das pessoas, especialmente nos casos de longas internações hospitalares;
- 7) *Cuidar subpadronizado para determinadas pessoas*, destinando-se poucos recursos e atenção, por indiferença, discriminação ou negligência;
- 8) *Visualizar as pessoas como sem escolhas*, submetendo-as ao que foi decidido por outrem e desconsiderando sua autonomia e liberdade;
- 9) *Pessoas interagirem como icebergs*, pois a ciência, com sua neutralidade e objetividade biomédica, contribuiu para práticas menos interacionais;
- 10) *Pessoas em ambientes estáticos e estéreis*, ao caracterizar o ambiente da saúde como espaço que dificulta a interação e a socialização;
- 11) *Desrespeito à vida*, já que as polêmicas sobre aborto e eutanásia acontecem porque os profissionais da saúde, de modo geral, acabam desconsiderando os direitos do ser humano. Contudo, nesta última caracterização, há controvérsias na medida em que outros pesquisadores dos direitos humanos consideram desumano manter a vida sob certas circunstâncias (Deslandes, 2006).

Deslandes (2006) acrescenta que a relevância desse estudo não foi única e exclusivamente a tentativa de produzir conceituações e padrões explicativos, mas também de gerar um guia que identificasse e descrevesse as situações caracterizadas como desumanizadoras.

Após apresentar a caracterização da desumanização na saúde, Deslandes (2006) apresenta a sua interpretação das oito práticas tidas como humanizadoras e necessárias, que foram divididas em três dimensões:

- 1) A *dimensão ideológica* reporta-se a três práticas humanizadoras: o reconhecimento do valor da vida humana, o respeito à integralidade das pessoas e a visualização do ser humano como único e insubstituível;
- 2) A *dimensão estrutural*, na qual as interações entre cuidadores e pacientes acontecem, também com três práticas: a necessidade de liberdade para o indivíduo, a oferta de ações de forma igualitária, independentemente de classe e/ou de outra caracterização, e ainda o compartilhamento do poder de decisão por todos, a fim de que possam fazer as melhores escolhas;
- 3) Por fim, na *dimensão psicológica*, estão inseridas duas práticas humanizadoras: a empatia e o afeto ao entender que na inter-relação entre paciente e cuidador é preciso que haja ao menos algum contato para favorecer a criação de vínculos positivos.

A partir da repercussão dessas ideias, outros estudos aprofundaram-se nessa área e reforçaram que a desumanização nas práticas em saúde é consequência da intensificação tecnológica e burocrática na medicina. Em virtude disso, foi necessário gerar outros modelos de cuidados previamente organizados, que gerassem mudanças na dinâmica institucional diária (Howard, Davis, Pope & Ruzek, 1977).

Apesar do mérito dessas ideias, destacam-se em particular dois aspectos que podem tornar-se desfavoráveis. O primeiro seria a necessidade de padrões, mesmo que benéficos, para as práticas em saúde, talvez relacionados com a forma de organização da vida em sociedade, que limita a atuação dos diferentes indivíduos, inclusive na área

da saúde. O segundo seria o fato de que, mesmo apontando para uma dinâmica mais dialógica e inter-relacional, parece não ter havido uma contextualização das propostas de humanização. Houve, sim, uma tendência para se relevar os aspectos sociais, estruturais e econômicos que modelam as formas de viver e as ações na saúde.

Mesmo assim, essa discussão sobre o processo de humanização disseminou-se, e os problemas estruturais e funcionais presentes em alguns países, inclusive no Brasil, favoreceram o destaque dessas premissas como ideais para a saúde. No país, em particular nos serviços públicos, há dificuldades no acesso aos bens de saúde, com desvalorização do trabalhador e das relações de trabalho (Deslandes, 2004). Em parte, essa dinâmica relaciona-se com as desigualdades sociais, reforçadas pela grande dimensão geográfica do país e pela dualidade público/privado.

Os órgãos públicos brasileiros reconhecem as dificuldades presentes nas práticas em saúde como associadas às questões estruturais e econômicas, nos diferentes espaços da sociedade. Por isso, buscam encontrar caminhos para as mudanças, aproximando-se da perspectiva gerada no contexto mundial. Nesse sentido, a reflexão sobre a humanização das ações na área da saúde surge para promover transformações no cotidiano dos serviços.

A partir das discussões iniciadas na XI Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no ano de 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) em 2001. Esse programa buscava a reorientação da assistência nos ambientes hospitalares, pois o modo como as práticas estavam desenvolvendo-se tendia a ser caracterizado como empecilho para a qualidade do cuidado (Diniz, 2001; Deslandes, 2004; Puccini & Cecílio 2004; Campos, 2005).

Posteriormente, ao se refletir que as dificuldades na organização dos serviços extrapolavam os limites do âmbito hospitalar, localizando-se em todos os espaços de atenção à saúde, foi desenvolvida a Política Nacional de Humanização (PNH): o Humaniza SUS. A proposta dessa política era tornar as práticas ditas humanizadas rotineiras em todas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Para tanto, propunha a construção coletiva da dinâmica cotidiana e o aprimoramento das relações entre usuários, trabalhadores, serviços e comunidade. Foram apontados novos horizontes para o cotidiano, buscando atender as necessidades dos distintos grupos sociais e incentivando a reflexão sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde (Brasil, 2004a, 2004b).

Assim, na precariedade da atenção à saúde não se evidenciava a voz do usuário, sendo sua participação na gestão dos serviços praticamente inexpressiva. Era comum a presença de ações verticalizadas, que não partiam das necessidades demonstradas no cotidiano dos serviços (Brasil, 2004b).

A PNH apresenta como princípios norteadores a valorização da subjetividade, levando-se em conta os aspectos sociais e os direitos do cidadão; o fortalecimento do trabalho em equipe, fomentando ações transversais e em grupo; a construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos envolvidos na rede SUS para gestão e práticas assistenciais; e, finalmente, o resgate do compromisso com a democratização, a melhoria dos processos de trabalho e a educação permanente (Brasil, 2004a, 2004b).

Em seu marco teórico, a proposta do PNH aponta para o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem o SUS, implicando mudar a cultura na atenção ao usuário e a forma de trabalhar as questões de saúde. Desse modo, a ideia da humanização foi construída como “a valorização dos diferentes sujeitos

implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (Brasil, 2004b, p. 8). Ou, como afirma Minayo (2006), a humanização na saúde “significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações” (p. 26).

A proposta objetiva transformar o quadro de atenção à saúde vigente no país, tendo em vista envolver e corresponsabilizar os diversos atores com a mudança no cotidiano das práticas. Há a expectativa declarada nos documentos de que, ao se sentirem produtores de um fazer, os usuários acabem tomando a possibilidade de mudança como uma luz para as suas necessidades.

A discussão sobre a humanização no parto e no nascimento é fruto do mesmo processo que envolve a humanização da saúde no Brasil. Essas ideias ganharam destaque após a primeira Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento, ocorrida em Fortaleza (CE), no ano de 1995. Nesse primeiro encontro, houve avanços nas reflexões acerca do conceito de humanização, na ênfase da importância da mulher nesse processo e, ainda, na discussão do papel dos diferentes interlocutores para a efetivação de sua proposta.

Nas ações preliminares esboçadas no Brasil, é possível citar a organização de uma cartilha com orientações e passos para o desenvolvimento de práticas com vistas à maternidade segura (Brasil, 1995). Ao todo são oito etapas, caracterizadas como um conjunto de critérios e procedimentos que apontam para a necessidade de informação sobre saúde reprodutiva, de rotinas escritas e de treinamentos para a coordenação dessa assistência. Além disso, na cartilha, discutem-se o acesso e o cuidado à saúde de qualidade durante a gestação e o nascimento, incentivando o parto normal e humanizado

e enfatizando a importância de uma estrutura adequada para o desenvolvimento da assistência materna e perinatal.

Para a efetivação das mudanças foram ainda incentivadas as especializações em enfermagem obstétrica, buscando promover o parto normal realizado por essa categoria. Assim, foi editada a portaria n. 2815 de 1998, autorizando o enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, a realizar o parto vaginal sem distocias (Brasil, 1998a).

O processo de humanização do parto e do nascimento culminou com a instituição do *Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento* (PHPN), em junho de 2000, através da portaria ministerial GM/MS n. 569. Esse programa apresentava-se como possível solução para a problemática na atenção ao nascimento, delineando mudanças na assistência à saúde da mulher e de seu neonato. Seu objetivo era promover melhor acesso, cobertura e “qualidade” na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido, garantindo os direitos de cidadania e tendo como indicador a humanização nesse atendimento (Brasil, 2002; Serruya, 2003).

No PHPN, a humanização é apontada a partir de dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à dignidade no atendimento das mulheres, familiares e neonato, enfatizando uma atitude ética e solidária e rompendo com as ações medicalizantes na prática hospitalar. O outro aponta para as práticas cotidianas, pois sugere a adoção de procedimentos sabidamente benéficos para a parturiente e neonato, reforçando as recomendações da OMS e desmistificando as práticas intervencionistas quando dispensáveis (Brasil, 2002).

O programa encontra-se organizado com vistas a articular o acompanhamento durante a gestação, o parto e o puerpério, resgatando a integralidade do processo. Nos documentos nacionais, reforça-se a participação ativa da mulher e da sua família nas

decisões relativas ao seu corpo e às suas necessidades. Além disso, aponta para um atendimento de qualidade, com trabalhadores capacitados, tanto nos aspectos técnicos/científicos quanto na forma de acolhimento das usuárias dos serviços (Brasil, 2001; 2002).

Para atender aos objetivos propostos, foi organizado e publicado em 2001 o manual técnico *Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher*, que refletia as práticas existentes e trazia novas diretrizes para a abordagem nessas situações (Brasil, 2001). Cabe ressaltar que embora o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) tenha suas expressões iniciais anteriores ao manual supracitado, apenas em 2002 é que foram apresentadas, e publicadas, as diretrizes básicas e o norte teórico das ações nesta dinâmica (Brasil, 2002).

É válido refletir que, apesar de teoricamente o PHPN ser passível de mudança, não se configurando como pronto e acabado, suas estratégias de atuação não diferem muito da lógica situacional e do contexto político-econômico evidenciados na maioria das políticas públicas nacionais. Mesmo o programa sugerindo ações mais contextuais na atenção à gestação e ao nascimento, ainda utiliza como instrumento de avaliação os aspectos clínicos (número de consultas e exames realizados) desse processo (Brasil, 2002).

Outro aspecto visto como empecilho para a mudança diz respeito à forma de atenção vigente, pois os profissionais, em geral, não conseguem romper com as formas tradicionais de lidar com as questões de saúde/doença. Como já mencionado, torna-se difícil desconstruir práticas antigas centradas na clínica e nos padrões curativistas a fim de conceber ações de promoção à saúde.

O fato de persistir um processo de formação em saúde, nas instituições em geral, com um enfoque voltado para a doença, seu tratamento e cura, agrava ainda mais a dinâmica. Essa condição é reproduzida nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, persistindo um cuidado com a saúde que continua seguindo os padrões da consulta com investigação tecnológica e tratamento medicamentoso.

Desse modo, esses profissionais não conseguem contribuir para a reconstrução e reestruturação do SUS, tendo em vista uma prática diferenciada do cuidar, menos ainda articular as diversas necessidades de vida e saúde para a organização das ações cotidianas. Assim, aspectos importantes relacionados com a saúde da população são deixados de lado. O enfoque volta-se para a patologia, o sintoma, o sinal, o exame e o diagnóstico, resultando no tratamento clínico. Então, fica parecendo que todo o problema de saúde tem sua resolução a partir do recebimento de uma receita ao final da consulta. Por sua vez, as ações em saúde tendem a organizar-se pautadas na perspectiva de que o profissional conseguirá resolver e intervir no sofrimento e na dor do outro (Brasil, 2004a). Não há uma reflexão acerca dos determinantes sociais no processo de adoecimento e nem discussão quanto à reconstrução das formas de se conceber a saúde para a população.

Campos (2003) acrescenta que, na formulação das políticas, a construção do conhecimento e as práticas corriqueiras no setor de saúde apresentam relações estreitas com o cotidiano, sendo as ações em geral fruto dessa complexa teia. “Os múltiplos aspectos que interagem mutuamente concorrem, por um lado, para a disponibilidade de um determinado conjunto de ações e serviços ou, por outro, para o surgimento de dificuldades de acesso aos mesmos” (p. 570).

Dessa forma, fica evidente que as políticas públicas de saúde tendem a ser organizadas a partir de determinadas necessidades sociais e de doenças que se caracterizam como emergenciais. Nesse caso, há uma tendência para que essas ações sejam direcionadas prioritariamente para amenizar a vida dos mais afetados pelas precárias condições socioeconômicas. Esses grupos são geralmente compostos pelos indivíduos com menos recursos financeiros e com dificuldades para acessar e escolher o que é melhor para dar conta dessa carência.

Nesse sentido, a conformação dos serviços e os cuidados em saúde estão ligados à esfera econômica das sociedades, e, antes de se atuar nas necessidades dos sujeitos, as práticas organizam-se a partir dos interesses hegemônicos (Nogueira, 2000). Assim, são reproduzidas distintamente, diferenciando ricos e pobres, o que acaba contribuindo para a precarização dos serviços de saúde em geral, inclusive com a deterioração das condições de trabalho (Ribeiro, Pires & Blank, 2004).

Assim, pensar em um contexto particular para a atenção ao parto e ao nascimento é entender que esse espaço não é apenas o físico onde se desenrola a dinâmica cotidiana dos cuidados em saúde. Ao contrário, nele estão imbricados os aspectos socioeconômicos, o trabalho e as interações que lá se estabelecem. A importância de refletir sobre essas questões está relacionada ao fato de que, quanto mais os aspectos estruturais, funcionais e a dinâmica interacional atenderem as necessidades dos grupos que vivem o trabalho em saúde, mais facilmente fluirão as ações cotidianas.

Além disso, entende-se que para poder refletir sobre as práticas na atenção ao parto e ao nascimento em um serviço tido como humanizado é preciso apreender como os atores envolvidos nessa dinâmica agem e vivenciam esses momentos. Em relação a

esse aspecto, vislumbram-se os limites e as possibilidades de uma prática contextualizada para as ações no parto e no nascimento.

CAPÍTULO TRÊS – PERCURSO METODOLÓGICO: a etnografia institucional, a análise dos discursos e o espaço do estudo

O presente capítulo enfoca os critérios epistemológicos e metodológicos relacionados ao processo de pesquisa, os quais favoreceram o aprofundamento na dimensão social e na organização das práticas em saúde destinadas ao parto e ao nascimento. Assim, antes de se preocupar apenas com as questões técnicas, se estudou os aspectos sociais que conformam a vida em sociedade e atuam na organização das práticas cotidianas. Sendo assim, a pesquisa social caracteriza-se como uma situação que favorece o entendimento da dinâmica que modela a produção das ações usuais em saúde.

Na pesquisa social, o pesquisador não pode ser compreendido como um sujeito alheio ao campo, como um verificador de dados, pois, verdadeiramente, ele é produto e produtor do que está a investigar, construindo o contexto que passa a fazer parte de sua vida. Afinal, o pesquisador durante a investigação também é parte do campo, e o seu olhar nada mais é do que “sua maneira de contar – e produzir – o mundo” (Spink, 2003, p. 26).

Ainda merece ser destacado que em uma pesquisa social há a necessidade de ser útil, afinal o campo de pesquisa é o espaço no qual as pessoas definem o que querem e sabem o motivo de lá se encontrarem (Spink, 2003). Além disso, esse período de realização da pesquisa foi um momento de troca de conhecimento e aprofundamento

teórico, pois para conhecer/entender determinado assunto é preciso saber como os diferentes envolvidos percebem sua dinâmica e como a relacionam com os aspectos sociais, políticos e econômicos da vida em sociedade.

Então, por uma questão didática e organizacional, este capítulo da tese divide-se em três momentos. O primeiro trata do delineamento teórico-metodológico deste estudo a partir da Etnografia Institucional (EI). Para tanto, empreende-se uma leitura das argumentações que fundamentam essa perspectiva teórica, a qual situa os diferentes atores, nas suas relações intersubjetivas, no espaço de produção do cuidado. No segundo, apontam-se os instrumentos delineados no decorrer do estudo. Finalmente, no terceiro, apresenta-se a análise documental e discutem-se as estratégias metodológicas, espaço, atores envolvidos nesta pesquisa e a análise dos dados empíricos – caminho para entender como os diferentes atores percebem-se e interatuam na dinâmica social do cuidar na atenção ao parto e ao nascimento.

3.1 A Etnografia Institucional

A perspectiva metodológica utilizada no desenvolvimento da pesquisa foi a Etnografia Institucional (EI). Para Campbell e Gregor (2002) a EI é uma forma de ver e conhecer reorientando as pessoas, o que pode contribuir para uma leitura crítica das práticas e, conseqüentemente, favorecer a adoção de uma postura reflexiva. Já Smith (2005) afirma que a EI é um projeto de investigação que rejeita a teoria dominante, pois a dominação acontece através do discurso e do conhecimento e contribui para revelar o processo ideológico e social que produz experiências de subordinação (DeVault & McCoy, 2002).

Essa abordagem parte da ideia de que as relações, na cotidianidade, acontecem coordenadas por textos ou práticas discursivas corriqueiras que são naturalizadas no contexto institucional e definidas nos espaços de poder de cada sociedade (DeVault & McCoy, 2002; Campbell & Gregor, 2002; Smith, 2005). Nessa perspectiva os textos são entendidos como documentos, normas e rotinas que contribuem para que as ações aconteçam da forma que acontecem, o que determina as práticas no âmbito institucional e nos diversos espaços sociais. Tanto é que os diferentes discursos e ações, em maior ou menor medida, são percebidos como decorrentes desses textos.

Desse modo, a pesquisa em EI busca “mapear” e fazer uma leitura crítico reflexiva destes materiais, procurando identificar a produção e a construção das formas de organização da sociedade e do contexto institucional a partir de ideais pré-estabelecidas (Campbell & Gregor, 2002). Isto porque o seu cotidiano é organizado pelas relações sociais e de poder estabelecidas na maior parte das vezes em cenários externos aos indivíduos, sendo reproduzidas nos espaços institucionais geralmente de forma não reflexiva (DeVault & McCoy, 2002). Nesse sentido, há um esforço para se compreender as formas como as pessoas percebem-se nessas relações e no cotidiano, entendendo-se os processos de trabalho negociados no interior desses espaços.

Na EI se parte da premissa que as relações vivenciadas são normatizadas e nelas as pessoas acabam agindo do modo como agem, não percebendo os sentidos que permeiam e conformam o mundo cotidiano. Assim, pode-se não entender os aspectos que estão envolvidos, determinando o fazer na vida diária, por se estar “rotinizado” na forma de organização social na qual se está inserido (Campbell & Gregor, 2002).

Assim, no contexto do cotidiano institucional, os referidos textos configuram-se como um “roteiro” de práticas a ser seguido, havendo uma tendência de não se

questionar como eles são capazes de contribuir com a manutenção ou a transformação da dinâmica institucional. Este estudo pode colaborar para revelar o processo ideológico e social que produz as experiências de dominação e subordinação (DeVault & McCoy, 2002). Foucault (1999) aborda as relações de poder, afirmando que

o fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder, sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber (p. xxi).

De acordo com esse entendimento, pode-se dizer que a pesquisa em EI apresenta potencial para o ativismo político, pois conhecer a forma de organização da vida das pessoas, sem que elas tenham conhecimento e controle, tende a favorecer a reflexão sobre a dinâmica de subordinação e dominação envolvida no processo. Dessa forma, pela capacidade de interagir e pensar, é possível supor transformações nas práticas dos atores envolvidos e, com isso, possíveis mudanças sociais (Campbell & Gregor, 2002).

De fato, essa abordagem vai procurar conhecer e discutir aspectos determinantes das questões sociais na dinâmica da saúde. Em particular se pretende desvelar a problemática das ações e sentidos produzidos nas práticas ditas humanizadas para o parto e nascimento em um determinado contexto social e institucional. Nessa direção, delimitou-se estudar as práticas discursivas quanto à organização dos serviços voltados para a atenção ao parto e ao nascimento, atentando para as formas como os textos são vivenciados no espaço público de saúde. Assim, vislumbra-se o papel dos diferentes

atores sociais na conformação das práticas corriqueiras e conhece-se a função das políticas públicas na transformação e/ou manutenção desse cotidiano.

Cabe acrescentar que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes, em Natal (RN), tendo sido aprovado após mínimas correções, estando devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

3.2 Análise documental: aproximação com a organização das políticas públicas

Enquanto estratégias metodológicas, além da pesquisa bibliográfica, mantida ao longo de todas as etapas do estudo, desenvolveu-se a análise dos documentos de domínio público, tidos como instrumentos de organização da vida em sociedade, como forma de aprofundar-se nos discursos presentes nesses materiais.

Abordando em particular as questões relacionadas ao parto e ao nascimento e para discutir o conceito de maternidade segura, em nível mundial, e a humanização na atenção ao parto e ao nascimento, em nível nacional, optou-se, em princípio, pela leitura e interpretação dos documentos oficiais relacionados a essa temática. Os discursos são socialmente construídos, sendo autores, em parte, da dinâmica que se processa na cotidianidade dos serviços de saúde. Desse modo, “são importantes na formulação e manutenção de estratégias de governamentalidade” e, conseqüentemente, no status vigente dos diferentes contextos (Bernardes & Menegon, 2007, p. 11).

Bernardes & Menegon (2007) acrescentam que os discursos políticos, nesse caso as políticas de saúde, objetivam produzir práticas que visam atender os interesses dos

governos na organização da sociedade. Assim, as propostas são construídas de tal modo que contribuem para a condução e consolidação das ideias de governo que regem a dinâmica cotidiana dos serviços. Contudo, há sempre o desafio de pôr em prática políticas públicas que aconteçam em uma dinâmica interacional com o entendimento dos condicionantes sociais nos contextos específicos em que se aplicam.

A análise documental utilizada nesta pesquisa fundamentou-se em Willig (2001), no intuito de identificar as construções discursivas relacionadas com termos-chaves nas políticas públicas destinadas ao parto e ao nascimento: maternidade segura e humanização.

Cabe acrescentar que na análise dos discursos, quer seja das produções técnicas científicas, quer seja das políticas e materiais de domínio público, segue-se a perspectiva de que o discurso caracteriza-se como produção social. Assim, o conhecimento e as formas discursivas de como o mundo está sendo compreendido e vivido são frutos do contexto sócio-histórico e cultural e das diversas interações que acontecem na vida em sociedade (Gill, 2002). Parte-se da premissa de que os textos, em particular os evidenciados nos documentos de domínio público, oferecem posicionamentos subjetivos, percepções quanto as formas de se ver e atuar no contexto da atenção à saúde. Ao serem levados em consideração, estes têm implicações nos processos de intersubjetivação, na construção das práticas e na experiência das pessoas no cotidiano.

Os documentos estudados foram o guia maternidade segura (OMS, 1996), na sua versão em português, e o material intitulado Pregnancy is special – let's make it safe (WHO, 1998). Este último documento, além de apontar as necessidades para a maternidade segura, ainda reflete os contextos mundiais na atenção ao nascimento e as

práticas que têm contribuído para uma gravidez insegura. Além desses materiais, ainda merecem destaque algumas produções científicas desenvolvidas nas décadas de 1980 e 1990 que colaboraram para delinear o contexto da discussão pela maternidade segura.

Já as produções nacionais analisadas foram o manual Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada a mulher (Brasil, 2001) e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2002), norte teórico para a proposta de humanização na gestação e nascimento. Esses materiais configuram-se como o que melhor reflete a iniciativa para a mudança na atenção ao nascimento no Brasil, sendo importante conhecer as ideias geradas por essa proposta e destinadas ao processo gestacional.

De início, no segundo capítulo desta tese, contextualizou-se o processo de produção da discussão acerca da maternidade segura e da humanização para o nascimento. Já no quarto capítulo, identificam-se e apresentam-se as construções discursivas que coordenam as práticas cotidianas apresentadas nos documentos oficiais.

3.3 Espaço, estratégias, atores e análise dos dados empíricos

No intercurso do doutorado, com interesse nas práticas destinadas ao parto e ao nascimento, foi eleito enquanto espaço para uma investigação mais aprofundada uma maternidade pública na cidade de Natal (RN). O espaço físico e funcional da instituição será descrito posteriormente, na apresentação dos dados. Todavia, esse serviço vivencia dificuldades contextuais características dos espaços públicos destinados ao cuidado na atenção ao processo de parturição no nordeste brasileiro.

Para uma aproximação com os dados, uma das estratégias metodológicas foi a observação direta e participante no contexto da maternidade em estudo. A prática de observar aconteceu de modo mais atento e completo possível, seguindo a orientação de Leopardi & Nietzsche (2002). Para tanto, a pesquisadora fez-se presente ao campo durante aproximadamente oito meses, de abril a dezembro de 2008, pelo menos uma vez na semana, em um intervalo não inferior a quatro horas por visita.

Diante da riqueza de acontecimentos, e para manter o foco da investigação, foi construído um diário de campo, com o intuito de anotar os principais eventos que ocorressem nesse período. Essa didática possibilitou compreender as ações desenvolvidas por trabalhadores e usuárias da maternidade no acompanhamento ao nascimento e também os “textos” que coordenavam a construção dos saberes e práticas cotidianas.

Nessa temporada, enquanto observadora, percebi que o espaço institucional foi desvelando-se no seu cotidiano de limites e possibilidades, sendo possível apreender o encadeamento que rege as ações corriqueiras e as relações de poder nas práticas diárias.

Além desses procedimentos, foram mantidas muitas conversas informais que ajudaram a entender a dinâmica da atenção ao parto nesse espaço. Ressalta-se a importância dessas conversas, pois na EI esses momentos tendem a desvelar aspectos relevantes ao processo investigado, os quais não são enfatizados durante as entrevistas. Os diálogos informais em geral eram ricos em dados, pois o colaborador sentia-se à vontade para expressar suas ideias, opiniões e o que queria e sentia diante da problemática em estudo, não se detendo apenas nos textos coordenadores das ações cotidianas.

O período de observação apresentou-se ainda como um exercício para a reflexão do pesquisador, na medida em que suas construções discursivas também tiveram que ser revistas cotidianamente. Em alguns momentos da observação, eu acabava por esquecer o meu papel e passava a ver as práticas como uma enfermeira, consumida pelos textos e pelas rotinas que conformam o processo de trabalho nesta área. Quando isso acontecia, um agir não reflexivo era despertado e, conseqüentemente, uma leitura pouco crítica acerca dos aspectos constituintes das relações de trabalho e de poder estabelecidas na maternidade citada.

Na sequência, em novembro de 2008, foi organizado um grupo focal com a equipe de enfermagem para uma melhor imersão no contexto institucional das práticas e uma aproximação coletiva com os discursos produzidos por esses trabalhadores. Nesse espaço, discutiam-se a disposição e a estruturação das ações na maternidade, assim como os aspectos que contribuem e agravam o cotidiano do serviço.

Do grupo focal participaram 15 (quinze) profissionais da equipe de saúde, subdividindo-se entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. O tempo da conversa foi de aproximadamente 90 minutos. Inicialmente, alguns participantes, especialmente os do nível médio, mostraram-se um pouco receosos para falar, mas no intercurso da dinâmica todos acabaram tecendo suas considerações quanto ao trabalho em saúde nesse espaço.

Embora o grupo focal não seja uma prática comum nas pesquisas que utilizam as etnografias em geral, no caso da EI, o “conversar com as pessoas” não necessariamente é realizado individualmente. Esse método pode ser utilizado para melhor entender as práticas e os contextos vivenciados pelos envolvidos no processo, além de fornecer fundamentação e argumentação para as entrevistas individuais (DeVault & McCoy,

2002). Essa estratégia contribuiu, no caso em estudo, para desvelar a dinâmica institucional e possivelmente favoreceu um olhar mais crítico e reflexivo acerca do seu contexto de trabalho para a equipe de enfermagem.

Assim, durante uma reunião administrativa dessa equipe, foi solicitado um espaço para que fosse realizada esta conversa. A questão de partida da dinâmica abordava a organização do trabalho desenvolvido na maternidade na perspectiva da humanização para o nascimento. Esse passou contribuiu para os aspectos posteriores do estudo, e a estratégia ajudou a construir a teia das inter-relações e influências significativas na dinâmica institucional da maternidade.

Para aprofundar aspectos que ainda não ficaram esclarecidos, a ação seguinte foi a entrevista em profundidade que aconteceram entre os meses de dezembro de 2008 até março de 2009. Para DeVault & McCoy (2002) na EI, essa atividade é tipicamente organizada ao redor da ideia dos objetivos da pesquisa e “[...] sua estrutura conceitual guia o falar (...); o ponto não é insistir categoricamente em nenhuma atividade, mas considerar a concepção de social que reside no entendimento das pessoas acerca de suas atividades atuais” (p. 758).

As entrevistas são consideradas uma forma de coordenação das atividades cotidianas, pois os atores devem entender e explicar o que, como e por que fazem as tarefas do modo que fazem, visto que essas conversas não são necessariamente padronizadas, podendo ser usadas em qualquer etapa da investigação. É importante que a pessoa descreva os detalhes a respeito de como realiza suas atividades, mesmo que considere a informação desnecessária (Campbell & Gregor, 2002).

Os atores que participaram deste estudo foram os profissionais da equipe de saúde e as mulheres assistidas na instituição. Entre os trabalhadores que compõem o

quadro funcional, além das equipes de apoio e recepção, há um total de 12 (doze) obstetras, 12 (doze) neonatologistas, 07 (sete) enfermeiros e 18 (dezoito) auxiliares e técnicos de enfermagem. De modo geral, todos desenvolvem as atividades rotineiras da sua categoria profissional, em uma escala de trabalho, atuando desde a triagem até a alta da puérpera do serviço.

Com esse total de trabalhadores da área da saúde foram realizadas 18 (dezoito) entrevistas, sendo 11 (onze) com a equipe de enfermagem: 07 (sete) técnicos e 04 (quatro) enfermeiros. Com a equipe médica aconteceram 08 (oito) entrevistas, sendo 04 (quatro) obstetras e 04 (quatro) neonatologistas.

De fato, na entrevista com os trabalhadores, procurou-se apreender como eles percebiam as suas práticas e o contexto que cerca as ações cotidianas. No caso das usuárias, o roteiro indagava a dinâmica assistencial desde o processo gestacional até o momento da parturição.

Com as puérperas, termo utilizado na obstetrícia para designar mulheres que se encontram no pós-parto, foram realizadas um total de 10 (dez) entrevistas, paralelamente ao período das entrevistas dos trabalhadores. O total de profissionais e usuárias do serviço que concedeu a entrevista foi definido de acordo com o andamento das conversas, pois quando os discursos começavam a ficar repetitivos, era encerrada a investigação individual.

As entrevistas ocorreram entre os meses de abril e agosto de 2007, no ambiente da unidade de saúde, após a autorização prévia dos participantes e a assinatura do termo de consentimento, que atestava estar o participante ciente das condições, encontrando-se livre para aceitá-las ou não. Quanto à duração das conversas, variaram entre quinze e

quarenta minutos, havendo uma média aproximada de vinte minutos para cada entrevista, independentemente de ser trabalhador ou usuária.

No que tange à análise dos dados, buscou-se um percurso metodológico que atendesse as questões e os objetivos propostos, contemplando, mesmo nas limitações do olhar do investigador, a complexidade e as interdependências próprias da situação, pois uma investigação que busca refletir sobre a organização das práticas em saúde, contextualizando os saberes e as ações cotidianas, necessita de um norte teórico/empírico que respalde as ideias da produção, organizando a dinâmica nos serviços.

Assim, foram realizadas leituras sucessivas das entrevistas, na tentativa de apreender as concepções, as práticas e os textos que se relacionavam com o contexto institucional da atenção ao parto e ao nascimento para que fosse desvelada a problemática das ações, significados e sentidos produzidos nesta dinâmica. Nisto se tentava entender, a luz da etnografia institucional, proposta por Smith (2005), por que as coisas estão organizadas dessa maneira e como as pessoas percebem-se nessa dinâmica. Almejou-se associar a discussão do contexto institucional com as relações de saber/poder estabelecidas no interior da sociedade, compreendendo como contribuem para modelar e delimitar os fazeres diários.

Desse modo, foi possível delinear os limites e possibilidades na atenção ao parto e ao nascimento no contexto público da saúde, articulando as diversas necessidades sociais das pessoas assistidas pelo SUS.

Para a apresentação dos dados, os obstetras foram caracterizados como médicos obstetras e receberam a designação de 1 a 4. Já os neonatologistas, foram designados como médicos pediatras, recebendo também a mesma numeração. Os enfermeiros foram

chamados e numerados segundo a ordem das entrevistas realizadas, e os técnicos identificados como técnicos de enfermagem também receberam numeração. Por fim, mas não menos importante, as puérperas foram nomeadas a partir de nomes bíblicos, em analogia à força das mulheres presentes nesse livro.

Merece ser destacado o modo como os artigos e os substantivos foram utilizados na análise dos discursos dos diferentes atores envolvidos neste estudo. Apesar de se entender e refletir sobre as articulações sintáticas e as caracterizações de gênero, optou-se por não fazer essa diferença no corpo do trabalho. Mesmo reconhecendo a predominância do sexo feminino entre os colaboradores da pesquisa, a não utilização dos dois sexos no decorrer da apresentação dos dados aconteceu mais por uma questão prática do que mesmo por não valorizar e respeitar as diferenças.

CAPÍTULO QUATRO – ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

OFICIAIS: a maternidade segura e a humanização para o parto

A necessidade de entender como se articulam as políticas e o cotidiano dos serviços de saúde estimulou a leitura aprofundada e a análise dos documentos oficiais que propõem as mudanças para as ações destinadas ao parto e ao nascimento. Nessa análise, a perspectiva é de que o discurso caracteriza-se como uma produção social, sendo o conhecimento e as formas de compreensão do mundo dependentes do modo como se vive na sociedade.

Este capítulo encontra-se dividido em três partes e apresenta os argumentos destacados nos documentos públicos acerca da maternidade segura e da humanização do parto, os quais fundamentam suas proposições. Inicialmente, aborda-se a forma como o conceito de maternidade segura é construído nos documentos internacionais da OMS e nas traduções nacionais. Igualmente, analisa-se como a humanização para o nascimento passa a ser delineada nas produções oficiais nacionais e, por fim, empreende-se uma leitura crítica acerca das convergências e divergências destas duas posturas discursivas para os cuidados destinados ao processo de parturição.

4.1 Analisando a maternidade segura

Como já abordado no capítulo anterior, aqui são apresentados os argumentos acerca da maternidade segura contidos nos documentos da OMS. Os materiais escritos estudados de modo mais aprofundado foram a tradução do material Assistência ao parto normal: um guia prático (OMS, 1996) e o material em inglês *Pregnancy is special – let's make it safe* (WHO, 1998).

Nessas produções, foram empreendidas leituras sucessivas para conhecer a forma como a temática maternidade segura é delineada nesses documentos e, conseqüentemente, como esse assunto é percebido pelos diferentes atores na sociedade.

A partir da leitura dos dois registros da OMS, identificaram-se sete tipos de argumentações que fazem referência à maternidade segura, enfatizando diferentes aspectos, que serão explicados a seguir. Cada tipo de ideia merece ênfase na medida em que as propostas desses documentos apresentam destaque mundial e contribuem para a produção de práticas que buscam a reorganização da atenção à saúde da mulher, em particular no processo de parturição.

1) Maternidade segura e a ênfase em práticas baseadas em evidências científicas

A expressão maternidade segura (OMS, 1996) tende a caracterizar-se como um protocolo de ação para o processo de parturição, sugerindo a revisão das práticas comuns no cuidado ao processo de parturição e enfocando novas ações baseadas nas evidências científicas.

O material apresenta dados de estudos que se baseiam em evidências e afirmam que as ações intervencionistas indiscriminadas não apresentam fundamentos científicos,

podendo até ocasionar riscos antes inexistentes quando utilizadas sem critério. Essa produção quer ensejar a discussão de que grande parte das práticas realizadas durante o nascimento, nos moldes do paradigma biomédico, é capaz de causar mais danos do que trazer benefícios para a mulher e para o neonato.

Assim, ao longo do texto, a OMS reforça que diversas técnicas comumente utilizadas devem ser “consideradas desnecessárias, e somente serem realizadas a pedido da mulher” (OMS, 1996, p. 9). Uma das propostas fundamentadas nas evidências reflete a utilização dos métodos farmacológicos para o alívio da dor na parturição. As recomendações afirmam que a utilização da analgesia não faz “parte dos cuidados essenciais durante o parto” (p. 13), enfatizando que a atenção dispensada à parturiente caracteriza-se como o mais forte analgésico para aliviar o sofrimento próprio do momento. Assim, “os métodos farmacológicos nunca devem substituir a atenção pessoal e o carinho” (p. 13).

A partir de estudos desenvolvidos mundialmente com gestantes e parturientes, enfatizam-se ações fundamentadas na Medicina Baseada em Evidências (MBE), visando a reflexão sobre as rotineiras intervenções em favor de práticas menos invasivas. A dinâmica menos intervencionista pautada na MBE tenderia a gerar um cuidado mais qualificado e seguro na atenção ao nascimento.

A MBE representa um movimento da epidemiologia clínica, iniciado nos anos 1990, na Universidade McMaster no Canadá e tinha como pressupostos as revisões das experiências clínicas, a partir de estudos desenvolvidos em localidades distintas com considerável contingente populacional. Nessas pesquisas eram apresentadas as ações rotineiras no contexto das práticas de saúde para os diferentes grupos e com os achados

técnicos, eram sugeridos, ou impostos, novos critérios de atenção à saúde, mais bem sustentados a partir das evidências científicas (Castiel & Póvoa, 2002).

Esses estudos mostram resultados sobre as melhores ações a serem aplicadas para a redução nas intercorrências na atenção à saúde, inclusive nas práticas destinadas ao parto e ao nascimento. Apesar do seu ápice enquanto pesquisa ser recente, já havia expressões da MBE na década de 1970, consideradas precursoras do movimento.

A MBE apresenta-se como um padrão de prática diferenciado da dinâmica cotidiana, o que favorece a sua pretensa caracterização como um novo paradigma para a saúde a partir de novas ações clínicas destinadas aos cuidados nos serviços (Castiel & Póvoa, 2002). Embora pareça focar uma nova dimensão para as práticas em saúde, há autores que criticam essa abordagem.

Dentre esses autores, destaca-se Tesser (2004), que argumenta que esse movimento não é contra-hegemônico, pois a MBE parece ter vindo para fechar o ciclo da cientificação das práticas em saúde, já que se baseia em evidências científicas, encontradas a partir de estudos realizados com amostragem, e segue uma estruturação técnica ao levar em conta preferencialmente os aspectos clínicos inerentes ao processo. Estes achados tendem a ser caracterizados como verdades universais e descritos como ideais para qualquer espaço, sendo apontados como o melhor, independentemente das contextualizações sociais, políticas e econômicas. Essa cientificação das práticas em saúde é criticada por contribuir para a consolidação do saber/poder médico e, conseqüentemente, para a medicalização da vida (Foucault, 1979/1999).

Tesser (2004) acrescenta que é essa universalização dos achados que os movimentos contra-hegemônicos tendem a criticar, porque, ao reportar-se a uma verdade, sugere-se que ela dará conta das diferentes necessidades e contextos,

desconsiderando os aspectos que envolvem a vida em sociedade. Como se sabe, não há uma única forma de cuidar legítima, mas sim necessidades distintas que precisam ser contextualizadas. Assim, Sayd & Moreira (2000) acrescentam que a MBE constitui-se mais como um modelo cognitivo que tem-se adaptado à prática clínica, pois não rompe com os modelos tradicionais e racionais que têm produzido o conhecimento científico cotidiano. Menos ainda se articula aos diferentes grupos e contextos socioculturais.

De fato, há que se refletir sobre a dinâmica social de cada espaço, pois há uma tendência em se desconsiderar, em favor das evidências clínicas e tecnicistas, as necessidades de vida e saúde das mulheres no processo gestacional. Por isso, padronizar de forma igual as ações é desconsiderar que cada mulher é um ser social, que vivencia diferentemente cada reação no seu corpo. Então, antes de se propor uma dinâmica baseada em evidências clínicas é preciso entender que o nascimento é uma vivência cultural e que o cuidado deve ser desenvolvido como um processo singular vivenciado por cada parturiente.

2) Maternidade segura e a ênfase em práticas mais naturais para o parto e para o nascimento

A maternidade segura apresenta-se também como uma dinâmica de oposição às ações intervencionistas e medicalizadoras, pois em razão do caráter clínico vigente, associado às condições sociais e econômicas, as práticas no processo gestacional poderiam ser classificadas como inseguras e potencializadoras dos quadros mórbidos (Cook, Dickens, Wilson & Scarrow, 2001).

O guia assistência ao parto normal da OMS (1996) discute, baseado nas evidências científicas, que as práticas intervencionistas utilizadas de modo

indiscriminado pouco ou nada contribuem para a vivência de uma parturição saudável. Sendo assim, recomenda a utilização de práticas mais naturais e enfatiza que em um “parto normal deve existir uma razão válida para interferir no processo natural” (OMS, 1996, p. 4). Reforça ainda que o parto deve ser o mais natural possível, pois “o objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança” (OMS, 1996, p. 4).

O documento produzido em 1998 acrescenta que as intervenções só devem ocorrer diante de complicações. Para tanto, o processo de parturição deve ser acompanhado por um pessoal de apoio que tenha competência técnica e científica para detectar precocemente intercorrências e assim poder agir no tempo necessário.

Fica evidente que o interesse é sensibilizar gestores e comunidade para que essas pessoas entendam e compactuem com as ideias relacionadas à necessidade de se resgatar práticas mais naturais de parir e nascer, tornando o nascimento mais seguro para mãe e filho.

3) Maternidade segura com ênfase na reconstrução da autonomia da mulher no parto

Algumas das argumentações acerca da maternidade segura enfatizam o papel dos diferentes envolvidos e, em especial, da mulher diante da gestação e do parto. Ao abordar a autonomia da mulher, o documento discute a necessidade da participação da gestante/parturiente na tomada de decisão, abordando a parceria entre profissionais da área e usuárias no planejamento das ações desde o pré-natal (OMS, 1996). Essa interação sugere o envolvimento mais efetivo da mulher, o que pode contribuir para a reflexão do seu papel nesse momento.

Essa autonomia é discutida no documento quando os procedimentos a serem utilizados ou não são descritos como sua escolha, pois alguns “são considerados desnecessários, e somente devem ser utilizados a pedido da mulher” (OMS, 1996, p. 9). Do mesmo modo, quanto discute o local de parir, afirma que “a mulher deve dar à luz num local onde se sinta segura” (OMS, 1996, p. 12). Certamente, o espaço para a assistência deve ser viável, mas antes de tudo deve ser de escolha da gestante e não de outro ator envolvido nesse momento.

De acordo com esse documento, a mulher voltaria a ser a protagonista do nascimento e as demais pessoas seriam somente acessórias ao processo, construindo sua autonomia no direito de decidir quanto à dinâmica gestacional e de parturição.

Apesar da clareza da proposta, Jowett (2000) diz que para haver mudança é preciso conhecer a condição feminina e como sua participação é percebida no interior de cada sociedade. Dessa forma, dependendo do seu envolvimento nos espaços sociais e do seu direito à voz e à ação, vislumbra-se o tipo de tratamento e de cuidado que recebe da sociedade para as suas necessidades.

Quando a OMS discute que a mulher deve ser conhecedora das suas necessidades e sabedora dos riscos que corre diante da utilização de ações intervencionistas, sugere que ela decida-se por práticas naturais de atenção ao nascimento. No momento em que a mulher apropria-se dessas questões, é possível prever um outro olhar para o parto vaginal e uma maior adesão a essa forma de nascer (OMS, 1996; WHO, 1998).

Apontar para a autonomia feminina implica a necessidade de se refletir que as mudanças precisam ser contextualizadas com a organização da sociedade e com a formação de trabalhadores para a saúde e, em particular, para o nascimento. Assim, não

basta garantir à mulher o poder de escolha, mas reorganizar saberes e práticas, construindo e desconstruindo as ações enraizadas a respeito do processo gestacional no imaginário feminino.

Entendendo a extensão dessa problemática, Odent (2002) afirma que a tentativa de favorecer a autonomia feminina é uma empreitada de dimensões enormes, pois a história da obstetrícia foi construída a partir da exclusão das mulheres e/ou mães do seu papel central nas formas de parir e nascer.

4) Maternidade segura e a ênfase em práticas menos onerosas para o nascimento

Nessa argumentação em favor da maternidade segura, enfatizam-se as formas de tornar o processo assistencial menos oneroso, diminuindo os gastos do serviço público com a atenção ao nascimento. Nos moldes atuais do paradigma intervencionista, o processo de parturição é caro e inacessível a diferentes grupos sociais, além de ser negativo quanto às complicações por práticas desnecessárias. A produção da OMS reforça que os países em desenvolvimento devem buscar oferecer a todas as mulheres “[...] acesso a uma assistência obstétrica segura, **a um preço a seu alcance**” (grifo nosso) (OMS, 1996, p. 4).

A cara rotina intervencionista, independentemente das indicações clínicas, “tem uma ampla variedade de efeitos negativos, alguns com implicações sérias, [...] do simples custo em tempo, treinamento e equipamentos exigido por muitos dos métodos utilizados” (OMS, 1996, p. 5).

Nesse sentido, esse discurso tenta convencer os governos a investirem na maternidade segura, pois os melhores resultados contribuem tanto com a redução da

morbimortalidade materna e perinatal quanto com os custos na atenção ao nascimento. Esses aspectos são os que mais se destacam na perspectiva de envolvimento do Estado diante da reflexão sobre as práticas em favor da maternidade segura.

O material *Pregnancy is special...* (WHO, 1998) aborda que para a maternidade segura “os serviços necessários não são sofisticados e nem muito caros” (p. 1), referendando o custo *versus* benefício na redução das intervenções desnecessárias. Essa produção resgata a noção de que, para diminuir a mortalidade materna e perinatal e obter um nascimento seguro, bastam estratégias simples e aplicáveis aos serviços públicos e aos países pobres. Por reconhecer a dinâmica social nos países mais carentes do mundo, a OMS em todo momento tenta organizar estratégias que tragam resultados positivos e possam ser aplicadas mesmo em face das dificuldades econômicas.

As ideias de redução de custos na atenção ao parto são enfatizadas por Jowett (2000). Esse autor desenvolveu um estudo cujos resultados asseguram que investir na maternidade segura é um bom caminho, especialmente em países onde a saúde é financiada pelo sistema público. Essa pesquisa sobre o custo/benefício dessa proposta afirma que o cuidado além de ser menos oneroso, pelas práticas mais expectantes e observadoras, também acaba sendo mais efetivo por reduzir as intercorrências maternas e perinatais.

O autor acrescenta que as questões econômicas, bem como o choque que a morbimortalidade materna e perinatal ocasiona no mundo, acabam por provocar impactos no cenário global. Assim, conclui que os maiores recursos destinados à saúde materna deveriam ser empregados no acompanhamento ao pré-natal, favorecendo a detecção precoce e a redução nas intercorrências (Jowett, 2000).

Todavia, sabe-se que, de modo geral, os recursos são destinados muito mais para as ações no processo de parturição devido às várias tecnologias existentes, associadas à presença de uma medicina ainda pautada na doença e não na pessoa. Em muitos países em desenvolvimento, as soluções tecnológicas são desejadas e tornam-se disponíveis, onerando, e não necessariamente qualificando, a assistência ao processo gestacional.

Assim, as produções da OMS conclamam os diferentes gestores e atores envolvidos na dinâmica da atenção ao parto e ao nascimento para repensarem e redirecionarem suas práticas no processo de parturição. Esses materiais escritos apresentam comprovações de que a maternidade segura, além de trazer benefícios técnicos, ainda representam melhorias sociais, na medida em que sua aplicabilidade torna-se menos cara para os serviços públicos.

5) Maternidade segura e a ênfase nas condições estruturais e institucionais para o nascimento

Nessa argumentação, a maternidade segura relaciona-se à existência, nos diferentes serviços, de condições estruturais para a prática segura do parto e do nascimento. Assim, além dessas questões técnicas e da necessidade de evoluir para práticas mais naturais, a discussão sobre a maternidade segura é complementada pela reflexão acerca dos aspectos estruturais inerentes ao processo. As ideias veiculadas nas propostas podem ser entendidas como a oferta de cuidados e condições dignas de vida e saúde à mulher, para que possa ter gestações tranquilas, com partos saudáveis (OMS, 1996; WHO, 1998, Jowett, 2000).

Nos aspectos estruturais e técnicos, as recomendações enfatizam a importância de que existam, nos diferentes lugares, recursos humanos e materiais suficientemente

disponíveis para a atuação no nascimento. Apesar de reforçarem a utilização da intervenção apenas com indicação expressa, acrescentam a necessidade de aparato tecnológico e de recursos humanos capacitados para as intercorrências que possam acontecer. A Organização Mundial da Saúde entende que só será possível afirmar que um parto é normal após sua realização, pois durante o processo complicações podem sobrevir (OMS, 1996).

A OMS (1996) afirma que, para “utilizar os recursos humanos disponíveis do modo mais eficiente, cada função dos cuidados obstétricos deve ser realizada pelas pessoas menos treinadas capazes de fornecer tal assistência de modo seguro e eficaz” (p. 7). Na sequência, o documento apresenta o papel e as práticas de cada ator envolvido na dinâmica da parturição.

Quando faz referência a “pessoas menos treinadas”, esse documento oficial sugere que as competências técnicas devem relacionar-se com a complexidade do serviço e de cada ambiente de atenção à saúde. Assim, no interior, o suporte mais adequado, e possível, para a atenção ao nascimento é de uma parteira, desde que existam estratégias para atender as complicações que acaso possam acontecer durante a parturição.

Embora os materiais reforcem a autonomia feminina na escolha do ambiente para ter o filho, sugerem aos governos que estruturem os espaços para o parto de modo a poder drenar e atender as intercorrências, especialmente nos países pobres (WHO, 1998).

Na produção de 1998, as questões estruturais são discutidas com maior ênfase, pois esses aspectos estão agindo como limitadores da qualidade e da resolutividade para o processo gestacional. Então, são delineadas estratégias a serem executadas pelos

governos na perspectiva de atender a demanda das necessidades em saúde reprodutiva da mulher gestante (WHO, 1998). No documento, há o reconhecimento de que, além das complicações em virtude de questões clínicas, são múltiplos os determinantes da precariedade assistencial ao ciclo gravídico-puerperal, especialmente nos aspectos socioeconômicos (OMS, 1996).

Pensar assim é entender que para além dos instrumentais tecnológicos é preciso recursos básicos, quer seja material, quer seja estrutural, para assistir adequadamente ao nascimento, com capacidade para detectar, tratar e intervir no momento adequado.

6) Maternidade segura como um padrão universal de cuidados ao parto

Na produção de 1996 da OMS, foram organizadas quatro categorias de práticas que devem ser lidas e refletidas, e suas orientações, na medida do possível, devem ser seguidas nos diferentes ambientes do nascimento. A divisão dessas recomendações objetivava apresentar as ações consideradas adequadas ou não durante a parturição, passíveis de aplicação de acordo com as necessidades de cada mulher nos diferentes contextos.

Os quatro tipos de práticas são: a) práticas demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas; c) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e, por fim, d) práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Todas essas recomendações podem ser lidas integralmente no anexo I deste estudo.

Observa-se que a construção de um modelo padrão de práticas, a ser aplicado nos diferentes espaços, não é uma ideia nova da OMS. Dessa forma, o pacote mamãe/bebê, descrito no capítulo dois, previa ações de planejamento familiar, cuidado pré-natal, segurança no parto e nos cuidados obstétricos essenciais, envolvendo os recursos físicos e tecnológicos, como os pilares básicos para a maternidade segura. As ações sugeridas nesse pacote deveriam ser aplicadas nos cuidados destinados ao nascimento, em especial, nos países mais pobres do planeta (WHO, 1994).

As ações propostas nos documentos em estudo seguem um modelo preconcebido em um padrão universal, apontando o que é possível ou não de ser feito, desconsiderando os aspectos estruturais, econômicos e culturais que afetam as formas de se vivenciar a gestação e o nascimento. Ao se seguir um padrão, há uma tendência de as mulheres acabarem sendo tratadas igualmente, não se levando em conta as necessidades individuais de cada ser.

É possível que a universalização do cuidado tenha contribuído para dificultar a adesão dos diferentes atores às mudanças propostas. Há que se entender que propor o diferente demanda uma desconstrução cultural no imaginário dos envolvidos nas propostas, o que dificulta a visibilidade das transformações. Se esse novo não considerar as particularidades de cada espaço, mais provável será a resistência da comunidade a essas ideias.

Davis-Floyd (2000) sugere que um dos problemas para a ausência de mudanças reais é a forma como têm acontecido a gestão e a preparação das ações para a maternidade segura. Não houve uma efetiva sensibilização de trabalhadores e usuárias para a reflexão acerca das necessidades sociais e de saúde presentes no cotidiano dos

serviços. Então, as práticas delineadas não necessariamente conseguiram atingir os objetivos delimitados.

A organização e a oferta de cursos preparatórios para as parteiras das zonas rurais e de áreas menos desenvolvidas nos países da África e Ásia caracterizaram-se como exemplos de dificuldades vivenciadas pela iniciativa. Esses cursos fracassaram, pois a gestão e o desenvolvimento do trabalho foram realizados pelo pessoal da equipe médica, ainda qualificado em uma visão tecnicista do nascimento. As equipes não faziam parte das comunidades onde os cursos eram ofertados e, por isso, não conheciam o contexto e as necessidades locais. Desse modo, os treinamentos focados na capacitação dos profissionais a partir do modelo biomédico de fazer saúde acabaram apresentando frequentemente características impróprias para as circunstâncias e realidades locais (Davis-Floyd, 2000).

Então, antes de propor os passos a serem seguidos, há de se refletir acerca das iniquidades sociais, do cotidiano dos serviços e da cultura da medicalização – seja pelos trabalhadores, seja pelas usuárias das ações. Ao adotar medidas técnicas para a segurança nesse processo, é necessário repensar a constituição da sociedade e a gestão das políticas para as condições de vida e saúde das pessoas nos espaços de pobreza.

7) Maternidade segura e a ênfase nos direitos humanos com atenção ao contexto social

A construção da maternidade segura enquanto direito social fundamenta sua discussão na necessidade de práticas em saúde que possibilitem uma gestação e nascimento com menores intercorrências/óbitos maternos possíveis quando dos perinatais. No documento da WHO (1998), afirma-se que “em adição à mortalidade

materna, metade de todas as mortes perinatais são devido, primariamente, aos cuidados inadequados durante a gravidez e nascimento” (p. 1). Em relação a essa questão, acrescenta que para as mudanças acontecerem é preciso que governos sensibilizem-se com as situações críticas de saúde que acometem a população mais carente, desenvolvendo estratégias capazes de minimizar a problemática.

A respeito das ações em saúde consideradas inadequadas, esse documento aponta que são comumente desenvolvidas nos espaços de pobreza devido à falta de “acesso aos cuidados médicos básicos durante a gravidez, nascimento e no período pós-parto” (p. 2). Assim, enfatizar e desenvolver as práticas propostas pela maternidade segura caracterizam-se como a garantia dos direitos humanos e da justiça social na medida em que

as metas para a iniciativa maternidade segura não serão alcançadas até que a mulher seja empoderada dos seus direitos humanos, incluindo os direitos no acesso aos serviços de qualidade e as informações durante e após a gravidez e o nascimento (WHO, 1998, p. 1).

Então, pensar a maternidade segura como garantia de direitos humanos é encaminhar essa discussão para a igualdade e a justiça social. A partir desse enfoque, uma sociedade na qual os diferentes indivíduos são vistos de modo similar, respeitando as individualidades, mas com os mesmos direitos, deveres e acesso aos bens de serviço e consumo poderia ser concretizada.

4.2 Analisando a humanização para o nascimento

É preciso esclarecer que nos documentos nacionais pouco ou nada menciona o termo maternidade segura, sendo essas ideias substituídas pela discussão da humanização para o parto e para o nascimento. Mesmo assim, em diversos momentos, os documentos da OMS e os do Brasil são convergentes, com exceção do fato de que nos textos da OMS delinea-se a contextualização das dificuldades na assistência ao nascimento no espaço das iniquidades sociais. Essas ideias são apenas tratadas brevemente nos documentos nacionais, que resgatam com maior ênfase a substituição da dinâmica intervencionista.

Em relação à temática específica da humanização para o parto e para o nascimento, foram estudadas em profundidade duas produções. A primeira foi o Programa de Humanização para o Parto e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2002b); e a segunda, o manual Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada (Brasil, 2001). Nessas produções, foram identificados cinco tipos de construções discursivas, que caracterizam as ideias da humanização para o parto e para o nascimento nesses documentos, os quais serão descritos a seguir. Essas construções facilitaram a compreensão das propostas nacionais e da sua capacidade de intervenção no contexto brasileiro para a atenção ao nascimento no país.

1) Humanização e a ênfase na mudança de atitude durante o processo de parturição

Nessa construção discursiva, é enfatizada a necessidade de uma mudança de atitude na atenção ao nascimento, sendo preciso que o profissional reveja “seus

conceitos, deixando de lado seus preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher” (Brasil, 2001, p. 65).

Nos materiais nacionais, reforça-se a mudança de atitude não apenas para quem atua, mas também para as instituições de saúde, que precisam diferenciar seu serviço pelo acolhimento. Assim, os gestores são colocados como participantes diretos das transformações, devendo destinar todos os esforços para “estimular e propiciar a introdução dessas novas práticas nas maternidades brasileiras” (p. 65).

A discussão pela humanização sugere repensar os saberes e as práticas à luz de ações mais relacionais, respeitosas e capazes de afetar os espaços institucionais dos atores envolvidos no processo (Brasil, 2001; 2002). Deslandes (2006) enfatiza que tais pressupostos apresentam-se como uma luta em busca de novas formas de agir na reorganização do trabalho em saúde.

Todavia, ao se pensar a respeito dessa dimensão, é preciso saber o que e como se quer transformar as ações cotidianas, pois apenas o conteúdo dos documentos oficiais não é capaz de gerar mudança de atitude. Afinal, a atitude é apenas uma predisposição para a ação, pois não garante a prática em si, já que esta depende mais das condições contextuais e da forma como o outro é envolvido no cotidiano das ações. Assim, é importante que os atores envolvidos nesse processo apropriem-se das propostas, delimitando sua aplicabilidade nos serviços de saúde.

Portanto, para mudar a realidade é necessário contextualizar saberes e práticas, tanto dos trabalhadores quanto das usuárias, com foco na humanização, entendendo que as transformações serão possíveis quando houver senso crítico das ações praticadas. Além disso, é preciso que existam condições apropriadas para as mudanças, gerando um espaço de troca e estimulando no outro a reflexão e a transformação a partir da cogestão

com os serviços. Então, a humanização deve acontecer com a articulação da realidade concreta de distintos grupos em diferentes espaços e com a transformação das formas de gestão da vida e da sociedade como um todo.

2) Humanização e a ênfase no direito de cidadania, qualidade e dignidade no atendimento

Essa construção esclarece que para atingir a humanização no atendimento é preciso desenvolver práticas que assegurem “a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Brasil, 2002, p. 5).

Ademais, “é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido” (Brasil, 2002, p. 5). Para isso, é necessário apresentar uma “atitude ética e solidária por parte dos profissionais da saúde” e organizar a “instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher” (idem). Nesse sentido, a humanização relaciona-se aos recursos mínimos necessários para bem acolher mulher/família durante a parturição e no pós-parto.

Esse bem acolher envolve situações até então não mencionadas, como o direito à escolha de um acompanhante; a um parto seguro, realizado com um mínimo de intervenções possíveis; a um atendimento de qualidade, entre outros aspectos (Brasil, 2001).

Todavia, há de se questionar os limites e as possibilidades evidenciados no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente nos espaços com maiores privações socioeconômicas dos serviços públicos. A humanização enquanto dignidade no atendimento sugere uma transformação cultural, estrutural, política e econômica na medida em que as mudanças pedem uma profunda transformação em toda a sociedade, inclusive na produção das teorias e práticas corriqueiras. Então, indaga-se: a capacidade e a aplicabilidade da humanização são possíveis enquanto proposta pública se não há transformações na produção cotidiana da saúde?

3) Humanização e a ênfase em práticas menos intervencionistas

Nessa construção, é apontada como aspecto fundamental de uma assistência humanizada “a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias” (Brasil, 2002, p. 5-6). Assim, seguindo os preceitos da OMS para a maternidade segura, a humanização do parto e do nascimento no Brasil caracteriza-se também como uma prática realizada da forma mais natural possível, com menor nível intervenção.

Embora se aponte igualmente para a questão da autonomia e dos direitos reprodutivos, em todo instante o cerne central da proposta é a desmedicalização e a diminuição das práticas intervencionistas. Essas ideias desmedicalizadoras levam a considerar que uma das dificuldades na mudança reside na desconstrução das práticas intervencionistas presentes no cotidiano de trabalhadores e usuárias dos serviços de saúde. O fato de as práticas intervencionistas estarem enraizadas na forma de pensar e vivenciar o nascimento faz com que a perspectiva da desmedicalização caracterize-se

como um processo demorado, pois demanda desconstruir, no imaginário dos diferentes atores envolvidos nesse processo, o que está posto enquanto normal e natural para a dinâmica de parir e nascer.

Nesse processo de “impor” as práticas menos intervencionistas, as mulheres continuariam sem direito à escolha e teriam que se submeter a essa nova dinâmica, pois quase nada é discutido quanto à apropriação de seus direitos. Nesses documentos, aborda-se a autonomia da mulher, mas de fato nada é feito na perspectiva de conhecimento para a tomada de decisão consciente. Assim, questiona-se até que ponto essas ideias discutem autonomia ou se a proposta não apresenta um viés muito mais mercadológico, reduzindo custos para o Estado (Dutra, 2005). Parece que o foco encontra-se em propor uma ideia que possa ser difundida mundialmente e que traria benefícios de ordem financeira e social. Todavia, o discurso é superficial e incapaz de favorecer, na prática, a transformação sem que haja estruturação dos serviços e mudança de atitude dos diferentes envolvidos – trabalhadores, usuárias, comunidade e gestores da saúde.

4) Humanização com ênfase no estabelecimento de vínculos

Nesse tipo de construção, os documentos do Ministério da Saúde (MS) apontam que para o desenvolvimento de práticas humanizadas durante o nascimento é recomendado o estabelecimento de vínculos, pois nas relações terapêuticas o profissional é capaz de reconhecer as necessidades e a individualidade de cada mulher. Assim, os vínculos acontecem a partir de práticas inter-relacionais que desmistificam o viés autoritário e favorecem a participação ativa da mulher, beneficiando o binômio mãe/filho (Brasil, 2001).

Rios (2009) afirma que a discussão pela humanização na saúde aponta em sua essência uma aliança entre a competência técnica e tecnológica e a ética relacional. Nesta última dimensão, estabelecem-se acordos e vinculações que tendem a favorecer posturas mais dialógicas na atenção ao parto e ao nascimento nos serviços de saúde.

Já Dutra (2005) acrescenta que apesar de a política apontar para essa relação mais solidária, de modo geral, é o médico, com os seus conhecimentos, quem dita a sequência dos procedimentos e práticas. Então, se o poder encontra-se nas mãos dessa categoria profissional, que acaba exercendo-o em virtude de toda uma construção sociocultural e de formação em saúde, fica difícil supor que as relações acontecerão em uma dinâmica interacional e de respeito das necessidades.

Os documentos oficiais também não apontam os limites dessas vinculações, na medida em que ainda há na atualidade uma prática hierarquizada, em que a mulher é passiva, e os espaços de troca são quase inexistentes. Desse modo, torna-se difícil estabelecer interações, pois é preciso desconstruir as práticas de dominação e subordinação, gerando um espaço de apropriação de si, por parte das mulheres, e de relações dialógicas entre estas e os profissionais de saúde.

5) A humanização e a ênfase em práticas mais econômicas para o parto

Nessa construção, e na leitura do material de análise, a humanização do nascimento configura-se como o caminho para a redução da dinâmica intervencionista e, conseqüentemente, dos custos no setor de saúde, já que na intervenção há uma maior necessidade de tecnologia dura, recurso em geral caro e comumente utilizado na atualidade (Merhy, 2005). Sendo assim, a diminuição dessa prática delinearía um processo mais natural e menos oneroso e arriscado.

Ao abordarem o parto cirúrgico, ícone da dinâmica intervencionista, os textos estudados reforçam que esse tipo de parto relaciona-se à redução da morbimortalidade. Porém, afirmam que o “exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde” (Brasil, 2001, p. 14).

Esses textos estabelecem como parte do pacote da humanização a redução dos custos no SUS, não refletindo e menos ainda considerando os aspectos macroestruturais como inerentes às formas de viver, adoecer e morrer da população na base da pirâmide social (Dutra, 2005). No momento em que essas questões não são consideradas como propulsoras não apenas de precárias condições de vida, mas também de saúde, complicam-se os aspectos técnicos do processo e dificultam-se as mudanças assistenciais da dinâmica (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008).

Desse modo, propõe-se o novo sem articular os problemas estruturais inerentes às práticas e à medicalização do nascimento. Embora a dinâmica intervencionista complique o quadro de saúde da população, são as questões socioestruturais que mais afetam as formas de adoecer das mulheres mais carentes economicamente.

Nesse sentido, não é possível inferir que apenas as questões socioeconômicas configuram-se como a causa para as intercorrências assistenciais, pois é sabido que problemas clínicos também acontecem nesse processo. Entretanto, ao se gestar mudanças, não basta pensar em ações pontuais e que não transformem as formas de viver da população carente. É preciso delinear práticas contextualizadas e condizentes com os grupos sociais e as suas necessidades, bem como com os espaços existentes nas comunidades.

Assim, ao se pensar as iniquidades sociais como condição agravadora da problemática nas práticas em saúde, é importante superar o fazer apenas no espaço do

hospital e/ou centro de saúde. Ao contrário, esses locais devem ser compreendidos como ambiente para a contextualização do cotidiano, entendendo a saúde, com suas práticas, no sentido ampliado e transformador.

4.3 Convergências e divergências: maternidade segura e humanização do parto e do nascimento

Ao pensar a maternidade segura e a humanização para o parto e o nascimento, é preciso discutir brevemente as convergências e as divergências dessas propostas em nível mundial e nacional.

As ideias convergem na medida em que reforçam a autonomia da mulher; implicam o resgate de um parto o mais natural possível; apontam os papéis de cada envolvido nessa dinâmica; inferem que há a necessidade de desmedicalização do nascimento e, ainda, reforçam a premência de se investir nas mudanças nos serviços de saúde.

Apesar de as produções estudadas neste capítulo reforçarem as mudanças, os documentos nacionais e da OMS também coincidem na medida em que suas propostas parecem ser concebidas descontextualizadas dos espaços de produção da saúde. Assim, se aponta, mas efetivamente não se considera os limites diante do cotidiano social vigente. Parece que essas propostas e produções foram gestadas externas aos espaços das ações em saúde, com a participação de poucos atores que vivenciam no cotidiano as dificuldades assistenciais. Desse modo, a efetiva contribuição com a transformação do quadro de atenção à saúde no processo gestacional ficou incipiente e pouco articulada

com os limites e as possibilidades evidenciadas no cotidiano dos serviços e das comunidades.

Embora se tenha clareza do valor desses materiais enquanto instrumentos para a reflexão e as mudanças, é imprescindível que na sua cogestão haja o envolvimento dos diversos segmentos sociais, tanto para tornar as propostas factíveis de aplicabilidade quanto para a sua incorporação na dinâmica da produção e reprodução da saúde.

Merece destaque o fato de que as produções nacionais, na divergência com a proposta da OMS, apenas pincela o contexto das iniquidades sociais como agravador da problemática para a atenção ao parto e ao nascimento. Todavia, a qualidade do cuidado e dos serviços prestados está intimamente ligada ao acesso aos recursos financeiros, destinando-se o material tecnológico de melhor qualidade a quem pode pagar por eles nos serviços privados. Aos que dependem dos serviços públicos, por não poderem pagar pela assistência privada, há uma tendência à contenção de custos, o que esta gerando um mau uso do que se é destinado, em virtude da evidente precariedade estrutural nas ações ofertadas cotidianamente.

Apesar de vir em outra perspectiva de atendimento e de as sugestões iniciais já datarem aproximadamente duas décadas, muito pouco mudou efetivamente nas formas de se assistir ao processo gestacional. Menos ainda, houve alterações significativas no quadro de morbimortalidade materna e perinatal, apesar dos esforços empreendidos, especialmente nos países em desenvolvimento, foco prioritário da proposta mundial (Cwikel, 2008).

É possível que em parte a dificuldade para as mudanças na atenção ao nascimento possam ser associadas também às críticas que a iniciativa maternidade segura da OMS vem sofrendo. Prata, Greig, Walsh & Potts (2004) refletem que o

provável insucesso dessa empreitada encontra fundamento no fato de não se ter ainda fortes evidências quanto ao seu impacto na redução da morbimortalidade materna e perinatal, particularmente em países em desenvolvimento. Por não ter conseguido impactar na dinâmica dos serviços, há uma resistência/relutância em acreditar na transformação a partir dos fundamentos elencados.

A OMS (1996) caracteriza suas propostas como ideais. Em todo caso, essas ideias ainda não conseguiram transformar o quadro vigente, pois, mesmo reconhecendo o caráter econômico da situação, a organização acaba não tendo grande poder de transformação na dinâmica de cada sociedade e país. Além disso, nem todas as boas ideias organizadas foram aplicadas conforme o documento, pois nem sempre o que se encontra sugerido é aceito e posto em prática por questões estruturais e sociais. O fato de que o proposto não atende aos anseios das diferentes populações nos distintos espaços complementa essa situação, e sua aplicabilidade fica reduzida aos locais que se envolvem com as recomendações.

Pela dificuldade na mudança nas condições de vida e pela precariedade evidenciada na atenção ao nascimento, em especial nos países pobres, maiores e melhores recursos são destinados continuamente para atender essa problemática. Desse modo, as questões financeiras e sociais, antes dos aspectos clínicos, podem ser caracterizadas como as principais carências dos países em desenvolvimento (Prata, Greig, Walsh & Potts, 2004).

Mesmo assim, e apesar de poucos países terem adotado estratégias de grande magnitude que conseguissem favorecer a transformação dos determinantes dessa situação, é possível afirmar que houve progressos. Notadamente, os documentos oficiais da OMS tentam refletir os problemas sociais. Nessas reflexões, tendem a articular a

mortalidade materna com as formas de viver e de se assistir ao nascimento e ainda com as crescentes iniquidades sociais nas regiões mais pobres do planeta (WHO, 1998; Panos, 2001; Cook, Dickens, Wilson & Scarrow, 2001).

Outra divergência é o fato de que nos documentos da OMS em nenhum momento apresenta-se discussão quanto à humanização para o nascimento. Torna-se claro que a preocupação maior desse órgão reside na dinâmica estrutural da saúde e na apropriação por parte da mulher das suas necessidades na atenção ao parto. Já nos documentos nacionais, a ênfase recai no acolhimento e nas práticas dos trabalhadores, reiterando ser a presença desses aspectos o que caracteriza a existência de ações humanizadoras.

Assim, as convergências e divergências existem, mas é preciso refletir que as mudanças só acontecerão mediante toda uma reformulação paradigmática, na perspectiva de rever dinâmicas vigentes. Além disso, é necessário repensar o contexto das iniquidades sociais, apreendendo que a saúde da população excede os limites das ações corriqueiras nos espaços dos hospitais e das unidades básicas. Para se vislumbrar uma assistência à saúde adequada, e que atenda as diferentes necessidades das usuárias, é preciso articulá-la aos aspectos de vida dos distintos atores nos diferentes espaços de produção das práticas.

CAPÍTULO CINCO – O CONTEXTO INSTITUCIONAL E

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E AO

NASCIMENTO: as práticas na Maternidade de Felipe

Camarão

Antes de adentrar no contexto institucional e na organização das práticas na maternidade desta pesquisa, é importante delinear o espaço de produção das políticas que conformam as ações no serviço público de saúde. Nesse sentido, apresenta-se, em um primeiro momento, o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o contexto da sua produção e da sua reprodução na atualidade. Assim, empreende-se uma leitura da dinâmica que organiza a assistência no espaço de maternidades públicas, compreendendo os limites e as possibilidades dessa política, refletidos na assistência cotidiana.

Na sequência, apresenta-se o espaço assistencial, caracterizando a dinâmica assistencial na atenção ao nascimento nesse serviço. Em seguida, são apresentados os discursos dos trabalhadores sobre o referido local, as limitações da sua prática e o espaço de produção das ações ditas humanizadas. Por último, são apresentados os discursos das usuárias, procurando apreender a dinâmica cotidiana da atenção ao processo gestacional no olhar dessas mulheres.

Pretende-se com esses resultados delinear as formas de se ver e vivenciar a assistência ao parto e ao nascimento no contexto do sistema público de saúde brasileiro,

refletindo os limites da prática, para profissionais da saúde e usuárias, dentro de um espaço de cuidado humanizado.

5.1 Conhecendo o espaço institucional: a Maternidade de Felipe Camarão

A dinâmica da produção de políticas e práticas em saúde é dialética e permeada pelos contextos sociais e pelas diferenças de cada pessoa envolvida no processo. Então, não se pode falar nessa dinâmica sem entender que essa situação é produto e produtor de pessoas e práticas que devem ser contextualizadas na cotidianidade. Com isso, conhecer o espaço não é somente saber onde e como este se encontra, quer seja nos seus aspectos físicos, quer seja nos seus aspectos humanos. Ao contrário, é adentrar nas teias de interdependência que definem a forma de trabalhar e de se relacionar com o outro, favorecendo a compreensão das relações nos espaços institucionais da saúde.

Então, conhecendo a maternidade deste estudo, sabe-se que a instituição está localizada em um bairro da zona oeste de Natal-RN, com uma população de 45.907 habitantes, sendo um dos que apresenta o maior contingente populacional por espaço da cidade. Na atenção à saúde da localidade, o bairro conta com três unidades e quatorze equipes do Programa Saúde da Família (PSF), sendo quatro na Unidade Básica, seis na Unidade Mista e outras quatro na Unidade Nova. Em geral, as pessoas residentes nessa área são de baixa renda e, pelas condições de pobreza, acabam sendo estigmatizadas pela marginalidade e violência lá existentes (Fernandes, Rocha, Nascimento & Maia, 2004; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

A maternidade que serve como campo para este estudo localiza-se na Unidade Mista, no bairro de Felipe Camarão, e é destinada a atender apenas partos vaginais, pois

não existe centro cirúrgico na sua estruturação. As emergências obstétricas que acaso cheguem e/ou aconteçam, durante o atendimento, são direcionadas para a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A Maternidade de Felipe Camarão foi inaugurada em 1991, apresentando em seu corpo de trabalhadores médicos (obstetras e pediatras/neonatólogos), enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionista e recepcionistas. Essa equipe multiprofissional desenvolve as ações de saúde possíveis e necessárias para a atenção ao processo de parturição e nascimento.

Em 2002, a instituição foi agraciada com o prêmio Galba de Araújo, que reconhece as unidades de saúde que se destacam na atenção humanizada à mulher e ao neonato. Essa premiação foi instituída em 1998, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n. 2.883 do Gabinete Ministerial e destinava-se à melhoria da estruturação física dos serviços maternos, estimulando a qualificação do atendimento obstétrico e neonatal (Brasil, 1998).

De modo geral, esse período é lembrado com saudade, pois todos os envolvidos no processo para a recepção do prêmio relataram que a instituição e os seus gestores haviam se dedicado para um parecer favorável dos examinadores. Muitas mudanças aconteceram nas condições estruturais e materiais.

Na época do prêmio tudo funcionava bem... A cozinha era toda equipada... Tudo era novo... Aquela mesa de parto foi comprada depois... Era tudo arrumadinho. Agora a questão da limpeza é ruim, no dia a dia joga ali de qualquer jeito a solução... Mas, logo no início, quando receberam o prêmio, era tudo organizado.

Cada uma paciente ficava no seu canto, era tudo dividido. E a questão assim de material era tudo à vontade. Mas a falha daqui era a limpeza. (Técnica de enfermagem 1, grupo focal).

O compromisso do gestor à época foi elogiado pelos trabalhadores por reforçar as transformações do espaço e da prática, bem como a premiação, possíveis apenas devido ao seu interesse. Esse profissional se empenhou em mudar, em envolver as pessoas na sua crença quanto ao tipo de práticas assistenciais e ainda em trazer recursos físicos e materiais para garantir a avaliação positiva.

O gestor da época era uma pessoa muito batalhadora, que trabalhou tudo, arranjou recursos físicos e materiais. Ele fez muito e teve uma equipe grande pra trabalhar humanização, fez as pessoas se envolverem. Ele fez um bom trabalho... (Enfermeira 1, entrevista individual).

Já após a premiação, o maior ganho, além do bônus em dinheiro, foi a contrapartida do município que, ao entender os benefícios advindos com o prêmio para essa maternidade, resolveu complementar a escala de distribuição mensal dos plantonistas médicos e enfermeiros. Até então, não havia essas duas categorias de profissionais em todos os turnos, o que acabava dificultando a continuidade da assistência. Esse retorno do município, na visão de alguns trabalhadores, gerou a crença na população quanto à resolutividade do serviço e, em consequência, um aumento na sua demanda.

Com o prêmio Galba de Araújo melhorou a equipe, com médico e enfermeiro todos os horários. Como a comunidade acreditou mais, pois quando vinha tinha médico, começou a preencher vaga... O serviço social divulgou que a comunidade poderia procurar a Unidade Mista de Felipe Camarão que tinha médico. Aí a comunidade foi acreditando e melhorou assim, acho que uns cem por cento, em relação ao que era... (Técnica de enfermagem 1, entrevista individual).

A partir da observação, e das falas dos participantes, é possível refletir que a dinâmica para a premiação foi um momento circunstancial, delineado por interesses particulares da gestão. Houve, nesse contexto, o interesse precípua do gestor da maternidade, que se empenhou em melhorar a qualidade do serviço pelo qual era o responsável administrativo. A partir dessa dinâmica, houve um entusiasmo coletivo e, no geral, os demais trabalhadores acabaram se envolvendo nessa causa. Nesse caso, parece ter sido o interesse desses atores sociais que se empenharam para gerar as mudanças associados às prescrições das práticas para a humanização, norte que delineou a nova dinâmica assistencial, definindo a qualidade no atendimento. Com essa interação em favor de um bem comum, fortaleceram-se as equipes de saúde, buscando-se melhorias mínimas, e possíveis, perante a estruturação física e funcional existente.

Merece ainda destaque a integralidade da escala, com médicos em todos os turnos, recebida com satisfação pelos demais trabalhadores. A mudança na escala parece ter sido uma das situações que incrementou a dinâmica assistencial, com um aumento na demanda de nascimentos na maternidade. Até 2002, a média de partos

anuais era inferior a mil e após essas alterações funcionais esses números sofreram uma crescente elevação (CONASS, 2003). Parece que a ausência desse profissional, até pela forma de organização das políticas e das práticas em saúde, tende a diminuir a resolutividade do cuidado, fazendo com que muitas vezes as mulheres procurem outros locais para terem seus filhos.

O quadro a seguir apresenta um levantamento da demanda mensal de partos ocorridos na unidade entre os anos de 2000 e 2006. A definição desse espaço temporal ocorreu para que fosse possível apreender diferenças na quantidade de atendimentos antes e depois da premiação e da manutenção de uma escala com plantonistas obstetras e pediatras em todos os turnos.

TOTAL DE PARTOS REALIZADOS MATERNIDADE DE NATAL-RN – 2000 A 2006

ANO/MÊS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
JAN	91	34	1001	54	96	98	138
FEV	66	54	86	78	97	103	125
MAR	59	58	118	75	98	86	203
ABR	95	80	101	70	87	114	183
MAIO	118	82	114	116	137	110	210
JUN	49	55	105	164	112	110	163
JUL	62	57	73	155	104	119	148
AGO	54	63	70	116	138	93	133
SET	73	47	70	92	116	103	132
OUT	74	75	76	77	128	78	148

NOV	84	68	57	80	108	88	88
DEZ	30	80	60	92	98	91	87
TOTAL	855	753	1031	1169	1318	1193	1758

Fonte: Livro de admissão das parturientes na Maternidade – Unidade Mista – Maternidade Pública – Natal-RN.

Diante desse quadro, é possível inferir que houve um acréscimo considerável na demanda de atendimento dessa unidade, pois, até 2002, ou antes do prêmio, o total de partos não excedia 900 (novecentos) anuais. Com a titulação como maternidade humanizada e com a escala médica completa nos diversos dias e horários, a demanda foi se elevando, e a média de partos oscilava entre 1000 (mil) e 1200 (mil e duzentos) anuais. Já no ano de 2006, esse total mais que duplicou em relação aos anos anteriores à premiação. Para esse aumento, é possível pensar em diversas causas associadas, porém nenhuma pode ser caracterizada como definidora desse acréscimo.

Uma primeira causa foi o encerramento das atividades, no final de 2005, da Maternidade de Lagoa Seca, que se localizava nas proximidades da instituição onde foi realizada esta pesquisa. A justificativa para cancelar o serviço nunca foi clara para os profissionais que lá trabalhavam, os quais foram relotados para Felipe Camarão. Há a sugestão de que as questões econômicas e o custo/benefício relacionado à demanda insuficiente, que não compensava os gastos que a maternidade computava por mês, favoreceu essa decisão política. Assim, com um serviço a menos para acolher as mulheres das áreas próximas, houve um aumento na demanda dos espaços para os futuros nascimentos, com incremento inclusive na Maternidade de Felipe Camarão.

Todavia, mesmo com a escala integral, em todos os turnos e com todas as equipes, o aumento dos profissionais não foi correlacional ao acréscimo da demanda de parturientes. A equipe de enfermagem ainda era pequena, quando relacionada ao acréscimo de mulheres em trabalho de parto, e o horário de trabalho noturno era o mais penalizado. Muitas vezes, o serviço ficava apenas com duas ou três auxiliares/técnicas de enfermagem para dar conta da recepção, pré-parto, parto e alojamento conjunto (Relatório observação – diário de campo).

Outro aspecto que favoreceu o incremento na demanda de atendimento foi o destaque da maternidade no estado, e na cidade, após ter sido agraciada com o prêmio Galba de Araújo. Essa premiação divulgou o serviço em toda imprensa, falada e escrita, do Rio Grande do Norte. A partir disso, muitas vezes, as pessoas podem ter procurado o serviço por curiosidade e/ou por acreditarem que lá a assistência e o espaço físico eram “diferentes”.

Além disso, a precariedade da assistência e das condições de vida nas regiões do interior do estado também favoreceram o incremento na demanda proveniente dessas áreas. O SUS, na institucionalização das suas políticas, com a descentralização e a municipalização dos serviços, não conseguiu dar conta de todo o contingente da população adstrita e que necessita de assistência. O estudo desenvolvido por Cunha (2001) afirma que os municípios em geral não estavam preparados para ofertar a assistência à saúde da população, desde a atenção básica até os serviços especializados e a atenção hospitalar. No caso particular da Maternidade de Felipe Camarão, as cidades circunvizinhas não tinham cobertura adequada para o cuidado destinado ao nascimento e com isso geraram a peregrinação das mulheres, lotando as maternidades das grandes cidades.

Essa peregrinação feminina também foi atestada em um estudo desenvolvido por Morais, Costa, Garcia e Sá (2008), o qual retrata as questões relativas aos serviços insuficientes para a demanda da população. Nesse sentido, há uma tendência de procura maior pelo atendimento nos serviços públicos, com uma oferta insuficiente de ações de saúde nesses espaços. Assim, ao engravidarem, as mulheres procuram as grandes cidades para terem seus filhos, pela precariedade da saúde na sua localidade e/ou pela própria inexistência de espaços que possam acolhê-las nesse momento nos seus municípios de origem. Com isso, o crescimento físico e funcional dos serviços nas cidades centrais acaba não sendo suficiente para atender a toda a população não assistida. Por não conseguirem atender em quantidade, e com qualidade, não suprindo, dessa forma, a demanda, os espaços assistenciais públicos ficam comprometidos na capacidade resolutiva dos problemas.

Durante o processo da pesquisa empírica (2006 e 2007), a maternidade contava, na sua estruturação física, com dois leitos para o pré-parto, uma sala para o parto vaginal/cuidados imediatos, um leito PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e um alojamento conjunto com onze camas. Tinha ainda a esterilização, a recepção, a triagem, a sala de consulta/exames, o repouso médico e a copa, que à noite ficava fechada após o lanche. No alojamento conjunto, local no qual as mulheres ficavam após o parto até a alta do serviço, só havia um banheiro, com dois chuveiros e um único sanitário para todas as puérperas internadas na unidade.

Essa questão física já demonstra o quanto eram problemáticos os aspectos físicos e estruturais dessa unidade de saúde e estes tendiam a afetar o bem-estar dos trabalhadores e/ou das usuárias. A maternidade, na época da observação, precisava de pintura e/ou de outra forma de revestimento de paredes, pois todas estavam descascando

e algumas apresentavam concentração de mofo, em especial nas proximidades do ar condicionado. A sala de triagem, ou pré-consulta, tinha uma mesa ginecológica enferrujada, que exalava odor de ferro velho e em acentuado estado de deterioração. No alojamento conjunto, as camas estavam enferrujadas e quebradas, por isso, as cabeceiras não subiam, o que forçava as usuárias a se manterem sempre deitadas, sem nenhuma elevação, gerando insatisfação. Não havia biombos em quantidade suficiente, para a privacidade das mulheres, e as cortinas que separavam os leitos estavam rasgadas ou haviam sido retiradas, não sendo substituídas. Além desses aspectos, o posto de enfermagem era preenchido com tralhas e mofo, em particular nas proximidades da pia, dificultando a deambulação e a procura por materiais nas suas proximidades. Não havia na copa um espaço para o lanche da equipe de enfermagem e esses profissionais acabavam tendo de se alimentar no posto de enfermagem, junto com medicações, lixos hospitalares e materiais presentes nos serviços de saúde (Relatório da Observação – diário de campo).

Destaca-se ainda que uma das carências estruturais no início da pesquisa de campo tinha relação com o fato de a equipe técnica de enfermagem não ter um repouso específico, sem direito a um descanso acolhedor, durante os plantões de 12 (doze) horas, especialmente no turno noturno. O repouso existente tinha sido organizado em um ambiente improvisado, parecido com um quarto de despejo localizado no interior da sala de parto. A equipe caracterizava esse espaço como desconfortável e insatisfatório, sendo esse um motivo para queixas constantes junto à gestão da instituição.

Posteriormente, um dos leitos do pré-parto foi transformado em repouso para a equipe de enfermagem e sobre isso merecem ser tecidas algumas considerações, pois essa dinâmica situacional tem implicações na capacidade de internamento. A perda de

um leito implica menor capacidade de internamento, pois o SUS, nas instituições hospitalares, tende a pagar por procedimento e/ou por leito, caso da Maternidade Felipe Camarão. Os profissionais da saúde, leia-se os médicos, ganham por serviço prestado, por laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) assinada. Assim, é fato que a perda de um leito implicou menores ganhos para os médicos, pois pode ter delineado uma diminuição significativa na capacidade da instituição de acolher mulheres em trabalho de parto.

Todavia, quando foi empreendida essa transformação, não houve grandes problemas com essa categoria e essa condição pode encontrar respaldo no fato de esse serviço ter, naquele momento, uma cota excedente de AIHs ainda não pagas. Melhor esclarecendo, apesar do incremento acentuado no número de partos, a Maternidade de Felipe Camarão tem uma cota mensal de 96 (noventa e seis) autorizações de partos a serem pagos pelo SUS. O excedente mensal fica para os meses seguintes, havendo um período para a apresentação das cotas remanescentes.

Como a demanda mensal era maior que a quantidade paga pelo serviço público, havia, durante o período de observação, uma cota de mais de 400 (quatrocentos) procedimentos/partos que ainda não tinham sido pagos. Portanto, o interesse maior da equipe médica era receber pelo trabalho já realizado em outro momento e ainda não pago por questões administrativas e operacionais relacionadas ao reembolso do profissional pela assistência ofertada. O fato de haver um excedente de ações desenvolvidas pelos diversos médicos, e ainda não pagas, acabou por não gerar preocupação e contribuiu para a aceitação da teórica perda de um leito para internamento sem maiores complicações.

Diante do exposto, a constituição física e funcional da maternidade deste estudo não difere em muito da realidade das outras instituições públicas que prestam a assistência ao nascimento. Um estudo anterior, avaliando a percepção das usuárias quanto à assistência em uma maternidade filantrópica, ficou evidente que as questões estruturais e humanas se caracterizavam como dificuldades para as melhorias na qualidade da assistência (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008).

Além disso, a ausência de um repouso específico para a enfermagem, também evidente em outras instituições, demonstrava o despreparo dos espaços de práticas em saúde para bem acolher a comunidade e inclusive os seus próprios trabalhadores (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008). Isso leva a refletir que estas são carências comuns nos serviços públicos, sendo as condições de trabalho e a estruturação física e funcional precária e insuficiente para dar conta das necessidades das pessoas atendidas nesses espaços.

Para melhorar os aspectos físicos nessa maternidade, durante o período de observação foi empreendida uma pequena reforma conservadora, sendo realizadas pinturas e ajustes nos materiais quebrados. Foi nesse período de consertos e mudanças, e após uma longa luta dos enfermeiros da unidade, que o leito PPP foi desativado e transformado em repouso para a equipe de enfermagem. É possível que essa transformação estrutural apresente estreita relação com o contexto político e econômico que delimita as ações cotidianas nos serviços públicos de saúde. Pensando desse modo, a desativação de um leito só aconteceu porque não havia interesse, por parte da gestão, na manutenção desse espaço.

5.2 A dinâmica institucional no atendimento à mulher em trabalho de parto: o olhar do pesquisador

Para melhor apreender e refletir as práticas corriqueiras, é necessário conhecer o trabalho cotidiano na maternidade foco deste estudo, descrevendo os passos observados e os discursos na organização prática do processo assistencial. Logo em seguida, delinea-se uma reflexão preliminar dos dados construídos no processo de pesquisa a partir da observação, do grupo focal e da entrevista em profundidade com os participantes deste estudo.

Assim, se buscou desenvolver uma sequência temporal do processo de parturição, desde a recepção até a alta da puérpera com o seu neonato, resgatando os aspectos condicionantes e delimitadores da organização do saber/fazer. Nesse sentido, este item apresenta enquanto categorias: 5.2.1 Admissão da parturiente; 5.2.2 Práticas no pré-parto; 5.2.3 Ações no parto e 5.2.4 Cuidados no alojamento conjunto.

5.2.1 Admissão da parturiente

Na chegada ao espaço do serviço, a mulher era recepcionada e em seguida preenchia uma ficha de admissão com os dados sociais. A seguir, era encaminhada para a consulta médica, sendo previamente acolhida pela equipe de enfermagem e realizados os primeiros procedimentos técnicos, como aferição da pressão arterial, temperatura e preenchimento de alguns dados clínicos na ficha admissional.

Após esse contato, a parturiente era encaminhada para a consulta e examinada pelo médico de plantão ou por acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Nos casos em que havia muitas parturientes

para atendimento médico, a enfermagem realizava uma triagem, encaminhando as mulheres em trabalho de parto mais avançado e/ou que estivessem com alguma intercorrência clínica.

A partir do contato entre a parturiente e o médico, e diante do diagnóstico evidenciado no processo de parturição, se delineava três possibilidades de ação. Uma era a mulher ficar internada na unidade para ter seu filho e a outra era ser encaminhada para casa, orientada para retornar quando o trabalho de parto evoluísse. Por fim, poderia ainda ser encaminhada direto para a unidade de referência, dependendo da sua situação clínica. Caso surgissem intercorrências, durante a permanência no pré-parto, era chamado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para fazer a transferência da mulher para uma unidade de referência para a gestação de alto risco.

Considerando as políticas atuais de saúde que enfatizam o acolhimento como norte para a reorganização das práticas cotidianas (Zauhy & Mariotti, 2002; Franco, Bueno & Merhy, 2003; Brasil, 2004b; Takemoto & Silva, 2007), em alguns casos, aconteciam interações com a mulher e a sua família. Essas relações procediam com maior frequência a partir da equipe de enfermagem, provavelmente, por ser esta a categoria que cuida diretamente no cotidiano. A interação começava com a investigação das queixas e das necessidades das usuárias, a princípio para estabelecer contato, pois a enfermagem não tinha capacidade resolutiva, caso fossem apreendidas intercorrências.

Entretanto, mesmo as tentativas de acolhimento descritas foram refletidas por alguns membros dessa equipe, pois consideravam que as ações em saúde eram fragmentadas, ficando o acolhimento frequentemente nas mãos de apenas alguns trabalhadores da enfermagem. No geral, havia pouco envolvimento de outras pessoas nessa dinâmica, o que tendia a sobrecarregar alguns:

[...] o trabalho é assim, muito fragmentado... Essa parte da humanização, do acolhimento, do aconselhamento, fica mais sobre alguns enfermeiros, embora não sejam todos que desenvolvem ações neste sentido... Nem todos os técnicos têm a noção do que é isso... Muitas vezes eles acham até engraçado... (Enfermeira 2, entrevista individual).

Esse desconhecimento, mesmo na vigência de um prêmio recebido, e ainda de uma política implantada, reforça a precária sensibilização dos diferentes trabalhadores quanto às propostas e políticas que apresentam a organização das práticas corriqueiras. Para alguns atores, essa falta de envolvimento no trato das questões relacionadas ao acolhimento no espaço de Felipe Camarão pode ter relação com a alta rotatividade da equipe de saúde, havendo constantes transferências na equipe de saúde do município. Assim, tenta-se articular a falta de acolhimento à ausência de qualificação e ao fato de as ações acontecerem de determinada maneira, sendo impostas, sem muita articulação, com as práticas desenvolvidas pelos profissionais do serviço.

[...] falta é uma sensibilização maior dos que aqui chegam... Porque os funcionários que aqui já estavam trabalham dentro da humanização possível... Só que como é uma unidade SUS, né, está sempre mudando os funcionários... Eu acho que estes que estão chegando, antes de começarem a trabalhar, deveriam ter uma sensibilização maior pra todo mundo seguir uma mesma regra, uma mesma norma... (Enfermeira, entrevista individual).

Quando as ideias são colocadas desse modo, as pessoas acabam acreditando que as práticas de acolhimento dependem de boa vontade e de treinamentos para a capacitação de todos os envolvidos. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), a forma de acolhimento pode revelar uma dinâmica instituidora das ações que, após iniciada, abre novos horizontes e possibilidades para a atuação na saúde. Assim, a partir da reflexão da dinâmica institucional, é possível rever o cuidado em saúde para redirecionar o fazer cotidiano, tendo em vista as necessidades dos usuários.

Entretanto, no cotidiano desse serviço, o acolhimento está sendo mecanizado, obedecendo apenas à lógica do tratar bem ou de ser agradável. Esse aspecto não se preocupa com as condições institucionais e a dinâmica socioeconômica vigente no espaço da saúde brasileira. É preciso entender o acolhimento como fruto não apenas de aulas ou da capacidade de se relacionar com os outros, mas como decorrente de uma mudança em todo o contexto socioestrutural, que potencializa ou dificulta as ações em saúde.

Assim, os profissionais tendem a não associar as dificuldades com a organização do serviço, com a dinâmica institucional da saúde, com o seu processo de formação e ainda com as questões econômicas que interferem nos espaços e nas práticas. Apenas a sensibilização dos trabalhadores não necessariamente consegue dar conta de transformar as ações nesse sentido, tendo em vista que são entrelaçadas e interdependentes.

Além de não refletir esses aspectos, os documentos oficiais também não são claros quanto aos passos para a viabilização das mudanças propostas (Brasil, 2001). Observa-se que em nível pessoal não se reflete a respeito dos empecilhos para as novas formas de atuação/participação do trabalhador e da usuária. Em nível estrutural-

operacional, não se apresenta nem disponibiliza os recursos necessários para a sua aplicabilidade, dificultando as reais mudanças cotidianas. Assim, por negligenciar as condições macroestruturais, os processos de subjetivação e os posicionamentos dos envolvidos, a aplicabilidade da proposta fica comprometida, fracassando na possível contribuição para a melhoria nas condições de vida e saúde.

5.2.2 Práticas no pré-parto

Continuando as etapas assistenciais, caso a parturiente fosse admitida no serviço, era acomodada em um dos leitos do pré-parto e suas roupas substituídas por camisolas da unidade. Era rotina a permanência de um acompanhante, independentemente do sexo, no espaço do pré-parto, sendo um direito adquirido nas mudanças institucionais para a premiação, reforçado pela lei 11.108 de 2005, que garante a permanência de acompanhante durante o processo de parturição.

A estrutura nessa área apenas simulava a privacidade da parturiente, ao isolá-la da vizinha ao lado por uma meia parede e cortinas, o que era ineficiente, pois qualquer conversa e/ou outro contato eram facilmente estabelecidos entre elas.

O ambiente do pré-parto contava ainda com aparelho de som, cadeira de balanço e cavalinho, recursos comumente utilizados pelos defensores de uma postura humanizada para o nascimento (Diniz, 2001; Tornquist, 2004). Todavia, durante o período de observação, esses materiais praticamente não foram utilizados pela equipe de enfermagem e/ou médica. Apenas uma enfermeira estimulava e acompanhava, geralmente, as parturientes no emprego das técnicas ditas naturais para o trabalho de parto.

Na observação cotidiana do serviço, foi desvelando-se que as ações no trabalho de parto tendiam a seguir uma rotina, sendo desenvolvidas a partir dos passos estipulados para todas as etapas. A deambulação, a dieta líquida e as massagens eram ações permitidas e até estimuladas nesse serviço. A cada período de duas horas, ou menos, a enfermagem examinava a parturiente, aferindo seus sinais vitais e investigando queixas e necessidades.

Entretanto, algumas mulheres ficavam, em parte, muito isoladas, apenas com seus acompanhantes, pois a equipe que atendia ao pré-parto era responsável pela sala de parto, bem como pelo alojamento conjunto. Como com frequência o serviço estava lotado, havia uma demanda assistencial maior no pós-parto, o que favorecia o “esquecimento” ou a dificuldade de acolhimento das mulheres que estavam na parturição.

Além disso, como os técnicos e auxiliares de enfermagem não tinham uma prática de expectativa, de somente olhar, esperar e apoiar a mulher nesse momento, mesmo quando o serviço estava tranquilo, não era comum a permanência do profissional de saúde no pré-parto. Nesse sentido, parecia não haver uma dinâmica de expectativa presente no cotidiano, e as mulheres ficavam mais comumente na presença de seus acompanhantes, quando tinham um. Então, o suporte psicológico ofertado à parturiente durante o trabalho de parto ficava mais ao cargo do acompanhante, pois os demais trabalhadores ou não se sentiam corresponsáveis ou eram consumidos pelo trabalho técnico.

Desse modo, é válido refletir e questionar a capacidade do acompanhante em fornecer apoio e colaboração nesse momento. É preciso considerar que essa pessoa deveria ser preparada para colaborar com as práticas em saúde nesse momento, sabendo

como apoiar e o que esperar enquanto mudanças fisiológicas durante o trabalho de parto. Em todo caso, a forma como os serviços de saúde são organizados não favorece essa interação, persistindo práticas frequentemente técnicas que não qualificam as interações da mulher com família e com os trabalhadores da saúde. Assim, muitas vezes, o acompanhante é completamente leigo sobre a dinâmica da parturição e/ou está nervoso quanto à própria usuária, o que contribui para que ele acabe não agindo como bom apoiador. Essa situação fica evidente na cotidianidade do serviço e, durante o período de observação, houve um acontecimento interessante que merece aqui ser relatado:

Foi admitida uma adolescente [17 anos] em trabalho de parto [5cm de dilatação e contrações ritmadas, não muito dolorosas]. O parceiro [21 anos] ficou acompanhando-a e apesar da idade parecia querer muito ajudar. Foi explicada pela enfermeira do plantão a dinâmica do trabalho de parto, a respiração, as massagens, a cadeira e a bola [que só seria para mais adiante]. Foi pedido que ele deambulasse com a parceira. Meia hora após a admissão, voltei lá e a parturiente continuava deitada. Perguntei se ela não queria andar e o parceiro foi pronto em dizer que tinham dado uma voltinha. Perguntei se não queria andar mais e ele respondeu: “Não. Eu acho melhor não, pois tenho medo dela ter uma dor mais forte e a criança cair no chão”. Expliquei algumas coisas acerca do processo de parturição e de como se desenrolava o trabalho de parto. Pedi para se tranquilizar que as coisas não eram bem assim. Percebi que ficou meio descrente quanto às orientações recebidas, como se duvidasse que estas orientações fossem verdades (Relatório de observação – diário de campo).

Mesmo havendo a necessidade de preparação do acompanhante para colaborar durante a parturição, ainda há deficiência nessa parte, não sendo rotina práticas que acolham a família em qualquer momento. Nesse relato, fica evidente que o processo de medicalização da vida e da saúde, presente na sociedade atual, desencadeia no imaginário dessas pessoas práticas no parto difíceis de serem desconstruídas. Assim, como aconteceu nesse caso em particular, parece ser difícil entender e aceitar o novo, o diferente, mostrando descrença diante da proposta para o cuidar na atenção ao nascimento.

Ainda durante a observação, era comum visualizar o aparelho de som ligado no pré-parto, a tocar músicas relaxantes, e as mulheres, nas conversas informais, afirmavam gostar de ouvi-las. No decorrer da observação, esse aparelho parece ter sofrido danos técnicos e deixou de funcionar. Ao perceber sua ausência, questionei o acontecido e fui informada de que havia sido levado para conserto. Meses passaram-se e esse recurso não foi substituído, nem devolvido ao espaço da maternidade, o que demonstra a dinâmica do serviço público, com as dificuldades nos recursos, inclusive relacionadas ao conserto e/ou substituições de materiais/instrumentais.

Durante o trabalho de parto, é rotina a mulher passar por exames, como o toque vaginal. Nos relatos informais, as parturientes afirmam terem sido submetidas ao exame, mas acrescentam que os profissionais que fazem o procedimento pouco, ou nada, dizem sobre a situação. Então, o direito básico das parturientes de saber como está a evolução do seu processo de parturição não necessariamente é respeitado, deixando-as muitas vezes ansiosas devido à falta de informações.

É possível que essa prática, da ausência de diálogo e de esclarecimento acerca da evolução do processo, encontre respaldo em dois aspectos. O primeiro pode relacionar-se à dinâmica de atenção à saúde ainda vigente, na qual as rotinas ainda tendem a orientar-se na desconsideração dos direitos da usuária, e assim pouca ou nenhuma orientação/informação é oferecida à mulher durante o seu processo de parturição (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008; Dias & Deslandes, 2006). Outro aspecto pode ter relação com a dinâmica do serviço, no qual as lotações contínuas dificultam interações e práticas mais explicativas e acolhedoras, como já discutido.

Muitas vezes, mesmo as mulheres estando curiosas para saber a respeito da evolução do seu trabalho de parto, elas não tinham coragem de indagar, pelo medo de não serem bem tratadas diante de questionamentos que acaso externassem. Nesse caso, muitas vezes, as usuárias acabavam ficando com essa vontade só para si, o que foi observado no período de visitas à maternidade. Sempre que eu ia ao pré-parto e conversava com as mulheres, indagava acerca da evolução do trabalho de parto. Essas mulheres sabiam informar quando o exame havia sido realizado, mas, no geral, não sabiam como estava sua dilatação e pediam para que eu procurasse saber para tirar essa dúvida delas. Então, eu questionava por que elas não tinham perguntado no momento do exame, e a resposta era, invariavelmente: “Eles não disseram e eu não perguntei. Eles dizem se quiserem” (Relatório da observação – diário de campo – conversa informal com a parturiente).

Era evidente a perpetuação, nesse espaço, das relações de poder estabelecidas na dinâmica da saúde não apenas entre médicos e usuárias, mas também dessa categoria com as demais equipes de saúde. Desse modo, práticas mais relacionais, dialógicas, nas quais todos são respeitados, ouvidos e podem dividir e externalizar conhecimentos e

ações na perspectiva de potencializar o trabalho em saúde são dificultadas. Pelo contrário, as relações são verticais, tipificadas no saber e poder do médico, gerando submissões e reforçando essa construção histórico-social de hierarquias na vida e na saúde.

Ainda era comum, nas práticas do pré-parto, a ausência de jejuns absolutos durante o internamento no processo de parturição. A ingestão de água era livre e, quando possível, permitia-se o consumo de sucos. Contudo, para o consumo dos sucos que vinham da nutrição/copa da maternidade era preciso a prescrição, feita pelo médico, de uma dieta líquida. Acaso o médico esquecesse e não prescrevesse a dieta líquida, mesmo o trabalho de parto evoluindo sem intercorrências e sendo rotina nesse espaço, a usuária não teria esse tipo de alimento liberado, sendo necessário que a enfermagem fosse pedir ao obstetra a prescrição.

Práticas dessa ordem remontam à hegemonia médica e as questões de saber e poder, bem presentes no paradigma flexneriano da saúde, já discutidas anteriormente. O fato de o médico, nessa perspectiva teórica, ser o detentor do saber faz com que ele seja o responsável por tudo que acaso aconteça com a mulher, e os outros trabalhadores estão ali para cumprir o que essa categoria delimita enquanto ideal. Há uma visível falta de autonomia para os outros trabalhadores, que, mesmo tendo o conhecimento quanto às etapas do parto e tenham noção de quando todo o processo está evoluindo bem, acabam esperando pela prescrição e orientação médicas.

Na continuidade do trabalho de parto, a mulher permanecia na sala do pré-parto até terminar o estágio de dilatação, e, em seguida, era transferida para a sala vizinha, local onde teria o filho. Geralmente, essa transferência acontecia com a mulher deambulando e sendo ajudada, ou pela equipe de enfermagem, ou pelo seu

acompanhante. Muitas vezes, as parturientes iam gemendo, parando para ter novas contrações, mas, na dinâmica desse serviço, era preciso que elas fossem para a sala de parto, pois, na visão tradicional, era o local certo para parir. Assim, mesmo essa instituição adotando teoricamente preceitos do novo paradigma de mudança para a assistência ao nascimento, persistiam práticas tradicionais e intervencionistas em detrimento do bem-estar da parturiente.

Essa vivência demonstra que romper com as práticas intervencionistas e medicalizadoras demanda tempo e avanços, acompanhados de perto pelos retrocessos. A ruptura tem de partir dos gestores, dos trabalhadores e das próprias mulheres, ao incorporar e praticar as mudanças no seu cotidiano. Esse incorporar passa pela dinâmica de apropriar-se, refletindo o que se encontra posto enquanto atenção à saúde e às mudanças possíveis e necessárias diante do novo que ora se apresenta.

É fato que mudanças desse tipo não acontecem sem crises e ansiedades, até por remontar a desconstrução de quase tudo que se considerava como certo até bem pouco tempo. Acontecem ainda em uma condição em longo prazo, com idas e vindas, reflexões e permanências. Para que ocorram, também é preciso pensar a reestruturação da saúde, passando de práticas pontuais para ações contextualizadas. Por isso, mudar as práticas cotidianas no trabalho em saúde e na atenção ao parto e ao nascimento é antes de tudo mudar a vida e a forma de ser e estar dos indivíduos nessa sociedade.

5.2.3 Ações no parto

Adentrando no parto propriamente dito, quando o processo de dilatação completava-se, a parturiente geralmente era encaminhada para a sala de parto a fim de concluir o período expulsivo e o nascimento do filho. Nesse espaço, além da mulher e

do seu acompanhante, ficavam presentes geralmente o médico obstetra e o neonatologista e ainda alguém da equipe de enfermagem para auxiliar em qualquer necessidade.

O fato de a instituição receber alunos em processo de formação, comumente de enfermagem e medicina, tornava o número de pessoas nesse exíguo espaço bem maior. Houve uma situação em particular, durante a observação, que demonstrou a insatisfação de alguns membros da equipe com a quantidade de pessoas dentro da sala de parto. Nesse dia, encontravam-se aproximadamente 10 (dez) pessoas na sala, possivelmente tumultuando o momento do nascimento.

Era dia sem grandes mudanças e uma das parturientes entrou no período expulsivo e foi encaminhada para a sala de parto pela enfermeira de plantão. Esta profissional, ao entrar neste ambiente, admirou-se com tanta gente para participar do parto e pensando no direito da parturiente foi perguntar-lhe se ela permitia que esta quantidade de pessoas ficasse na sala de parto. Garantiu-lhe que se ela quisesse uma parte sairia, pois era seu direito escolher quem ficava neste momento e neste espaço. A paciente constrangida e até sem graça diante desta responsabilidade de decidir quem ficava e quem saía ficou inicialmente muda e depois respondeu não ter problema, que todos poderiam ficar (Relatório de observação – diário de campo).

Esse contexto contribuiu para gerar questionamentos quanto à ausência de pudor durante o trabalho de parto e a respeito da relação que ele apresenta com a submissão feminina ao poder da saúde. Quando essa dinâmica acontece, as mulheres deixam-se

levar pelo cotidiano, sem mostrar suas necessidades nem exigir seus direitos. Há também a crença de que nesse momento as dores estão mais fortes, fazendo com que muitas vezes as mulheres não estejam preocupadas com mais nada, a não ser com a possibilidade de livrar-se do incômodo. Então, para algumas delas, não faz muita diferença quem fica na sala de parto para participar do seu processo de parturição. O mais importante é deixar de sentir dor e que seu filho nasça o mais rapidamente possível.

Em sua estruturação física, a sala de parto era composta pelos equipamentos básicos, como mesa, instrumentais, focos, material para aspiração, medicamentos, entre outros. Além disso, era bem iluminada, provavelmente para facilitar a realização do procedimento técnico e a prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido.

A cama ginecológica era geralmente utilizada no momento do parto. Embora fosse comum o decúbito semielevado, a situação ainda era desconfortável, pela necessidade de empreender esforço expulsivo em sentido desfavorável à gravidade. A adoção dessa posição facilita o acesso ao campo de parto para o profissional que assiste ao processo, contudo não é a melhor forma para se “expulsar” um feto. Diversos autores, entre eles Diniz (2001) e o guia da OMS (1996), apontam a importância de uma posição fisiológica para parir. A força gravitacional e a necessidade de comodidade para a mulher devem coordenar esse momento, na perspectiva de tornar a parturição menos incômoda.

Os partos observados foram frequentemente intervencionistas. Além da utilização da ocitocina, práticas do tipo episiotomia e episiorrafia – justificadas para evitar lacerações perineais – eram comuns na rotina do serviço. A episiotomia e episiorrafia são os nomes técnicos utilizados para o processo de corte e sutura do

períneo para teoricamente facilitar a expulsão do feto ao final da dilatação. Essas ações, de acordo com as recomendações da OMS, são comprovadamente danosas ou ineficazes, não havendo a necessidade de utilização indiscriminada (OMS, 1996).

As formas de controle estabelecidas nas ações cotidianas foram um ponto que se destacou nesse momento. As interações tinham uma prática coercitiva e a colaboração desejada era obtida a partir da imposição do medo. O relato a seguir retrata essa dinâmica:

Em um outro dia, em um momento que iria acontecer um parto posicionei para assisti-lo. A parturiente estava em trabalho de parto e após mais ou menos 12 horas na unidade foi colocada na sala de parto para parir. Mesmo com uma acompanhante, a mulher se apresentava inquieta e incomodada com as dores e a posição na qual foi colocada. A acompanhante, provavelmente por não ter sido preparada para a vivência desta situação, não sabia o que fazer para dar apoio neste momento. Na sua inquietude, a parturiente começou a abrir e fechar as pernas, provavelmente pela dificuldade no controle dos membros, tanto pela posição, quanto pelas dores que estava sentindo. O obstetra começou a se inquietar e disse: “Não faça assim... se você fizer assim vai imprensar o seu filho...” (Relatório de observação – diário de campo).

Esse tipo de discurso favorece uma reflexão quanto às mudanças nas práticas e formas de acolhimento no fazer saúde. Tal reação do obstetra, de culpabilizar a mulher caso algo acontecesse com a criança, torna clara a forma como os discursos são construídos. O obstetra não se preocupou em orientar, mas em amedrontá-la, em fazê-la

sentir-se mais tensa. Assim, constrói-se um discurso prescritivo e gerador de medo, no qual as pessoas devem fazer as coisas de acordo com as recomendações e não conforme as necessidades de seu corpo. Desse modo, além da posição que provavelmente ela estava achando incômoda, ainda havia a falta de preparo para vivenciar esse nascimento.

Outra característica evidenciada nas ações desenvolvidas no período expulsivo era a mudança de ambiente realizada muitas vezes precocemente. Em alguns casos, a parturiente era mandada muito cedo para a sala de parto, ficando ainda um tempo considerável para que terminasse a expulsão. Associados a esse aspecto, a posição adotada e os esforços contínuos acabavam cansando-a e era comum na sala de parto ela queixar-se de que não tinha mais forças.

Além disso, durante o procedimento técnico, a mulher tendia a ser muito manuseada para exames diversos e toques sucessivos, procedimentos bastante incômodos. Esses procedimentos contínuos, em geral, relacionavam-se à permanência de estudantes de graduação do curso de medicina que, ávidos por aprender, desconsideravam, em parte, as necessidades femininas.

Agravava essa situação o fato de a temperatura na sala de parto ser geralmente muito baixa, gerando reclamações das mulheres, que tremiam de frio. Todavia, o conforto nesse momento parecia ter direção apenas para o médico obstetra, ficando a mulher invisível diante das necessidades desse profissional. Assim, quando durante o parto a temperatura da sala era elevada, esse profissional ficava logo reclamando de sentir muito calor, tendo sua solicitação atendida e o ar-condicionado colocado no máximo novamente (Relatório observação – diário de campo).

Situações desse tipo favorecem o entendimento de que a dinâmica das práticas na atenção ao nascimento ainda circundam em função do trabalho médico, desconsiderando os manuais e materiais técnicos que apontam para o resgate do poder e da autonomia feminina nesse momento (Brasil, 2001). Há ainda uma prática vigente que, fundamentando-se no médico como o centro do trabalho em saúde, desconsidera que os outros atores são importantes e que na nova lógica em conformação o atendimento deve ser centrado nas necessidades e bem-estar da usuária.

5.2.4 Cuidados no alojamento conjunto

Concluído o parto, caso não ocorressem complicações, a recente puérpera era encaminhada para o alojamento conjunto, juntamente com o seu recém-nascido. Nesse momento, seu acompanhante era liberado e ela ficava sob os cuidados da equipe da maternidade até a alta do serviço.

No alojamento conjunto, além das ações rotineiras da equipe de enfermagem, como medicações sintomáticas, cuidados específicos com mães e neonatos e a verificação dos sinais vitais, esses trabalhadores ainda desenvolviam algumas ações educativas. Todavia, a maioria das orientações ficava sob a égide e competência do serviço social, que além dos contatos relacionados às questões sociais, ainda responsabilizava-se pelo apoio e incentivo ao aleitamento materno.

Durante a semana, também era comum ver nesse espaço a técnica de enfermagem da sala de vacinação vir para aplicar a dose de BCG e a primeira dose da vacina contra a hepatite B. Durante sua visita, aproveitava para reforçar a necessidade de retorno ao serviço para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (C e D) da criança e para a consulta puerperal da mulher.

Como já enfocado, o fato de o alojamento conjunto ser um espaço único com onze leitos impedia a permanência de qualquer acompanhante até a alta da mulher da unidade de saúde, o que, por sua vez, não se configurava como angústia e/ou ansiedade para as mulheres. Nas observações cotidianas, geralmente as puérperas não se lamentavam de seu acompanhante não estar com elas, até mesmo pelo fato de algumas não terem a quem recorrer para acompanhá-las, ficando sozinhas durante o período do trabalho de parto.

Na permanência da mulher no alojamento conjunto, a equipe médica encontrava-se sempre presente, realizando procedimentos técnicos. O obstetra examinava e perguntava as queixas, e o pediatra cuidava da criança. Quando intercorrências aconteciam, a mulher e/ou a criança eram encaminhadas para unidades competentes em assistir problemas obstétricos. Era visível que esse espaço tendia a adotar uma postura tradicional nas práticas destinadas ao nascimento, não diferindo muito da realidade que se apresentava no outro estudo realizado em uma maternidade filantrópica na cidade de Mossoró (RN). Lá, as ações também eram formatadas seguindo um padrão técnico, o que não as distinguiu do contexto das práticas desenvolvidas no puerpério na maternidade de Felipe Camarão (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008).

É possível sugerir que essa dinâmica de mudança paradigmática é demorada e que, de acordo com Spink (2003) não acontecerá sem idas e vindas e menos ainda sem sobreposição de atitudes e práticas. Essa autora acrescenta que não há uma definitiva ruptura paradigmática, ao contrário, as ideias acomodam-se, interpõem-se e acoplam-se em função da construção de um novo saber e fazer que dê conta da nova dimensão na ciência da saúde. Em relação à atenção ao parto e ao nascimento, as transformações propostas com as novas ideias paradigmáticas muito provavelmente demorarão para se

consolidar no cotidiano. No geral, isso depende dos referidos avanços e retrocessos, bem como das fusões de conhecimentos, atitudes e práticas em favor dessas possíveis mudanças.

Assim, é possível sugerir que em alguns momentos e para uns poucos trabalhadores, o novo acontece e funde-se ao antigo, com algumas práticas milenares e enraizadas no imaginário de muitos profissionais. O processo de mudança é lento, coordenado por avanços e, muitas vezes, mais por retrocessos, e para ser efetivo é preciso que todos desnudem-se e reflitam o que se caracteriza como melhor para uma atenção ao nascimento contextualizada com as necessidades de saúde da usuária do serviço público.

5.3 A dinâmica institucional no olhar dos trabalhadores

É sabido que os textos que coordenam o cotidiano da saúde tendem a gerar práticas não reflexivas nos envolvidos nesse processo. Entretanto, alguns aspectos que interferem nas ações corriqueiras são relatados, e os atores, em geral, posicionam-se de modo insatisfatório diante da situação institucional. Todavia, mesmo externando seus desgostos, não conseguem perceber-se como coautores dessa problemática, menos ainda como capazes de mudar os limites do cotidiano em um espaço que não dá conta da transformação dos saberes e ações corriqueiras.

Assim, nesta etapa da análise, discute-se, a partir do olhar dos profissionais, os principais aspectos intervenientes presentes no contexto institucional que dificultam as práticas assistenciais no espaço de uma maternidade pública. Parte-se da ideia de que o contexto institucional pode agir como agente que facilita e/ou dificulta a vivência diária

do trabalho cotidiano no espaço da saúde pública, o que pode interferir na produção e repercussão dos textos diante das ações desenvolvidas.

Assim, nessa categoria, são apresentadas as seguintes discussões: 5.3.1 Problemas com a localização, com a estrutura física, com os recursos humanos e materiais e com a dinâmica funcional da maternidade; 5.3.2 Problemas com a administração local e central no município; e 5.3.3 Problemas com as práticas dos colegas.

5.3.1 Problemas relacionados com a localização, com a estrutura física, com os recursos humanos e materiais e com a dinâmica funcional da maternidade

Nesse tipo de discurso, são destacados os problemas e/ou dificuldades vivenciados no cotidiano da assistência ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão. Além disso, discute-se como essas situações afetam a satisfação com o trabalho e, conseqüentemente, como interferem nas práticas diárias no contexto do serviço público.

Então, entendendo que a questão física e funcional implica vários aspectos que se inter-relacionam, essa discussão é apresentada em uma perspectiva de articulação dos conteúdos. Assim, na ordem, apresentam-se as dificuldades/insatisfações relacionadas à localização geográfica da instituição; a estrutura física e os recursos materiais e humanos; e, por fim, aspectos do funcionamento da unidade que interferem nas práticas cotidianas e geram dissabores nos trabalhadores.

Apontar as dificuldades para a dinâmica das práticas em saúde nos serviços públicos dentro do contexto brasileiro é atentar para as questões que afetam as ações dos

trabalhadores e geram desagrados diante da dinâmica do serviço. Essa situação, no cotidiano das práticas em saúde, tende a transformar o fazer diário, dificultando o bem-estar. As dificuldades evidentes nesse espaço geram insatisfações nas pessoas e podem atuar comprometendo as ações e as relações corriqueiras com os diferentes envolvidos no trabalho em saúde.

O ser humano, para trabalhar satisfeito, precisa estar ligado ao espaço físico e ao trabalho desenvolvido. Para Martinez & Paraguay (2003), as teorias, em geral, conceituam satisfação como similar à motivação, quando, ao se sentir bem e feliz com o seu trabalho, o indivíduo acaba apresentando novas motivações para as práticas diárias.

Ao relacionar insatisfação ao trabalho cotidiano, é possível supor que a motivação está comprometida e, como consequência, também a qualidade e a interação no atendimento. Assim, as relações cotidianas apresentam tendência de serem mecânicas e até conflituosas, e a falta de interesse dos trabalhadores em atuar nesse contexto pode estar associada a questões econômicas, sociais e culturais, o que atrapalha a vinculação com a usuária e com o serviço de saúde.

Um dos motivos para o desprazer com o espaço do trabalho pode relacionar-se com o ambiente e a localização da maternidade. No dizer de alguns participantes da pesquisa, essa instituição está situada em uma região pobre e em parte perigosa por causa da marginalidade, o que faz com que muitos trabalhadores, em particular os que apresentam melhor condição econômica, tenham resistência ao bairro e, muitas vezes, perguntem-se por que ainda continuam trabalhando lá. Os fatos desagradáveis que acontecem no bairro, quando estão nos plantões, são sempre relatados, favorecendo a manutenção de estigmas preexistentes.

Teve uma colega que o carro dela foi todo riscado. E nem era dela, era do marido dela, que tinha acabado de comprar. Escreveram uma carta no carro. Assim, não tem muita segurança, apesar de ter dois soldados, que são pessoas boas, mas aqui não tem um local para você estacionar o carro (Médico pediatra 1, entrevista individual).

Agora eu gosto de trabalhar aqui, mas é aquele negócio... É um bairro perigoso... Aqui dentro a gente nunca viu nada, mas a gente ouve a história do bairro... Uma vez teve uma paciente que chegou aqui e o marido tinha atirado em não sei quem. Ela chegou passando mal e o homem veio armado. Estas coisas assustam a gente (Médico pediatra 2, entrevista individual).

Esses temores, associados às dificuldades institucionais e às motivações pessoais referentes ao fato de os médicos não gostarem de trabalhar nesse espaço, tendem a gerar tensões e estresses na prática cotidiana. Quando isso acontece, o trabalhador pode sentir-se suscetível a pedir relocação e/ou demissão do emprego.

É um emprego que tem muita dificuldade... Eu acho que eu já subi umas duas ou três vezes na secretaria para pedir demissão e voltei, porque algum colega liga e diz: não, vai melhorar, tenha paciência (Médico pediatra 3, entrevista individual).

Além das dificuldades inerentes ao bairro, outro entrave na dinâmica do serviço relaciona-se com o aumento na demanda de internamentos, como apresentado anteriormente. Diante desse incremento, não houve significativas mudanças estruturais e funcionais na maternidade, e, devido a deficiências no espaço físico e nos recursos humanos e materiais, a procura torna-se maior do que a capacidade resolutive da instituição. Essa situação contribui para reforçar a insatisfação da equipe, e as práticas configuram-se cada vez mais distantes do que preconizam os manuais do Ministério da Saúde enquanto boa conduta na atenção à saúde no processo gestacional.

Natal é uma cidade que a população cresceu e praticamente só dispõe de três casas de assistência à parturiente que é Felipe Camarão, a Maternidade Escola Januário Cicco [MEJC] e Santa Catarina. Realmente, em muitos dias a maternidade daqui está lotada, a de Santa Catarina está lotada e a MEJC está lotada. Então, onde é que estas mulheres vão parir? Aí a realidade é esta: mulher parindo em cadeira, sempre cheio (Enfermeira 2, entrevista individual).

Outro desagrado em relação ao espaço físico é particular da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, porém é partilhado pelos enfermeiros, pois reside na ausência de um repouso adequado para essa categoria profissional durante os plantões. Essa questão é uma luta antiga e constantemente gerava insatisfações nesses profissionais. Até então, o espaço utilizado para o repouso era insalubre e criticado pelos enfermeiros e auxiliares.

Trabalhar aqui à noite é muito estressante, pois, quando você pega um plantão movimentado, às vezes está acontecendo um parto no momento em que se vai para o repouso. O repouso da equipe de enfermagem é insalubre, pois era um banheiro dentro da sala de parto. Então não adianta, pois às vezes elas estão repousando e ficam ouvindo gemidos e gritos da mulher que está parindo. Fica escutando tudo que está acontecendo lá dentro e não descansa. Só está fisicamente deitado... Mentalmente você está estressado... (Enfermeira 3, grupo focal).

Todavia, no decorrer da investigação, juntamente com as mudanças de pintura, foi empreendida a transformação do leito PPP em local de repouso para essa equipe. Mesmo sem esse espaço ter um banheiro privativo, tal situação foi considerada uma conquista, sendo bastante comemorada entre os pares.

Destacando as dificuldades estruturais, as condições do local deixavam a desejar, e a precariedade na dinâmica de trabalho são relatadas por diversos profissionais, externando o desagrado com os recursos materiais e físicos existentes.

A estrutura física é precária, são problemas como mofo, poeira, poucos banheiros... Você imagina um alojamento com onze leitos e apenas um banheiro? Para elas deve ser muito desagradável dividir banheiro (Médico pediatra 3, entrevista individual).

Falta material e medicamentos. Muitas vezes aqui você pergunta por determinado medicamento e não tem. Falta um Methergin, uma ocitocina, e tudo isso faz parte do processo. Às vezes você sabe que precisa usar, mas não tem e você fica na vontade, porque você sabe que às vezes precisa (Médica obstetra 1, entrevista individual).

O problema da estrutura física daqui é o forte, e isto desestimula um pouco a gente. Você chega pra trabalhar e é falta de material, né? Muitas vezes você tem até motivação, e termina perdendo devido à estrutura, à falta de material. Aí você termina se cansando, se estressando, se chateando, você fica desgostosa (Técnica de enfermagem 2, grupo focal).

As carências materiais concretas contribuem para que, muitas vezes, os atores envolvidos nesse processo tentem resolver as questões pendentes para diminuir os problemas durante os plantões. Para tanto, regularmente, alguns profissionais trazem materiais de casa e/ou de outros serviços nos quais desenvolvem seus trabalhos.

A falta de material é periódica e algumas pessoas, dependendo do grau de desespero, trazem de casa às vezes. Eu já trouxe saco de lixo, porque não tinha aqui. Porque se não tem saco de lixo no plantão vai jogar onde? Vai parar de ter parto porque não tem onde jogar o lixo? Também trazem material de outro hospital para cá. Já vi obstetras trazerem ampolas de remédios porque não tinha aqui. É o desespero (Médico pediatra 3, entrevista individual).

A falta de recursos para a assistência caracteriza-se como uma situação contínua que atrapalha o desenvolvimento das atividades cotidianas e tende a potencializar o estresse e a insatisfação dos profissionais inseridos nos serviços de saúde (Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002; Carvalho & Malagris, 2007). Com isso, pode ocorrer a diminuição na produtividade e na motivação, não apenas no sentido técnico, mas também no estabelecimento de melhores relações entre equipes e destas com as usuárias.

Autores como Traverso-Yépez e Morais (2004) e Gusmão Filho (2008) reforçam que a existência de dificuldades estruturais e materiais para o funcionamento dos espaços da saúde acontecem em quase todo serviço público, nas mais diversas áreas de atenção. Há uma carência estrutural, material e de recursos humanos capacitados e comprometidos em bem atuar nesse momento. Pela conformação do sistema, via de regra, os espaços públicos de saúde são dotados dos recursos mínimos possíveis, insuficientes até pela defasagem nos valores pagos para o funcionamento do sistema, aprofundando a sua iniquidade e fragmentação (Santos, 2009). Todavia, os gestores das políticas mostram-se inabilitados para refletir sobre essa problemática, não se posicionando e/ou apresentando estratégias para a resolução dessa dinâmica.

Situações desse tipo merecem considerações pelas práticas presentes nos serviços e pela dinâmica das políticas de saúde. Apesar de os documentos de domínio público prescreverem os recursos necessários para se prestar uma boa assistência ao nascimento, não necessariamente todos os serviços são dotados desses instrumentais. Há de se questionar porque a gestão pública, conhecedora dessas carências, não consegue modificar as estruturas assistenciais dos serviços públicos.

Os diferentes atores, por sua vez, não refletem os limites das políticas e a única saída é trazer paliativos para a continuidade da assistência. No geral, essas pessoas tendem a se apresentar apáticas perante as limitações evidenciadas, agindo de modo automático, e, por não se aperceberem do seu papel, acabam não cobrando das autoridades competentes soluções para a resolução da dinâmica existente.

É evidente que há um agir não reflexivo presente na atenção à saúde e mesmo entre os trabalhadores, o que não se reflete nos problemas dos serviços públicos, tendendo a desenvolver apenas o trabalho mecânico. Desconsideram-se ainda os condicionantes dessa dinâmica, não havendo uma reflexão acerca do processo histórico e social de constituição da saúde no Brasil. Agindo desse modo, não se contribui para que outros atores, bem como as usuárias, sejam capazes de refletir e de exigir seus direitos.

Os problemas estruturais são perceptíveis e, inclusive, alguns profissionais acabam se solidarizando com as dores dos outros, tentando contribuir para a resolução dessa problemática. O fato de a equipe de enfermagem não ter um repouso adequado, e nem acesso à copa para fazer seus lanches, fez com que, mesmo os profissionais que não eram afetados pelo problema, se sentissem insatisfeitos diante desse quadro. Havia trabalhadores que consideravam essa situação crítica e acabavam mostrando sua indignação, realizando comparações com outros serviços no qual já tinham atuado.

Por exemplo, lá tinham coisas melhores, tipo tinha uma copa, pois quem vinha de outro plantão poderia lanchar, levar seu lanche. Aqui, as nutricionistas são as donas da copa. Elas proibem esta entrada e eu achei isto um absurdo. Quando eu cheguei aqui elas [as auxiliares] tomavam café no alojamento. O risco de

infecção até para a paciente... Era banana, era pão, era tudo no alojamento. As auxiliares e o comer... (Médico pediatra 3, entrevista individual).

Outros estudos também demonstram que as dificuldades institucionais são percebidas e relatadas pelos profissionais da saúde. Todavia, argumenta-se que, mesmo percebendo as limitações, no geral, os trabalhadores não conseguem se articular e lutar por políticas e espaços de saúde mais justos e igualitários (Beck, Lisboa, Colomé, Silva & Tavares, 2009). Assim, limitam-se a precárias condições de trabalho que interferem de modo singular na sua forma de praticar a saúde no espaço de trabalho. Essas condições de trabalho chegam até a povoar o imaginário dos trabalhadores e as limitações estruturais e materiais já começam a render ansiedades desde a hora em que se chega para trabalhar, para vivenciar o seu plantão.

Todo dia que eu chego para trabalhar eu olho logo para aquele armário [local onde os lençóis são colocados], não tem um lençol... Aí você diz: meu Deus, a mulher vai parir, e agora? Aí fica os improvisos, os retalhos, sabe, esta questão estrutural é muito farta de problemas (Enfermeira 2, grupo focal).

Além desses relatos que mostram o desagrado dos trabalhadores com as carências estruturais, houve ainda a observação de problemas no cotidiano que afetavam a vida das diversas pessoas envolvidas na assistência. Uma vivência particular chamou a atenção e merece aqui ser relatada:

Por volta das 8 horas, veio um rapaz da manutenção à maternidade e avisou à enfermeira de plantão que iria precisar cortar a energia, pois iria fazer um conserto elétrico para um espaço do ambulatório. A enfermeira avisou que naquele momento poderia ser feito sem problema, pois tudo estava calmo. Solicitou que não demorasse devido ao fato de se ter na maternidade duas mulheres internadas em trabalho de parto. O eletricitista afirmou que o procedimento seria rápido e logo iria fazê-lo. Contudo, o abastecimento elétrico só foi cortado às 10 horas e no momento em que as duas parturientes estavam no último estágio do trabalho de parto. Por sinal, uma delas já se encontrava no período expulsivo. Os partos aconteceram sem energia, primeiro um e na sequência o outro. O parto seguinte aconteceu na cama, pois o primeiro ainda estava na sala de parto. Como o serviço não tinha gerador próprio de energia, ambos os partos foram iluminados pelas luzes de alguns celulares. Não havia uma lanterna no serviço e nem no pronto-socorro. Todos os envolvidos mostraram-se muito tensos, especialmente o obstetra, que externava sua indignação, na frente da parturiente dizendo: “Isto é uma desorganização, como se pode trabalhar assim? Eu vou acabar fazendo algo errado sem a iluminação!” O procedimento elétrico que duraria 15 minutos acabou se estendendo para um período aproximado de 1 hora (Relatório da observação – diário de campo).

Situações desse tipo são potencializadoras das dificuldades vivenciadas na dinâmica do serviço de saúde e capazes de gerar estresses nos envolvidos nesse processo. Foi possível observar ainda que nesse momento de ansiedade por parte da equipe de saúde as parturientes mantiveram-se bastante apreensivas, parecendo entender

a gravidade da situação. No entanto, não se desesperaram, apenas esperaram e ajudaram no que foi possível naquele momento de dor.

Nessa direção, é preciso refletir que ambos, usuárias e trabalhadores, são vítimas de um sistema que exclui e acaba por gerar um sentimento de impotência nessas pessoas para o atendimento das necessidades dos diferentes atores envolvidos na dinâmica do cuidar em saúde. Não há nesses espaços a adoção de recursos técnicos e tecnológicos estruturais que gerem maior segurança na ausência de um componente indispensável, como no caso da iluminação. A estrutura do serviço tende a limitar e a afetar as práticas cotidianas e, quando associada com outras questões, acaba por potencializar os problemas e as dificuldades assistenciais.

Embora os gestores da saúde posicionem-se como sabedores das dificuldades, em nenhum momento são delineadas estratégias que possam resolver as carências nos diferentes espaços de atenção à saúde. Nesse sentido, conhecem-se os problemas, mas não se organizam meios e instrumentos que contribuam para a redefinição dos espaços e das práticas em saúde e, em consequência, que potencializem o cuidado.

Dessa forma, pensar em serviços com recursos físicos e funcionais insuficientes para o desenvolvimento das atividades cotidianas é saber que essa dinâmica interfere nas mudanças (Nagahama & Santiago, 2008). Todavia, não são apenas essas questões que dificultam as transformações, mas também o não atendimento das necessidades dos funcionários e/ou das usuárias, o que pode gerar uma diminuição do compromisso diante do trabalho cotidiano. Além disso, as questões socioeconômicas também afetam de forma direta o modo de ser e de estar nos serviços públicos de saúde.

Abordar os aspectos físicos do serviço dentro de uma discussão pela humanização das práticas em saúde delinea o espaço da atenção como essencial para

bem acolher e melhor vivenciar uma dinâmica inter-relacional na atenção com o outro. Num momento de troca, é importante que o ator se sinta bem e que possa contribuir para o bem-estar coletivo. Então, antes de apontar o cuidar como chave, é preciso rever os espaços nos quais essa prática acontece, pois não ela não ocorre apenas na troca entre um e outro, mas é contextualizada na produção e na reprodução da saúde pública.

Entre outras, essas situações tendem a afetar a dinâmica da atenção ao parto e ao nascimento nesse serviço. Há o entendimento de que para bem acolher é preciso que, além do envolvimento dos trabalhadores em prestar uma boa assistência, se entenda que um cuidado de qualidade depende de condições estruturais, físicas, materiais e humanas adequadas para atender as necessidades das usuárias, mas não apenas delas, pois as práticas são inter-relacionais e todos devem se sentir satisfeitos com a dinâmica do acolher.

Os problemas ligados à dinâmica institucional e as relações estabelecidas podem gerar práticas mecânicas e pouco relacionais, pois o trabalhador insatisfeito tende a não se vincular com a população e a não se comprometer em prestar o melhor cuidado. Essa vinculação é no sentido de se preocupar com o usuário, atentando e tentando atender as suas necessidades. Essa forma de ação encontra-se distante do preconizado pelo PHPN, que sugere melhoria da assistência e qualidade do atendimento, bem como vinculação entre trabalhadores e usuárias (Brasil, 2002).

Todavia, propor uma dinâmica inter-relacional no papel não necessariamente facilitará as interações que precisam ser estabelecidas entre trabalhadores, usuárias e serviços de saúde. Há que se refletir o que ocasiona as dificuldades assistenciais e, em consequência, a insatisfação em trabalhar em um determinado local, ou serviço público de saúde, e como esse descontentamento interfere nas práticas cotidianas.

5.3.2 Dificuldades com a administração local e central no município

Sugere-se que os diferentes atores, ao perceberem as necessidades físicas e materiais do serviço, tendem a procurar um responsável para essa situação, para externar suas inquietações e ansiedades. Então, como o espaço é público, é possível drenar sua insatisfação para as administrações públicas, local e/ou central.

De modo geral, as maiores insatisfações residiam com a administração local, ou seja, com os gestores diretos da maternidade. Os trabalhadores associavam a rotatividade de profissionais, pela questão política, à lentidão das mudanças e à dificuldade de vinculação com o serviço. Além disso, por parecer que muitos destes vinham apenas “passar uma chuva”, acabavam não se vinculando e nem se comprometendo em atuar promovendo as mudanças estruturais.

É isso! Funcionários que mudam demais. Desde que eu estou aqui, já teve cinco direções e cada uma tem uma cabeça diferente. Acaso desde o início tivesse só uma direção, com certeza estava tudo muito melhor. Eu acho que a mudança, quando está dando certo, atrapalha, mas geralmente é por politicagem, porque se aquele diretor que tiraram ainda estivesse aqui a humanização estaria muito mais avançada e todo mundo muito mais sensibilizado. Como ele fez um trabalho bom, já é chamado, já tira daqui e coloca em outro lugar. Ai já vem uma pessoa totalmente diferente, que não sabe e nem se envolve direito (Enfermeira 2, entrevista individual).

As críticas relacionadas à rotatividade de pessoal, em particular, na gestão local, são percebidas pelos envolvidos no serviço como um possível descompromisso da gestão central com a assistência prestada na maternidade. Além disso, por entender que são cargos comissionados, há descrença e/ou resistência às novas gestões.

No período da observação participante, a direção do serviço foi substituída, e os trabalhadores ou se mostraram alheios a esta mudança, como se em nada interferisse, ou se mostraram críticos, reforçando que era mais um funcionário que rodava/visitava Felipe Camarão (Relatório de observação – diário de campo).

Todavia, em alguns momentos foram gestadas ideias nos níveis administrativos perspectivando solucionar os problemas estruturais existentes. Esses esforços acabaram desencadeando uma “reforma” na unidade que foi motivo de críticas por ter se caracterizado como um paliativo “cosmético”, pois foram realizadas apenas pinturas de camas e paredes e alguns consertos de elétrica e hidráulica.

Além disso, o desagrado com a gerência da unidade aumentou com a reforma, pelo fato de esta ter sido empreendida com o serviço funcionando, o que favoreceu duas percepções por parte dos trabalhadores. A primeira relacionava-se à capacidade resolutiva dos leitos, funcionando para dar conta da necessidade reprimida da população, pois do total de 11 (onze) leitos, apenas 04 (quatro) ficaram funcionando e num espaço improvisado no pronto-socorro. A segunda se referia ao cuidar do trabalhador, pois, devido às questões de sujeira e poeira, muitos deles adoeceram diante

do serviço que estava sendo realizado, aumentando os profissionais com problemas de saúde.

Essa reforma foi um período de muito estresse. Eu achei desnecessário manter aberto para ficar só com três ou quatro leitos, em um meio sujo, foi uma confusão, mas eu não sou gerente. Todo mundo adoecia, espirrava, os alérgicos congestionavam. Tem uma enfermeira que é asmática, ela entrava em crise nos plantões. E três ou quatro leitos não resolvem a situação do município quanto aos locais para se ter filhos. Causou foi mal-estar para gente e desgosto com a administração (Médico pediatra 3, entrevista individual).

Eu tive dois plantões aqui que eu saí daqui direto para o SAMU para tomar corticóide na veia. Passando mal mesmo, porque eu sou alérgica e eu tive bronquite de tomar corticóide e nebulização. Então, assim, aqui a gente já está vendo que já está começando a mofar. E isto foi pintado há um mês, mas quando chegou aqui, você viu, era preto, né? (Médico pediatra 1, entrevista individual).

Nesse quadro, é possível supor que situações dessa ordem só contribuíam para agravar as dificuldades existentes na instituição e aumentavam a insatisfação com a gestão, pois para essa reforma parece ter sido mantida relações verticais entre gestores e subordinados.

Nesta reforma, era para a equipe ter sido transferida para outro lugar, pois não dava para ficar aqui. Era para ter consultado a gente. Disseram que fizeram uma reunião consultando os médicos, mas eu não soube dessa reunião (Médico pediatra 1, entrevista individual).

Alguns trabalhadores queixaram-se dessa reforma, em especial por não terem sido consultados. O costume de não consultar os pares acaba sendo rotina nos serviços públicos, caracterizando um perfil de direção sem articulação entre os diversos espaços e isso quebra qualquer relação dialógica, interferindo nas práticas, na satisfação com o trabalho e no comprometimento cotidiano.

A reforma foi ainda mais criticada por, na leitura de alguns envolvidos, não ter reformado nada, sendo só um paliativo para as questões mais difíceis dos recursos físicos e materiais. Também não atingiu o objetivo proposto que era melhorar a aparência da maternidade, acabando por ser apenas mais um gasto que precisava ser mais bem aplicado. “Foi reformado agora, mas se você for avaliar, já tem até parede descascando. Foi um serviço muito mal feito e sem programação” Médico Pediatra 1, entrevista individual.

Outra questão de discordância com a gestão era o fato de os trabalhadores não se sentirem respeitados e satisfeitos com a dinâmica administrativa. Com isso, alguns associavam suas ações e seu atendimento para com as usuárias à forma como eram tratados pelos gestores. Por não se sentirem respeitados e atendidos nas suas necessidades, sentiam-se desgostosos e externavam isso para a população.

É como se usasse uma máscara, né? Você usa uma máscara. Pra lá você mostra uma coisa, e aqui no... Eu acho que tem que começar de você, daqui de dentro, porque você só pode fazer alguma coisa de bem lá fora se você for bem, se estiver bem... Mas aí você é maltratada... Quando a gente fala uma coisa, não primeiro tem que ser para o pessoal lá de fora. A gente pede um ar, não tem que ser colocado lá no posto, nas salas que é pra população. Primeiro é para a população, a gente não existe. Primeiro a população, só porque um cargo político, só vê política, aí você pode dizer é para a população e os funcionários dançam, seja aí de qualquer jeito. Como as meninas pediram para a esterilização e disseram, era a outra diretora, disse que não, primeiro tinha que botar nas salas lá em baixo... Não, foi a gerente do distrito que disse que tinha que colocar nas salas lá em baixo para a população... Quer dizer, a gente está trabalhando, dá um plantão de doze horas, se matando, como as meninas na esterilização que é pegando fogo e primeiro tem que botar lá nas salas de atendimento que é pra população. E cadê a humanização? É complicado! (Técnica de enfermagem 3, entrevista individual).

Esses discursos reforçam as inquietações dos trabalhadores da Maternidade de Felipe Camarão com a gestão administrativa dos serviços públicos. Parece não haver diálogo, sendo as ações organizadas apenas pelos gestores e não se ouvindo os demais envolvidos na dinâmica de trabalho diário. Era evidente que havia a necessidade de reforma, porém em uma gestão participativa deve existir o diálogo, a discussão e acima de tudo o entendimento das mudanças dos principais afetados com tal projeto, no caso, os profissionais e as usuárias.

É válido ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) busca uma gestão para os serviços descentralizada, plena e participativa, na qual todos são atores ativos e copartícipes nessa dinâmica. É preciso reconhecer a complexidade das interações para a produção de práticas condizentes com o bem-estar e com as necessidades das pessoas (Lucchese, 2003). Assim, não necessariamente em nível tão particular, a gestão tem de acontecer, mas os diferentes trabalhadores deveriam ao menos opinar nas decisões tomadas junto aos serviços aos quais fazem parte. Caso isso acontecesse, haveria uma melhor adesão às mudanças, menor rotatividade, com envolvimento de todos no processo (Brasil, 2006c). Além disso, os possíveis danos à saúde seriam minimizados, pela redução da insatisfação e pela melhor vivência do trabalho cotidiano (Lourenço & Bertani, 2007).

Nesse sentido, a gestão participativa e descentralizada tenderia a favorecer o maior envolvimento dos diversos atores e, ao se sentirem também responsáveis, poderiam ser mais colaboradores com o cotidiano das práticas nos serviços públicos.

Então, pensar em problemas estruturais como condicionantes das práticas cotidianas é antever a indissociabilidade do ser, entendendo-o em sua dimensão social e biológica. Nesse sentido, as questões ambientais que dificultam a prática afetam diretamente a forma de se estar no serviço. Quanto mais insatisfeito com o trabalho, menor será o rendimento e a adesão a ele. Desse modo, é imprescindível que as políticas entendam e atuem nessas questões estruturais, para assim se propor mudanças possíveis dentro dos diferentes contextos de saúde. É preciso rever a forma de organização da gestão em saúde na perspectiva de gerar um sentimento de corresponsabilidade entre trabalhadores e serviço e destes com as usuárias.

5.3.3 Dificuldades com as práticas dos colegas

Nessa categoria, apresentam-se as questões relacionadas às relações com os colegas e parceiros nas práticas destinadas às mulheres em trabalho de parto. Assim, essa parte está didaticamente organizada a partir das dificuldades nas interações no cotidiano do trabalho, das críticas à utilização de medicamentos aceleradores do processo e das questões relacionadas às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). De fato, todos esses aspectos configuram-se como divergências que geram dificuldades de relacionamento profissional, insatisfações com a dinâmica cotidiana do serviço e, em consequência, podem favorecer práticas menos comprometidas com as mudanças na assistência.

Ao refletir as interações entre trabalhadores na dinâmica desse serviço, aponta-se para situações de divergências assistenciais que culminaram em problemas entre os pares. Essas divergências, quando bem-administradas, tendem a qualificar ainda mais a assistência, pois são discutidas e refletidas na busca de um ponto em comum, de um consenso para a assistência

Todavia, os relatos de problemas aconteceram mais comumente após o ocorrido, durante as observações, e geralmente era a equipe de enfermagem que tinha o que relatar.

A enfermagem relatou uma intercorrência do plantão de sábado. A obstetra proibiu a participação dos acompanhantes no período expulsivo. Tal condição gerou uma inquietação muito grande, tanto na equipe, quanto nos familiares que não entendiam o porquê da proibição. A enfermeira do plantão disse que ia levar esta situação ao conhecimento da administração para que esta tomasse ciência

das dificuldades existentes no trabalho da maternidade. A equipe diz que práticas desta ordem dificultam a introdução da humanização neste serviço. Os profissionais estão descomprometidos, não são conhecedores dos direitos das parturientes e que dificulta o trabalho da enfermagem (Relatório da observação – diário de campo).

Estes, entre outros problemas, são situações que geram uma dinâmica de insatisfação entre os atores e essa condição interfere nas relações e nas práticas cotidianas. Além desses desacordos entre equipe médica e de enfermagem, também houve situações de estresse entre médicos, discutindo condutas e práticas, de modo divergente, diante das pacientes.

Primeiro uma parturiente foi levada para sala de parto. Acompanhei-a e, ao lá chegar, eu percebi que o ambiente estava muito frio (no caso para a parturiente, que estava quase nua) e ela ainda foi desacompanhada (não por proibição, mas pelo fato de que sua acompanhante tinha 14 anos e também estava grávida, achando melhor ficar na antessala, pois estava com medo de passar mal). Quando foi colocada na posição ginecológica, começou uma controvérsia entre o obstetra e a pediatra. A pediatra orientava que esta deveria colocar o soro (com ocitocina, para terminar logo), pois iria precisar. O obstetra apontava que achava que não, que iria terminar logo. Passado mais ou menos 5 minutos com contrações fortes e ritmadas, mas sem a finalização do período expulsivo, a pediatra mais uma vez orientou: “Continuo dizendo... coloque o soro com ocitocina, pois numa primípara de 17 anos o trabalho de parto evoluirá mais

rápido”. O obstetra ficou convencido e orientou a auxiliar de enfermagem a instalar o soro. Contudo, não houve tempo para tanto, pois duas contrações após esta discussão a parturiente expulsava o feto e a auxiliar ainda estava preparando o soro (Relatório da observação – diário de campo).

É possível entender que numa dinâmica de trabalho em saúde, decorrente das questões já expostas, haja diferenciação de condutas e práticas. Todavia, o ambiente mais favorável para discussões desse tipo não era ante a paciente e ainda durante o trabalho de parto. É preciso entender que a mulher espera segurança dos profissionais que a assistem e não uma discussão acalorada, com opiniões divergentes. É preciso entender que o ambiente de trabalho é um espaço profissional e não doméstico, no qual não se deve expor, na presença das usuárias, as diferenças e incompatibilidades que regem as práticas. Assim, condutas desse tipo necessitariam ser repensadas, tanto para que a discussão acontecesse num nível profissional entre trabalhadores que buscam a melhor assistência, como para favorecer uma troca de conhecimentos e práticas qualificadas tendo em vista as necessidades das mulheres.

Além dessas insatisfações e problemas com a categoria médica, a própria equipe de enfermagem tem problemas entre si. Alguns trabalhadores técnicos sentem-se insatisfeitos pelo fato de alguns enfermeiros não colaborarem com a assistência, pois muitas vezes eles estão em número insuficiente e a ajuda, tecnicamente falando, do enfermeiro diminuiria o excesso de trabalho para eles.

Outra queixa é o problema com os enfermeiros que não assistem e nem colaboram com desenvolvimento do processo de trabalho assistencial, deixando toda parte prática, do fazer “aos cuidados” dos auxiliares e técnicos da enfermagem. Estes

enfermeiros, segundo os relatores, só querem ficar distribuindo “beleza e simpatia, sentados no posto de enfermagem”. Assim, a equipe técnica se sente só e sem apoio, bem como fica revoltada pelo fato do enfermeiro não querer fazer nada (Relatório da observação – diário de campo).

É possível sugerir diante dessa dinâmica que as relações interpessoais também nesse espaço tendem a ser problemáticas e de difícil resolução por aspectos pessoais e por questões estruturais que interferem no cotidiano. Cada uma tem uma forma de se ver e de estar no mundo, decorrente da visão paradigmática e do contexto social que cerca suas práticas em saúde. Essas diferenciações tanto podem contribuir quanto dificultar, por choque de ideologias e intransigências, a vivência entre os pares.

Merece ainda ser refletido o fato de que os problemas de relacionamento entre trabalhadores, de modo geral, foram colhidos mais comumente nas conversas informais. Durante as entrevistas, as queixas quanto às práticas e à organização do trabalho recaiam mais em nível de gestão, não se abordando esses aspectos. Assim, é possível sugerir que as pessoas tendem a adotar o discurso politicamente correto, tanto é que durante as entrevistas, os trabalhadores, após apresentação dos relatos, tendiam a perguntar se era isso que eu queria ouvir. Ficava parecendo que buscavam a resposta certa, encontrar os “textos” que dariam conta dessa dinâmica assistencial. Nesse sentido, durante as entrevistas, foram poucos os colaboradores que relataram problemas entre os profissionais, como se, por ser uma entrevista, fosse necessário apresentar os discursos corretos, que só iriam agradar.

Os diferentes posicionamentos com relação a algumas das práticas são ainda motivos para conflitos entre os profissionais, pois ao se abordar a questão de medicações aceleradoras da parturição, em particular o hormônio ocitocina, há opiniões

que apontam essa medicação como prejudicial quando utilizada de modo indiscriminado. Odent (2002) afirma que a ocitocina é o hormônio do amor, sendo presença natural durante o trabalho de parto. Todo e qualquer hormônio artificial é desnecessário durante o intercurso normal. A OMS (1996) e o manual da assistência humanizada ao parto e ao nascimento (Brasil, 2002) também olham com cautela a utilização indiscriminada desse hormônio. Os defensores de uma postura expectante durante o nascimento reforçam a importância de deixar essa dinâmica ser a mais natural possível, com mínimas intervenções.

Assim, como a maternidade estudada nesta pesquisa defende teoricamente uma postura humanizada e expectante para o nascimento, é possível pensar que profissionais que vivenciam essa realidade acabem desestimulando-se quando os métodos intervencionistas passam a ser utilizados sem cautela. No caso particular da Maternidade de Felipe Camarão, é a utilização indiscriminada da ocitocina que gera maiores críticas entre os defensores de uma postura de espera para o procedimento natural.

Todavia, durante o acompanhamento das práticas na unidade, era rotineira a instalação do soro com ocitocina, sendo comum as mulheres serem internadas no início do trabalho de parto (2cm) e logo em seguida ser instalado o soro com o hormônio para acelerar o processo. Situações desse tipo tendiam a gerar desgostos, especialmente na equipe de enfermagem, que se queixava constantemente com a pesquisadora (Relatório da observação, diário de campo).

É possível pensar que, muitas vezes, essa prática acontecesse sem indicação clínica, pois situações dessa ordem eram relatadas pela equipe de enfermagem como sendo corriqueiras, especialmente nos plantões noturnos. A crítica à utilização do soro

era constante, sendo comum ouvir os profissionais da equipe de enfermagem relatarem que o médico “instalou o soro” ou “rasgou a mulher”. Quando abordavam essa discussão, reforçavam: “E dizem que aqui é humanizado!” (Relatório da observação, diário de campo).

Para os profissionais que procuravam desenvolver ações menos intervencionistas, essa realidade gerava descontentamento por não se considerar a fisiologia do nascimento. Alguns profissionais, durante as entrevistas, reportavam-se a conversas e reuniões em que a equipe era chamada a atenção pelo coordenador médico por fazer uso da ocitocina.

Tem conversas sim sobre a questão do uso da ocitocina. O coordenador [médico] sempre lembra isso: “Olhe minha gente tem muita gente usando ocitocina, a gente ganhou um prêmio de parto humanizado, vamos preservar”. Sempre se fala nisso. Aí melhora uns dias e começa tudo de novo... (Médico Obstetra 2, entrevista individual).

Em outros casos, eram as enfermeiras que relatavam os desgostos com alguns profissionais da equipe médica em virtude da utilização indiscriminada desse hormônio para acelerar o trabalho de parto.

Eram pacientes que estavam sendo internadas para serem induzidas... Muitas assim... Não estou aqui para julgar condutas, mas muitas não tinham indicação

de uso de ocitócitos, e foi colocado... É a questão de parir, de acelerar o parto (Enfermeira 2, entrevista individual).

Questões relativas ao tempo do trabalho de parto podem, em alguns casos, ser consideradas como um nó crítico na perspectiva da desmedicalização e humanização do nascimento. Para uns colaboradores, há médicos que utilizam a ocitocina de modo indiscriminado, independentemente do estágio de dilatação; já outros fazem uso desse hormônio no momento certo, apenas para ajudar na expulsão do feto. Por não ser utilizado de acordo com as indicações clínicas, há uma tendência de esquecerem os riscos inerentes à indução, podendo gerar mais complicações, tanto técnicas quanto nas relações interpessoais no serviço.

Eu acho que é uma das coisas que dificulta [...] Quando diz é doutora Fulana que estava no plantão, já sabemos que vamos receber sem nenhuma paciente, sem nada, porque sabe que ela usou ocitocina para parir todas no seu plantão. Enquanto dos outros médicos a gente recebe no trabalho de parto normal, eles esperam evoluir mais normalmente, e isto chateia, pois a gente tenta fazer o certo e vem o colega e faz tudo errado e a gente não diz nada (Médico Obstetra 2, entrevista individual).

Outro ponto que deve ser considerado em relação ao uso da ocitocina diz respeito à articulação de sua utilização com a forma de pagamento dos partos. Torna-se difícil pensar em práticas mais conservadoras e naturais, conseqüentemente mais

demoradas, quando a sistemática de pagamento aponta para uma dinâmica de “ganha quem faz”, sendo as ações dos trabalhadores pagas por produção, por procedimento realizado (Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto – GENP, 2005). Ou seja, discutem-se a naturalidade e a espera, mas impõe-se à equipe de saúde, em especial aos médicos, o pagamento não pelo acolher bem, e sim por fazer um parto mais rápido.

Esse modo de realizar o pagamento dos partos reforça a intervenção e o desrespeito à fisiologia do nascimento. Os diversos profissionais da maternidade apresentam resistência a essa prática por entenderem que em muitos casos ela é realizada tendo em mente o retorno financeiro por aquele procedimento. Os discursos abordam esse aspecto:

Então, infelizmente, a gente tem alguns médicos que são mais ávidos por fazerem partos, e o pediatra sofre muito com isso... Assim, em termos de forçar a barra para ficar aqui, porque, como eu lhe disse, o objetivo daqui não são esses partos de risco, né? Então deveria ser o bebê, o parto que está evoluindo absolutamente natural, sem nenhuma intercorrência, mas infelizmente a gente tem colegas que não fazem isso. Então justamente às vezes a gestante chega com dois ou três centímetros. Essa gestante era para ser orientada para voltar para o seu domicílio, mas colocam às vezes a ocitocina, que é o estimulante para dilatar o colo antes da hora (Médica Pediatra 3, entrevista individual).

Infelizmente tem partos que eu acredito que são acelerados, o que não deveria ser. Isto aí aqui tem mesmo. Se for feito um estudo, uma acareação, se pegar as fichas das pacientes, vai se ver que têm certas coisas que foram meio que

precipitadas, e... O que mais?... Então, por essas precipitações, às vezes ocorrem desentendimentos. Porque têm alguns médicos que ficam... [...] Depende dos valores das pessoas. [...] Têm pessoas que dão plantão pensando no paciente, têm pessoas que dão plantão pensando nas contas que têm que pagar (Médica Pediatra 1, entrevista individual).

Em vez da preocupação quanto ao bem-estar e ao atendimento das necessidades da parturiente, prestando-lhe uma melhor assistência, as inquietações tenderam a recair no retorno financeiro que a realização desse procedimento geraria. A preocupação com o lucro é fruto da própria constituição da sociedade e ainda da organização do trabalho médico no modelo hegemônico de atenção à saúde, como discutido anteriormente. Para D'Orsi, Chor, Giffin, Ângulo-Tuesta, Barbosa, Reis e Hartz (2005), a utilização da ocitocina durante o período de dilatação ocorre muito mais relacionada com a forma de organização da prática obstétrica do que mesmo por indicação clínica. A convivência da equipe, a pressão por novas internações, bem como a tentativa de entregar o plantão com todos os casos resolvidos potencializam a utilização desse hormônio.

É preciso entender que a utilização da ocitocina não está relacionada apenas a aspectos estruturais e financeiros, há também uma questão educacional e cultural envolvida nessa dinâmica. Assim, observa-se que em muitos momentos há uma divergência diante desse tema, já que muitos dos trabalhadores que utilizam a ocitocina são provenientes de um processo de formação medicalizador e intervencionista e, por isso, consideram esse procedimento como ideal.

Desse modo, para alguns profissionais que defendem um parto mais natural, essa prática é grosseira, desnecessária e maléfica para a saúde materna e fetal/neonatal; para

outros, que são fruto de uma prática paradigmática mais intervencionista, a utilização desse hormônio acaba facilitando a vida da mulher no processo de parturição.

Assim, não se pode pensar a utilização indiscriminada da ocitocina como sendo boa ou ruim. Ao contrário, é preciso entender essa prática associada às questões culturais, sociais, políticas e econômicas.

Além disso, parece haver divergência na forma de compreender essa prática na medida em que as políticas de saúde apontam para a menor intervenção como capaz de contribuir para o empoderamento da mulher e favorecer a redução da morbimortalidade. Para autores como Odent (2002), Tornquist (2002; 2004), Diniz (2001), Dias (2008), entre outros, que fundamentam a discussão da naturalidade no nascimento, é possível entender que a transformação será facilitada se práticas mais naturais forem empreendidas. Os materiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2001; 2002a, 2002b) também reforçam essa discussão.

Então, para pensar em mudanças, é preciso antes de tudo rever os conceitos e as práticas de todos os envolvidos, desde a gestão das políticas até a base da assistência à mulher e ao neonato. Refletindo sobre os conceitos existentes, repensando posturas e até a forma de organização da sociedade na sua dimensão física, econômica, social e estrutural, seria possível vislumbrar ações e práticas mais condizentes com as necessidades do serviço, das usuárias e dos trabalhadores diretamente envolvidos na assistência.

É válido ressaltar que, pela forma como os discursos foram construídos, quando se realiza um parto vaginal, sem as intervenções citadas, parece já se fazer a melhor assistência. Esse discurso pode ter fundamento também nos documentos oficiais quando destacam que todos os esforços devem ser empreendidos para favorecer o parto natural.

É necessário diminuir as intervenções nas práticas em saúde destinadas ao nascimento, porém mais premente é que sejam criadas estratégias de ação que respeitem e atendam as necessidades do outro. Isso contribuiria para a construção e a consolidação da cidadania de usuárias e trabalhadores, favorecendo a apropriação e o conhecimento de seus direitos e necessidades.

Nesse sentido, as ações devem ser desenvolvidas com recursos suficientes para atender os anseios da população carente, e não pensando no que pode ser feito para que se gaste apenas o mínimo. Quando se propõe uma dinâmica que resgate a autonomia e a cidadania das pessoas, mais fácil é pensar em um espaço de atenção à saúde que veja o indivíduo enquanto ser social e integral nas suas necessidades.

5.4 A humanização no contexto da atenção ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão

Nesta categoria, buscando compreender como os diferentes atores entendem sua dinâmica de trabalho, empreende-se uma análise dos sentidos da humanização que permeiam o imaginário dos diversos trabalhadores envolvidos nas práticas da maternidade de Felipe Camarão. Assim, pretendeu-se entender como essas pessoas vivenciam e conceituam processo da humanização no seu contexto de trabalho.

No geral, os discursos foram de ideias politicamente corretas, nas quais a humanização é vista como bondade, amabilidade, fazer pelo e para o outro, até como uma reflexão mais crítica do contexto da humanização, enveredando pela organização das políticas e pelos limites dessa prática no contexto brasileiro.

Assim, nesta categoria, delinearam-se as seguintes subcategorias: humanização como práticas naturais para o parto e para o nascimento; humanização como práticas de acolhimento e atendimento das necessidades da usuária; humanização como um processo articulado ao contexto das práticas em saúde e, por fim, limitações do discurso humanizador.

5.4.1 Humanização como práticas naturais para o parto e para o nascimento

Nesta subcategoria, os trabalhadores apresentam discursos relacionados à humanização no sentido de práticas naturais para o nascimento. Essas práticas naturais são as medidas propostas pelos defensores do parto sem intervenções, no qual as ações no intercurso devem ser fisiológicas e de espera, ou seja, deve-se intervir o mínimo possível, deixando que o corpo da mulher e o seu instinto atuem nesse processo.

Na humanização, a paciente deve ser assistida da forma mais natural possível e ser orientada nos procedimentos. Desde o pré-natal, ela deveria ter esse tipo de informação... O mais natural possível deve ser (Enfermeiro 4, entrevista individual).

Deixar tudo correr fisiologicamente, evitar o uso máximo de procedimentos, tanto da parte de enfermagem quanto da parte dos médicos, também. Aí eu acho que isso aí é a parte de humanização (Enfermeira 1, entrevista individual).

Essas ideias retratam aspectos das produções nacionais e de autores que são defensores dessa postura de espera (Davis Floyd, 2001; Odent, 2002; Diniz, 1996; 2001). Essa discussão também é reforçada no estudo desenvolvido por Castro e Clapis (2005) quando apontam além da necessidade de resgate do parto natural, a importância da inserção do enfermeiro parteiro nesse espaço.

Todavia, no contexto da Maternidade de Felipe Camarão, a inserção do enfermeiro está longe de acontecer, porque do total de 07 (sete) membros que lá atuam apenas uma é obstetriz. Assim, esse discurso, no geral, parece não necessariamente fazer parte das práticas desses atores, sendo essa discussão mais enfatizada pelos órgãos governamentais.

Mesmo não sendo em prática essas propostas, o discurso vigente fica em evidência e todos os profissionais querem reforçar que apoiam essas ações, embora não estejam se capacitando para essa realidade. No cotidiano, as práticas naturais, em parte, são deixadas de lado e esses trabalhadores pouco ou nada fazem para mudar a dinâmica de atenção ao parto e ao nascimento vigente na Maternidade de Felipe Camarão.

Assim, entre outras situações que caracterizam essa dinâmica pouco natural, persistem os toques excessivos e o soro com ocitocina, não havendo estímulo para as posturas ativas no nascimento, pois a posição para parir é na mesa ginecológica.

É possível sugerir que os discursos políticos não necessariamente estão vigentes no cotidiano da maternidade. Dessa forma, ao se questionar acerca da adoção das técnicas propostas enquanto instrumentais que facilitam a dinâmica natural no nascimento, os atores pouco sabem e/ou raramente utilizam.

Não, eu nunca usei nada destas coisas que são para o parto natural. O cavalinho, a bola, a cadeira, nada disso eu nunca usei. Quem ainda usa, uma vez ou outra, é a outra enfermeira que é obstetrix (Enfermeira 3, entrevista individual).

Com isso, é preciso compreender que para defender um parto natural as pessoas envolvidas na sua proposta precisam começar a adotar posturas diferenciadas, fazendo com que esse entendimento não se limite ao discurso, mas ganhe corpo nas práticas cotidianas. Assim, apresentar o discurso politicamente correto, reproduzindo as propostas presentes nas políticas públicas, não necessariamente contribui para mudanças nos contextos de atenção à saúde destinada ao processo de parturição. É preciso refletir, reciclar, resgatar, praticar, contextualizar, entre outras ações que sejam capazes de promover a dinâmica de interação e de mudança na produção dos cuidados destinados ao parto e ao nascimento.

5.4.2 Humanização como práticas de acolhimento e atendimento das necessidades da usuária

Durante as entrevistas e no momento em que diversos trabalhadores abordavam a discussão das práticas no contexto dessa maternidade, era evidente que os sentidos de humanização apontavam para as ações de cuidar. Diversos desses atores adotam essa postura, considerando que as práticas da humanização estão ligadas ao bem acolher, ser bondoso e caridoso. Nesse sentido, o que havia de melhor na forma de ser de cada um era ofertado à usuária durante o internamento.

Humanização é preparar um ambiente para a paciente se sentir importante, sentir que estão cuidando dela e que tudo que está sendo feito é para o seu bem. É ela não se sentir rejeitada e se sentir à vontade (Médico Obstetra 2, entrevista individual).

Humanização é a pessoa saber receber, saber como tratar, cuidar, tentar fazer o melhor. É dar o melhor de si pelas pessoas, como se eu estivesse fazendo para uma pessoa minha. Não vê só como uma paciente que está chegando aqui, e sim que é um ser humano que precisa de cuidado (Técnica de enfermagem 3, entrevista individual).

Já outros trabalhadores entendem esse bom acolhimento numa perspectiva mais relacional, que extrapola os limites do cuidar bem e encaminha-se para o atendimento das diferentes necessidades.

Humanização são condições adequadas para se ter um filho. É a possibilidade da mulher ser colocada em um local que tenha as mínimas condições, que inspire saúde, que tenha assistência obstétrica e pediátrica adequada, com psicólogo, assistente social, enfermeiro, enfim, todos trabalhando em favor das necessidades da mulher e do bebê (Médico pediatra 3, entrevista individual).

Nesses discursos, é evidente a preocupação em entender que o nascimento não é uma doença e que os trabalhadores devem estar preparados para poder bem acolher,

agindo como fiscalizadores do cuidado cotidiano. Assim, são reforçados o quanto os sentidos e as práticas de humanização estão atrelados à bondade e ao bem para o outro. Isso não difere do fato de a palavra resgatar uma conotação de benevolência e caridade (Holanda, 1999), o que gera uma impressão de que as ações a serem desenvolvidas são organizadas na boa vontade e no amor ao próximo. Todavia, é válido ressaltar que a forma como estes documentos são escritos e defendidos dá margem a esse tipo de percepção / representação por parte dos que estão diretamente relacionados ao contexto do trabalho.

Apesar dessa caracterização de benevolência, há uma variedade de leituras possíveis, pois a humanização vem sendo “expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito”. Seus sentidos estão, em parte, “ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (Benevides & Passos, 2005, p. 390).

Além dessa perspectiva, a humanização também aponta para uma forma de assistência que valoriza o cuidado técnico, do fazer pelo e para o outro, pois para alguns humanizar relaciona-se com o fazer bem feito. Essa noção acaba por resgatar e reforçar a questão técnica do paradigma dominante na atenção à saúde, apontando para práticas de qualidade, mais elaboradas tecnicamente (Deslandes, 2004).

Observa-se que, de modo geral, os participantes deste estudo apresentam discursos acerca da humanização mais ligados ao cuidar. Entretanto, alguns avançam na perspectiva de entender que a humanização extrapola esses limites, envolvendo as necessidades do trabalhador, o cuidar de quem cuida.

Eu acho que humanização é o tratamento adequado, um tratamento adequado tanto para os pacientes quanto para os funcionários (Enfermeira 1, entrevista individual).

A questão do cuidar de quem cuida foi abordada anteriormente na leitura de Deslandes (2004) acerca dos sentidos presentes no documento oficial para a humanização nas políticas de saúde. Todavia, essa situação ainda se caracteriza enquanto problemática na medida em que é desmerecida no trabalho cotidiano. As práticas persistem sem articular as diferentes necessidades de trabalhadores e usuárias. Em momentos anteriores dessa análise, fica evidente a insatisfação dos diferentes trabalhadores com as ações cotidianas em um espaço dito humanizado para a atenção ao parto e ao nascimento. Assim, é preciso refletir sobre o processo de formação em saúde, pois essa dinâmica de cuidar e ser cuidado apresenta relação com a produção do conhecimento cotidiano nessa área do saber e interfere de modo singular na forma de ver e de trabalhar com a comunidade.

Martins (2003) acrescenta que para bem cuidar o aluno precisa ser cauteloso e refletir sobre essa dimensão na formação e na prática cotidiana. Destaca ainda que o discente deve apropriar-se também do contexto de produção das políticas e ações em saúde, sendo capaz de entender os espaços que conformam a atenção ao parto e ao nascimento.

Em uma perspectiva mais pragmática, Benevides e Passos (2005) apontam que para a proposta da humanização ganhar contornos de mudanças é imprescindível enfrentar um duplo desafio: o conceitual, na redefinição da temática para a promoção de alterações concretas nas práticas dos serviços de saúde; e o metodológico, pela

necessidade de se construírem políticas públicas que realmente deem conta das mudanças propostas. Ao tomar essa discussão enquanto estratégia de transformação para as ações cotidianas e envolver os diversos trabalhadores nas práticas locais, é possível supor a mudança também nesses atores sociais.

5.4.3 Humanização como um processo articulado ao contexto das práticas em saúde

Pensar as práticas na atenção ao parto e ao nascimento é antever ações em saúde pautadas na clínica, no paradigma flexneriano ainda vigente nessa área do saber, como afirmado anteriormente. Todavia, há atores que no decorrer da pesquisa desconsideram esses limites, extrapolando as ações na atenção à parturição a partir de uma dinâmica contextualizada.

Não pode e nem se deve pensar a humanização com essa objetividade toda, pois é preciso levar em conta outros fatores, como o cultural, o institucional, né, a precariedade do serviço, o lugar onde o serviço está implantado, o bairro, a cultura da população. Então você não pode chegar e botar um acompanhante, só para dizer que é parto humanizado, se o acompanhante, muitas vezes, não tem nem condição de ficar ao lado da paciente. Não pode deixar de botar ocitocina, como se isso fosse parto humanizado, quando a gente sabe que não têm leitos suficientes para atender a demanda da população, né, aqui em Natal. E a gente não pode ficar horas esperando a mulher parir normal, sem você interferir. Porque se não chega uma época que você não tem onde colocar a paciente. E vai lotar rápido. Então a gente, muitas vezes, tem que acelerar o processo do parto

em prol disso, porque a cidade não oferece suporte para a paciente ficar em trabalho de parto naquele momento. A maternidade Januário Cicco vive lotada; Santa Catarina vive lotada. Casa de parto só tem aqui em Felipe Camarão. As Quintas está em reforma, só têm poucos leitos lá. Lagoa Seca era outra e fechou. Então tem muita gente. E casa de parto só tem funcionando cem por cento a gente e a grande maternidade que só atende mais casos complicados, parto normal mesmo. Então a gente não tem tanto leito disponível para ficar esperando a naturalidade (Médico obstetra 3, entrevista individual).

Outros atores já articulam a humanização com a possibilidade de fazer da saúde algo mais justo, igualitário e possível para todos, tornando-a direito e bem comum. Todavia, sentem que essa dinâmica no Brasil, um país desigual no atendimento entre pobres e ricos, é difícil de acontecer.

Na minha concepção, a humanização seria a possibilidade de tornar a saúde um direito de todos os seres humanos. Seria o direito de você ter saúde e dignidade no atendimento. No papel, isto é bonito, mas num país no qual a maioria das doenças são sociais, isto é muito difícil (Pediatra 1, entrevista individual).

Discursos desse tipo demonstram que as carências institucionais e sociais presentes nos diversos serviços públicos são percebidas e refletidas por alguns trabalhadores. Então, esses atores apontam que a humanização extrapola os limites do bem acolher, ganhando contornos de cidadania. Reforçam ainda que nessa dinâmica

vigente é impossível pensar em mudanças de práticas se não entender que a primeira coisa que precisa ser alterada é o contexto da atenção às práticas em saúde e, em particular, ao parto e ao nascimento.

Pensando esse contexto a partir dos atores desta pesquisa, é preciso entender que os serviços estão precariamente organizados e, por isso, torna-se difícil pensar a humanização nesse espaço. É necessário entender que não bastam apenas estratégias de acolhimento pontuais, apenas ser agradável com o outro, nem se desvencilhar de algumas práticas somente por serem consideradas ideais. Ao contrário, ao pensar em ações tendo como norte a humanização, é possível supor que a dinâmica do trabalho social e da saúde teria de ser no mínimo revista para assim modificar a organização dos cuidados às mulheres. Essa mudança viria para delinear uma política e um processo de trabalho articulado com as necessidades cotidianas.

Desse modo, corrobora-se com Rios (2009) ao afirmar que a discussão da humanização “significa admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas – e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis” (p. 255). Acrescenta-se ser preciso vislumbrar essa discussão associada à dimensão cultural, política e econômica, pois essas questões afetam de forma particular o modo de viver e se relacionar com os diferentes atores sociais. Então, a humanização do cuidado entende o ser humano nos seus diferentes limites, espaços, necessidades e possibilidades. Assim, pensar uma política que envolva os diferentes sujeitos demanda a desconstrução de saberes, práticas e espaços na perspectiva de atender ao proposto e realmente humanizar o trabalho em saúde. Demanda ainda desconsiderar práticas formatadas e prescritivas na medida em que se passa a entender a dialógica do trabalho,

as interações e a mutabilidade das práticas a partir do contexto no qual sua dinâmica se desenrola.

5.4.4 Limitações do discurso humanizador

Apesar de alguns profissionais da maternidade em estudo entenderem a humanização numa perspectiva de acolhimento e bondade e até mesmo delinearem uma dinâmica mais estrutural, correlacional e contextualizada, há outros que apontam as limitações presentes nesse discurso. Uma das limitações evidenciadas relaciona-se com a questão de a humanização ter de ser um processo intrínseco, uma estratégia de mão dupla, para trabalhadores e usuários. Essa estratégia deve partir dos serviços no sentido de gerar uma saúde de qualidade para os diversos atores dessa dinâmica.

Porque eu acho que a humanização tem que começar de dentro, com os funcionários. Porque para se ser humano, você tem que ser em tudo, então como é que eu vou ser humana se eu não recebo nenhum estímulo de humanização? Quer dizer que eu só posso fazer, ser humana com os outros e comigo ninguém é? (Técnica de enfermagem 3, entrevista individual).

Há ainda quem relaciona o fato de que existem diferenciações entre lugares e espaços da saúde com a limitação do discurso pela humanização. Esses atores acreditam que as questões dos espaços físicos, dos locais onde a assistência é ofertada e da cultura existente em cada lugar limitam o discurso da humanização.

O parto humanizado, não que eu não seja favorável, mas eu acho que tem que ter adaptação ao serviço, entendeu? O parto humanizado, que eu saiba, ele veio da Inglaterra, né? A teoria veio toda da Inglaterra, os moldes são de lá e lá é um país diferente daqui. E aqui não é nem uma questão de país, além de ser um país diferente, é um estado diferente. A gente nota isso aí. A cultura do pessoal daqui é diferente da cultura do pessoal lá do Sul, por exemplo. Então não dá para você implantar as diretrizes do parto humanizado da mesma forma que elas são em um livro aqui em unidade básica de um bairro periférico de Natal (Médico obstetra 3, entrevista individual).

Apontar esses discursos como limitadores das práticas de humanização é entender que essa dinâmica é correlacional e que a proposta não se mantém, nem é capaz de transformar práticas sem levar em conta as questões estruturais, sociais, institucionais e locais. De acordo com esse entendimento, para haver mudanças cotidianas, é preciso entender que somente a imposição de estratégias sem levar em conta os diferentes aspectos que interferem na saúde não consegue modificar os contextos nos quais as práticas acontecem.

Então, como já abordado, antes de achar que o discurso humanizador por si só será capaz de transformar as práticas, é preciso refletir a respeito da necessidade de contextualizar esse processo. Para haver mudanças, os diferentes atores precisam apropriar-se e sentir-se corresponsáveis por esse processo, que só será possível quando as políticas forem gestadas em parceria, em uma prática dialógica, na qual todos tenham direito a voz e sejam ouvidos, independentemente de seu perfil socioeconômico e cultural.

5.5 A dinâmica institucional em saúde na atenção ao processo gestacional no olhar das usuárias

Como parte do processo de pesquisa, considerou-se importante estudar a experiência e os processos de significação acerca da atenção ao processo gestacional, desde o pré-natal até os cuidados no pós-parto, a partir do relato das mulheres a fim de delinear suas percepções a respeito das práticas nos serviços públicos de saúde. Na investigação, foi solicitado que as participantes lembrassem-se de detalhes do acompanhamento pré-natal e do parto, resgatando as situações corriqueiras que tinham acontecido na dinâmica assistencial. Nos relatos, buscou-se conhecer as convergências, divergências e similaridades entre os discursos e os contextos discursivos que melhor expressavam a vivência cotidiana.

Essa forma de investigação encontra respaldo no fato de que, muitas vezes, os discursos divergem das práticas, sendo as expressões corriqueiras e as formas como os textos são externados as delineadoras de uma perspectiva diferenciada de ação. Foram esses aspectos que tentaram ser percebidos e relatados a partir dos discursos e das vivências das mulheres que tiveram filhos na maternidade investigada neste estudo.

Nesse sentido, empreendeu-se a construção de categorias discursivas que melhor expressavam todo o acompanhamento ao processo gestacional, sendo finalizada com uma avaliação das práticas e do espaço assistencial a partir das mulheres envolvidas nessa dinâmica.

5.5.1 Construções discursivas acerca da atenção ao pré-natal

Em um primeiro momento, é importante ressaltar que, apesar de a unidade estudada contar com a assistência pré-natal a partir da ESF (Estratégia Saúde da Família), nem todas as mulheres fizeram o acompanhamento nesse local. Isso ocorre, como já descrito em outro momento, porque uma parcela considerável das puérperas era proveniente de regiões circunvizinhas, tendo sido acompanhadas em diferentes bairros ou em outras cidades. Assim, a reflexão acerca desse processo de trabalho acontece mais articulada com os conhecimentos adquiridos e necessidades explicitadas pelas usuárias do que mesmo com uma avaliação do que acontece, especialmente por desconhecerem esses diferentes contextos de práticas em saúde.

Na primeira categoria de discurso, as mulheres relataram o acompanhamento pré-natal, enfocando sua dinâmica e os cuidados delineados no seu intercurso. Diante disso, essa etapa da análise encontra-se assim dividida em: o acompanhamento gestacional; ações e orientações em saúde no pré-natal e avaliando o processo assistencial.

5.5.1.1 O acompanhamento gestacional

Os discursos presentes nessa categoria enfocavam os atores que se envolveram durante o acompanhamento pré-natal das puérperas deste estudo. Em alguns casos, as mulheres reforçavam que essa assistência era desenvolvida tanto pelo médico quanto pela enfermeira.

Fiz o pré-natal com o doutor fulano e com a enfermeira sicrana. A enfermeira é ótima. Ela examina a pessoa bem direitinho (Puérpera Madalena, entrevista individual).

A médica e a enfermeira faziam meu pré-natal (Puérpera Marta, entrevista individual).

Essa dinâmica do cuidar da gestação por esses dois membros da equipe de saúde potencializa as orientações contidas no manual técnico de assistência ao pré-natal e ao puerpério (Brasil, 2006). Nesse material, sugere-se que a assistência deve ser multiprofissional, valorizando os diferentes aspectos do cuidado à saúde e não apenas as questões clínicas e técnicas. Nessa valorização, as práticas seriam reforçadas mutuamente e, por consequência, melhores cuidados seriam ofertados à gestante nesse momento.

De modo geral, as mulheres entrevistadas foram acompanhadas pelos dois profissionais da equipe de saúde e essa forma de atendimento era bem-vista e desejada pelas usuárias. Algumas gostavam tanto dos cuidados pré-natais que vivenciavam essa assistência a partir de duas equipes distintas em diferentes áreas geográficas da cidade.

Meu pré-natal eu fiz com duas enfermeiras e dois médicos... Porque eu fiz no posto do bairro, no posto Satélite e no posto Planalto. Um mês eu fazia em um, e no outro eu fazia no outro bairro. Eu fiz assim porque eu quis, para adiantar

mais, pois tinha mês que não tinha enfermagem no posto Satélite. Então eu ia para o outro (Puérpera Maria, entrevista individual).

Enquanto havia mulheres que entendiam a importância do pré-natal para a saúde materna e fetal, fazendo o acompanhamento desde cedo, para realizar os exames e receber as orientações, outras retardavam a procura ao serviço de saúde. No caso de uma mulher em particular, a demora em procurar o acompanhamento gestacional foi decorrente do desejo de praticar o abortamento por não se sentir em condições de ter outro filho naquele momento.

Assim, eu comecei um pouco tarde o pré-natal, porque eu não queria. Eu tenho um filho de seis anos e já vir outro agora? Eu tentei e tentei tirar, mas não deu certo. Eu não consegui... Então eu comecei o pré-natal tarde, já estava com seis meses e entrando para o sétimo (Puérpera Madalena, entrevista individual).

Questões como não desejar ter um filho e mesmo assim engravidar, entre outras, promovem a reflexão acerca da qualidade da assistência à saúde da mulher. Em consequência, reforça a discussão acerca da integralidade na atenção ao processo saúde/doença desse grupo, pensando que ela seria uma das diretrizes básicas para o funcionamento do SUS.

Para Mattos (2006), a integralidade pode ser concebida de três formas. A primeira remete ao cuidado médico integral e à não compartimentalização do paciente em órgãos e/ou patologias. A segunda enseja a reflexão das práticas de saúde,

reforçando a necessidade de integração entre os aspectos clínicos e as questões da saúde pública. E, por fim, a terceira volta-se para a discussão das práticas não dissociadas em grupos específicos, inclusive o das mulheres.

Para Gomes e Pinheiro (2005, p. 290), a integralidade é “reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades”. Assim, ao se pensar em integralidade em saúde, tem-se a noção de um atendimento que dê conta das diferentes dimensões de vida e saúde dos distintos grupos. Desse modo, acredita-se que, caso existisse essa equidade nos cuidados destinados à vida e à saúde, não existiriam com tanta frequência problemas relacionados a gestações indesejadas, pois as mulheres teriam para si um cuidado que envolveria desde a dimensão pessoal até os aspectos estruturais e as necessidades sociais. Nesse sentido, haveria um estímulo à reflexão dos questionamentos a respeito dos mitos e tabus que envolvem esses cuidados e seria favorecida a apropriação, por parte desse grupo, das suas necessidades, potencializando a capacidade de decidir. Assim, quando engravidassem, ao tomarem suas decisões conscientemente, as mulheres não deixariam para tão tarde os cuidados com a gestação.

Essa capacidade de decisão e a tomada de consciência de seus direitos favoreceriam o processo da gestação ao nascimento. As mulheres, cientes dos direitos e capazes de criticar os serviços, talvez se tornassem menos passivas e mais exigentes de acesso e qualidade na dinâmica de atenção à saúde. Com isso, haveria cobranças e, possivelmente, mudanças nas formas de cuidar em saúde (Reis & Patrício, 2005).

Ainda em relação à assistência ao pré-natal, outro aspecto relatado diz respeito à falta de compromisso de alguns médicos em prestar cuidados, deixando, quase que

exclusivamente, essa prática nas mãos das enfermeiras. Embora as mulheres entrevistadas tenham relatado que foram assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), alguns médicos não se sentem corresponsáveis por essa prática. Assim, mesmo sendo comum entre esses profissionais, nem todos os médicos inseridos no programa atuam como generalistas, atendendo a comunidade em geral nas mais diversas necessidades e cuidados. Ao contrário, é visível que alguns deixam esse trabalho ao encargo das enfermeiras, em alguns casos, por não gostarem de atuar com gestantes, permitindo que essas profissionais conduzam todas as intercorrências.

Mulher, meu pré-natal foi todo errado. Primeiro porque a médica errou a data do meu parto... Mas também ela mal me atendia, quem mais me atendia era a enfermeira. Foi ela quem fez todo o pré-natal. A médica só fez uma consulta (Puerpera Rebeca, entrevista individual).

O fato de a mulher sentir falta do médico durante o pré-natal tem seu fundamento na construção histórica das práticas em saúde e, em particular, no saber/poder da medicina diante das demais categorias profissionais da saúde. No paradigma dominante, é o saber do médico que coordena as práticas, sendo possível que sua ausência gere na gestante uma descrença diante das ações realizadas por outros profissionais da saúde. Para muitas pessoas, inclusive as mulheres, ainda é essa categoria que detém o conhecimento capaz de promover a cura e o tratamento adequado para a sua gestação.

Outro aspecto que pode respaldar essa condição é o fato de as gestantes ainda sentirem a necessidade de garantir a presença desse profissional para os cuidados no

momento de ter o filho. É possível que no imaginário dessas mulheres ainda seja forte a caracterização do médico enquanto o condutor do parto. Assim, mesmo com as mudanças políticas assistenciais, muitas mulheres ainda procuram apenas o médico para fazer o pré-natal com medo de que sua assistência não seja garantida (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008).

Então, é preciso refletir a respeito de dois aspectos: o primeiro está relacionado às práticas dentro do sistema público de saúde; e o segundo, ao processo de formação em saúde.

Pensar as práticas dentro do sistema de saúde é delinear a dinâmica de cuidar com as carências evidentes e com a mecânica vigente em favor do trabalho em equipe e da valorização dos demais profissionais da saúde. É preciso contribuir com a desconstrução do paradigma dominante de atenção e, conseqüentemente, com o saber/poder dominante do médico, buscando a valorização de outros conhecimentos e práticas.

Ao apresentar essa discussão, vê-se a necessidade de rever o processo de formação em saúde e, em particular, na medicina. Ciuffo e Ribeiro (2008) reforçam a importância de desencadear a reflexão sobre a formação em saúde e em particular na medicina pela necessidade de se desconstruir o mito do saber/poder apenas nas mãos dessa categoria. Ao contrário, as ações em saúde deveriam ser complementares, exigindo pluralidade de conhecimentos para poder bem cuidar das necessidades, não apenas clínicas, das usuárias.

5.5.1.2 Ações e orientações em saúde no pré-natal

Nos depoimentos das participantes, a consulta pré-natal acontecia no espaço da unidade de saúde e era determinada por questões técnicas, com valorização desses aspectos no processo gestacional.

A consulta geralmente era assim: eu entrava e ela perguntava como eu estava. Depois examinava (Puérpera Sara, entrevista individual).

E ele [o médico] me acompanhou o pré-natal. Todo mês ele olhava, media, escutava o coração, me pesava, olhava a pressão, passava remédio, o sulfato ferroso (Puérpera Raquel, entrevista individual).

Eles mediam minha barriga, escutavam o coraçãozinho do bebê... Faziam perguntas, mandavam eu fazer exames. Eles olhavam o resultado e pronto. Estava tudo ok (Puérpera Madalena, entrevista individual).

Alguns dos relatos apontavam mais para os aspectos rotineiros presentes na assistência durante o acompanhamento do pré-natal. Todavia, embora essa rotina seja inerente a essa dinâmica, as ações pareciam seguir um padrão estipulado para cada momento, como se fosse um modelo pré-formatado na organização das práticas em saúde. Esse tipo de assistência segue uma tendência clínica e biológica, parecendo não se enfatizarem os aspectos adjacentes às questões físicas e orgânicas. Por não haver essa ênfase, há uma tendência de que aspectos importantes do processo, como a apropriação

das mudanças no seu corpo e a preparação para o parto, possam acabar sendo deixados de lado. No trabalho de Moraes, Alves e Traverso-Yépez (2008), essas questões foram abordadas e reforçou-se a falta de práticas que excediam os limites do clínico, do biológico.

Ficou evidente, a partir dos discursos de algumas usuárias, que em alguns acompanhamentos gestacionais o interesse residia no exame físico, denotando a predominância das questões técnicas e científicas na cotidianidade. Embora se saiba da importância dos aspectos físicos, eles, por si só, não conseguem atender as necessidades implícitas e explícitas das mulheres envolvidas nesses cuidados. “Por não se agir em face às necessidades individuais, e nem se buscar promover o encontro intersubjetivo, persistem os limites de uma assistência que não qualifica o cuidado, nem a pessoa, transformando-os apenas em patologia e corpo biológico” (Moraes, Alves & Traverso-Yépez, 2008, p. 297).

Mesmo entendendo que havia limitações, algumas puérperas lembravam vividamente o pré-natal. As lembranças justificavam-se devido às práticas de alguns trabalhadores, caracterizadas como boas e acolhedoras. Acreditavam que tais ações tinham contribuído para uma melhor vivência do processo gestacional.

Mulher, meu pré-natal foi bom pra mim, o pré-natal dela, porque ela me falou logo como ia ser o parto. Falou que uma pessoa tinha que me acompanhar, mas não uma pessoa que me fizesse susto, nem samba. Uma pessoa que viesse com fé, sem fazer samba comigo... Essas orientações me ajudaram muito e eu achei bom meu pré-natal (Puérpera Mirtes, entrevista individual).

A enfermeira ainda conversava, me orientava. Perguntava o que é que eu sentia. Eu dizia que sentia muita dor durante a gravidez. Ela dizia que isso era normal. Está normal a sua gravidez. Aí eu dizia, mulher, mas as dores que eu sinto são dores demais, que eu não consigo dormir à noite. Ela dizia: então você tome Buscopan que passa as suas dores. Pronto, melhor do que a médica, ela (Puerpera Rebeca, entrevista individual).

Apesar da forma satisfatória como as mulheres relataram a assistência pré-natal, essa dinâmica merece ser refletida a fim de saber quais parâmetros as usuárias dos serviços públicos utilizaram nessa avaliação. No trabalho de Queiroz, Jorge, Marques, Cavalcante e Moreira (2007) sobre o acesso e a qualidade da assistência, os autores apontam a existência de um diálogo reprimido por medo de as informações comprometerem o relacionamento e o acolhimento por parte da equipe de saúde. Então, há de se refletir se a avaliação foi positiva mesmo ou apenas um modo de mascarar a forma dos cuidados para continuar se sentindo aceita.

Como já discutido, há uma tendência de as usuárias pouco ou nada se posicionarem acerca da sua assistência, sendo comum a aceitabilidade de tudo, desde que estejam internadas e sua assistência garantida. Então, avaliar positivamente as ações no pré-natal não necessariamente reflete o acolhimento e as orientações nesse processo, podendo ter relação mais estreita com a facilidade ou não do acesso às práticas em saúde.

5.5.1.3 Avaliando o processo assistencial no pré-natal

Apesar de afirmarem que os cuidados recebidos eram bons/satisfatórios, as usuárias acabavam fazendo queixas acerca da sua assistência ao pré-natal. De modo geral, o processo assistencial nunca era completo, sempre faltava algum procedimento.

Eu achei que poderia ter sido um pouco melhor com relação às orientações, em procurar saber um pouco mais sobre a paciente, se estava tudo bem mesmo. Eu senti falta de ser orientada um pouco mais em caso de sentir algo, se acontecesse alguma coisa assim, sobre a criança (Puérpera Sara, entrevista individual).

Ela [médica] não fazia nada. Ela não conversava nada, nada, nada. Ela só fazia assim, dizer seu bebê está bem, pronto terminava e ia embora (Puérpera Rebeca, entrevista individual).

Eu senti falta de conhecer a maternidade, pois a gente chega e não conhece ninguém, fica perdida e sente medo (Puérpera Raquel, entrevista individual).

Para entender a forma como as usuárias percebem a atenção ao pré-natal é preciso articular as questões estruturais, pessoais e a dinâmica do serviço de saúde neste momento. Nas queixas quanto às práticas vigentes, algumas usuárias sentem falta do diálogo e de melhores orientações, e outras sentem a necessidade de articulação entre o pré-natal e o parto, sendo estes aspectos caracterizados como motivo de desagrado com a assistência recebida.

A puérpera que se queixou dessa desarticulação no processo assistencial reforçou que o não conhecimento da maternidade pode gerar medo e ansiedade no momento do parto. Já a articulação prévia poderia facilitar a vivência da parturição, diminuindo ansiedades inerentes a esta dinâmica.

Esta dificuldade não é evidenciada unicamente neste contexto em particular. O estudo realizado por Lago e Lima (2008) demonstra que nacionalmente a articulação atenção básica/hospitalar/maternidade na saúde da mulher ainda se caracteriza como um problema para esta política. No nordeste esta desarticulação parece aumentar ainda mais, potencializando as dificuldades no acolhimento neste momento de sua vida.

É possível refletir que dentro das diretrizes do SUS e, em especial nas políticas destinadas às mulheres e no nordeste brasileiro, a dimensão da referência, contra-referência e do acolhimento, no espaço público da saúde, ainda precisam avançar na busca pela integralidade no atendimento. São questões deste tipo que potencializam leituras pouco satisfatórias dos ambientes nos quais as ações se organizam e acontecem no cotidiano.

Todavia, mesmo sentindo falta de um melhor cuidado e de práticas mais acolhedoras por parte dos profissionais, é comum as usuárias tentarem justificar as práticas que os profissionais da saúde fazem ou deixam de fazer. Então, as mulheres tentam respaldar a ausência de determinadas ações/orientações que deveriam ser fornecidas pelos trabalhadores afirmando que já tinham conhecimento pelo fato de não serem primíparas.

Até porque ele não me orientou muito, porque isso também eu já sabia, devido ao fato de que tenho um filho já. Então, só me orientou na amamentação, me

deu até um livrinho para eu ler sobre amamentação (Puérpera Raquel, entrevista individual).

Sobre a gravidez não. E sobre o parto também não, porque eu já sei não é... Mas quando é o primeiro, né, o povo diz muita coisa (Puérpera Lia, entrevista individual).

Como se pode perceber, as entrevistadas tentaram justificar a falta de interação e orientação do profissional com o fato de já terem engravidado anteriormente e, por isso, saberem como proceder na gestação. Todavia, cada gravidez é única, bem como seus sentimentos e anseios, o que possivelmente não fornece à mulher todo o conhecimento necessário para a vivência de uma nova gestação. Assim, cabe aos profissionais terem a sensibilidade de bem ajudar a mulher a vivenciar esse momento.

Outra possível justificativa para essa ausência de cuidados reside na relação dinâmica institucional versus procura pelo serviço, o que faz as mulheres desculparem o tipo de atendimento recebido, visto que há uma demanda de atendimento superior à capacidade do profissional. Nesse entendimento, é possível pensar que as puérperas estão condicionadas a compreenderem que a oferta de serviços deve ser de pouca qualidade, por ser pública e, conseqüentemente, não estar disponível em quantidade suficiente para todos, sendo, dessa forma, muito disputada.

Desse modo, a maioria dos relatos das entrevistadas aponta para uma prática pouco acolhedora e relacional, havendo uma tendência em não se orientar a mulher na vivência da gestação. É importante que as relações sejam dialógicas para assim

vislumbrar mudanças no processo assistencial durante a gestação e o nascimento. Os trabalhadores e as usuárias precisam estabelecer uma relação de troca no espaço da saúde, fazendo a produção do conhecimento acontecer nas interações cotidianas. Essa relação contribuiria para uma dinâmica mais relacional e possivelmente uma melhor vivência desse processo, pois, ao se sentir valorizada, a mulher teria mais facilidade para estabelecer parceria com o profissional e, conseqüentemente, se tornaria mais segura e disposta para atuar no processo do parto.

Mesmo considerando essas questões mais inerentes às práticas individuais, nem sempre as dificuldades no atendimento relacionavam-se diretamente com a dinâmica de trabalho da equipe de saúde. Algumas mulheres relataram que os maiores problemas incidiam na estrutura do serviço, que atrapalhava a interação e até mesmo o desenvolvimento de práticas mais qualificadas e personalizadas.

A dificuldade que eu encontrei mais foi porque o posto de saúde de lá é muito pequeno. Não tem assistência igual a que eu tive na cidade, no pré-natal da outra menina. Foi excelente lá, mas aí, porque além de ser pequeno, chega lá no horário de consultas, às vezes as médicas ou auxiliares devem chegar tarde, aí só isso... Eu ficava esperando muito. Cheguei até a passar mal lá porque o ambiente não é muito apropriado para ser um posto de saúde (Puerpera Marta, entrevista individual).

É preciso refletir que as questões estruturais, como o espaço físico e os recursos materiais, também são percebidas pelas mulheres e consideradas como aspectos que

dificultam o processo assistencial. A falta de condições básicas para o trabalho cotidiano gera estresse nos trabalhadores e nas usuárias que vivenciam esse serviço.

Embora não se queira afirmar aqui que a estrutura física caracteriza-se como um importante instrumento no processo de trabalho em saúde, sabe-se que a ausência de um espaço para bem acolher gera medo e angústia nas mulheres, especialmente por não saberem como e quando o filho nascerá. Em relação aos medos, percebe-se que, especialmente por serem mulheres pobres, elas temem desagradar, fazendo o possível para não causar incômodos.

Outro aspecto que merece destaque na entrevista dessa última puérpera é o fato de ela ter passado por longa espera, o que a levou a passar mal em algum momento. Essa demora no atendimento médico pode, muitas vezes, estar relacionada a situações que são apenas supostas. Pode-se inferir que dentre essas situações estão as excessivas jornadas de trabalho dos profissionais, que saem de um plantão para outro ou de uma unidade para outra, podendo causar atrasos na dinâmica do serviço que os espera; os problemas pessoais que, de algum modo, atrasam a chegada dos trabalhadores aos serviços e não ser explicados para as usuárias do serviço público; e a priorização de outros espaços de cuidar em detrimento do serviço público. Provavelmente, os profissionais atendam primeiro as clínicas privadas, destinando o tempo que sobra ao serviço público.

Diante dessas proposições, percebe-se que ficam vívidas na memória das mulheres as questões relativas aos atendimentos e aos atrasos, sendo esses aspectos relatados assim que têm oportunidade.

Todavia, mesmo parecendo que a usuária sabe que o atraso afeta a sua saúde, não consegue refletir acerca do seu papel enquanto agente transformador de mudança e,

menos ainda, vislumbrar que esse problema precisa ser solucionado pelas autoridades competentes.

Essa leitura pouco reflexiva acerca dos contextos que conformam e organizam as práticas institucionais e os processos de trabalho em saúde acabam sendo decorrentes da própria forma de organização da sociedade. Na sua dinâmica, a sociedade tende a modelar os indivíduos de modo a fazê-los agir conforme os interesses econômicos hegemônicos, desconsiderando as necessidades sociais que regem a vida dos distintos grupos sociais.

Assim, as mulheres acabam achando que o pouco que recebem durante o acompanhamento pré-natal, mesmo não sendo suficiente, tem sua explicação no fato de ser pobre e depender de um serviço público, teoricamente gratuito no imaginário de muitas pessoas. Nessa perspectiva, sentem-se incapazes de criticar e até mesmo de se envolver na luta por melhorias para as ações desenvolvidas por terem, muitas vezes, incorporado a assistência como um favor do governo e não como um direito de cidadania.

5.5.2 A atenção ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão

Nesse momento, as construções discursivas apresentam as reflexões das puérperas quanto ao acesso e à atenção ao processo de parturição da Maternidade de Felipe Camarão. Assim, são delineados os passos percorridos pelas usuárias e a assistência recebida desde o início do trabalho de parto até as ações no pós-parto imediato. Com isso, tenta-se articular as etapas do processo de trabalho com as necessidades evidenciadas implícita ou explicitamente no serviço público.

Desse modo, esta parte da análise encontra-se dividida em cinco tópicos, a saber: o acesso à maternidade e a peregrinação nos serviços públicos; os cuidados dispensados ao processo de parturição; as práticas no alojamento conjunto; avaliando positivamente os cuidados e o espaço assistencial; avaliando negativamente os cuidados e o espaço assistencial.

5.5.2.1 O acesso à maternidade e a peregrinação nos serviços públicos

Ao se pensar em maternidades como local de nascimento, situação que não pode esperar, pois tem de acontecer, independentemente de qualquer coisa, é possível pensar que problemas relacionados ao acesso deveriam ser quase inexistentes. Sendo um processo que precisa de acolhimento imediato, para não se correr o risco de intercorrências por limitações físicas e estruturais, os serviços em geral deveriam estar capacitados para atender a mulher nesse momento.

Todavia, as carências presentes nos serviços públicos de saúde acontecem em todas as esferas, e a assistência ao nascimento não é menos afetada. As usuárias que se utilizam dessa assistência têm de se submeter muitas vezes a dificuldades e peregrinações em busca de um local para o nascimento do seu filho.

Na maternidade deste estudo, houve situações que mostraram um acolhimento rápido e preciso, com resolução imediata, ou quase, das necessidades expressas das parturientes.

Eu comecei a sentir as dores ontem de manhã, quando eu acordei, mas eu quis fazer igual como eu fiz na gravidez do meu outro filho, esperar e só ir na hora.

Dele eu aguentei a noite todinha, me torcendo com dor, mas dessa não. Eu tive que vir de madrugada, mas quando eu cheguei aqui eu fui logo atendida, fui muito bem recebida. A médica disse que eu estava com mais de sete centímetros e já estava quase na hora. Eu cheguei depois de 3h e 30 minutos da manhã e quando foi às 4h e 10 minutos eu já estava parindo (Puérpera Madalena, entrevista individual).

Comigo foi tudo bom, pois eu cheguei e num instante pari. Eu cheguei era umas 8h e 20 minutos e quando foi umas 8h e 50 minutos ela nasceu. Só deu tempo da médica fazer a ficha e pronto, eu fui para a sala de parto. O pessoal daqui me apoiou bem (Puérpera Marta, entrevista individual).

Nesses discursos, é possível sugerir que as boas práticas de acolhimento estavam relacionadas diretamente com o trabalho de parto avançado, na fase final e muitas vezes quase expulsiva que garantiu o internamento imediato e sem muitas dificuldades. Nesses casos, não havia mais tempo para fazer a mulher buscar outro serviço, sendo necessário que ela ficasse nessa maternidade para parir. De acordo com o estudo de Queiroz, Jorge, Marques, Cavalcante e Moreira (2007), a satisfação das usuárias está relacionada ao bem-estar e pode-se sugerir que o se sentir bem apresenta estreita relação com a garantia de um local para ter e ficar com o filho.

Todavia, se, para a mulher, chegar prestes a parir é garantia de um leito sem que precise de muita peregrinação; para o serviço, essa situação pode muitas vezes caracterizar-se como problemática, pois demanda a necessidade de acolhimento mesmo que não haja disponibilidade para tanto. Sendo assim, era comum ouvir e observar as

insatisfações dos profissionais a respeito dos frequentes momentos de lotação na maternidade em questão, ficando algumas usuárias em cadeiras e outras nos leitos do pré-parto, sem as condições ideais para acolher mulheres e neonatos.

Observa-se, a partir das entrevistas, que algumas puérperas relataram a rapidez de seu parto, enquanto outras falaram das dificuldades de ter acesso à maternidade e da peregrinação pela qual tiveram de passar para garantir um local para ter o filho. Era comum, ao questioná-las acerca do momento de admissão na maternidade, ouvir relatos quanto à necessidade de peregrinação para obter assistência em diversos serviços até ter sua assistência garantida na Maternidade Felipe Camarão. Algumas até vinham antes para essa instituição, mas tinham de se deslocar para outros hospitais, sem resolução e, menos ainda, esclarecimentos sobre seu estado.

Comecei a sentir dor na sexta-feira à noite, mas dava para levar. No sábado pela manhã, minha irmã me trouxe para cá, mas a médica disse que eu não tinha passagem. Ela mandou eu ir para a Januário para tentar fazer um exame, para escutar o menino e saber como estava. Eu fui e quando foi por volta das cinco da tarde eu voltei para cá, para saber se já tinha mudado. Na hora, eu estava só com dois centímetros. Mandaram eu ir para casa de novo. Quando foi por volta das nove e meia da noite eu vim novamente e quando me tocaram eu já estava com cinco centímetros. Dessa vez eu fiquei e pari do sábado para o domingo (Puérpera Sara, entrevista individual).

A questão da peregrinação não é problema apenas dos serviços públicos do Nordeste brasileiro. Ao contrário do que se pensa, essa realidade está presente nas

demais regiões do país. Um estudo realizado por Menezes, Leite, Scrhamm e Leal (2006) retratou a peregrinação que as mulheres do Rio de Janeiro se submeteram para ter a assistência no nascimento. As justificativas, via de regra, relacionavam-se com a superlotação dos espaços, não havendo vagas para mais um internamento. As autoras levam em conta que, mesmo em face de políticas que resguardam a assistência obstétrica e neonatal, reforçando a necessidade de qualidade e quantidade no atendimento na atenção básica e na especializada, as carências ainda são muito comuns e de difíceis resoluções.

Outro aspecto relacionado à peregrinação diz respeito ao fato de a mulher não ser orientada em nenhum momento quanto às reações e aos acontecimentos durante o processo de parturição – situação vista comumente nos serviços públicos de saúde. Autores como Silva e Gonçalves (2007) retratam a importância da preparação para o parto, tanto para reconhecer os acontecimentos quanto para facilitar a colaboração da mulher e da sua família nesse momento. As mulheres, por não terem sido preparadas adequadamente para o trabalho de parto, acabam procurando os serviços inúmeras vezes, com medo das reações e dos acontecimentos vivenciados no seu corpo.

Caso houvesse orientações adequadas quanto ao trabalho de parto, seria bem provável que as mulheres só procurassem o serviço no momento certo. A adoção dessa medida facilitaria sua vida, diminuindo a ansiedade e o estresse causados pelo medo das intercorrências, e poderia, em parte, diminuir a demanda excedente e desnecessária que lota os serviços públicos de saúde.

A carência de orientações adequadas é tão visível que muitas vezes a peregrinação é necessária para uma avaliação tecnológica mais acurada e não disponível na maternidade. Mesmo assim, os profissionais que assistem as mulheres apenas as

encaminham, sem explicar de modo claro e adequado a importância desses procedimentos.

Eu vim ontem de manhã para levar um toque. Quando eu cheguei, o médico me tocou e disse que não estava dilatando. Então ele disse: Olhe sua filha já passou da hora de nascer, e eu vou encaminhar você para a Januário. Ele disse que minha filha era para ter nascido dia 20 de junho. Quando eu cheguei na Januário, tive que esperar muito porque lá estava lotado. Fiz a monitoragem e vim para cá. Primeiro passei em casa para arrumar as coisas e depois vim para cá. Eu cheguei aqui às quatro horas da tarde e dessa vez eu fiquei. Quando foi às dez e quarenta da noite, minha menina nasceu (Puérpera Lia, entrevista individual).

Observa-se que, apesar de a maternidade de Felipe Camarão ter passado por um processo de reestruturação na época da premiação e de suas diretrizes enfocarem a humanização e o acolhimento como norte para o trabalho, persistem práticas que pouco acolhem e orientam. No discurso dessa puérpera, a carência de informações mais precisas acerca do seu quadro a fez peregrinar em alguns espaços. De modo geral, não há um diálogo efetivo, nem a preocupação de ouvir as mulheres a fim de evitar que elas fiquem deslocando-se de um serviço para o outro sem que as suas queixas sejam consideradas. Ao contrário, as pessoas submetem-se ao que se encontra posto sem questionar e/ou refletir seu papel em cada contexto/processo de trabalho.

É provável que essas práticas tenham relação com a dinâmica do serviço, contextualizado a partir de ações preconizadas para seguir um padrão de atendimento.

Acrescido a isso, tem-se ainda a problemática da lotação do espaço, que desencadeia ações menos relacionais devido ao aumento da demanda em detrimento do acesso e da oferta. Assim, o serviço público brasileiro sofre revezes contínuos decorrentes das carências estruturais e materiais e da forma mecânica como os trabalhadores portam-se no contato com as usuárias. Sendo assim, a gestante, muitas vezes por medo de não ser acolhida e até mesmo por desconhecimento, submete-se a essas práticas sem reclamar, aceitando a peregrinação e não questionando a respeito de seu quadro.

Por isso, é preciso pensar que os princípios da integralidade, do acesso e do acolhimento presentes nas teorias do sistema público de saúde são feridos em sua gênese. Pensar em estratégias que modifiquem essa dinâmica é antever mudanças nas práticas médicas, no modo de organizar as ações em saúde e na forma como o governo apreende e responde aos problemas específicos da população assistida pelos serviços públicos (Gomes & Pinheiro, 2005). A cogestão dessas ideias favoreceria uma prática mais dialógica, melhoraria o acesso e qualificaria as ações de saúde.

Ao ser abordada a categoria acesso, entende-se, a partir da perspectiva de Hortale, Pedroza e Rosa (2000), que ela é condição indispensável para o bom funcionamento de um sistema de saúde. Independentemente da estruturação dos espaços, essa categoria deve funcionar como um valor ou meta a ser alcançada na produção das políticas públicas, como um norte para todo e qualquer atendimento à saúde da população. Além disso, ao pensar em acesso, não se deve levar em conta apenas a porta de entrada, mas toda a estruturação dos serviços de saúde de modo a atender as diversas necessidades da população, desde a chegada até a saída do serviço público.

No caso em particular da mulher em trabalho de parto, pensar nesse acesso é antever um serviço que consiga dar conta das diversas necessidades de uma assistência a um processo fisiológico, mas que tenha os recursos disponíveis para as intercorrências que acaso possam acontecer.

Todavia, é de conhecimento geral que o sistema público de saúde brasileiro encontra-se com dificuldades de funcionamento e sucateado em toda a sua gênese, em especial e de modo singular no aspecto financeiro. Isso acontece porque, além dos recursos insuficientes, há uma demanda que maior do que a oferta, ocasionando filas incontáveis, peregrinação em busca de serviços públicos e submissão a um atendimento precário sem qualidade e/ou resolutividade. Sem contar que, muitas vezes, quando o usuário dispõe de recursos financeiros mínimos, procura o serviço privado para garantir a assistência à saúde necessária para a queixa sentida.

5.5.2.2 Os cuidados dispensados ao processo de parturição

Diante da dinâmica do trabalho de parto e ao se pensar no processo assistencial desenvolvido no nascimento, é preciso entender que os cuidados não devem ser caracterizados como exclusivamente clínicos, especialmente devido às novas propostas que regem as práticas em saúde na atenção ao nascimento. Ao contrário, as ações em saúde devem envolver todos os que se relacionam com a vivência das mulheres e a contextualização da vida em sociedade. Todavia, essa articulação não foi percebida em nenhum discurso apresentado pelas puérperas, como destacado a seguir:

Pesquisadora Raquel – Como foi o seu atendimento quando você chegou aqui na maternidade? O que fizeram com você?

Puérpera Raquel – Eu cheguei aqui com cinco centímetros e estava sem sentir dor. Então o médico me examinou depois que as enfermeiras viram a minha pressão. Ele disse: eu vou colocar este soro para você começar a sentir as dores (Entrevista individual).

Pesquisadora Raquel – Sara, me conte como foi sua chegada em Felipe Camarão? O que fizeram com você quando chegou aqui?

Puérpera Sara – Eu cheguei e ela mediu a pressão. Depois que ela mediu a pressão, eu fui para a médica, ela fez o toque e pronto, eu fiquei internada e eles não me disseram mais nada (Entrevista individual).

Pesquisadora Raquel – Conte como foi quando você chegou aqui em trabalho de parto?

Puérpera Rebeca – Quando eu vim para cá no começo da noite eu estava sem dor, mas depois que me examinaram me deixaram no repouso, sem soro. Quando foi uma hora da manhã, veio, me examinou de novo e colocou o soro. Era umas cinco horas da manhã quando ele estourou minha bolsa e logo depois eu tive e a criança nasceu (Entrevista individual).

A partir desses discursos, é possível sugerir que ao se questionar sobre a assistência durante a parturição é mais comum as mulheres resgatarem as práticas clínicas, enfatizando pouco ou nada as conversas e o apoio como ações relacionadas ao processo assistencial. O caráter técnico da assistência já foi abordado em outro

momento como uma situação que reflete o paradigma ainda dominante da atenção à saúde e, em particular, ao parto e ao nascimento.

Esses aspectos são apresentados no estudo desenvolvido por Reis e Patrício (2005). Nesse trabalho, os participantes reforçam que na dinâmica dos serviços de atenção ao parto e ao nascimento as preocupações residem mais na assistência final, no momento do parto. Os cuidados no intercurso só são relevados e resgatados com mais efetividade quando há intercorrências. As mulheres, por sua vez, tendem a não exigir mudanças, nem refletem acerca das suas necessidades nesse momento, mantendo uma dinâmica que dificulta o cuidar (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008).

Como é evidente a falta de apoio e acolhimento por parte dos trabalhadores, as mulheres frequentemente relatavam a importância de seus acompanhantes. Muitas vezes, esses acompanhantes apenas as olhavam e apoiavam, por não terem noção de como poderiam contribuir para a melhor vivência do momento de parturição. Mesmo assim, provavelmente devido ao apoio, eram queridos e desejados nesse processo.

Eu achei bom o meu marido ali, pois quando não fica ninguém a gente fica se sentindo só e desprezada. Com ele, eu me senti mais segura (Puerpera Rebeca, entrevista individual).

Isso leva a crer que a demanda pode ser um fator que dificulta a maior interação, como já relatado nesta análise. Os profissionais queixam-se da falta de tempo para dialogar e acolher, apontando a ausência de recursos humanos em quantidade suficiente como agente interveniente nesse contexto.

Pode ser também que esses trabalhadores não estejam envolvidos com o acolher, mesmo que essa proposta esteja fazendo parte das políticas dos serviços de saúde (Reis & Patrício, 2005). Há uma série de situações que condicionam a capacidade de acolher, dentre essas, podem ser citadas as características individuais, o processo de formação, a dinâmica do serviço e o contexto de vida em sociedade de cada trabalhador. Assim, é possível reforçar que não basta apenas organizar e produzir mudanças na teoria. É preciso trabalhar os diversos atores envolvidos no contexto da assistência para corresponsabilizarem-se com as mudanças e ainda entenderem o contexto que cerca e limita o processo assistencial na atenção ao parto e ao nascimento (Morais, Alves & Traverso-Yépez, 2008). Além disso, é preciso que se articulem todas essas questões na medida em que se reflete a dinâmica de atenção ao parto e ao nascimento.

Outro aspecto observado nos relatos das usuárias reporta-se aos medos e ansiedades durante o intercurso da parturição. De modo geral, com base em Lopes, Donelli, Lima e Piccinini (2005), o medo da morte, o cuidado com os filhos que ficaram em casa e outras questões domésticas estão muito presentes no imaginário das mulheres que buscam assistência durante o trabalho de parto. Apesar de não expressarem essas angústias, elas só se sentem relaxadas após nascimento do filho. O fato de os trabalhadores não se mostrarem sensibilizados com essas questões nem dispostos a se relacionarem nesse momento dificulta as práticas e a diminuição das angústias características do processo de parturição.

Passa na minha cabeça tanta coisa no tempo em que estou aqui. Eu penso nas crianças que ficaram em casa e penso no que vai ser assim, as besteiras... Porque quando a gente vai ganhar bebê, a gente pensa tanta besteira, tem medo do que

estar acontecendo, pensa assim, que vem parir, mas não volta para casa, que vai morrer (Puérpera Isabel, entrevista individual).

Nesse sentido, é preciso apreender que durante o processo de parturição as práticas devem, em todo momento, buscar articular as diversas necessidades de saúde com o contexto de produção e reprodução das ações, ou seja, com a forma como elas são organizadas e repassadas na cotidianidade. Desse modo, seria possível pensar em uma dinâmica de trabalho que veja trabalhadores e usuárias enquanto seres sociais, portadores de singularidades e necessidades, as quais devem ser supridas pelo Estado nas práticas junto aos serviços de saúde.

5.5.2.3 Avaliando positivamente o espaço e a assistência ao parto e ao nascimento

A assistência ao parto e ao nascimento e o espaço de cuidado foram questões apontadas no momento das entrevistas com as mulheres, sendo comum as usuárias relatarem situações vivenciadas durante o processo de parturição e o internamento na maternidade.

Todavia, o relato de situações agradáveis é marcante, pois as usuárias mostraram sua satisfação ao serem bem atendidas durante o internamento.

Foi muito bom aqui. O pessoal é muito legal. Apesar de ter sido à noite, eu não fiquei sozinha. As pessoas reclamam que quando vão ter menino no horário da noite ninguém dá atenção. Aqui não. Toda vez que meu marido ia chamar elas

vinham, olhavam o soro, me examinavam. Eu não me senti só (Puérpera Lia, entrevista individual).

Do atendimento eu gostei de todo mundo, incluindo as enfermeiras, as parteiras e as médicas (Puérpera Marta, entrevista individual).

Em alguns discursos, as usuárias relataram situações engraçadas durante o internamento que vivenciadas na interação com os profissionais contribuíram para que elas se sentissem mais à vontade e seguras com o atendimento oferecido na unidade do serviço de saúde. Além disso, essa dinâmica interacional tende a deixar a gestante mais segurança com a instituição, com a equipe e com as práticas desenvolvidas durante o trabalho de parto.

Eu achei tudo legal. Eu estou lembrando agora, eu fico com vergonha e com vontade de rir, quando eu cheguei, eu vinha com tanta dor que eu não me aguentava em pé. Peguei e deitei na cama do vigia, mas ele não disse nada. Ele achou engraçado, foi engraçado, todo mundo foi bom comigo (Puérpera Madalena, entrevista individual).

Bem, porque tinha um enfermeiro que fazia mais eu rir do que chorar, então eu acho que me dava mais segurança (Puérpera Raquel, entrevista individual).

Essas vivências tendem a ajudar no relaxamento da puérpera e acabam caracterizando-se como boas práticas de acolhimento. O estudo de Armellini e Luz (2003) reforça a necessidade de se criar uma relação de vínculo presente no imaginário das usuárias. Então, o apoio expressado de maneira verbal ou não verbal, na expressão de conversas informais, sorrisos, toques e olhares, caracteriza-se como condição indispensável para o sentir-se bem nesse momento. Isso ocorre porque as mulheres “estão emocionalmente sensíveis durante o trabalho de parto, por isso esperam profissionais aliados, capazes de lhes propiciar tranquilidade, segurança, redução da dor e do medo do parto” (p. 309).

Embora os aspectos citados tenham seu valor, no geral, o que mais agrada as usuárias é a possibilidade de ficar com um acompanhante durante o processo de parturição. Ter alguém conhecido, íntimo e parceiro favorece uma maior adaptação ao espaço e à situação vivenciada, o que torna esse momento marcante.

Quem ficou aqui comigo foi minha irmã e eu gostei, porque, assim, estava ali para dar um apoio e isto foi bom (Puérpera Raquel, entrevista individual).

Eu achei bom ficar alguém comigo, foi minha mãe quem ficou. Ela me ajudou nesse momento, disse que eu não fizesse escândalo. Se não fosse ela, eu tinha ficado sozinha, pois meu marido é nervoso e ele disse que não ficaria comigo (Puérpera Mirtes, entrevista individual).

Esses discursos resgatam o exposto na literatura acerca dos benefícios de um acompanhante durante todo o processo de parturição, ao entender que essa parceria é capaz de tranquilizar, apoiar e diminuir estresses e ansiedades. Embora na maternidade não seja permitida a permanência de um acompanhante no alojamento conjunto, por aspectos relacionados ao espaço físico, a participação dessa pessoa no processo de parturição gera segurança e melhora a vivência desse momento e, em consequência, tende a facilitar a descida do feto.

No momento em que se abordam a discussão de boas práticas na maternidade e o que as usuárias pensam do atendimento recebido na instituição, algumas mulheres dão maior dimensão às ações, exagerando, em seu discurso, positiva ou negativamente, as vivências. Em alguns casos, conseguem entender que, para bem acolher, o profissional precisa ter uma mentalidade diferente, não se preocupando apenas com aspectos técnicos. O profissional precisa gostar do que faz para realizar um bom trabalho, integrando o amor em suas ações cotidianas, independentemente de retorno financeiro. Essa visão ideológica reforça a caracterização das práticas em saúde como doação, conforme foi dito.

Eu digo assim, na saúde é preciso trabalhar com amor. Não pode se ver o quanto você vai ganhar ou o quanto você vai perder nisso, pois trabalhando com amor você faz o certo (Puerpera Raquel, entrevista individual).

Nesse entender, é possível refletir que as ações no processo de parturição são avaliadas de modo positivo, resgatando atores e práticas que são desenvolvidas de modo agradável. Assim, é necessário que os diferentes papéis nesse momento sejam

repensados, na perspectiva de fazer com que as mudanças nas atitudes e práticas configurem-se como uma dinâmica frequente, e não pontual, concentrada nas mãos de poucos trabalhadores.

5.5.2.4 Avaliando negativamente o espaço e a assistência ao parto e ao nascimento

O contexto e as ações em saúde na maternidade investigada também foram avaliados dentro de uma perspectiva negativa, quando as usuárias relatam situações vivenciadas que as fazem não se sentir bem naquele ambiente.

Um dos aspectos avaliados negativamente é o fato de a maternidade receber estagiários, fazendo com que as mulheres sintam-se expostas e não respeitadas na sua intimidade.

Graças a Deus que no meu parto foi só a médica, a ajudante e minha mãe. Também só foi assim porque foi de madrugada, mas eu dei graças a Deus. Eu não gosto de fazer parto com estagiário, fico com vergonha, pois a sala fica cheia, mas de madrugada eles não estão. Agora de manhã já teve uma que veio me examinar (Puérpera Madalena, entrevista individual).

Não querer e não gostar de estagiários na sala durante o processo de parturição é um direito que a mulher tem. Todavia, por se entender que as atividades de estágio

fazem parte do processo ensino/aprendizagem, não é questionada nem respeitada a vontade da mulher em permitir essa presença. Houve momentos, durante a observação desta pesquisa, que na sala de parto, entre profissionais e estagiários, encontravam-se mais de 10 (dez) pessoas. Em nenhum momento as mulheres foram questionadas se queriam e/ou aceitavam os estagiários assistindo ao seu parto. Algumas delas ficavam tão encabuladas com a quantidade de pessoas observando que houve um momento que uma das enfermeiras mostrou-se apreensiva com o número de indivíduos e solicitou que a gestante opinasse quanto à permanência de todos. A parturiente, por medo ou vergonha de pedir que os estagiários saíssem, ficou sem falar. Então, a enfermeira tomou o silêncio como consentimento (Observação participante).

Como se pode constatar, a participação dos estudantes estagiários era imposta, e as usuárias, muitas vezes por medo de opinar, submetiam-se àquela situação sem nada dizer, apenas se sujeitando ao querer dos diferentes trabalhadores envolvidos na sua assistência.

Há ainda outra situação que gera insatisfações nas usuárias que não se relaciona diretamente com a assistência da maternidade, mas sim com a organização do serviço público e com a peregrinação que muitas vezes a mulher precisa submeter-se. Como a peregrinação reside em visitar vários locais até ter a garantia do internamento, o desejo das mulheres não necessariamente reflete a premência em ter o atendimento imediato, mas sim em ter apoio de transporte para vivenciar essa peregrinação.

Eu sinto falta de uma ambulância, porque não é todo mundo que pode pagar. Eu mesmo gastei um bocado sem poder, paguei bem dizer uns 80 reais. Primeiro eu vim e paguei 20 reais para me trazerem aqui. Quando cheguei aqui, fizeram o

toque e me disseram que não estava na hora, que eu voltasse para casa. Quando foi com três dias tive que ir lá para a Maternidade Januário. Chegando lá, me disseram que o atendimento não estava muito bem porque as mulheres que estavam parindo estavam ficando pelo chão, em cima de cadeira, em cima de sofá. Então eles mandaram eu vir para cá. Disseram que se a bolsa estourasse eu não fosse para lá, procurasse outra maternidade porque lá não tinha condição para que eu ficasse. Eles me deram um encaminhamento lá para o hospital Memorial. Quando eu já estava perdendo líquido, eu fui para lá, mas eles me examinaram e disseram que eu estava com três centímetros ainda, que eu voltasse para casa. Então lá vem eu voltando para casa. Aí agora eu tive que pagar mais vinte reais para vir para cá. E eu acho que meu marido não veio me pegar ainda porque não tem o dinheiro para me levar para casa (Puerpera Isabel, entrevista individual).

Como ontem. Eu liguei para o SAMU, aí a SAMU: Senhora a ambulância só vai em caso de urgência. Aí eu disse: quer dizer que uma mulher sofrendo com dor para ter menino não é caso de urgência para você? Porque a mulher pode ter menino em casa, dá uma hemorragia, morre a mãe, morre o filho e quer dizer que para vocês não é urgência? Ele disse, não, isso é caso de maternidade. Eu disse, eu sei que isso é caso de maternidade. Agora é porque aqui não tem nenhum carro para me levar a uma maternidade. Meu sogro rodou para ver se encontrava um carro para me trazer. Ninguém podia, aí o primeiro que pode me trouxe. E ele dizendo que era caso de maternidade. O negócio é que aqui não tem transporte e eu não vou a pé para a maternidade. Então ele pediu para que

eu chamasse algum parente ou vizinho para me levar (Puérpera Maria, entrevista individual).

A carência de uma ambulância para o transporte das mulheres, que na maioria dos casos utilizam recursos próprios, muitas vezes inexistentes, para a locomoção, também foi evidenciada no estudo desenvolvido por Menezes, Leite, Scrhamm e Leal (2006). As dificuldades relacionadas ao transporte, além de complicarem a vida da mulher, também podem contribuir para intercorrências e uma possível complicação no quadro gestacional.

Resgatando o discurso da falta de uma ambulância para transportar as usuárias de uma maternidade à outra, é possível antever a submissão e a ausência de conhecimento quanto aos direitos de cidadania reveladas nas falas das entrevistadas. O fato de a mulher preocupar-se em pedir uma ambulância para peregrinar e não exigir que os diversos serviços estejam adequadamente organizados para dar conta da sua demanda é situação que demonstra o quanto a população é sofrida e desconhecadora dos seus direitos.

No geral, as puérperas não entendem essa peregrinação como desorganização da assistência, nem como falta de orientações adequadas para se conhecer e saber o momento de procurar o serviço durante o trabalho de parto. Não articulam a falta de acesso e as longas distâncias com a ausência de serviços de referência, com recursos mínimos para bem acolher, com quantidade e qualidade na assistência a ser oferecida.

Questões desse tipo ressaltam ainda mais o sucateamento dos espaços públicos da saúde brasileira, nos quais há falta de recursos adequados para o funcionamento. Então, quando se aborda um serviço público igualitário e acessível para todos e se pensa

a saúde como a conjugação de aspectos sociais, econômicos, de vida e também de saúde, sugere-se que as diversas questões devam refletir e retratar as condições de vida da população. Então, não adianta organizar um ambiente de atenção à população quando ele não é capaz de acolher a todos e menos ainda quando o seu acesso não é geograficamente facilitado para a comunidade/localidade carente.

É preciso pensar que em um sistema de saúde mais igualitário, no qual todos possam ter assistência adequada e em todos os sentidos, a dinâmica do cuidar não se limita ao espaço da consulta e do internamento. Essa dinâmica reside em prover condições dignas de vida, de trabalho e, por fim, de saúde. Não se pode mais admitir que em um momento de celebração à vida, como é o caso do nascimento, gestantes morram ao se deslocarem em busca de assistência, acontecimentos comumente noticiados nos jornais brasileiros.

Outro aspecto que pode ser destacado diz respeito à forma como as usuárias avaliaram negativamente a maneira como parte dos profissionais que assistem ao parto e ao nascimento acolhem as pacientes na maternidade de Felipe Camarão. Nesse momento, essas mulheres sentiram-se desamparadas, expressando suas indignações durante as entrevistas.

Até porque sábado eu vim e tinha uma senhora que estava de plantão muito ignorante. Porque eu digo que eu sou preta, pobre, mas não sou imunda não. Eu pensei que ela estava com nojo de mim, por que ela fez... Que eu saiba, se você vai atender um paciente, você senta com o paciente, você pergunta com o que ele está... Não é só porque você estava vendo ela com a barriga grande, mandar sentar ali e arriar as calcinhas, não. Foi assim que ela disse para mim. Aí eu,

vixe Maria!!!, mas ainda bem que ontem não foi ela não (Puérpera Raquel, entrevista individual).

Algumas pessoas aqui não atendem a gente bem não. Porque às vezes a gente está aqui e têm umas que passam pra lá e pra cá e se a gente não chamar elas nem olham. Têm umas que mesmo a gente chamando fazem de conta que não ouviram e passam (Puérpera Mirtes, entrevista individual).

Além dessa questão de não acolher bem, um discurso em particular chamou a atenção, pois no relato da usuária houve desmerecimento das suas queixas, do seu quadro clínico. A mulher afirmava estar sentindo intensas dores e um profissional ficou fazendo pouco caso da sua situação.

Porque eu disse, contando aqui a ela, ontem eu tive dor que era para ter mesmo, e a mulher, cadê, cadê a dor? Desmerecendo... Quem disse foi uma mulher, mas ela trabalha aqui, que ontem ela deu plantão. E ela me atendeu até hoje de manhã, aquela mulher que estava aí, e me atendeu. Porque na hora que a menina me colocou lá na mesa, na cama de parto, ela colocou as luvas e ficou olhando. E ela disse, não isso daqui não sai mesmo não. E eu vendo que o negócio estava apertado, doendo muito. E ela cadê a dor? Aí foi chamar o médico para ver. Aí quando o médico chegou, ele queria fazer um toque, mas não deu nem tempo dele fazer o toque, a criança nasceu. Ela ficou fazendo pouco de mim, dizendo que eu não estava com dor. Não era ela que estava ali. Só porque a pessoa tem

dois filhos, três, acham que não sente mais dor, que a pessoa não é ser humano (Puérpera Maria, entrevista individual).

A partir da avaliação dessas mulheres, é preciso entender que, corroborando dados do estudo de Moraes, Alves e Traverso-Yépez (2008), algumas usuárias não expressam o que sentem nesse momento por temer dificuldades em atendimentos posteriores, tanto é que, mesmo passando por situações de ausência de respeito, nenhuma delas questionou e/ou pediu ao profissional que as respeitasse e as tratasse bem. É sabido que diversas situações estão interferindo nas formas de se trabalhar na cotidianidade. Dessa forma, para que haja sensibilização e acolhimento contínuo, é preciso que essas ações sejam repensadas e reproduzidas em cada momento.

Talvez o medo de criticar o modo de atendimento e de pedir mudanças resida nas questões estruturais e na dificuldade de garantia de internamento, ou ainda nas questões relativas ao saber/poder do médico e dos outros profissionais da saúde.

Diante disso, é possível sugerir que, de acordo com a avaliação dessas mulheres, a assistência a elas destinada parece ser pontual e dependente de diferentes atores e práticas. De modo geral, elas são incapazes de avaliar todo o contexto, delineando as diversas necessidades e, ao contrário, focam-se em discursos e em algumas ações de determinados trabalhadores. Assim, fica parecendo que são incapazes, ou pelo menos não tentam, de articular todo o contexto da assistência na referida maternidade, para conhecer seus direitos e saber exigí-los diante da sua ausência. A dinâmica das práticas em saúde são situações interacionais e nem sempre todos estão envolvidos da mesma forma, precisando que uns apoiem e dialoguem com os outros.

CAPÍTULO SEIS – COMENTÁRIOS FINAIS: mudanças possíveis na caminhada

Discutir as práticas em saúde destinadas ao parto e ao nascimento é um assunto fascinante, que fornece subsídios para outros olhares e novas reflexões a cada momento pela dinamicidade dos aspectos de saúde relacionados ao processo. Além disso, por envolver questões culturais, econômicas e sociais, é válido refletir o contexto de produção e reprodução social cotidiana, especialmente nas ações delineadas para as usuárias do SUS. Nos diversos momentos de produção, reprodução e reflexão, novas dinâmicas vão acontecendo e apresentando-se como possíveis para a reconstrução do saber/fazer na atenção ao processo gestacional.

Diante de todo a investigação da pesquisa, alguns aspectos foram relevantes e merecem ser destacados com maior ênfase: a) as produções nacionais e internacionais acerca da atenção à dinâmica gestacional e o modo como as diferenças sociais são tratadas nesses documentos e reproduzidas na assistência ao parto e ao nascimento; b) a forma de organização da assistência no serviço público, descontextualizada das formas de viver em sociedade e incapaz de responder as diferentes necessidades de saúde apresentadas pela população; c) a evidência de práticas na atenção ao nascimento fundamentadas no paradigma biomédico ainda vigente; d) a noção de humanização apontada como uma possível solução para a problemática das práticas intervencionistas e para a redução da morbimortalidade materna e perinatal; e, por fim, e) as limitações do discurso humanizador por não contextualizar as concretas necessidades sociais da

população e, em particular, as necessidades das mulheres durante o processo gestacional.

Então, a partir desse momento, cada um desses aspectos será esmiuçado, levando em conta todo o processo de investigação, desde as leituras, as pesquisas, os estudos, as dificuldades, o apego ao tema até o sentimento de impotência. Todavia, anunciou-se como mais importante, e foi aspecto que sustentou toda a caminhada, a possibilidade de produzir algo capaz de gerar reflexão, e quiçá transformação, das práticas e ações cotidianas na atenção à saúde da mulher.

a) As produções de domínio público sobre a assistência destinada ao parto e ao nascimento, de modo geral, apresentam concepções que delineiam novas formas de atuar no processo de parturição. Nesses materiais, evidentemente progressistas e com foco na cidadania, na autonomia e no empoderamento, não se consegue extrapolar os limites do discurso idealizado. No cotidiano, torna-se difícil romper com a dinâmica vigente, até pela forma como as propostas são organizadas e operacionalizadas na prática.

Assim, apesar de se discutir autonomia e empoderamento, há um discurso que tende a centrar esforços em atender interesses hegemônicos, apenas tratando brevemente as necessidades sociais que interferem de modo inegável na saúde das diferentes pessoas. Há um discurso que reconhece as carências físicas e estruturais e os contextos de iniquidades sociais, todavia poucas estratégias são lançadas de modo a entender e atuar nas diferentes necessidades nos distintos espaços.

Então, antes de se conceberem mudanças apenas de cunho teórico, é necessário refletir e articular o proposto com os espaços e os trabalhadores da saúde, com sua forma de ser e estar na sociedade contemporânea. É preciso ainda atender as

necessidades das usuárias não apenas no sentido de acolher bem, mas também compreendendo os contextos, as formas de viver, o acesso, as diferenças socioeconômicas e assim articular essas situações com a produção cotidiana em saúde.

Desse modo, seria possível antever a produção de uma política de domínio público pautada nas necessidades da população dos diferentes espaços como transformadora da produção e reprodução do saber/fazer na atenção ao parto e ao nascimento.

b) A forma de organização da assistência, coordenada por manuais e teoricamente produzida de modo similar para os diferentes espaços, é outro ponto que merece destaque. Isso ocorre porque o Brasil é um país com grande variabilidade geográfica e social, entrelaçando diversos grupos, conhecimentos e práticas com as diferentes condições socioeconômicas. Apesar de ter um índice de desenvolvimento humano compatível com os países desenvolvidos, o país caracteriza-se como capitalista periférico, o que contribui para que as desigualdades sociais tendam a se acentuar, agravando a situação de saúde do povo e deteriorando a sua capacidade produtiva.

A ênfase aqui dada às desigualdades sociais acontece por a existência de modos específicos de atenção à saúde se manifestar na dinâmica dos serviços, havendo uma medicina para ricos e políticas de saúde homogêneas, provavelmente pouco resolutivas, para os pobres.

Pelo território nacional, que enseja culturas distintas, não é possível pensar um processo de produção em saúde que busque atender a esses grupos de forma igualitária. Isso porque um país com tantas diferenciações geográficas e sociais necessariamente tende a gerar distintas necessidades para as diversas questões de saúde.

Entretanto, na gestão dos programas e práticas em saúde, há uma tendência em se pensar e atuar homogeneamente, como se as necessidades fossem iguais para todos, independentemente dos contextos e dos grupos aos quais as ações destinam-se.

Então, ao se descontextualizar as dinâmicas sociais e institucionais que envolvem o cotidiano da vida das pessoas e as práticas nos serviços, aspectos importantes relacionados com a saúde da população são deixados de lado. Nos documentos, há uma disposição de produzir políticas que na prática são pouco operacionalizáveis, configurando-se como incapazes de intervir nesse processo e transformando as formas de viver e adoecer no nosso país.

Por outro lado, até mesmo essas políticas produzidas tendem a se destinar para os grupos menos favorecidos, usuários do SUS, havendo ações distintas e muitas vezes personalizadas e resolutivas, destinadas às pessoas que podem escolher e pagar pela assistência à saúde.

Assim, na atenção ao nascimento, torna-se evidente a polaridade na produção do cuidado e das práticas cotidianas. Aos pobres, são destinadas políticas igualitárias, pouco resolutivas e operacionalizáveis e aplicáveis aos diferentes. Aos ricos, uma medicina diferenciada, com recursos científicos e tecnológicos e serviços que tentam dar conta das necessidades e da autonomia das usuárias.

Diante dessa discrepância, torna-se difícil pensar em homogeneizar os saberes e práticas na atenção ao nascimento apenas a partir de uma política que traz em seu bojo uma discussão paradigmática que demandará tempo para ser refletida, revista e modificada. Assim, há a necessidade de se desconstruir, paulatinamente, as práticas homogêneas e igualitárias em favor da contextualização das necessidades cotidianas dos diferentes grupos envolvidos nesse processo.

Essas evidências apontam para a organização de medidas específicas, de acordo com os contextos de cada localidade e população, que conformem resultados a curto, médio e longo prazo, diante das carências clínicas e sociais. Desse modo, seria possível vislumbrar uma dinâmica de atenção à saúde e, em particular, ao parto e ao nascimento capaz de refletir e transformar as problemáticas instaladas.

c) Diante do que já foi exposto e enfocando o terceiro aspecto para reflexão, nas práticas vigentes nos serviços de saúde reprodutiva há uma tendência em produzir o cuidado, enfocando a patologia, o sintoma, o sinal, o exame e o diagnóstico. Como resultado dessa dinâmica clínica, a resposta acaba sendo o tratamento intervencionista e medicamentoso. Assim, fica parecendo que todo o problema de saúde tem sua resolução a partir da recepção de uma receita, ao final da consulta. Nessa leitura, o trabalho em saúde, de modo geral, tende a se organizar pautado na perspectiva de que o profissional conseguirá resolver e intervir no sofrimento e na dor do outro (Brasil, 2005).

Por sua vez, os indivíduos e os trabalhadores da saúde em geral não conseguem romper com a antiga forma de trabalhar o processo saúde/doença, em particular porque a formação vigente ainda enfoca a doença, o que tende a ser reproduzido nas práticas cotidianas. Em virtude desse processo cíclico, os profissionais acabam não conseguindo contribuir efetivamente na reconstrução e reestruturação da sua formação, dificultando práticas focadas na promoção da saúde e na prevenção da doença.

É possível que essa situação tenha relação com o fato de as mudanças propostas, por serem gestadas e organizadas em espaços externos a produção das práticas, não conseguirem atingir a população em geral. Assim, não se fazem rotineiras, e menos ainda transformadoras do cotidiano.

No mesmo teor, não há reflexão acerca dos determinantes sociais do processo saúde/doença, nem discussão quanto à necessidade de entender a dinâmica do trabalho em saúde no contexto político-econômico. Essa dinâmica favoreceria a reflexão e quiçá a reconstrução das formas de se conceber as ações em saúde para a população.

Essa dinâmica torna-se evidente, pois além das questões socioeconômicas que afetam a produção das práticas, a saúde atual, apesar das possíveis transformações paradigmáticas, ainda vive uma lógica linear. As ações tendem a ser mecânicas e analíticas e a doença manifesta-se através de aspectos objetivos, que podem ser acessados sistematicamente (Tesser & Luz, 2002). Nesse sentido, desconsidera-se que as formas de assistir estão intrinsecamente vinculadas às práticas sociais e ao paradigma vigente. Mariotti (2000) afirma que,

ao que tudo indica, a ciência médica, nesses aspectos e em muitos outros, ainda não conseguiu sair dos trilhos de linearidade. Apesar dessas e de outras evidências, sabemos que a maioria dos setores da medicina (e de praticamente todas as áreas da atividade humana) continua orientando suas ações por esse padrão de raciocínio. Tudo isso mostra como as pessoas têm uma enorme dificuldade em entender que no mundo natural não existem fenômenos de causa única (p. 34).

No caso da atenção ao nascimento, a lógica linear não deixa de ser diferente e as carências na contextualização das diferenças sociais acabam sendo disseminadas e percebidas nos demais grupos usuários da saúde pública. Assim, as estratégias até então gestadas para resolver a problemática da atenção à gestação e ao nascimento,

particularmente objetivando reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, ainda não conseguiram promover as mudanças necessárias a essa dinâmica. A partir do momento em que se articulasse contexto social, necessidades de saúde, diferenças geográficas, processo de formação e relações dialógicas seria possível antever uma relação crítica e, possivelmente, mudanças nessa situação.

d) Como toda essa problemática é de difícil resolução e até mesmo de entendimento, surgem ideias que buscam encontrar um meio termo que ganhe notoriedade em nível nacional. Assim, aponta-se a humanização para o nascimento como a solução para essas questões, enfocando o parto normal como um possível caminho para a resolução das intervenções excessivas e da morbimortalidade materna e perinatal. Então, a humanização parece constituir-se, em maior e/ou menor grau, em uma proposta para a salvação das mulheres da morte no nascimento. Essa proposta aparece ainda como o melhor caminho para a desmedicalização do parto, ao sugerir o diferente e romper com o paradigma vigente de atenção ao parto.

Apesar de a discussão pela humanização para o nascimento no país se remeter de maneira sucinta sobre a questão das iniquidades sociais, reforça-se mais frequentemente a desmedicalização do processo como o caminho para as mudanças na parturição. Esse processo tende ainda a ser descontextualizado das diferentes necessidades e, apesar de apontar para a autonomia da mulher, aparece como o “certo”, como a ordem correta para o processo de parturição.

e) E, por fim, é preciso refletir que esse discurso humanizador para a gestação e para o nascimento, por si só, não será capaz de intervir no quadro assistencial vigente, e menos ainda nas condições de vida e de saúde. Desse modo, ao se descontextualizar os conhecimentos/práticas cotidianas dos contextos sociais nos diferentes espaços, não se

consegue promover mudanças capazes de interferir nas formas de viver e, conseqüentemente, estar saudável durante o processo gestacional.

Nesse sentido, ao se permitir pensar a humanização como uma estratégia capaz de intervir nesse contexto, é preciso compreendê-la extrapolando os limites do fazer cotidiano e ganhando contornos de empoderamento, direito e cidadania (Rattner, 2005). Apontando essa dinâmica, seriam delineados atores críticos e reflexivos capazes de conhecer e defender as mudanças a partir de uma formação em saúde, que possibilitasse esse novo olhar, essa nova percepção para a saúde. Assim, há de se concordar com Melleiro e Tronchin (1999) quando apontam que “[...] o simples fato de criar programas e estratégias destinadas à humanização da assistência não é suficiente para a transformação do modo de assistir. Torna-se imperativo que haja uma mudança de atitude por parte dos profissionais e das instituições” (p. 52).

A esse argumento, é possível acrescentar a inviabilidade de se transformar práticas e espaços se não houver uma verdadeira mudança na organização da sociedade, na forma como a população é percebida nesse contexto e ainda na coordenação dos serviços oferecidos. As transformações ainda devem ocorrer em cada ator a partir da sua inserção na sociedade, quer seja a partir do seu processo de formação, quer seja a partir do seu trabalho cotidiano.

É sabido que, para se mudar formas de assistir, é necessário transformar a própria organização da formação em saúde. Então, coordenar a humanização como o caminho é desconsiderar que as palavras por si só são incapazes de transformar os atores e a sua própria prática. É desconsiderar que a própria população está condicionada para ser assistida daquela forma, numa perspectiva tradicional, linear, clínica e curativa. Assim, antes de pensar e sugerir mudanças no papel, é preciso

trabalhar os diferentes atores para essas mudanças, caracterizando-os como construtores do novo. Nessa parceria e responsabilização mútua, seria possível e viável implantar o novo e mudar não apenas as formas de assistir a população, mas também de contribuir com a mudança nos contextos que conformam a vida em sociedade.

Então, é possível considerar que quanto mais se discute a humanização, buscando caminhos para a atuação em face dos seus pressupostos e das mudanças necessárias no espaço do trabalho em saúde, mais parece não haver clareza quanto à sua dinâmica e significado entre os atores sociais diretamente envolvidos. A própria lógica do sistema tende a apontar apenas para a diminuição das intervenções, não contextualizando as necessidades e a organização do saber/fazer no cotidiano das práticas em saúde. Apesar de ser evidente a necessidade de mudanças estruturais, os contextos socioeconômicos tendem a manter as práticas corriqueiras, conforme os processos sociais que organizam as formas de viver a vida.

Portanto, para se pensar o cotidiano do trabalho em saúde, há de lembrar a complexidade do fenômeno e entender a dinâmica da sociedade e os diferentes contextos que conformam as práticas dos diversos atores nos distintos espaços. Desse modo, mudanças serão possíveis e válidas quando se quer mudar o processo de formação, as políticas vigentes e o contexto institucional e social no qual vive e atua os indivíduos.

Assim, para transformar o saber/fazer em saúde destinado ao parto e ao nascimento, implica refletir a produção cotidiana dessas práticas e os contextos que organizam a vida em sociedade. Só assim seria possível antever uma nova forma, mais precisa, de cuidar do parto e do nascimento e ainda entender que nenhum processo é

concluído e acabado. As mudanças nesse momento são sementes para o novo que será velho algum dia e gerará um outro novo.

REFERÊNCIAS

- Abitbol, M.M., Chervenak, F.A., & Ledger, W.J. (1996). *Birth and Human Evolution: Anatomical and Obstetrical Mechanics in Primates*. Westport, CT: Bergin & Garvey. 244 p. Recuperado em 02 de julho, 2008, de <http://www.questia.com/PM.qst;jsessionid=LjTCLpPpPJzQ3lJrmln9QnFDTTNSv52QcTyGtnvmCvS8rL0KhQLL!701030?a=o&d=71895844>
- AbouZahr, C. (2003). Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin*, 67, 13–25.
- Alencar, C.A., Júnior. (2006). Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *RBGO*, 28(7), 377-9.
- Almeida, M.C.P., & Rocha, J.S.Y. (1986). *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez.
- Araújo, I. (2002). *Aspectos antropológicos do parto*. Natal: Nordeste.
- Armellini, C.J., & Luz, A.M.H. (2003). Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. *Rev Gaúcha Enferm*, 24(3), 305-15.
- Barbosa, R.H.S. (2006). Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: Deslandes, S.F. (org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.323-50.
- Barreto, M.R.N. (2008). Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, 15(4), out.-dez., 901-925.
- Barreto, R. (2001). Corpo de mulher: a trajetória do desconhecido na Bahia do século XIX. *História: Questões & Debates*, 34, 127-156.

- Beck, C.L.C., Lisboa, R.L., Colomé, I.C.S., Silva R.M., & Tavares, J.P. (2009). Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. *Cienc Cuid Saúde*, 8(2), 184-190
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 9(17), mar/ago, p.389-406.
- Bernardes, J.S., & Menegon, V.S.M. (2007). Documentos de domínio público como produtos e autores sociais. *Psico-PUCRS*, 38(1), 11-15.
- Bertolozzi, M.R., & Greco, R.M. (1996). As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30(3), 380-98.
- Bertran, A.P., Wojdyla, D., Posner, S.F., & Gülmezoglu, A.M. (2005). National estimates for maternal mortality: An analysis based on WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health*, 5(131). Recuperado em 04 de julho, 2008, de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/131>
- Best M., & Neuhauser D. (2004). Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care*, 13, p.233–4. Recuperado em 01 de outubro, 2008, de: <http://qshc.bmj.com/>
- Bíblia sagrada. (2005). Bíblia sagrada – edição da família. (50 ed.) Petrópolis: Vozes.
- Boaretto, M.C. (2003). Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Borges, L.O., Argolo, J.C.T., Pereira, A.L.S., Machado, E.A.P., & Silva, W.S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em

hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1). Recuperado em 12 de janeiro, 2005, de: <http://www.scielo.br>

Brasil. (2006a). Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 124p.

Brasil. (2002b). Humanização do parto – humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Secretária Executiva da Saúde, 88p.

Brasil. (2006b). Indicadores de mortalidade – razão de mortalidade materna. Brasília: Rede interagencial de informações para a saúde. Recuperado em 17 de dezembro, 2007, de: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/c03.htm>

Brasil. (2005) Lei 11.108/05 - Lei nº 11.108 de 07.04.2005 Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Recuperado em 02 de outubro, 2008, de: <http://www.legisus.com.br/leiseatos/exibir.php?codigo=23>

Brasil. (1995). Oito passos para a maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 158p.

Brasil. (2001). Parto aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 199p.

Brasil. (2004a). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
– Brasília: Ministério da Saúde. 82p

Brasil. (2004b). Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Núcleo técnico da política nacional de humanização. 32p.

Brasil. (1998). Portaria n.º 2815. Autoriza o acompanhamento do trabalho de parto por Enfermeiras Obstetras e o pagamento pela realização de partos normais em hospitais e em domicílios. Recuperado em 10 de fevereiro, 2008, de:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>

Brasil. (1998). Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o Prêmio Galba de Araújo. Recuperado em 02 de outubro, 2008, de:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>

Brasil. (2005). Pré-natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Secretária de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Estratégicas.

Brennes, A.C. (1991). História da parturição no Brasil século XIX. Cadernos de Saúde Pública, 7(2), 135-49.

Cáceres, H.M., Roismann, D.O., Correa, R.I.G., Quevedo, M.E.L., Montero, L.M., & Ovalle, M.V. (2001). Historia de la atencion obstétrica. In: Cáceres H.M., Ramírez A.M.K., Santoro R.C., & Puchulu S.V. (2001). Nacer em el siglo XXI – de vuelta a lo humano. Universidad de Chile. Gobierno de Chile. Ministério de salud. Recuperado em 08 de dezembro, 2007, de:
<http://www.prematuros.cl/webenfermerianeonatal/julio07/Nacer%20S.%20XXI.pdf>

- Cahill, H.A. (2001). Male Appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334-42.
- Campbell, M., & Gregor, F. (2002) *Mapping social relations – a primer in doing Institutional Ethnography*. Ontario: Garamond Press, 137p.
- Campos, G.W.S. (2005). Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 398-400.
- Campos, C.E.A. (2003) O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(2), 569-84.
- Carvalho, L., & Malagris, L.E.N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ*, 7(3), 570-582.
- Castiel, L.D., & Póvoa, E.C. (2001). Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cad. Saúde Pública*, 17(1), 205-214.
- Castro, J.C., & Clapis, M.J. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(6), 960-7
- Chalhoub, S. (1996). *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Cia da Letras, 250p.
- Ciuffo, R.S., & Ribeiro, V.M.B. (2008). Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 12(24), 125-40.
- Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003) *Informativo semanal*. Ano VIII, n. 01.

- Cook, R.J., Dickens, B.M., Wilson, A.F., & Scarrow, S.E. (2001). Advancing safe motherhood through human rights. Genebra: WHO, 181p. Recuperado em 02 de setembro, 2008, de: http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood/advancing_safe_motherhood_through_human_rights.pdf
- Correia, M.J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica* (1998), 3(XVI), 365-71.
- Costa, L.H.R. (2002). Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Costa, N.R. (1986). Lutas urbanas e controle sanitário – origens das políticas de saúde no Brasil. (2. ed). Petrópolis: Vozes/Abrasco. 121p.
- Cwikel, J. (2008). Lessons from Semmelweis: a social epidemiologic update on safe motherhood. *Social medicine*, 3(1). Recuperado em 20 de agosto, 2008, de: www.socialmedicine.info
- Davim, R.M.B., & Bezerra, L.G.M. (2002). Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwifery: um relato de experiência. *Rev. Latino-Am. Enf*, 10(5), 727-32.
- Davis-Floyd, R. (2000). Anthropological perspectives on global issues in midwifery. *Midwifery Today*, Issue 53. Recuperado em 07 de julho, 2008, de: <http://www.midwiferytoday.com/articles/globalissues.asp?a=1&q=floyd>
- Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(suppl 1), S5-S23.

Recuperado em 15 de julho, 2008, de: <http://www.davis-floyd.com/Articles/Brazil10.pdf>

Deslandes, S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.

Deslandes, S.F. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes, S.F. (org). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 33-47.

DeVault, M.L., & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography, Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In: Gubrium, F.J. & Holteins, J.A. (Eds). *Handbook of Interview Research*. Thousand Oaks/London: Sage.

Dias, M.A.B. (2008). Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: Brasil. (2008). *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 158 p.

Dias, M.A.B., & Deslandes, S.F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, 22(12), 2647-55.

Diniz, C.S.G. (1996). *Assistência ao Parto e Relações de Gênero: elementos para uma Releitura Médico-Social*. Dissertação mestrado não publicada, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.

Diniz, C.S.G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos - possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese doutorado não publicada, Departamento

de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.

Diniz, S.G., & Chacham, A.S. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, I(1), 80-91.

D’Orsi, E., Chor, D., Giffin, K., Ângulo-Tuesta, A., Barbosa, G.P., Reis, A.C., & Hartz, Z. (2005). Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, 39(4), 646-54.

Drife, J. (2002). The start of life: a history of obstetrics. *Postgrad. Méd*, 78, 311-315.
Recuperado em 24 de julho, 2008, de: <http://pmj.bmj.com>

Dutra, I.L., & Meyer, D.E. (2007). Parto natural, normal e humanizado: termos polissemicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 215-22.

Dutra, I.L. (2005). Parto natural, normal e humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto. Dissertação mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Engelmann, G.J. (1997). *Labor Among Primitive Peoples*. Charlottesville, Virginia: University of Virginia Library, Electronic Text Center. Recuperado em 09 de julho, 2008, de: <http://etext.lib.virginia.edu/modeng/modengE.browse.html>

Scorel, S., & Block, R.A. (2005). As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: Lima, N.T., Gerschman, S., Edler, F.C. & Suárez, J.M. (Orgs.) (2005). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 83-120.

- Escorel, S., Nascimento, D.R., & Edler, F.C. (2005). As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima, N.T., Gerschman, S., Edler, F.C. & Suárez, J.M. (Orgs.) (2005). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 59-82.
- Faleiros, V.P., Vasconcelos, L.C.F., Silva, J.F.S., & Silveira, R.M.G. (2006). A construção do SUS – história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 300p.
- Fernandes, H.J.C., Rocha, M.L.S., Nascimento, L.R.S., & Maia, S.C.F. (2004). Vivências e convivências de lazer no bairro de Felipe Camarão. HOLOS, 20, 01-06.
- Fleury, S. (2007). Dilemas da Coesão Social. Nueva Sociedad, 1(1), 4-23.
- Foucault, M. (1999). Microfísica do poder. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 295p.
- Franco, T.B, Bueno, W.S., & Merhy, E.E. (2003). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy, E.E., Magalhães, H.M. Júnior, Rimoli, J., Franco, T.B., & Bueno, W.S. (orgs). (2003). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 37-54.
- Franco, T.B., & Merhy, E.E. (2003). Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E.E., Magalhães, H.M. Júnior, Rimoli, J., Franco, T.B., & Bueno, W.S. (orgs). (2003). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 55-124.
- Freyre, G. (1933/2000). Casa-grande & senzala. 39. ed. Rio de Janeiro: Record. 668p.
- Gilbert, A.C.B. (2005). A hora instável entre mãe e mulher: um estudo com residentes em obstetrícia-ginecologia do IFF-FIOCRUZ. Dissertação mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

- Gil, M.J. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3 (XVI). p.393-404
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. In: Bauer, M.W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. (3.ed). Petrópolis: Vozes, 244-70.
- Gomes, M.C.P.A., & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9(17), 287-301.
- Graça, L. (2000). O hospital como expressão institucional da caridade cristã. Texto 144. Recuperado em 30 de setembro, 2008, de: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos144.html>
- Grupo de estudos sobre nascimento e parto – GENP. (2005). Humanizando o nascimento e o parto: o workshop. In: Rattner, D., & Trench, B. (orgs.). (2005). *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac. p. 65-79.
- Gusmão, F.A.R., Filho. (2008). Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais no município do Recife. Tese de doutorado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.
- Homei, A. (2002). Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 aos anos 1930. *Rev. Estudos Feministas*, 10(2), 429-40.
- Hortale, V.A., Pedroza, M., & Rosa, M.L.G. (2000). Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), 231-239.

- Howard, J., Davis, F., Pope, C., & Ruzek, S. (1977). Humanizing Health Care: The Implications of Technology, Centralization, and Self-Care. *Medical Care*, 15(5), 11-26. Recuperado em 30 de setembro, 2008, de: <http://www.jstor.org/pss/3763351>
- Irwin, S., & Jordan, B. (1987). Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 319-34. Recuperado em 18 de agosto, 2008, de: <http://www.lifescapes.org/Papers/COCS%20Hahn%201987.htm>
- Jowett, M. (2000). Cost-effective safe motherhood interventions in low-income countries: a review. The University of York: Centre for Health of economics. Recuperado em 02 de setembro, 2008, de: <https://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/DP181.pdf>
- Lago, T.G., & Lima, L.P. (2008). Gestação, parto e puerpério. In: Brasil. (2008). PNDS – 2006 – Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: Ministério da saúde, 143-57.
- Leopardi, M.T., & Nietzsche, E.A. (2002). Método científico. In: Leopardi, M.T. (org.). (2002). Metodologia da pesquisa na saúde. Florianópolis: UFSC, 93-108.
- Lopes, R.C.S., Donelli, T.S., Lima, C.M., & Piccinini, C.A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(2), 247-54.
- Lourenço, E.A.S., & Bertani, I.F. (2007). Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115), 121-134.

- Lucchese, P.T.R. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(2), 439-48.
- Luz, M.T. (2004). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- Mabuchi, A.S., & Fustinoni, S.M. (2008). The meaning given by the healthcare professional labor and humanizing delivery. *Acta Paul Enferm*, 21(3), 420-6.
- Mamede, F.V., Mamede, M.V., & Dotto, L.M.G. (2007). Reflexões Sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(2), 331 - 6.
- Marinho, A. (2004). Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no sistema único de saúde brasileiro. Brasília: Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. 46p. Recuperado em 05 de setembro, 2008, de: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1041.pdf
- Mariotti, H. (2000). *As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade*. São Paulo: Editora Palas Athena.
- Martin, E. (2006). *A mulher no corpo – uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 384p.
- Martin, E. (2001). *The woman in the body – a cultural analysis of reproduction*. Boston/Massachusetts: Beacon Press, 276p.
- Martinez, M.C., & Paraguay, A.I.B.B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia social do trabalho*, 59-78.

- Martins, M.C.F.N. (2003). Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Psichiatry online Brazil*, 8. Recuperado em 02 de setembro, 2006, de: http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm
- Mattos, R.A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.). (2006). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (6 ed). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO, 180p.
- Meleiro, M.M., & Tronchin, D.M.R. (1999). Saúde materna e perinatal: uma abordagem assistencial humanizada. *Rev.Med.HU-USP*, 9(2). 49-53.
- Mendes, E.V. (Org.). (1995). *Distrito sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (3 ed). São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Menezes, D.C.S., Leite, I.C., Schramm, J.M.A., & Leal, M.C. (2006). Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad. Saúde Pública*, 22(3), 553-559.
- Merhy, E.E. (2005). *Saúde – a cartografia do trabalho vivo*. (2 ed). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S. (2006). Prefácio – sobre o humanismo e a humanização. In: Deslandes, S.F. (org). (2006). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 23-30.
- Moalen, S. (2007). *A sobrevivência dos mais doentes - um estudo das doenças como fator de sobrevivência*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Morais, F.R.R., Alves, A.M., & Traverso-Yépez, M.A. (2008). Da humanização ao cotidiano de desigualdades sociais na assistência ao parto e ao nascimento. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(2), 294-301.

- Morais, F.R.R., Costa, G.M.C., Garcia, T.R., & Sá, L.D. Peregrinação de mulheres paraibanas pelo acesso à Saúde fora do município de residência. *Saúde em Debate*, 31(75/76/77), 34-45.
- Mott, M.L.B. (1992). Parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: Costa, A.O.C. & Bruschini, C. *Entre a virtude e o pecado*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Carlos Chagas, 37-56.
- Nagahama, E.I., & Santiago, S.M. (2008). Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1859-68.
- Nogueira, R.P. (2000). O trabalho em serviços de saúde. In: Santana J.P. (org.). (2000). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 59-64.
- Noronha, J.C., & Soares, L.T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 445-50.
- Nuland, S.B. (2003). *The doctors' plague: germs, childbed fever, and the strange story of Ignac Semmelweis*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Odent, M. (2004). *A cesariana*. São José: Saint Germain.
- Odent, M. (2002). *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain.
- Oliveira, M.A.C. (1992). As políticas sociais e de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. *Rev. Esc. Enf. USP*. 26(1), 95-104.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1996). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família, 53p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Integrated Management of pregnancy and childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guia para obstetrices y médicos*. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Recuperado em 15 de julho, 2008, de: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/MPS/IMPAC.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco*. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Recuperado em 01 de julho, 2008, de: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/maternal_mortality_2005/mme_2005_es.pdf

Osava, R.H. (1997). *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico*. Tese doutorado não publicada, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Brasil.

Osava, R.H., & Tanaka, A.C.D'.A. (1997). Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31(1), 96-108.

Phillips, C. (2002). *The socialization of human birth as protection for bipedalism*. Recuperado em 19 de junho, 2008, de: <http://serendip.brynmawr.edu/biology/b103/f02/web1/cphillips.html>

- Plane, N.A. (1999). Childbirth practices among native american women of New England and Canadá, 1600-1800. In: Leavitt, J.W. (1999). *Women and health in América*. (2 ed). Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 38-47.
- Potter, J.E., Berquo, E., Perpetuo, I.H., Leal, O.F., Hopkins, K., Souza, M.R., *et al.* (2001). Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*, 323. Recuperado em 01 de outubro, 2008, de: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/323/7322/1155>
- Prata, N., Greig, F., Walsh, J., & Potts, M. (2004). Setting priorities for safe motherhood interventions in resource scarce settings. Berkeley: PAA. Recuperado em 03 de setembro, 2008, de: <http://paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=40656>
- Prata, P.R. (1992). A Transição Epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Publ*, 8(2),168-175.
- Priore, M.D. (1995). *Ao sul do corpo – condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil colônia*. (2 ed). Rio de Janeiro: José Olympio, 358p.
- Puccini, P.T., & Cecilio, L.C.O. (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1342-1353.
- Queiroz, M.V.O., Jorge, M.S.B., Marques, J.F., Cavalcante, A.M., & Moreira, K.A.P. (2007). Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm*, 16(3), 479-87.
- Rattner, D. (2005) Apresentação. In: Rattner, D., & Trench, B. (orgs.) *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Senac, 15-20.

- Rechia, K.C. (1998). Lembranças íntimas de minha avó: partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio – SC. Dissertação de mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Reis, A.E., & Patrício, Z.M. (2005). Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva*, 10, suppl., 221-230.
- Rezende, J. (2000). *Obstetrícia Fundamental*. (8 ed). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Ribeiro, E.M., Pires, D., & Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde com instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), p.438-46.
- Rios, I.C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de Saúde. *Revista brasileira de educação médica*, 33(2), 253–261.
- Rosenberg, K.R., & Trevathan, W.R. (2003). The evolution. Recuperado em 19 de junho, 2008, de: www.hss.caltech.edu/courses/2005-06/Spring/An101/Readings/22.%20%20Rosenberg%2020031.pdf.
- Rosen, G. (2006). Uma história da saúde pública. VER QUANTAS EDIÇÕES São Paulo: Hucitec.
- Salas, P.M. (2003). La obstetricia en el Badajoz del siglo XX. Recuperado em 28 de julho, 2008, de: http://www.dip-dadajoz.es/publicaciones/reex/rcex_1_2003/estudios_13_rcex_1_2003.pdf

- Santos, M.A. B., & Gerschman, S. (2004). As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 795-806.
- Santos, N.R. (2009). A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, 33(81), 13-26.
- Sayd, J.D., & Moreira, M.C.N. (2000). Medicina baseada em evidências - Ceticismo terapêutico, recorrência e história. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 10, 11-38.
- Scliar, M. (2005). *Do mágico ao social – trajetória da saúde pública*. (2 ed). São Paulo: Senac.
- Serruya, S.J. (2003). *A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp, Campinas, Brasil.
- Silva, G., & Gonçalves, G.A.A. (2007). Análise de efetividade das ações educativas sobre trabalho de parto e parto. *Cad. Cult. Ciênc.*, 1 (1), 92-102.
- Silva, T.D., Loiola, E., & Freitas, L. (2003). Tecnologia gerencial e serviços de saúde: uma aproximação mais do que necessária. *Revista de administração Unime*. Recuperado em 28 de setembro, 2008, de: <http://www.unime.com.br/2006/rau/1/artigo4.htm>
- Smith, D.E. (2005). *Institutional Ethnography – a sociology for people*. Lanham: AltaMira Press.

- Sousa, M.H., Cecatti, J.G., Hardy, E.E., & Serruya, S.J. (2007). Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Rev Saúde Pública*, 41(2), p.181-9.
- Souza, H.R. (2005). A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Souza, J.P., Cecatti, J.G., Parpinelli, M.A., Sousa, M.H., & Serruya, M.J. (2006). Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad. Saúde Pública*, 22(2), 255-64.
- Souza, M.R. (2002). Parto: entre o desejo e a realização. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, 2002. Recuperado em 20 de maio, 2007, de: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_REP_ST39_Souza_texto.pdf
- Spink, M.J. (org). (2000). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas. (2 ed). São Paulo: Cortez.
- Spink, P. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.
- Spink, M.J. (2004). Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Takemoto, M.L.S., & Silva, E.M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 331-40.
- Tanaka, A.C.D'.A. (1995). *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec.
- Tesser, C.D. (2004). *Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Tesser, C.D., & Luz, M.T. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 363-372.
- Tesser, C.D. (2006). Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface -Comunic., Saúde, Educ.*, 10(19), 61-76.
- Thébaud, F. (2002). A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 415-26.
- Tornquist, C.S. (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estud. Fem*, 10(2), 483-492.
- Tornquist, C.S. (2004). *Parto e poder – o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C., & Almeida, C.M. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 133-149.

- Traverso-Yépez, M., & Morais, N.A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* 20(1), 80-8.
- Traverso-Yépez, M.A., & Pinheiro, V.S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.
- Ulrich, L.T. (1999). "The living mother of a living child": midwifery and mortality in postrevolutionary New England. In: Leavitt, J.W. (1999). *Women and health in América*. (2 ed). Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 38-47.
- Unicef. (2008). Situação mundial da infância - saúde maternal e neonatal. USA: United Nations Children's Fund (UNICEF), 166p.
- Valongueiro, S., & Cordeiro, L.D. (2004). Riscos competitivos entre mortalidade materna e mortalidade feminina em idade reprodutiva no Brasil 1999 -2001: um exercício metodológico. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú-MG, Brasil.
- Vieira, E.M. (1999). A medicalização do corpo feminino. In: Giffin, K. & Costa, S.H. (1999). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.67-78
- Vieira, E.M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Vivanco, J. (2007). Parirás de pie, sentada o en cuclillas, no tumbada. Recuperado em 20 de junho, 2008, de: <http://www.gara.net/paperezkoa/20071026/45030/es/Pariras-pie-sentada-o-cuclillas-no-tumbada>
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 75, suppl 01, S25-37.

WHO. World Health Organization. (1994). Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries. (11 ed). Genebra: WHO/FHE/MSM. Recuperado em 05 de setembro, 2008, de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf

WHO. World Health Organization. (1998) Pregnancy is special – let’s make it safe. WHO: Division of reproductive health.

WHO. World Health Organization. (1996). Safe motherhood – care in normal birth: a practical guide. Genebra: WHO/FHE/MSM.

Willig, C. (2001). Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method. Buckingham: Open University Press.

Yinger, N.V., & Ransom, E.I. (2003). Why invest in newborn health? Policy perspectives on newborn health. Population references bureau, 6p. Recuperado em 20 de maio, 2007, de: http://www.prb.org/pdf/WhyInvestNewborn_Eng.pdf

Zauhy, C., & Mariotti, H. (2002). Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

ANEXOS

Anexo I – Recomendações propostas pela OMS para a Maternidade Segura.

CATEGORIA A: Práticas obstétricas que devem ser encorajadas.

- 1 Estabelecer onde e por quem o parto será realizado, tendo a participação do marido/companheiro ou de um familiar;
- 2 Avaliar o risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliando a cada consulta de acordo com o tempo de gestação;
- 3 Monitorar a mulher, física e emocionalmente, no trabalho de parto, parto e puerpério;
- 4 Oferecer líquidos durante o trabalho de parto e parto;
- 5 Respeitar a decisão da mulher sobre o local do nascimento;
- 6 Providenciar para que os cuidados no trabalho de parto e parto sejam exequíveis e seguros e onde a mulher possa se sentir confiante;
- 7 Respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento;
- 8 Estabelecer suporte empático entre os profissionais de saúde e gestante;
- 9 Respeitar a escolha da mulher com relação a presença de acompanhante durante trabalho de parto e parto;
- 10 Fornecer as mulheres o máximo de informações e explicações que elas desejarem;
- 11 Usar métodos não invasivos para alívio da dor, durante o trabalho de parto, como massagens e técnicas de relaxamento;
- 12 Realizar monitoração fetal com ausculta intermitente;
- 13 Usar material descartável e descontaminar corretamente os reutilizáveis;
- 14 Usar luvas nos procedimentos de exame vaginal, durante a recepção do recém nascido e exame de placenta;
- 15 Permitir a liberdade de posições e movimento no trabalho de parto;
- 16 Encorajar outra posição que não supina no trabalho de parto;
- 17 Monitorar a evolução do trabalho de parto utilizando o partograma;
- 18 Utilizar profilaxia com ocitocina no terceiro período do trabalho de parto nas mulheres com risco de hemorragia pós-parto e colher uma amostra de sangue;
- 18 Dispor de material estéril para o clampeamento do cordão;
- 19 Prevenir a hipotermia do recém nascido;
- 21 Desenvolver precocemente o contato pele a pele da mãe e recém nascido e oferecer suporte para iniciar amamentação uma hora após o parto de acordo com o guia de aleitamento da Organização Mundial de Saúde;
- 22 Examinar rotineiramente a placenta e membranas.

CATEGORIA B: Práticas obstétricas consideradas ineficazes e que devem ser abandonadas

- 1 Rotina no uso de enema;
- 2 Rotina de tricotomia pubiana
- 3 Rotina de infusão endovenosa;
- 4 Rotina profilática de punção venosa;
- 5 Rotina de uso da posição supina durante o trabalho de parto;
- 6 Rotina de toque retal;
- 7 Rotina de RX pélvico;
- 8 Não utilizar ocitócitos antes do nascimento quando não houver possibilidade de controle;
- 9 Rotina do uso da posição litotômica com ou sem suporte para as pernas durante o parto;
- 10 Sustentar ou realizar manobra de Valsalva durante o segundo período do trabalho de parto;
- 11 Massagear e ampliar a musculatura perineal durante o segundo período do trabalho de parto;
- 12 Usar drogas como ergotomina no terceiro período para prevenir e controlar hemorragias;
- 13 Rotina de lavagem do útero após o nascimento;
- 14 Rotina de revisão uterina (exploração manual) após o nascimento.

CATEGORIA C: Práticas obstétricas utilizadas, porém que necessitam de aprofundamento, devendo por isso, serem utilizadas com cautela.

- 1 Rever e pesquisar métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto como ervas, imersão em água e estimulação nervosa;
- 2 Rotina da rotura precoce das membranas no primeiro período do trabalho de parto;
- 3 Exercer pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto;
- 4 Manobras relativas a proteção do períneo e rotação do pólo cefálico no momento do nascimento;
- 5 Manipulação ativa do feto no momento do nascimento;
- 6 Rotina de administração de ocitócitos, controle da tração do cordão ou combinação dos dois durante o terceiro período;
- 7 Clampear precocemente o cordão umbilical;
- 8 Estimulação do mamilo para aumentar a contração uterina durante o terceiro período do trabalho de parto.

CATEGORIA D: Práticas utilizadas freqüentemente, porém consideradas inapropriadas.

- 1 Restrição da comida e líquido durante o trabalho de parto;
- 2 Controle da dor por agentes sistêmicos;
- 3 Controle da dor por anestesia peridural;
- 4 Monitoração fetal eletrônica exclusiva;
- 5 Uso de máscaras e gorros durante o atendimento no trabalho de parto;
- 6 Toques vaginais freqüentes, especialmente quando atendidas por mais de um profissional;
- 7 Aumento progressivo da infusão de ocitócitos;
- 8 Transporte da mulher para a sala de parto antes de completar o primeiro estágio;
- 9 Cateterismo vesical;
- 10 Encorajar a mulher a fazer força no final da dilatação ou próximo ao final sem que a parturiente sinta a progressão do pólo cefálico;
- 11 Estipular rigidamente a duração do segundo período do trabalho de parto;
- 12 Partos cirúrgicos sem indicação criteriosa;
- 13 Uso rotineiro de episiotomia;
- 14 Exploração manual do útero após o parto.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TRABALHADORES E USUÁRIAS)

A preocupação pelos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, decorrente da situação de parto e nascimento nos países considerados “em processo de desenvolvimento”, leva a Organização Mundial de Saúde (OMS) a desenvolver uma Conferência Mundial em 1996 intitulada “Safe motherhood”. A conferência deu lugar a uma série de documentos sobre o assunto que teve um impacto mundial. Tais documentos situam o problema como decorrente da precariedade existencial de grande parte da população sobrevivendo em condições de pobreza e sem acesso adequado a serviços de saúde de qualidade. Buscando intervir neste quadro, se abre no Brasil uma discussão e se cria um programa intitulado “Humanização do Parto e do Nascimento”. Contudo, é interessante destacar que a interpretação dada aos documentos no Brasil descontextualiza todas as questões sócio-econômicas e acaba por se deter apenas na ambiguidade do discurso humanizador. Diante deste quadro surge a motivação em realizar este estudo, para uma aproximação com os diferentes discursos que cercam esta temática.

Assim, buscaremos com esta pesquisa caracterizar as concepções que permeiam a humanização, tanto nas políticas públicas nacionais, quanto para trabalhadores e usuárias; Delinear o processo de organização do trabalho em saúde na Maternidade de Felipe Camarão e Identificar as ações desenvolvidas e os sentidos produzidos pelos trabalhadores e pelas usuárias junto aos serviços de saúde em face da humanização do parto e do nascimento.

Você está sendo convidado(a) a participar desse processo concedendo uma entrevista, a ser realizada individualmente pela pesquisadora. Todas as informações fornecidas durante a entrevista serão utilizadas somente pela pesquisadora a fim de atender os objetivos da pesquisa e mantidas em absoluto sigilo, assegurando assim sua confidencialidade e privacidade.

Esta pesquisa não te oferece risco, nem trará nenhum custo financeiro, e nem remuneração com a sua participação. Você poderá deixar de colaborar em qualquer fase, sem penalização alguma e sem prejuízo ao sigilo quanto às informações já fornecidas, cabendo a você apenas comunicar sua decisão à pesquisadora.

Os resultados da pesquisa, favoráveis ou não, serão compartilhados com as pessoas participantes, bem como, com a comunidade do bairro de Felipe Camarão e divulgados através de publicações científicas. Para maiores esclarecimentos é possível entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo Martha A. Traverso-Yépez ou Fátima Raquel Rosado Morais através do telefone 3215.3590 ramal 206 ou 94116610 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte através do telefone 3202-3719 ramal 242.

Eu, _____ declaro que conheço os objetivos e procedimentos que envolvem essa pesquisa e concordo em participar da mesma como voluntário(a).

Natal, ____ de _____ de 2007

Martha Azucena Traverso-Yépez
Prof.^a. Dr.^a. em Psicologia da UFRN

Fátima Raquel Rosado Morais
Doutoranda em Psicologia Social pela
UFRN/UFPB

Apêndice II – Questões de partida para grupo focal com a equipe de Enfermagem da Maternidade de Felipe Camarão – Natal/RN.

TÍTULO: A HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira

AUTORA: Fátima Raquel Rosado Morais

ORIENTADORA: Martha Azucena Traverso-Yépez

QUESTÃO DE PARTIDA PARA UMA BREVE REFLEXÃO E DISCUSSÃO:

- 1) Como vocês vêem a organização e o trabalho desenvolvido na Maternidade de Felipe Camarão tendo a humanização como foco central?

QUESTÕES PARA DIRIGIR A DINÂMICA:

- 1) O que entendem por humanização?
- 2) Como vocês vêem as práticas de humanização na Maternidade de Felipe Camarão?
- 3) Como vocês vêem suas práticas em saúde destinadas ao parto e ao nascimento?
- 4) O que se encontra proposto enquanto humanização do parto e do nascimento aqui em Felipe Camarão?
- 5) Como se encontra organizada a proposta de humanização do parto e do nascimento em Felipe Camarão?
- 6) Quais as ações por vocês desenvolvidas são consideradas como ritos de humanização para o corpo e para o parto e nascimento?
- 7) Quais os limites e as possibilidades para as mudanças na atenção ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão?

Apêndice III – Roteiro para a entrevista na Maternidade de Felipe Camarão – Natal/RN.

QUESTÕES PARA OS TRABALHADORES:

- Como você percebe a organização do trabalho/práticas em saúde na Maternidade de Felipe Camarão?
- Como você desenvolve as suas práticas/ações em saúde no cotidiano do trabalho na Maternidade de Felipe Camarão?
- Como você vê a assistência ao parto e ao nascimento na Maternidade de Felipe Camarão?
- Como você se sente trabalhando na Maternidade de Felipe Camarão?
- Quais os problemas presentes na Maternidade de Felipe Camarão que se tornam empecilhos para o desenvolvimento de uma melhor assistência ao parto e ao nascimento?
- Quando problemas desta ordem aparecem, o que geralmente vocês fazem para solucioná-los?
- O que você pensa da proposta de humanização do parto e nascimento?
- O que você entende por humanização do parto e nascimento?
- Como você percebe a humanização do parto e nascimento na Maternidade de Felipe Camarão?
- Quais as mudanças que a proposta de humanização trouxe para as práticas em saúde na Maternidade de Felipe Camarão?
- O que você vê como limites para as práticas de humanização no parto e nascimento na Maternidade de Felipe Camarão?
- O que você percebe como possibilidade para as práticas de humanização no parto e nascimento na Maternidade de Felipe Camarão?

QUESTÕES PARA AS USUÁRIAS:

- Conte como foi o seu acompanhamento pré-natal – intercorrências, consultas, quem a acompanhou, o que fez, o que orientou, como se sentiu durante a gravidez, quem a apoiou durante este período.
- Recebeu orientação acerca do trabalho de parto? De quem e o que?
- Quais os seus sentimentos com relação ao momento do parto?
- Conte como foi sua recepção aqui na Maternidade de Felipe Camarão – quem a recebeu, o que fez, o que orientou, como lhe acomodaram, quem ficou com você e como você se sentiu...
- Como foi o período do trabalho de parto? – como se sentiu, o que fizeram com você, o que percebeu da assistência recebida...
- Como foi seu parto? – O que lhe disseram, como foi a assistência, quem ficou com você, como você se sentiu...
- O que você achou do atendimento desta maternidade?
- O que mais lhe chamou a atenção aqui? Porque?
- Você já ouviu falar em humanização? O que sabe sobre isso?