

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

**“Parto humanizado na percepção dos
profissionais de saúde envolvidos com a
assistência ao parto”**

Jamile Claro de Castro

Ribeirão Preto

2003

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

**“Parto humanizado na percepção dos
profissionais de saúde envolvidos com a
assistência ao parto”**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública junto Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública. Inserido na linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora : Profa. Dra. Maria José Clapis

Ribeirão Preto

2003

Data da defesa: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a Dra Maria José Clapis _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Enf^a Dra Ruth Hitomi Osava _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^o Dr Pedro Fredemir Palha _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Castro, Jamile Claro

Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher. Ribeirão Preto, 2003.

130p. : il; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Deptº de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Clapis, Maria José

1. Parto humanizado

2. Enfermagem obstétrica

3. Obstetrícia

Dedico este trabalho ao meu marido, José Augusto, amor da minha vida, pelo amor, carinho, alegria, cumplicidade, compreensão, força, incentivo e presença nas minhas conquistas.

À mulher mais especial da minha vida, minha Mãe Maria Tereza...que lutou com garra e coragem para eu ser o que sou hoje, pelo amor, pela dedicação e por todas as contribuições na minha trajetória profissional, em especial, na elaboração deste trabalho.

Ao meu Pai, minha “enciclopédia ambulante”, por acreditar em mim, por ter me ensinado a sonhar, lutar e vencer, e pelo carinho.

Às minhas irmãs Júnia e Camila, pelo amor, afeto, força e companheirismo.

Aos meus avós, Ambrozina e Antônio, minhas estrelas, por existirem na minha vida e por nunca terem medido esforços em me acolher.

Aos meus familiares pelo carinho.

Amo vocês.

Agradecimentos

A Deus, pela minha vida.

À Prof^ª Dr^ª Maria José Clapis, não apenas pela orientação, mas principalmente pela compreensão, carinho e incentivo que demonstrou a cada encontro, contribuindo assim, não só, pela minha formação profissional.

Ao Prof^º Dr^º Pedro Fredemir Palha pela atenção e disponibilidade em me ajudar na elaboração deste trabalho. Suas contribuições foram de grande valia!

À Ruth Hitomi Osava por sua luta em prol da humanização e suas valiosas contribuições neste trabalho.

À Prof^ª Dr^ª Flávia Azevedo Gomes, minha querida amiga, pelo carinho e apoio. Se hoje alcancei este objetivo, foi devido seu incentivo para que eu buscasse meu aprimoramento profissional.

À Prof^ª Dr^ª Marli Villela Mamede, pelo estímulo e contribuições apontadas na qualificação do projeto de pesquisa.

Aos profissionais entrevistados, pela oportunidade de reflexão sobre a humanização do parto.

À Maternidade do Complexo Aeroporto – MATER e seu corpo de funcionário e profissionais de saúde, pela oportunidade concedida.

Aos colegas do Mestrado, em especial, Lílíane Santi e Simone pelo companheirismo e carinho.

Aos funcionários da EERP, em nome da Adriana Amaro e Marta Ribeiro Carvalho, pelo profissionalismo, carinho e atenção.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, meu muito obrigada.

Resumo

CASTRO, J. C. Parto Humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto. Ribeirão Preto, 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Considerando que o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, onde se privilegia a assistência medicalizada e despersonalizada, o presente estudo através de uma abordagem qualitativa, teve como objetivo evidenciar, através dos discursos das enfermeiras e médicos obstetras, as ações desenvolvidas no processo de nascimento, com vistas à humanização da assistência; e identificar fatores que têm dificultado a implementação dessa assistência. Foram sujeitos deste estudo 25 profissionais de saúde da Maternidade do Complexo Aeroporto-MATER, localizada em Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, distribuídos da seguinte forma: sete (7) enfermeiras residentes do primeiro ano de enfermagem obstétrica, quatro (4) enfermeiras residentes do segundo ano de enfermagem obstétrica, quatro (4) enfermeiras contratadas; dois (2) residentes de medicina do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia; três (3) residentes de medicina do segundo ano de ginecologia e obstetrícia e cinco (5) médicos obstetras contratados. A organização dos dados constou da transcrição dos discursos microgravados nas entrevistas e tabulação, seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os resultados demonstraram que as enfermeiras entendem que o processo de humanização se deu como uma estratégia política que objetiva a melhoria da assistência, e o resgate do parto mais natural possível, desmedicalizando a assistência. Acreditam que para existir há necessidade de uma mudança de paradigma. Consideram ainda, que na implementação deste modelo, sentem-se impedidas/barradas pelos médicos. No entanto os médicos referiram como responsável ao processo da humanização a política governamental para diminuição de gastos, julgando como parto humanizado aquele em se permite a presença do acompanhante e analgesia precoce. Em relação às barreiras apontaram a infra-estrutura física e pessoal. Os achados mostraram diversidades nos conceitos e que as enfermeiras apresentam-se mais integradas ao parto humanizado como um processo e não como um evento.

Palavras-chave: Parto humanizado, Obstetrícia, Enfermagem.

Abstract

CASTRO, J. C. **Humanized birth for a group professionals involved with birth assistance.** Ribeirão Preto, 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Considering that the physiologic act of giving birth and be born is seen as pathologic, the medicalized and depersonalized assistance is emphasized. Aimed at evidencing the develop actions during the birth process with humanized assistance foundation, the qualitative approach was used for the nurses and obstetric doctors discusses to identify factors that could hinder this assistance. The subjects of this study were 25 health professionals from a Maternity of Complexo Aeroporto-MATER, in Ribeirão Preto City inner of São Paulo State. They were distributed as: seven (7) resident nurses from second year of obstetric nursing, four (4) employed nurses, two (2) resident doctors from first year of obstetric and gynecologic, three (3) resident doctors from second year of obstetric and gynecologic and five (5) employed obstetric doctors. The data was micro recorded during the interviews then transcribed, following the Collective Subject Discuss Purpose.

The results reveal the nurses understand the humanization process as a political strategy to improve the assistance and the rescue the normal birth desmedicalizing the assistance. They believe that for its existence, the paradigm must be changed. They also think that they collaborate with this movement but some barriers are created by doctors. Otherwise doctors mentioned the governmental politic to reduce costs as responsible for humanized process. They also judged humanized birth as which that allows companion presence and early analgesia. As barriers they pointed at physical infra-structure and personal ones. The finds revealed diversity in concepts and that nurses showed more integrated with the humanized birth as a process and not as an event.

Key words: humanization birth, obstetric, nursing

Resumen

CASTRO, J.C. Humanización del parto en la percepción de los profesionales de salud involucrados con la asistencia al parto. Ribeirão Preto, 2003. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo

Considerándose que el acto fisiológico de parir y nacer pasó a ser visto como patológico, donde privilegiase la asistencia medicalizada y despersonalizada, el presente estudio tuvo como objetivo evidenciar, através de discursos de enfermeras y médicos obstetras, las acciones desarrolladas en el proceso de nacimiento, con vistas a humanización de la asistencia; y identificar factores que dificultan la implementación de esa asistencia. Fueron sujetos deste estudio 25 profesionales de salud de la Maternidade do Complexo Aeroportuário-MATER, localizada en Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, distribuidos de la siguiente forma: siete (7) enfermeras residentes del primer año de enfermería obstétrica, cuatro (4) enfermeras residentes del segundo año de enfermería obstétrica, cuatro (4) enfermeras contratadas; 2 médicos residentes del primer año de ginecología y obstetricia; 3 médicos residentes del segundo año de ginecología y obstetricia e 5 médicos obstetras contratados. La organización de los datos constó de la transcripción de los discursos micrograbados en las entrevistas y tabulación, siguiendo la propuesta de lo Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados demostraron que las enfermeras entienden que el proceso de humanización se dió como una estrategia política que objetiva la mejoría de la asistencia y el rescate del parto lo más natural posible, desmedicalizándolo. Consideraron que en la implementación de este modelo, están detenidas por los médicos. Los médicos mencionaronse como responsables por el proceso de la humanización, por la política gubernamental para disminuir las expensas, juzgando como parto humanizado aquel en que se permite la presencia del acompañante y analgesia temprana. En relación a los obstáculos apuntaron la infra-estructura física y personal. Los hallazgos evidenciaron diversidades en los conceptos y que las enfermeras apresentanse más integradas al parto humanizado como un proceso y no como un evento.

Descritores: Humanización del parto, Obstetricia, Enfermería.

SUMÁRIO

Resumo
Abstract
Resumen

APRESENTAÇÃO

Motivação para o estudo 3

CAPÍTULO I

PARTO HUMANIZADO: REVISANDO A LITERATURA

1.1. Assistência ao parto normal: revisando a literatura 11

1.2. Movimento da humanização do parto 24

CAPÍTULO II

OBJETIVO

2.1. Geral 33

2.2. Específicos 33

CAPÍTULO III

CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1. A opção pela pesquisa qualitativa 34

3.2. Procedimentos Metodológicos	36
3.2.1. Local do estudo	36
3.2.2. Sujeitos do estudo	39
3.2.3. Coleta de dados	39
3.2.4. Questões Norteadoras	40
3.2.5. Tratamento e análise dos dados	40

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos	43
4.2 Análise dos dados	45
4.2.1 Enfermeiras	45
4.2.2 Médicos	90

CAPÍTULO V

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	125

A escolha do objeto de estudo

Motivação para o estudo

O interesse por investigar a presente temática é resultado de minha experiência profissional no atendimento às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Durante a graduação em enfermagem, estive envolvida com trabalhos de extensão à comunidade que assistiam gestantes e puérperas no aleitamento materno e, desde este momento, intrigava-me a postura dos profissionais de saúde para com as mulheres, quando estas não aderiam verdadeiramente às questões da amamentação, muitas vezes levando-as a acreditar que não eram capazes de amamentar.

Após a conclusão da graduação em 1999, decidi aprofundar meus conhecimentos nesta área e fiz o curso de especialização em enfermagem obstétrica. Nesta etapa de formação, como já havia ocorrido na graduação, tive uma breve aproximação com a proposta do parto humanizado, porém, já instigada pelo tipo de assistência prestada às mulheres decidi investigar o relato de dor das parturientes, tentando buscar explicações e soluções para um fenômeno tão temido pelas mulheres (CASTRO; DITTMERS, 1999). Durante o estudo pude perceber que a dor do trabalho de parto é um dos fenômenos existenciais mais intrigantes e controversos pois enquanto uma parcela de mulheres afirma ser a pior dor que se pode experimentar, outras referem-na como sendo um pouco dolorosa. Comparando a memória imediata da dor de parturientes submetidas ao método analgésico por bloqueio subaracnóide e daquelas que não se beneficiaram desse método, observei que todas as mulheres entrevistadas relataram alguma dor no trabalho de parto, sendo

A escolha do objeto de estudo

que, para a maioria, a dor foi relatada como severa. As mulheres submetidas a analgesia de parto conseguiram alívio total após a aplicação da mesma porém, apresentaram relatos de dor severa até sua aplicação. Com o estudo descrito anteriormente, senti-me estimulada a buscar, através de pesquisas e ações de enfermagem, entender as vivências das mulheres em relação ao parto e colaborar para a melhoria de sua assistência.

Após a conclusão da especialização, trabalhei diretamente com a assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, na Maternidade Dona Francisca Cintra e Silva, localizada em São Carlos, Estado de São Paulo e pude perceber e vivenciar que a assistência ainda ocorria de uma forma desumanizada, intervencionista, sem o devido respeito à mulher e ao recém-nascido como integrantes desse processo, colocando-os na maioria das vezes de forma passiva nas ações. No ato fisiológico de parir e nascer persistia o privilégio da técnica em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia esta experiência. Assim, o interesse em estudar a humanização da assistência ao parto surgiu por acreditar que só reverteremos a atual situação quando os profissionais reavaliarem conceitos, valores e atitudes sobre o nascimento. Na minha visão, parto humanizado, é aquele parto que a mulher é a protagonista do processo, sendo privilegiada suas escolhas, e que respeita o ser humano que nasce. Seria a forma mais agradável possível para a mulher, o bebê e a família, como demonstrado na seguinte afirmação:

o parto é como uma janelinha que se abre sobre a vida íntima de uma mulher. Através da lente de seu parto podemos saber como ela vive, qual é a relação com o seu corpo, qual é sua postura no mundo frente aos poderes e autoridades, qual é sua relação com suas intuições, sentimentos e sensações. Abrangendo a visão, poderemos saber que tipo de sociedade

A escolha do objeto de estudo

deu origem àquele parto, qual sua cultura, quais seus ídolos e suas crenças. Poderemos também descobrir em que condições estão a auto-estima feminina e as características gerais da identidade feminina promovida por aquela cultura daquela sociedade. Sim, o parto é revelador... Ele aglutina em si inúmeros sentidos e perspectivas. Sendo um momento tão natural e espontâneo, ele também é rico em cultura, auto-conhecimento, filosofia de vida e espiritualidade. Para resgatar o parto como processo fisiológico natural é preciso reconhecer sua dimensão psicológica, social, cultural e espiritual. Não somos mais mulheres “naturais”, somos refinadas mulheres modernas. Buscamos saber ou entender. Buscamos o melhor para nós e nossos filhos. Iniciamos um percurso que não tem volta e que nos levou a uma crescente racionalização da vida. Conhecimento e informação acima de tudo (NOGUEIRA, 2003).

Este tema tem sido focado em diversos estudos de outros pesquisadores do assunto. Osava (1997) ao discutir sobre a postura dos profissionais de saúde, refere que muitas vezes, as suas atitudes vêm da própria formação acadêmica que, com a preocupação de capacitar tecnicamente os profissionais, acaba deixando de lado o primordial que é a humanização no atendimento. Exige-se dos acadêmicos, principalmente dos médicos, o cumprimento rigoroso da técnica, não valorizando o significado da atividade humana de prestar ajuda. Apesar da enfermeira obstetra ser indicada como o profissional mais preparado para a assistência ao parto, por sua formação ser mais voltada ao cuidar e não ao tratar, muitas vezes, limita seu tempo disponível para a assistência direta à mulher e ao recém-nascido, ao se dedicar às atividades que visam a economia do tempo do médico, favorecendo assim a intervenção.

De acordo com a literatura, a partir da década de 70, houve uma grande exclusão da participação da enfermeira na assistência ao parto. Após a reforma universitária de 1968 que vetou a duplicação de cursos com finalidades semelhantes,

A escolha do objeto de estudo

os cursos de obstetrícia ligados às Faculdades de Medicina foram integrados às Escolas de Enfermagem, e assim extinguiu-se a formação direta de obstetizas. Ao mesmo tempo, houve uma grande expansão de cursos de medicina, os quais não dispunham de hospitais próprios e acabavam utilizando-se dos hospitais públicos e filantrópicos para o desenvolvimento da prática. Esta situação, na época, acabou dificultando a formação e atuação das enfermeiras obstetizas, promovendo uma exclusão das enfermeiras deste campo de atuação (TSUNECHIRO; RIESCO, 1998; OSAVA, 1997).

A história da assistência ao parto nos mostra que sempre perdurou uma disputa entre os médicos e não médicos (parteiras, obstetizas, enfermeiras obstetizas) pelo direito à assistência ao parto. O desenvolvimento de técnicas intervencionistas, de domínio médico e oferecido como fator de segurança, levou as mulheres a optarem pelo parto realizado pelo médico, diminuindo ainda mais o campo de atuação da enfermeira obstetra.

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. Dentre estes cabe destacar a evolução da operação cesariana, que de um procedimento que só era realizado em mulheres mortas para salvar a vida fetal, passou a ser um procedimento que em algumas situações proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto. Porém, observamos que esse procedimento passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas gerando uma medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico como é o parto (CHAVES et al., 2002; CECATTI; PIRES; GOLDENBERG, 1999). Ainda com esse advento tecnológico, o parto

A escolha do objeto de estudo

passou do âmbito domiciliar para o hospitalar, processo esse que acometeu não só a assistência obstétrica mas toda a área da saúde.

Alguns autores referem que

...as conquistas ocorridas trouxeram, sem dúvida, mudanças nas condições do parto, com implementação de suporte científico-tecnológico, nem sempre acompanhado de humanismo. Contudo, o preço destas condições configurou-se na transformação do papel da mulher de “sujeito” para “objeto” do processo. A mulher passou a ser submetida às rotinas hospitalares, muitas vezes desnecessárias, foi separada do marido, dos familiares e das pessoas amigas, aumentando assim a incerteza, a insegurança e o medo à cerca do processo de nascimento. Circunstancialmente foi oferecida “proteção técnica” à mulher sem, no entanto, preservar seu direito à humanidade associado a tecnologia (NASCIMENTO; SANTOS; SOUZA, 1997, p. 158).

Tyrrell (1998) ressalta outro ponto importante de que muitas pessoas ainda acreditam que a assistência ao parto seja privativa do médico, não levando em conta ou desconhecendo que, desde 1987, com o Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, a enfermeira obstetra tem habilitação para prestar assistência pré e pós-natal; realização do parto natural (se necessário com aplicação de bloqueio anestésico locorregional, episiotomia e epsiorrafia), identificação de distócias e tomada de providências até a chegada do médico, realização de consultas ginecológicas primárias, atendimento e orientação no planejamento familiar e no controle de câncer cérvico-uterino e mamário.

No entanto, mesmo com a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica, ainda observamos escasso acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, altos índices de morbi-

A escolha do objeto de estudo

mortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, na maioria das vezes sem real indicação, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos, esterilização em massa, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, entre outras.

Preocupados com tal situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos não governamentais, têm proposto mudanças nesta assistência incluindo o resgate do Parto Natural, com a indicação da volta da atuação da Enfermeira Obstetra na assistência a gestação e parto por acreditar que esta tem habilidade em oferecer apoio emocional e detectar precocemente sinais de complicações, implicando também em menores custos. Ainda têm como proposta o estímulo ao aleitamento materno e ao vínculo do recém-nascido com a família através do contato precoce do bebê com a mãe, os quais podem ser alcançados através das propostas do Sistema de Alojamento Conjunto ou de Mãe-Canguru, o Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura e Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tendo como meta uma assistência mais humanizada à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido.

Não há como não nos perguntarmos qual seria o motivo de chamar este programa de "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento"? Seria hoje a assistência desumanizada?

Rattner (1998a) define humanização, basicamente, como

respeitar a individualidade das pessoas e saber ver e escutar o outro, permitindo a adequação da assistência seguindo a cultura, as crenças, valores e diversidade de opiniões dos pacientes. Entretanto, devido ao modelo de assistência vigente, a mulher muitas vezes não tem sequer noção do que

A escolha do objeto de estudo

seria o respeito à sua individualidade, satisfaz-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir (RATTNER, 1998a, p. 27).

Com isso, podemos perceber que a assistência à mulher perdeu seu ponto básico que é o de ser voltada para ela própria, sendo esta uma pessoa completa, tendo princípios, cultura, vontades e medos. Assim, o termo humanização foi atribuído pelo Ministro da Saúde e sua equipe técnica, ao Programa de Pré-natal e Nascimento com a premissa de melhorar as condições do atendimento e que o profissional privilegie o que viu, palpou e ouviu o que a gestante descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. Ainda ressalta a importância da participação da família durante a gestação, o parto e puerpério.

De acordo com Myake (1998, p. 4) *humanizar é a busca do melhor jeito no momento em que uma mulher dá à luz, valorizando-se a humanidade e a vida que nasce.*

Para Jones (2002a), *a humanização do nascimento tem a ver com a posição que a cliente/parturiente ocupa neste cenário, tem a ver com feminilizar.*

Riesco (1999) nos mostra que:

a instalação do Estado absolutista, sucessivamente, ditaram-se estratégias para incrementar a produção e gerar riquezas; dentre essas estratégias localiza-se o controle direto da capacidade reprodutora feminina, através da regulamentação da prática das parteiras e de avanços da tocologia, visando promover o aumento populacional. Progressivamente, com o desenvolvimento do capitalismo industrial, a prática médica tornou-se cada vez mais liberal, e a obstetrícia, antes na marginalidade, foi incorporada ao conhecimento médico; assim, as parteiras foram sendo substituídas pelos médicos na assistência aos partos, proporcionando íntima correlação entre a marginalidade social feminina e a marginalidade social da prática

A escolha do objeto de estudo

obstétrica; a fertilidade feminina, ao invés de promover a libertação da mulher, pelo seu poder reprodutor, submete-a duplamente: por um lado, à opressão masculina e, por outro, à dominação do Estado (RIESCO, 1999, p. 96-97).

Largura (2000, p. 8) tem a seguinte concepção *humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas.*

Odent (2002) afirma que sua prática em Pithiviers o fez entender que o nascimento, longe de ser uma “questão médica”, é de fato uma parte integral da vida sexual e emocional das mulheres, e assim a equipe deve ser mera facilitadora cuja tarefa é a de intervir o mínimo possível.

Avaliando as definições acima citadas, podemos questionar o por que da assistência ainda ocorrer desvinculada destas propostas. Assim, buscando respostas para este fato, entendo que conhecer qual a percepção que os profissionais envolvidos com a assistência direta ao parto têm sobre a humanização do parto, poderá contribuir com a transformação e melhoria na assistência à mulher.

Com base nessas considerações, o presente trabalho estabelece como objeto de estudo a percepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado, de forma a buscar o por quê dos profissionais não incorporarem atitudes e práticas tão interessantes como propostas pelo parto humanizado.

humanizado: revisando literatura

1 *Parto Humanizado: revisando a literatura*

1.1 *Assistência ao parto normal*

A medicina percorreu uma longa trajetória para alcançar o status de profissão e o aumento de poder que atingiu no século XIX, e é através dessa trajetória que entendemos o nascimento e direcionamento da obstetrícia. Graça (2003) afirma que o físico greco-romano-Sorano (98 a.C.-77) foi considerado o pai da obstetrícia e da ginecologia, com o seu tratado de *Doenças das Mulheres*, porém somente no século XVI-XVII que estes domínios especializados da medicina ganharam a progressão.

Botsaris (2001) refere que a medicina tenha nascido da união entre conhecimentos empíricos, aspectos culturais e a contribuição de diversas ciências, e essa diversidade de origem acabou gerando conceitos bastante heterogêneos e que:

desde que as civilizações mais rudimentares se organizaram socialmente, houve a necessidade de que alguém assumisse a tarefa de curar as pessoas, auxiliando-as a lidar com a dor, com a incapacidade física e com angústia frente à morte, e sempre apresentou uma divisão interna (BOTSARIS, 2001, p. 57).

O autor explica ainda que historicamente a profissão médica compreendia três classes: em primeiro lugar estavam os *Físicos*, que possuíam maiores conhecimentos teóricos, usava o latim em seus escritos e se considerava a elite da profissão. Os *Cirurgiões*, vinham a seguir, e tratavam feridas e traumatismos externos, faziam amputações, praticavam a talha para tratamento da litíase vesical, lancetavam

humanizado: revisando literatura

abscessos e usava o cautério; por último estavam o *Cirurgiões-barbeiros*, ou *Apotecários*, que faziam sangrias, aplicavam sanguessugas e ventosas, barbeavam seus fregueses e, por vezes, concorriam com os cirurgiões abrindo abscessos e fazendo curativos.

Segundo Symonds e Hunt (1996) os *Físico-mores*, eram educados em Oxford, Cambridge ou Edimburg, muitas vezes por um membro da Igreja Inglesa. Já os *Cirurgiões*, eram vistos como especialistas ou mecânicos, e vinham da classe proletária, não eram chamados de “Sr” ou “Dr” como os *Físico-mores*. Por fim os *Cirurgiões-barbeiros*, ou *Apotecários* eram comerciantes, e de classe social inferior.

Dentro dessa divisão interna não se permitia a presença feminina, ou seja, assim como a carreira militar e o sacerdócio, as atividades na medicina eram consideradas próprias do sexo masculino. Embora a Escola de Salerno, na Idade Média, admitisse mulheres no curso médico houve, a partir de então, uma dificuldade crescente de acesso às Universidades para o sexo feminino. Em relação à Medicina, havia ainda o preconceito de que se tratava de uma profissão inadequada à mulher por razões de ordem moral. No máximo era admitida a colaboração da mulher no cuidado aos doentes como enfermeira, função exercida durante séculos pelas religiosas de várias ordens (Irmãs de Caridade), ou na assistência às parturientes, como parteiras (REZENDE, 2003).

Symonds e Hunt (1996) defendem que as profissões eram exclusivamente masculinas e que para as mulheres foram necessárias características específicas para conquistarem as profissões. Ainda ressaltam que, na verdade, as mulheres começaram como **semi-profissionais** (grifo nosso), subordinadas aos profissionais masculinos. Desta forma a influência do gênero nas definições de uma profissão foi

humanizado: revisando literatura

crucial e isto tem sido uma das razões pela qual a medicina é masculina, e a enfermagem e a obstetrícia feminina. É importante esclarecer que o sentido referido pelos autores, não faz referência ao fato de se ter mais médicos do que médicas, mas sim aos tipos de práticas, formas e filosofias de trabalho. *Antes de ser uma profissão, a medicina é um exemplo de uma organização masculina* (SYMONDS; HUNT, 1996, p. 184).

Porém ao que se refere à obstetrícia, desde os relatos da Bíblia são as mulheres as referenciadas para tal. Nessa direção, Osava (1997) discute que até o século XVII era relativamente raro encontrar homens assistindo ao parto, provavelmente por um obstáculo de ordem moral. O fato de tê-los presente no parto, era vivido como uma inquietude, pois significava que algo ia muito mal. Graça (2003) cita um caso de um cirurgião de Hamburgo que foi executado em 1522 por ter tido a ousadia de realizar um parto, disfarçado de parteira.

Osava (1997, p. 17) ainda ressalta que

o mundo das mulheres em torno dos aposentos da parturição, revelado em cartas e diários, representou a existência de uma identidade de grupo feminino entre as mulheres. Podiam falar de detalhes de suas intimidades, seus mais ocultos pensamentos acerca de tornar-se mãe. E enquanto as convenções do século XIX não permitiam que se comentasse assuntos particulares em público, as mulheres, entre elas, podiam conversar livremente, compartilhando conhecimentos e identificando-se umas com as outras em suas preocupações, certas que não estavam sozinhas em seus problemas.

humanizado: revisando literatura

Jones (2002b) também defende que:

o universo do nascimento confundia-se com o universo do feminino. A geração de um novo ser no claustro materno inseria-se absoluta e inexoravelmente no mundo das mulheres. Era seu destino, sua sina, sua dívida. Aos homens cabia a contemplação e o encantamento. Durante os milhares de anos em que a humanidade se desenvolveu esta era a regra básica para o entendimento do fenômeno: Este é um mistério, um mistério divino. Uma coisa de mulher.

Segundo Graça (2003) o que trouxe os homens, médicos e os cirurgiões, aos partos foi a força física, uma vez que eram chamados em parto difíceis. Em 1627, com a morte materna da Duquesa de Orléans, houve uma certa alteração na reputação das parteiras da corte francesa, alimentando o interesse dos cirurgiões pelo parto. Em 1633, foi um parteiro (o primeiro que se conhece na França) que assistiu ao parto de um dos filhos bastardos de Luís XIV.

Outro fator que influenciou a assistência obstétrica foram as cirurgias mutiladoras, as embriotomias, e sua futura substituição, com a invenção do fórceps no século XVI, pela família Chamberlen e seu uso no século seguinte. Osava (1997, p.11) citando Litoff (1982), refere que *a invenção do fórceps foi o evento que, isoladamente, maior influência exerceu na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica.*

Nesta época os médicos e cirurgiões iniciaram suas articulações para a exclusão das “sage femme”; “midwives” ou “matronas”, enfim das parteiras da assistência ao parto; substituindo assim, o cuidar da parturiente pela materialização da assistência. *O uso do fórceps introduziu o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana* (OSAVA, 1997, p. 11).

humanizado: revisando literatura

A autora faz uma observação de que uso do fórceps não foi popularizado entre as parteiras por várias razões, tais como a falta de acesso aos cursos, o que as tornavam incapazes de acompanhar as mudanças tecnológicas; razões econômicas, ou seja, poucas dispunham dos recursos exigidos para a compra do instrumento e por fim, por muitas serem fiéis a seus paradigmas não-intervencionistas, não vendo com bons olhos os “mãos de ferro”.

Para Vieira (1999, p. 69):

embora a Antigüidade grega clássica já tivesse registrado algum interesse médico nessa área, ele se manteve sepultado durante séculos, até o Renascimento. Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres. A partir do século XVI, essa tradição começa a sofrer regulamentações, governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades européias a exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas. O ponto fundamental dessa regulação relaciona-se à garantia do estado emergente e da igreja de que não seriam realizados abortos e infanticídios. Exigia-se da parteira examinada pelas comissões a profissão de fé cristã, o saber batizar o recém-nato moribundo, e moral e reputação ilibadas. Essas regulamentações coincidiram com o processo de perseguição das feiticeiras – entre elas, muitas parteiras.

Odent (2002, p. 11) refere que *a obstetrícia moderna originou-se na França do século XVII, quando os médicos entraram nas salas de parto e assumiram o papel tradicional das parteiras.*

Osava (1997, p. 18) coloca em seu estudo que

a Inquisição teve a astúcia de ligar a transgressão sexual à da fé, e punir as mulheres por isso, acusando-as de pouca fé. No Maleus Maleficarium, o manual oficial da inquisição escrito em 1484, consagra-se a inferioridade feminina desde a palavra “feminina”...tal é a etiologia da palavra que designa o sexo, pois feminina vem de fé e minus, por ser

humanizado: revisando literatura

mulher sempre mais fraca em manter e preservar a sua fé. Para o Maleus, as parteiras deveriam ser condenadas, porque “não há quem mais malefícios causem à Fé Católica do que as parteiras...” Elas foram acusadas de praticar o aborto, o infanticídio, e atentar contra a potência dos homens fazendo pactos com o demônio.

Segundo Vieira (1999) essa “caça as bruxas” não conseguiu acabar com as parteiras e curandeiras, mas conseguiu transformar suas práticas em atividades suspeitas. A autora ainda afirma, que a partir de então a regulamentação da prática de partejar começou a exigir que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las. Esses profissionais controlavam o uso de fórceps, mas sua falta de prática e de conhecimento gerava situações contraditórias. Até 1750, as parteiras representavam o melhor em termos de conhecimento e práticas até então existentes. Somente no século XVIII os estudantes de medicina passam a freqüentar as maternidades européias. A competição entre os médicos e as parteiras estendeu-se durante séculos. Os textos médicos instruindo parteiras caracterizavam-se pela sátira e condenação à sua ignorância. Durante o século XVII, as parteiras tentaram várias vezes juntar-se ao Colégio dos Físicos, sem obter sucesso. Sem acesso ao conhecimento, às universidades – subordinadas aos cirurgiões e físicos, elas foram aos poucos tendo usurpada sua hegemonia da prática obstétrica.

Diniz (1996, p. 54) citando Melo (1989) afirma que

se, na obstetrícia pré-moderna, o papel dos médicos varões era o de entrar em cena apenas em caso de complicações, a partir do século XVIII eles foram ganhando terreno, sobretudo entre as elites. Em alguns países da Europa, a aristocracia foi aos poucos preferindo os médicos varões às parteiras. Da maternidade dependiam as futuras gerações; a reprodução era um assunto do interesse público; tanto as

humanizado: revisando literatura

mulheres como seus conceitos precisavam ser resguardados de sua natural vulnerabilidade; elas precisavam ser tuteladas durante este transe agônico, quando menos poderiam responder por si mesmas. A entrada dos homens no quarto de parir articulou-se com a incorporação da tocologia à prática cirúrgica oficial.

Com essa nova obstetrícia, técnica e científica, as mulheres passaram a chamar os médicos porque acreditavam que esses poderiam oferecer a elas serviços mais seguros que as parteiras, serviços esses que incluíam o uso do fórceps, o uso de sangrias ou do ópio para aliviar as dores e em meados do século XIX, o uso da anestesia para inibir as dores do parto (OSAVA, 1997).

A partir de então o parto passou de um processo natural para um procedimento controlado, ou seja, deixou o ambiente domiciliar e passou ao âmbito hospitalar, de domínio médico; a parteira afastou-se da assistência direta; os meios farmacológicos substituíram outras formas de alívio da dor e as mulheres passaram a permanecer sozinhas por longos períodos, sendo monitoradas à distância. Esses acontecimentos contribuíram para a desumanização da assistência e o aumento de ações intervencionistas, como a cesárea, e ainda proporcionaram que grande parte do calor humano, da parceria, da feminilidade, e da alegria fossem eliminados (OMS, 1996).

Assim, o conceito defendido por Paiva (1999, p. 8) de que *gestação, parto e nascimento são processos naturais e fisiológicos, concernentes à natureza das mulheres e, por isso mesmo, constituem-se, para a maioria delas, nos eventos mais significativos de suas vidas*, veio sendo substituído pelo que *gestação, parto e nascimento são vistos como processos patológicos e que sempre estão associados a*

humanizado: revisando literatura

riscos, definindo-se como uma experiência alienante e desumana (RATTNER, 1998a), enfim, um processo de medicalização.

De acordo com Miles (1991) citado por Vieira (2002, p. 19) *medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais.*

No Brasil não diferente da tendência mundial, as parteiras se mantiveram como agentes centrais da assistência ao parto até meados do século XX, até que o modelo do conhecimento biomédico foi cada vez mais sendo incorporado, o que resultou na perda das características naturais do parto.

No início da colonização os partos eram assistidos pelas caboclas, portuguesas e negras, a maioria do estrato mais baixo da sociedade. Por volta de 1830 parteiras estrangeiras, principalmente francesas, começaram a chegar. Até que em 1832, com a instalação das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Bahia, foram criados os cursos de medicina e farmácia para os homens e de parto para as mulheres (JORGE, 1975; TSUNECHIRO, 1987; OSAVA, 1997; MOTT, 1998).

Jorge (1975) em seu estudo sobre a evolução da legislação federal do ensino e exercício profissional da obstetrix ressalta que *desde os tempos da colonização do Brasil, os portugueses procuravam fiscalizar as pessoas que se dedicavam à arte de curar.* A este grupo pertenciam os físicos (que correspondiam aos atuais médicos), os cirurgiões, os barbeiros, os boticários e sangradores e as parteiras. Desta forma, para que as parteiras tivessem direito de participar deste grupo precisavam ser submetidas a um exame que as davam a “carta de exame”, caso contrário estavam sujeitas à pena de prisão e ao pagamento de certa quantia ao Físico-Mor e à pessoa que a tivesse acusado. A autora ressalta que não se menciona especificamente a palavra

humanizado: revisando literatura

parteira neste documento mas como se falava em examinar homens e mulheres e o exercício da “arte de partejar” era exclusivo das mulheres, subentende-se que as parteiras estivessem contempladas na legislação. Durante o período de 1521 a 1832 a responsabilidade do exame para obtenção da “carta de examinação”, da licença e da fiscalização foram de várias instâncias, primeiro era do Físico-Mor, depois se acrescentou o Cirurgião-Mor. Em 1782 foi formada a Junta do Protomedicato, composta por sete deputados, e excluindo-se o Físico-Mor e Cirurgião-Mor. Em 1808, o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor voltaram a ser os responsáveis pela “carta” e extinguiu-se a Junta. No ano de 1832 cessaram-se os exames para a carta de examinação para os profissionais de saúde uma vez que as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia, transformaram-se em Faculdade de Medicina, e assim passaram a conceder títulos de Doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira. Apesar de não ser permitido exercer a “arte de partejar” sem a “carta de examinação” e com a licença da Chancelaria ou sem o título conferido pelas faculdades de Medicina, a grande maioria das parteiras não possuía nem carta e nem título.

Segundo Mott (1998), a chegada de parteiras estrangeiras e a criação dos Cursos de Partos não foram capazes de produzirem impacto significativo na assistência materna, devido às exigências mínimas feitas para o registro das parteiras estrangeiras, as escassas matrículas no curso e a ausência de uma fiscalização sobre as parteiras práticas.

Osava (1997) e Mott (1998) afirmam que na história da obstetrícia brasileira a primeira parteira diplomada, foi Madame Marie Josephine Mathilde Durocher, uma francesa que veio para o Brasil com sua mãe, uma florista parisiense. Madame

humanizado: revisando literatura

Durocher trabalhou como modista e após perder seu companheiro matriculou-se no Curso de Parto da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, obtendo seu diploma em 1834. Ela não só foi a primeira parteira, como também participou intensamente da defesa e profissionalização desta categoria, tendo sido muito elogiada pela Academia de Medicina.

Como já referido, a formação das parteiras não implicava em mudanças significativas, uma vez que o número de profissionais formadas era baixo, em exemplo a isso, Jorge (1975) refere que somente após seis anos da formação da Madame Durocher, é que se formaram mais duas parteiras, e nesse caminho de 1832 a 1926, há registros de 92 parteiras formadas no Rio de Janeiro. No Curso de Parto da Faculdade de Medicina da Bahia, até 1842 não houve matrículas, e em 116 anos de duração (1832-1951) formaram-se somente 289 parteiras.

Concomitante a essa escassa disponibilidade de parteiras no mercado de trabalho houve um o processo de expansão dos cursos de medicina (de 1956 a 1971 houve um aumento de 37 cursos), gerando assim uma maior necessidade de aumentar as vagas para a prática desses estudantes, diminuindo ainda mais a atuação da enfermeira obstetra. Também, *a partir da década de 70, muitas das enfermeiras que se mantiveram na área se aperfeiçoaram na arte de economizar o tempo do médico, descaracterizando-a como profissional autônomo* (OSAVA, 1997, p. 5).

E assim no Brasil, como em outros países, com o passar dos anos a obstetrícia tornou-se masculina, e as mulheres passaram de protagonistas a assistentes passivas, seja como enfermeiras obstetra ou como as próprias parturientes. Com isso tudo, intervir passou a ser uma regra da obstetrícia e a assistência descaracterizou sua origem (JONES, 2002b).

humanizado: revisando literatura

Atualmente as políticas de saúde tendem a defender o retorno da atuação ativa da enfermeira obstetra na assistência ao parto, acreditando que este profissional possa resgatar uma assistência de melhor qualidade. Bauer (1998), citado pelo American College of Nurse-Midwife (2000), afirma que a diferença entre as enfermeiras obstétricas e os médicos está na filosofia, que no caso das enfermeiras o cuidar preza a mulher dentro de uma família e no caso do médico, ele acredita ser o único responsável pelos acontecimentos. Defende ainda que o profissional que atua junto à assistência ao parto deva compartilhar de seus valores e suas expectativas sendo a enfermeira obstetra o profissional que está mais apto a esta assistência.

Caminhando na mesma direção, Gabay (1995) observou em um estudo realizado em Washington, que nos hospitais que tinham a participação da enfermeira obstetra, a taxa de cesárea era de 11,6% e que nos que não tinham este profissional, a taxa passava a ser de 26,3%. Essa diferença foi relacionada à divergência de filosofia de assistência, uma vez que as enfermeiras obstetras são preparadas para não intervir, para o parto natural, apresentam habilidade e confiança no processo de nascer, e ainda são “experts” em criar uma atmosfera de suporte para a mulher durante o trabalho de parto, utilizam-se de tecnologias de cuidado como a deambulação, as massagens e os banhos, e por fim consideram a cesárea e o fórceps situações de emergência.

Ao observar a atual situação da assistência ao parto no Brasil, percebe-se que ela está caracterizada pela influência de fatores históricos das inter-relações de gênero, poder e capital, entre o homem e a mulher, as representações simbólicas e de senso comum sobre as profissões de enfermagem e medicina na sociedade, o modelo de atenção à saúde vigente que se apresenta de forma tecnicista, centrado na

humanizado: revisando literatura

hospitalização e em ações intervencionistas, tendo caráter essencialmente curativo e especializado (MARTINS, 1999).

Pode se dizer que hoje existem dois modelos polares de assistência ao evento nascimento. O primeiro, modelo americano, caracteriza-se pela institucionalização do parto, utilização intensiva de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções levando a altas taxas de cesárea, de monitoramento fetal, episiotomias e outras, sendo o médico o profissional responsável pelo processo, mesmo quando eutócico. O outro, o modelo europeu, privilegia o bem-estar da parturiente e seu bebê, e quase não é invasivo. Faz uso apropriado da tecnologia e caracteriza-se por ser pouco intervencionista. O parto tanto pode ocorrer na residência, como em casas de parto ou ambulatórios, sendo que se reserva o hospital para casos em que são esperadas complicações. Incentiva a presença de acompanhantes e a parturiente pode escolher a posição que lhe seja mais confortável, sendo a enfermeira obstétrica o profissional responsável pelo eutócico (RATTNER, 1998b). Cabe ressaltar que muitas vezes o primeiro modelo é aplicado e solicitado por preferência dos profissionais e das mulheres e por modismos.

Ayub (1989) há quatorze anos mostrou que nas décadas de 60 e 70 houve uma crescente incidência de operação cesariana em todo o mundo ocidental devido à crescente segurança da operação, mudança de conduta no manejo do parto pélvico, modificação do padrão etário da população assistida, introdução da monitorização eletrônica do parto, diminuição do uso do fórceps, obstetras sem habilidades para resolver parto vaginal e ainda por razões médicas como melhor remuneração, comodismo, realização concomitante com a laqueadura, e a pedido da mulher e da família.

humanizado: revisando literatura

Hoje se avalia que a adoção do modelo mais intervencionista trouxe como consequência *altas taxas de cesáreas, altas taxas de esterilização das mulheres, aumento da morbi-mortalidade materna e neonatal devido a intervenções inadequadas e a diminuição da participação de enfermeiras e parteiras na atenção ao parto* (PAIVA, 1999, p. 9).

Segundo Tanaka (1995), um outro problema encontrado na assistência à saúde da mulher é que a institucionalização e a medicalização do parto não foram seguidas de uma política de desenvolvimento do setor público de saúde e do setor social e mesmo a incorporação de avanços tecnológicos não foi suficiente para garantir uma assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Com isto, houve um declínio do parto normal como natural, transformando a operação cesariana em objeto de consumo, criando-se a idéia de que a maneira mais segura de parir e nascer seja a cesárea.

Paiva (1999) reforça que para reverter tal situação há necessidade de mudanças no modelo assistencial, na política de saúde e nas práticas obstétricas bem como nas relações entre e intra-profissionais e intervenções sócio-culturais visando reeducar a população quanto a melhor forma de nascer. Martins (1999) defende que há necessidade de retomar o parto como um evento fisiológico, com uma prática humanizada, devendo ser acompanhado por pessoal devidamente capacitado para que a intervenção ocorra quando necessária e não como rotina.

A assistência deve ter como princípio o acolhimento da equipe às gestantes, buscando compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família e proporcionando um diálogo franco, sem julgamentos ou preconceitos (BRASIL, 2000a).

humanizado: revisando literatura

Nesse sentido, Maldonado (2002) refere que a sensibilidade, a criatividade, a observação cuidadosa do contexto e o respeito pelas características e pelas reais necessidades das pessoas que demandam atendimento são requisitos fundamentais para que o profissional possa, de fato, prestar uma assistência eficaz.

1.2 *Movimento da humanização*

No Brasil considera-se como marco na revisão da assistência ao parto e nascimento aconteceu em 1985, em Fortaleza-CE, na Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento onde, além de ter havido uma reflexão sobre as condutas na assistência ao parto e nascimento, os próprios médicos concluíram que havia necessidade da reintrodução dos não-médicos no parto como estratégia para a humanização da experiência do parto e nascimento (OSAVA, 1997). Porém, alguns autores mostram que já há muito tempo há movimentos na busca da humanização do parto, como Nakano (1990) e Brüggemann (2001a) que apontam a década de 50 como um período marcado pela euforia do movimento do parto natural ou fisiológico e pela busca da humanização do parto hospitalar através dos cursos psicoprofiláticos que pretendiam fazer com que o casal grávido vivesse de forma mais tranqüila e ativa o processo do nascimento.

Na década de 80, também com vistas à humanização, ocorreu o auge do incentivo à prática do alojamento conjunto nas maternidades. Em 1982, foi realizado o I Encontro sobre o Alojamento Conjunto, em Brasília, reunindo especialistas, pediatras, obstetras e administradores de maternidades de todo o Brasil, que

humanizado: revisando literatura

elaboraram um documento de orientação e implementação do mesmo nas maternidades. O ponto de vista defendido era que com a adoção desta prática nas maternidades o recém-nascido não seria separado da mãe durante a internação. A autora considera que esta prática, além de incentivar o aleitamento materno, está embuída de princípios humanísticos, mas argumenta que pode tornar-se desumanizante se mãe e filho não receberem os cuidados adequados em função da falta de pessoal e de estrutura de apoio ou mesmo quando a mulher, por qualquer razão, não deseja ter o filho ao seu lado (CAMPESTRINI, 1983).

Osava (1997) refere que de 1975 a 1985, no Ceará, existiu um serviço pioneiro de casas de parto coordenado pelo obstetra José Galba de Araújo.

Cabe aqui ressaltar, a importante influência de José Galba de Araújo no processo da humanização do parto. Esse ginecologista e obstetra nasceu em Sobral, no Ceará, em 1917, estudou medicina na Bahia e nos estados Unidos, onde teve contato com o que havia de mais avançado na tecnologia em obstetrícia de sua época, porém ao retornar ao Brasil sempre defendeu um tratamento diferenciado sem desprezar os costumes e tradições regionais. Criou um projeto exemplar de atenção primária em zona rural, onde encarou o desafio de melhorar a qualidade do parto domiciliar e identificar as gestantes de alto risco. Ele formou profissionais e apostou no trabalho das parteiras e no respeito que elas já haviam conquistado nas comunidades, passando a orientá-las sobre procedimentos simples, mas fundamentais para a saúde da mulher e do recém-nascido, como o uso de tesoura, laço para ligadura do cordão umbilical e “merthiolate”. Enfim, Galba de Araújo foi um defensor incansável do parto normal, deixando um exemplo de respeito e atenção à gestante e recém-nascido, legado para as gerações futuras e para todos os que

humanizado: revisando literatura

defendem a humanização do parto e nascimento, tanto que em 1998 o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba de Araújo (BRASIL, [2002?]).

Sepúlveda (2001) refere que o Hospital Pio X, de Ceres-GO também foi um serviço pioneiro no campo da humanização, estruturou sua Casa de Parto e em conjunto com o professor e obstetra Hugo Sabatino da Unicamp lançaram em 17 de outubro 1993, a *Carta de Campinas* (Anexo I), criando a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA, 2002).

Em 1995, houve a criação de pilares para Maternidade Segura, que consiste num esforço interinstitucional cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal) nos cinco continentes. A maioria dos países filiados à Organização Mundial da Saúde tem participado ativamente deste programa e em muitos deles houve melhora considerável dos indicadores de saúde. Este projeto é patrocinado pela Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Fundo das Nações Unidas para Populações; e apoiado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e suas afiliadas (NOVAES, 2003).

Preocupado com a problemática da mortalidade materna, o Brasil lançou a proposta do Projeto Maternidade Segura. E a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, estabeleceu oito passos para a maternidade segura (FEBRASGO, 1995):

- Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher;
- Garantir a assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar;
- Incentivar o parto normal e humanizado;
- Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;

humanizado: revisando literatura

- Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas;
- Possuir estrutura adequada para atendimento materno perinatal;
- Possuir arquivo e sistema de informação;
- Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal

Cabe ressaltar, como afirma Osava (1997, p. 80), que esses oito passos, pouco discutem sobre as *questões germinais da desumanização da assistência*.

No ano de 1996, a Organização Mundial de Saúde publicou um documento que se caracteriza como “Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal”, e tem como proposta a assistência ao parto na perspectiva da maternidade segura (OMS, 1996).

O Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal, recomenda quatro categorias:

- ✓ Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- ✓ Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- ✓ Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- ✓ Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

Na mesma direção em 1996 foi lançado o Projeto Luz, projeto de melhoria da saúde materno-infantil do Nordeste, uma parceria entre a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), juntamente com o Ministério da Saúde (MS) que designou a Secretaria da Saúde do Ceará (SESA) como sua executora.

humanizado: revisando literatura

Consolidando estas ações, em 1998, o então Ministro da Saúde, assinou cinco portarias com o objetivo de aprimorar a assistência ao parto. Entre estas, a portaria nº 2815 (29/05/1998, publicada no DOU nº 103) que incluiu o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeira Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeira Obstetra nas Tabelas do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Com base na portaria 2815 e o disposto na Lei nº 7.498 que regulamenta o exercício da Enfermagem e no decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que define as atribuições da enfermeira obstetra, o Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em 22 de setembro de 1998, através da portaria nº163 (DOU nº 183) regulamentou a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeira Obstétrica e aprovou o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (COFEN, 1999; BRASIL, 1998b).

Com o objetivo de reconhecer e premiar as unidades de saúde integradas a rede do Sistema Único de Saúde que desenvolvem ações e se destacam na humanização do atendimento a mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno, o Ministério da Saúde, instituiu o Prêmio Galba de Araújo, através da Portaria nº2883, de 04 de junho de 1998, regulamentada e publicada no DOU 240-E, de 16/12/99. O prêmio trata-se da escolha, através de critérios pré-estabelecidos, de um hospital de cada uma das cinco macrorregiões e a entrega de uma placa, um certificado e uma quantia em dinheiro que até 2002 era de R\$ 30 mil (BRASIL, 2003a; REDE DE SAÚDE, 2003).

humanizado: revisando literatura

Outra importante portaria foi a de nº 2816, de 29/05/1998, que determinou pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital, estabelecendo 40% para o segundo semestre de 1998, 37% para o primeiro semestre de 1999, 35% para o segundo semestre de 1999 e 30% para o primeiro semestre de 2000 (BRASIL, 1998a).

Em novembro de 2000, aconteceu, em Fortaleza, a I Conferência Internacional do Parto, uma parceria entre o Projeto Luz – JICA, Ministério da Saúde e Secretaria de Estado do Ceará, com objetivo central de reunir a comunidade internacional para aprofundar a compreensão global da saúde materna e perinatal, fortalecendo o modelo humanizado. Neste evento a REHUNA elaborou a *Carta de Fortaleza* (Anexo II).

Na continuidade da visão de retorno ao parto natural, buscando uma assistência mais humanizada, no dia 01 de junho de 2000, através da portaria 569/GM, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) cujo objetivo foi assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2000b). Este programa conta com R\$ 567 milhões, a serem destinados a três componentes fundamentais. O primeiro refere-se ao incentivo à assistência pré-natal, onde há estímulo, através do pagamento de incentivos financeiros, aos estados e municípios a realizarem a captação precoce, o cadastramento e o acompanhamento do pré-natal completo; o segundo componente trata da organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, no incentivo à assistência pré-natal, com objetivo de criar condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o estabelecimento de protocolos de regulação e a estruturação de **Centros**

humanizado: revisando literatura

de Regulação Obstétrica e Neonatal em nível estadual e municipal, além da estruturação de **Sistemas Móveis de Atendimento Pré e Inter-Hospitalar** (ambulâncias); por fim, o terceiro componente que se refere a uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, com o objetivo de melhorar as condições de custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, através da alteração do valor e forma de remuneração e de um pagamento adicional sobre o valor para aqueles hospitais que prestam assistência ao parto da gestante cadastrada ao PHPN e que tenham o acompanhamento completo (BRASIL, 2000b).

Em síntese, os princípios fundamentais que assentam a proposta do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento compreendem :

- Toda gestante tem direito ao acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito ao acompanhamento de pré-natal;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal e que esta seja realizada de forma humanizada e segura.

Muitos países do mundo desenvolvido, na tentativa da humanização do parto e nascimento, abriram as salas de parto aos pais e outros familiares e criaram salas de parto mais semelhantes ao ambiente doméstico. Observou-se que isso aumentava a satisfação materna e diminuía a taxa de traumatismo de períneo, bem como reduzia o desejo de outro tipo de ambiente no próximo parto (KLEIN, 1984). Alguns países

humanizado: revisando literatura

desenvolvidos criaram centros de parto, em hospitais ou fora deles, onde as mulheres de baixo risco podem dar a luz numa atmosfera semelhante à domiciliar, com assistência obstétrica primária, em geral aos cuidados de enfermeiras obstétricas. Outros buscaram as chamadas doulas. *Doula é uma mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e cuidados com o bebê. Seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, sorrir para ela, prover encorajamento e tranqüilidade* (NOLAN, 1995 citado por LEÃO; BASTOS, 2001, p. 91).

No Brasil, em 18 de setembro de 1998 foi inaugurada a primeira Casa de Parto, respeitando os moldes da OMS, uma iniciativa do Projeto Qualis (Qualidade Integral em Saúde) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que integra o Programa da Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde. Trata-se de uma casa no bairro de Sapopemba da cidade de São Paulo, para onde são encaminhadas as gestantes do PSF/Qualis em condições clínicas de realizarem o parto de forma normal, assistido pelas enfermeiras obstétricas e sempre acompanhadas por um familiar que a própria gestante escolhe durante o pré-natal e que cortará o cordão umbilical no momento do parto. Após 12 horas do parto retorna ao domicílio, passando a receber a visita da equipe do PSF. A Casa de Parto tem uma média de 30 nascimentos /mês, totalizando 331 nascimentos no período de outubro de 1998 a novembro de 1999 (SEPÚLVEDA, 2001).

A maternidade sem risco deve ser reconhecida como um direito humano e nesse sentido as sociedades têm obrigação de proteger o direito das mulheres e dos filhos que estão gerando a vida durante o processo de procriar (MAMEDE, 1998).

humanizado: revisando literatura

Para isso deverá haver uma transformação na sociedade na busca do parto humanizado, com respeito à mulher.

Levando em consideração que pelo menos há 18 anos discutem-se propostas para o retorno ao parto natural no Brasil e que a maioria das mulheres ainda recebem uma assistência desumanizada e tecnicista, estariam os profissionais preparados para esta forma de atuar?

Considerando a importância do retorno da assistência humanizada às mulheres e recém-nascidos, acompanhando os movimentos sociais, os projetos assistenciais formulados e principalmente o atual Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, que visa diminuir os índices de morbi-mortalidade materna e neonatal, e a necessidade da transformação da assistência à gestação, parto e puerpério, o presente estudo tem como proposta identificar a percepção das enfermeiras e médicos obstetras, sobre humanização da assistência ao parto.

humanizado... Objetivo*2 Objetivos :**Objetivo geral:*

Identificar a percepção dos médicos e enfermeiras obstétricas sobre humanização da assistência ao parto, em uma maternidade de um município do interior de São Paulo, credenciado no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Objetivos específicos:

- 1 Evidenciar, através dos discursos de médicos obstetras e enfermeiras, as ações desenvolvidas no processo de nascimento, com vistas à humanização da assistência;
- 2 Identificar fatores que têm dificultado a implementação da assistência humanizada ao parto.

3 Caminho teórico Metodológico

3.1 A opção pela pesquisa qualitativa

Para buscar em profundidade a essência da linguagem dos profissionais da saúde sobre humanização da assistência ao parto, o presente estudo teve como proposta metodológica, a caracterização na linha qualitativa, uma vez que a abordagem qualitativa, *aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas* (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2000, p. 22).

Ainda para a Minayo (2000, p. 10), essa abordagem é *capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes ao ato*; e por possuir modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, torna-se importante para a compreensão dos valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, as relações que se dão entre atores sociais e também para avaliação das políticas públicas e sociais pelos usuários a quem se destina.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (1998) o que se busca na pesquisa qualitativa é a recuperação da “fala do social”, isto é, dos discursos que têm como emissores os grupos, coletividades, classes, extratos sociais, cuja matéria empírica é composta de depoimentos obtidos através de entrevistas abertas com os indivíduos portadores de representações sociais. E ainda, Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) afirmam que estes discursos explicitam mais claramente o significado e a intencionalidade das falas.

Assim, utilizando-se da abordagem qualitativa, o presente estudo teve como proposta metodológica, obter os dados empíricos através da entrevista semi-estruturada.

Queiroz (1991) e Minayo (2000) comentam que a entrevista é uma das formas mais antiga e usual, no trabalho de campo, de se obter dados orais, pois através dela o pesquisador busca o que está por trás das falas dos atores sociais. Deve ser uma conversa despreziosa e neutra, uma conversa a dois com propósitos bem definidos, de forma que o pesquisador tem a tarefa de conduzi-la, podendo seguir um roteiro previamente estabelecido (estruturada), ou operar sem roteiro (não-estruturada), procurando sempre uma congruência e uma sistematização no assunto de interesse. Triviños (1992) ressalta que existe uma maneira de articular essas formas, que é chamada de entrevista semi-estruturada, a qual parte de certos questionamentos básicos que interessam à pesquisa e que em seguida oferecem a oportunidade ao informante de participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Após a realização das entrevistas, os dados foram organizados e tabulados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Cabe ressaltar, que segundo Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), o Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos da natureza verbal, que tem fundamento na teoria da Representação Social. É uma das principais figuras metodológicas, que busca tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário, resgatando assim o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos e proporcionando uma melhor visualização da representação social. Em suma, é uma maneira de fazer a coletividade “falar” diretamente, como se fosse apenas um emissor.

A opção por este método para a realização deste estudo foi devida à crença de que através da análise dos Discursos dos Sujeitos Coletivos seja possível visualizar as representações dos atores sociais sobre a humanização do parto.

3.2 Procedimentos Metodológicos

3.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na Maternidade do Complexo Aeroporto-MATER, na cidade de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, credenciado ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

A MATER é uma entidade filantrópica mantida pela Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, cujo objetivo social é a atenção à gestante carente, mantendo para isso, atendimento exclusivo às gestantes de baixo risco, provenientes do Sistema Único de Saúde da cidade e que mantém convênio com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Faculdade de Medicina (MATER, 2002).

A instituição participa também do Projeto Nascer, responsabilizando-se pela continuidade do atendimento pré-natal e assistência ao parto de treze (13) Unidades Básicas de Saúde (BESSA, 2002).

Segundo Brienza (2001) a filosofia de trabalho desta entidade baseia-se na humanização do parto, através do estímulo ao parto normal e, confirmando o Relatório Técnico da Instituição (MATER, 2002, p. 4), coloca que *a MATER foi concebida dentro de rigorosos padrões de qualidade e sua filosofia de trabalho está baseada na humanização do parto, através de práticas como estímulo ao parto normal, incentivo ao aleitamento materno e alojamento conjunto.*

No caminhar dessa filosofia e como resultado positivo dos projetos desenvolvidos ao longo dos anos, em maio de 2002 a Mater recebeu o Prêmio de **Qualidade Hospitalar** do Ministério da Saúde, o qual premia as unidades de saúde que obtiverem as melhores notas na avaliação sobre a prestação de serviços na área hospitalar no SUS.

Em agosto de 2002, recebeu o **III Prêmio Professor Galba de Araújo** da Região Sudeste pela prática e incentivo ao parto humanizado.

Em outubro de 2002, recebeu o Título de **Hospital Amigo da Criança** por ter cumprido os dez passos para o sucesso do aleitamento materno.

Segundo o Relatório Técnico da Mater (MATER, 2002) a instituição desenvolve várias ações visando à humanização, tais como:

- Curso de gestante – com enfoque principal no preparo da gestante para o parto natural e incentivo ao aleitamento materno;
- Atendimento pré-natal – realizado a partir da 36^a semana, onde as gestantes além de serem avaliadas, são orientadas e iniciam contato com a equipe de saúde do hospital, para que se familiarizem com a estrutura hospitalar e isso possa contribuir para diminuir a insegurança e ansiedade;
- Atendimento no Pré-Parto - é assegurado a toda parturiente o direito a uma assistência que contemple apoio, conforto físico, respeito e privacidade; utiliza-se de massagem, banho morno, exercícios respiratórios, alimentação; liberdade de posição e o estímulo à deambulação;
- Participação do acompanhante de escolha da parturiente;
- Manual do Acompanhante – elaborado pela equipe de enfermagem;

- Atendimento no centro obstétrico - no qual o acompanhante permanece junto à mulher e o RN é mantido perto de sua mãe;
- Alojamento Conjunto;
- Curso para puérperas - orientações sobre amamentação, cuidados com o recém-nascido e com o lactente, vacinação, prevenção de acidentes domésticos, cuidados com a saúde da mulher, importância da relação mãe e filho e planejamento familiar;
- Projeto Floresce uma Vida - puérpera e RN saem com uma consulta agendada na UBS mais próxima de sua residência;
- Consulta de enfermagem;
- Centro de Planejamento Familiar - atividades educativas; cadastrado pela SMS/RP para realização de laqueadura tubárea e vasectomia em pacientes referenciados;
- Projeto Lixo reciclado e proteção ambiental - venda de lixo útil recebido em doação; resultado da venda é revertido na compra de alimentos e de tecido para confecção de enxovais, que são doados às mães carentes que tiveram seus filhos na Mater;
- Voluntariado – participação de mulheres da sociedade; que incentivam a amamentação e desenvolvem ações de satisfações às necessidades sócio-econômicas da mulher.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido com os profissionais da MATER, por ser um hospital conveniado ao SUS, de um município cadastrado ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, e por apresentar-se envolvido com o movimento e incentivo ao parto humanizado.

3.2.2 Sujeitos do estudo

O presente estudo contou com a participação de 25 profissionais de saúde da MATER, que realizam a assistência direta ao parto. Cabe ressaltar que a amostra foi composta de sujeitos que mostraram interesse e disponibilidade em participarem, durante a presença da pesquisadora no local de estudo e que foi finalizada no momento em que as falas foram sendo esgotadas, repetitivas, seguindo os conceitos de Minayo (2000, p. 102), que considera que *na pesquisa qualitativa a amostra não é numérica e sim, aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.*

Apesar de outros profissionais da saúde estarem envolvidos com a assistência ao parto, escolheu-se aqueles que são os condutores diretos do parto, ou seja, médicos e enfermeiras obstetras.

3.2.3 Coleta de dados

A proposta de estudo foi apresentada à Direção da Maternidade escolhida com o objetivo de solicitar a autorização para sua realização. Após a autorização assinada, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para análise e aprovação do mesmo (Anexo III), atendendo assim à Resolução 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

O próximo passo foi buscar, junto a MATER, uma aproximação com as pessoas com o objetivo de identificar os sujeitos a serem entrevistados.

A partir daí iniciou-se o agendamento das visitas na Instituição e realização das entrevistas, sendo realizadas no período de maio a junho de 2002, conforme metodologia de escolha, que previa o seguimento das questões norteadoras e a microgravação. Para isso foram seguindo os princípios éticos de pesquisa, ou seja, os sujeitos após o conhecimento da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV).

3.2.4 Questões Norteadoras

1. Como você sabe cada vez mais tem se falado em parto humanizado. Você poderia me dizer como você percebe o processo de humanização do parto?
2. O que, para você, é ter um parto humanizado?
3. Em sua prática cotidiana você desenvolve princípios da humanização do parto? Em que aspectos?
4. Você acredita que há barreiras para implementação da humanização da assistência ao parto? Poderia me falar um pouco sobre isso?

3.2.5 Tratamento e análise dos dados

A organização dos dados constou da transcrição dos discursos microgravados nas entrevistas (resultando num total de 73 páginas transcrita - times 12, espaçamento simples), e tabulação seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo.

Essa proposta consiste basicamente em analisar o material verbal transcrito das entrevistas, buscando as seguintes figuras metodológicas: as Expressões Chaves (ECH) e as Idéias Centrais (IC) para a constituição do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Lefèvre (2002) define que:

- As Expressões Chaves (ECH) são pedaços, ou trechos, ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso, que devem ser sublinhados pelo pesquisador, e que revelam a essência do discurso ou a teoria subjacente.
- A Idéia Central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema das ECHs de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC
- o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECHs que tem a mesma IC, e para compô-lo é necessário desparticularizar as falas e também realizar uma série de operações destinadas a fazer com que o conjunto das expressões-chaves selecionadas se transforme num discurso.

Para a construção do DSC são necessárias as seguintes operações retóricas, ou desparticularização (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000):

1. Temporização – consiste em dispor os segmentos discursivos numa determinada ordem temporal, como se uma história estivesse sendo contada;
2. Construir o discurso indo das expressões-chaves mais gerais para as mais particulares;
3. Inserir conectivos para ligar as frases no interior do parágrafo e os parágrafos entre si, estabelecendo relações de antecedentes;
4. Inserir signos de pontuação: pontos, dois pontos, vírgulas, pontos de exclamação;
5. Suprimir repetições de termos e expressões substituindo-os por sinônimos ou equivalentes;

Após a organização e tabulação dos dados houve uma reflexão geral acerca dos DSCs encontrados e seus temas sobre a humanização da assistência ao parto para a conclusão do trabalho.

Parto humanizado...Resultados

4 Resultados

4.1 Caracterização dos sujeitos em estudo

Na etapa de coleta de dados do presente estudo, o grupo de profissionais da saúde da MATER envolvidos diretamente na assistência ao parto era formado por 51 profissionais, dos quais 28 eram residentes de medicina, sendo 14 do primeiro ano e 14 do segundo ano; 12 eram residentes de enfermagem obstétrica, sendo 7 do primeiro ano e 5 do segundo ano; 1 enfermeira e 3 enfermeiras obstetras contratadas e 8 médicos obstetras contratados. Dentro desta totalidade, este estudo trabalhou com 25 sujeitos distribuídos da seguinte forma: 7 enfermeiras residentes do primeiro ano de enfermagem obstétrica, 4 enfermeiras residentes do segundo ano de enfermagem obstétrica, 4 enfermeiras contratadas; 2 residentes medicina do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia; 3 residentes medicina do segundo ano de ginecologia e obstetrícia e 5 médicos obstetras contratados.

Além dos profissionais entrevistados, mais três profissionais foram abordados, mas não participaram da pesquisa. Dentre esses, uma residente do 2º ano de enfermagem obstétrica por estar em férias; um residente de medicina do 1º ano que se recusou a participar após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sem qualquer justificativa e o outro, médico contratado que apesar do interesse colocou-se impossibilitado devido outros compromissos.

Cabe ressaltar, que a amostra, por se tratar de uma abordagem qualitativa não foi equivalente nas categorias, porém respeitou os critérios de exaustão, ou seja, deu-se por finalizada no momento em que as falas tornaram-se repetitivas.

Parto humanizado...Resultados

Analisando algumas características dos sujeitos do estudo, observou-se que a idade dos mesmos variou de 21 a 34 anos. Quanto ao local de formação da graduação, em relação às enfermeiras a maioria (86,7%) é formada em universidades públicas. Dentre os profissionais médicos, todos eram formados em universidades públicas.

As enfermeiras contratadas, que fizeram o curso de especialização em enfermagem obstétrica, o fizeram na Escola de Enfermagem da Unifesp ou na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Na categoria dos médicos obstetras contratados, os locais de residência em ginecologia e obstetrícia foram as Faculdades de Medicina da USP/Ribeirão Preto ou da Unicamp.

Outro dado levantado foi o tempo de formação dos profissionais, em relação a graduação. Na categoria de enfermeiras este tempo variou de recém-formada até 10 anos de formada e na categoria dos médicos obstetras, de recém-formado até 5 anos de formado.

Parto humanizado...Resultados

4.2 Análise dos dados

Os dados coletados estão apresentados respeitando as categorias profissionais envolvidas no presente estudo, ou seja, enfermeiros e médicos. Entendendo que seria mais construtivo à análise, os discursos foram discutidos respeitando a seqüência das questões norteadoras e a formação acadêmica dos profissionais.

I. ENFERMEIROS

Nesta categoria de profissionais foram analisados os discursos das enfermeiras contratadas e das residentes de enfermagem obstétrica do 1º e 2º ano.

Considerando as semelhanças encontradas nos dados referentes à maioria das questões propostas, os Discursos do Sujeito Coletivo foram analisados conjuntamente, analisado separadamente por cada categoria somente na primeira questão, cujos DSCs se diferenciaram.

Os dados apresentados respeitam a seguinte seqüência: Questão norteadora, Tema, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e Idéias Centrais (IC).

Parto humanizado...Resultados

Questão 1: Como você sabe cada vez mais tem se falado em parto humanizado. Você poderia me dizer como você percebe o processo de humanização do parto?

“Humanização do parto: é uma política de saúde que busca melhorar a assistência à mulher”

DSC: A humanização do parto começou como uma iniciativa do Ministério da Saúde para redução do número de cesáreas; e da mortalidade materna e infantil. Embora, se tenha concepções e práticas diferentes dependendo do contexto local, é um processo que vem se intensificando com o aumento do número de enfermeiras, com o incentivo à formação de enfermeiras obstétricas; e através dos cursos de especialização financiados pelo Ministério da Saúde. Assim tem se mudado a concepção a respeito do que é um parto humanizado; embora permaneça a idéia de que parto humanizado é um parto sem dor, parto com analgesia, então não é muito certo o consenso de parto entre as pessoas. Então não é muito certo o consenso de parto humanizado entre as pessoas. Mas os profissionais têm percebido a melhora da assistência tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido, quando há possibilidade de ter tudo natural e de permanecerem juntos (**Enfermeiras Contratadas**).

IC1: A humanização depende também da organização do nível local

IC2: Incentivo à formação da enfermeira obstétrica

IC3: Não existe um consenso entre os profissionais do que seja parto humanizado

Através do DSC acima podemos perceber que as enfermeiras acreditam que embora não haja um consenso sobre o que seja a humanização do parto, trata-se de um processo que é fruto de políticas ministeriais de saúde que buscam melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, e que implicam no envolvimento e melhora da formação das enfermeiras obstetras e das concepções e práticas onde ele é feito.

No entanto, se referiram pouco aos acontecimentos que influenciaram esta assistência a se tornar desumanizada, como a institucionalização do parto, o interesse

Parto humanizado...Resultados

da medicina pela área, a falta de enfermeiras obstetras nos serviços de saúde e a própria formação dos profissionais de saúde que visam o biológico e o patológico.

Corroborando com Martins (2002) entende-se por uma assistência humanizada aquela em o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo; há leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente e na instituição, a necessidade de quem assiste e de quem é assistido se inter-atuam.

O parto humanizado deve ser visto como uma parte da assistência humanizada à gestação, parto e nascimento, mas com características específicas, ou seja, um parto em que haja forte respeito aos rituais que acontecem, como a mulher passando a ser mãe, o feto passando a ser um recém-nascido, o homem a ser pai, mudanças estas que para muitos são consideradas como crise.

Maldonado (2002, p. 65) refere que *se a gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto pode também ser encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização.*

Ainda de acordo com a referida autora, o parto é como se déssemos um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. Além de ser uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade - uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma; uma outra peculiaridade que contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista é a incapacidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o que evidentemente implica a impossibilidade de controlar o processo.

Parto humanizado...Resultados

Largura (2000) defende que para humanizar o parto é necessário que as dimensões espirituais, psicológicas, biológicas e sociais do ser humano sejam atendidas. Desta forma é necessário permitir, respeitar e apoiar as dificuldades comportamentais que essa gestante possa ter. É preciso proporcionar a ela liberdade de movimento, medidas de alívio da dor, tornando-a protagonista do processo, dando abertura para que ela escolha com quem e como vai parir, e ainda respeitando o ser que nasce, como defende Leboyer (1999) que *os bebês devam nascer sorrindo*.

Odent (2002, p. 18) em seu livro *Renascimento do Parto* refere que sua experiência em Phitiviers tem claramente demonstrado que o enfoque onde o nascimento é “desmedicalizado” recupera a dignidade e humanidade do processo de dar à luz, e devolve o controle à mãe e que é, também, o procedimento mais seguro. Em outra obra mais recente (2003), o mesmo autor faz uma analogia entre o modo de nascer e a criminalidade, em três países da Europa, Holanda, Itália e França. Na Holanda, a atuação das parteiras é autônoma e responsável pela maioria dos partos, o que leva a um reduzido número de partos cirúrgicos. A Itália tem o maior número de obstetras da Europa em relação ao número de habitantes, o menor número de parteiras e os maiores índices de parto cirúrgico. Em situação intermediária está a França, onde existem mais parteiras que na Itália porém com pouca autonomia e os índices de partos cirúrgicos são bem mais alto que na Holanda, porém mais baixos que na Itália.

Quando observado o índice de criminalidade desses países, a França em relação a Holanda, apresenta um grande contingente de policiais por habitantes, porém vem sofrendo um aumento (8.04%) no número de crimes violentos nos dois

Parto humanizado...Resultados

últimos anos. Entre a Itália e a Holanda a discrepância ainda é maior, pois a primeira tem um índice de casos criminosos três vezes maior que a segunda (ODENT, 2003).

Jones (2002a) discute que para a maioria das pessoas falar em humanizar é estar se referindo a tratar com mais gentileza e "humanidade" as pacientes nos Centros Obstétricos; numa abordagem menos agressiva e mais racional do manejo das internações. Porém na sua visão, parto humanizado é algo bem mais profundo do que isso, ou seja, tem a ver com a posição em que a cliente/parturiente ocupa neste cenário, devendo ser manejado de forma feminina, pois enquanto o nascimento for manejado de forma masculina ele nunca será verdadeiramente humanizado. *É inadmissível que um fenômeno tão intrinsecamente feminino seja gerenciado por pressupostos tão marcadamente masculinos!*

O autor ainda afirma que

*o que torna um parto humanizado, ao contrário do manejo alienante que encontramos nas nossas maternidades, é o protagonismo conquistado por esta mulher. A posição de cócoras, a presença do marido/acompanhante, a diminuição de algumas intervenções sabidamente desnecessárias, o local do nascimento, etc. não são suficientes para tornar um nascimento **feminino e humanizado**, é necessário muito mais do que isso (JONES, 2002a).*

A humanização do parto, no DSC das enfermeiras entrevistadas, também consiste em uma política governamental objetivando melhorar a assistência obstétrica, através da diminuição dos índices de cesárea e conseqüentemente as taxas de mortalidade materna e infantil. Compartilhando com a visão dos autores acima citados, o fato de ser uma política não seria suficiente para resultar em mudanças para uma assistência baseada na filosofia da humanização, uma vez que depende de

Parto humanizado...Resultados

transformações comportamentais e posturais, ou seja, uma mudança de paradigma sobre a gestação e nascimento.

Mas não é de estranharmos que este enfoque da questão política tenha surgido pois a própria trajetória da humanização nos mostra que somente houve um maior envolvimento das instituições quando foi proposto o Guia de maternidade segura e o Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Infelizmente ocorreu que alguns profissionais acreditaram que a humanização tenha como objetivo principal a diminuição do índice de cesárea e para realizá-la basta diminuir as intervenções, oferecer um mínimo de consultas e exames pré-natais, a mulher ter referência a uma maternidade e retornar ao serviço no puerpério.

Vale ressaltar também que uma política está sempre correlacionada com o local em que se aplica, visão referida pelas próprias enfermeiras :

Olha, parto humanizado já existe há muitos anos, e eu percebo que é assim, a evolução da humanização do parto depende não só de regiões mas de cidades, por exemplo, São Paulo é um lugar que tem humanização do parto bastante desenvolvida...no Rio Grande do Sul a gente não pode nem falar sobre... (Entrevista nº 6 - Enf. Cont.).

Riesco (1999), em seu estudo sobre a visão que os profissionais tem sobre quem é a parteira a quem os profissionais se referem, já havia detectado que *uma coisa é falar de São Paulo, outra coisa é falar do Brasil* (p.32). O país apresenta uma heterogeneidade sócio-econômica-cultural que nos permite encontrar enormes diferenças na oferta e distribuição de recursos humanos para a assistência ao nascimento. Desta forma, no mesmo país coexistem as situações do parto acontecendo em um sofisticado aparato hospitalar, centralizado no médico e em

Parto humanizado...Resultados

outra, em condições precárias, assistido pelas parteiras tradicionais, leigas. Conforme destacado por Osava (1997, p.50) *as situações díspares nos mostram que proposições que tenham a pretensão de servir para todo o Brasil, estarão fadadas ao fracasso.*

Apesar das ressalvas, torna-se interessante a discussão de alguns pontos ressaltados pelas enfermeiras neste DSC, em relação à assistência obstétrica.

Ao longo dos séculos, a assistência obstétrica sofreu muitas mudanças, deixando de entender a gestação e o parto como fenômenos naturais e fisiológicos em razão de uma visão intervencionista e tecnicista, onde se privilegia a assistência médico-hospitalar. Essas mudanças acabaram levando a sociedade e o sistema de saúde a acreditar que a melhor forma de nascer seria no hospital e através do parto cesariano. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b, c) no período de 1997 a 1999, 96,73% dos partos ocorreram em ambiente hospitalar, sendo que 39,33% desses partos foram cesarianos, o que nos mostra o quão medicalizada está essa assistência.

Tanaka (1995), ao abordar esta questão, refere que cada vez mais a equipe médica e as próprias mulheres dão preferência ao parto hospitalar e cirúrgico que antes, por motivos morais e religiosos, era de pouca aceitação entre as mulheres. Atualmente encontramos mulheres que sequer pensam na possibilidade de ter um parto normal. Durante seu pré-natal já querem marcar uma cesariana e o profissional que as atende, o qual deveria mostrar as implicações desta atitude bem como discutir as vantagens do parto normal, aceita e muitas vezes as estimulam para tal.

É sabido que existem indicações reais para a cesariana, procedimento hoje que conta com muita habilidade dos profissionais que o executa porém a OMS

Parto humanizado...Resultados

defende que a taxa de cesariana não deve exceder a 15% dos partos, muito aquém do observado no Brasil, como demonstrado a seguir

(...) o Brasil sustenta de maneira isolada e constante, as maiores taxas de operações cesarianas de todo o mundo, que no momento atinge a quase metade de todos os partos aqui realizado (...) um exemplo singular de uso indiscriminado da operação cesariana como método de resolução do parto, e o que parece ser mais perturbador não suscita reação consistente dos organismos de fiscalização federal, nem das entidades de classe ou setores interessados da sociedade organizada (OSAVA, 1996, p. 421).

Bessa (2002) ressalta que apesar de cerca de 95% dos partos ocorrerem nos hospitais, a qualidade dessa assistência deixa muito a desejar pois ainda assim 60% dos óbitos maternos ocorrem no hospital.

O DSC das enfermeiras ainda ressalta a idéia de que uma das formas pela qual o Ministério da Saúde propôs mudanças, foi acreditando na volta da enfermeira obstetra e financiando cursos de especialização nesta área.

A Organização Mundial de Saúde (1996), ao discutir os prestadores de serviços no parto normal, refere-se ao enfermeiro da seguinte maneira:

a enfermeira-parteira parece ser o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de prestador de cuidados de saúde para ser responsável pela assistência à gestação e ao parto, incluindo a avaliação de riscos e reconhecimento de complicações (...) as enfermeiras-parteiras são os provedores de cuidados primários de saúde mais apropriados para serem responsáveis pela assistência ao parto normal (OMS, 1996, p. 6-7).

Nesta mesma direção:

Parto humanizado...Resultados

Kitzinger, antropóloga que dedicou seus estudos e pesquisas ao processo de nascimento, bem como ao trabalho com casais no período reprodutivo, ressalta a importância da enfermeira obstetra ao longo da história nos diversos sistemas de saúde, mas reconhece que, na maioria dos sistemas, essa profissional praticamente desapareceu. Em alguns locais, limita-se a cumprir ordens médicas; em outros sua atividade é fragmentada e direcionada para o procedimento em si e não para a mulher. Porém, nos locais onde atuam com autonomia, as enfermeiras têm obtido resultados perinatais muito satisfatórios e desempenhado papel relevante no sentido de mudança, examinando práticas obstétricas universalmente aceitas e diferentes tipos de intervenções, inclusive suas próprias práticas (MERIGHI; GUALDA, 2002, p. 6).

Entretanto Monteleone (2002), obstetra e ginecologista, professor assistente da Obstetrícia da Universidade Metropolitana de Santos, ex-presidente do Conselho Regional de Medicina, defende que o parto deve ser assistido por uma equipe composta pelo médico obstetra, enfermeira obstetra, anesthesiologista e neonatologista, sendo inaceitável a enfermeira obstetra assumir todas as responsabilidades de um parto sem a supervisão de um médico. Ainda refere ser esta uma situação de risco. *É um risco profissional à nossa colega. É um risco para a parturiente.*

Desta forma, podemos avaliar que ainda há bastante controversias na discussão sobre o profissional que irá atender ao parto. Parece-nos que a classe médica sente-se ameaçada quanto ao seu espaço, justificando para isso que a enfermagem não tem habilidades técnicas de assistir ao parto.

Vale destacar e concordar com a afirmação de Schirmer (1998, p. 11) de que *o profissional mais indicado para promover a assistência ao parto e ao nascimento é*

Parto humanizado...Resultados

o que está mais preparado para exercer tal atividade e a esse profissional, faz-se necessário:

(...)incorporar o paradigma de aperfeiçoamento da fisiologia e da humanização, valorizando o processo de nascimento com um acontecimento singular, afastando a despersonalização e as ações intervencionistas. (...) há necessidade de construção de um modelo de assistência em que a mulher e sua família passam a ser sujeitos do processo de nascimento (MERIGHI; GUALDA, 2002, p. 8).

Sem dúvida alguma a humanização se faz necessária em qualquer categoria profissional, mas não se pode negar que a enfermagem tem uma afinidade maior aos preceitos desse processo, decorrente de sua formação acadêmica.

Outra idéia muito coerentemente apresentada no DSC desta categoria profissional, foi a de que não existe um consenso entre os profissionais do que seja parto humanizado.

Brüggemann (2001a) refere que existem diferentes conceitos de humanização; desde a definição do Dicionário de língua portuguesa referindo-se *ao ato ou efeito de humanizar, tornar benévolo, afável*; nos Dicionários de Filosofia, definido como *conjunto de características específicas do ser humano, tornando-se diferente dos outros animais*; até a que percebe a humanização como *sendo um fenômeno situado na pessoa, no ser humano como o centro do referencial*. Desta forma, o profissional de saúde que acompanha a mulher e o familiar durante o processo do nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível aos outros seres humanos, e ser capaz de compreendê-los a partir do significado que os mesmos atribuem à experiência.

Parto humanizado...Resultados

Segundo definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a, p. 11) *o conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição.*

O Dossiê do Parto (REDE DE SAÚDE, 2003) discute que *a definição do que é parto normal não é universal nem facilmente padronizável (...), porém, a assistência deve ser centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades das instituições e dos profissionais.* Ainda refere que apesar do termo humanizar e seus derivados possa ter adquirido sentidos diversos, o movimento feminista adotou um conceito de humanização que significa uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia adequada, baseada na evidência científica.

Além das enfermeiras identificarem a falta de consenso sobre o que é parto humanizado, fazem uma ressalva de que para muitos, o fato de se aplicar a analgesia de parto seja suficiente para humanizar.

Parto humanizado veio meio que tampado pelo uma idéia de que parto humanizado é um parto sem dor, parto com analgesia, então existe assim, talvez uns 50% das pessoas que você pergunta o que é um parto humanizado e vai te falar que é um parto sem dor (...) (Entrevista n°19 - Enf. Cont.).

Largura (2000) ressalta que *vivemos em uma sociedade que usa todos os artifícios possíveis para fugir da dor.* Assim tanto as mulheres como a equipe, acabam por acreditar, que a qualquer custo a “dor do parto” tenha que ser amenizada. Não se pode negar que muitas vezes, os profissionais que defendem a analgesia

Parto humanizado...Resultados

fazem por acreditarem que realmente ela seja necessária, ou seja, não tem embasamento suficiente para entender o real significado do humanizar, onde o fato de diminuir a dor isoladamente, não consegue humanizar a assistência.

Segundo Tanaka; Alvarenga (1999, p. 202) *a medicalização da dor do parto não é uma prática da medicina moderna; antigamente utilizavam, por exemplo, bebidas alcoólicas e as mais diferentes infusões para aliviar a dor*

Percebe-se que cada profissional apropriou-se do termo humanização com uma visão. Por exemplo, os anestesiológicos acreditam que parto humanizado seja sinônimo de parto sem dor, alguns profissionais acreditam ser um parto vertical, outros no parto solidário, com a presença da Doula e do acompanhante, e para enfermeira um parto com mais suporte físico e emocional. Há que se ter o cuidado de não permitir todas as incorporações, uma vez que pode-se perder a filosofia principal de que mulher/família e feto/recém-nascido devam ser protagonistas do processo.

Em suma, o DSC das enfermeiras contratadas demonstrou que elas entendem que o processo de humanização, teve o intuito de reduzir as taxas de cesárea e mortalidade materno e infantil, ocorrendo através do incentivo político à formação de enfermeiras obstetras, as quais, mesmo apresentando discrepâncias nos conceitos de humanização, têm influenciado na postura de outros profissionais.

Parto humanizado...Resultados

" Parto humanizado: é o resgate do parto o mais natural possível "

DSC: Antigamente, o parto era natural e era feito em casa pelas parteiras. Depois os obstetras começaram a levar tudo para o hospital, um evento mais ligado à doença. Agora, algumas pessoas, principalmente as enfermeiras obstetras, começaram a resgatar o conceito de que o parto deva ser o mais natural possível; ainda que feito no hospital, pois gravidez não é doença. Deve-se deixar que a mulher entenda e vivencie o próprio parto, como um evento dela, diminuindo as técnicas invasivas. Tem gente que acha que humanizar o parto é só trazer o acompanhante pra sala, mas humanizar é todo um trabalho feito com a gestante, que começa no pré-natal e adentra o trabalho de parto e o parto **(R₂ de Enfermagem Obstétrica)**.

IC1: Obstetrícia é mais ligada à saúde

IC2: É todo um trabalho feito desde o pré-natal até o parto para que a mulher seja protagonista do parto.

IC3: O trabalho da enfermagem valorizou a humanização do parto.

A análise do presente DSC demonstra que as enfermeiras residentes do 2º ano de enfermagem obstétrica entendem que o movimento da humanização do parto tem acontecido na busca de derrubar a idéia que gravidez seja doença e deva ser tratada como tal. As falas sugerem que um dos responsáveis pela desumanização, tenha sido o fato do parto ter deixado o ambiente domiciliar e se embrenhado no ambiente hospitalar.

(...)antigamente tinha o parto mais humanizado (...) (Entrevista nº16).

(...) antigamente, no início era só parteira mesmo o parto em casa, nada desse negócio de institucionalizar o parto (...) (Entrevista nº 1).

Bessa (2002, p.5) citando Carneiro (2000) *salienta que a concentração dos partos nas maternidades resultou na sua patologização, visto que cerca de 80% são internadas como doentes, quando na realidade são saudáveis.*

Parto humanizado...Resultados

A partir do século XX, como apontam Nascimento, Santos e Souza (1997, p.158), a institucionalização da assistência ao parto fez com que predominasse o parto hospitalar, e assim, *os cuidados prestados pelas parteiras enquanto mulheres conhecedoras dos “mistérios do parto”, e que acumularam ao longo dos séculos um “saber empírico” sobre a continuidade da vida, passaram a ser de responsabilidade do profissional de saúde.*

Sabemos que até o século XVII as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e ordens morais. A presença masculina era vivida como uma inquietude, pois significava que algo ia muito mal (OSAVA, 1997).

Priore (1993) atribui às parteiras ou comadres enorme prestígio nas antigas sociedades tradicionais por apresentarem familiaridade com as manobras externas para facilitar o parto, conhecerem a gravidez e o puerpério por experiência própria, constituírem-se em zeladoras dos costumes femininos que se agrupavam em torno da idéia de proteção da mãe e da criança. Aos cuidados físicos somavam-se os psicológicos, pois era detentora de ritos, encarregando-se de admoestar e confortar a parturiente com alimentos, bebidas e com palavras agradáveis. *Além de aparar crianças nos partos, eram benzedoras e recitavam palavras mágicas para auxiliar a mãe...* (PRIORE, 1993, p. 263).

Quando se observa a evolução histórica da assistência obstétrica, não só no Brasil como no mundo, denota-se a mudança provocada pela invenção do fórceps, transformando essa assistência em um ato hospitalar, e portanto intervencionista. Cumpre apontarmos que a utilização do fórceps era de domínio masculino, na figura do médico, por várias razões, como questões de gênero: a mulher era considerada

Parto humanizado...Resultados

intelectualmente inferior, maior facilidade de acesso aos cursos e melhores condições econômicas.

Nesta época os médicos e cirurgiões iniciaram suas articulações para a exclusão das parteiras da assistência ao parto; substituindo assim, o cuidar da parturiente pela materialização da assistência. Osava (1997, p. 11) defende que o uso do fórceps *introduziu o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana*.

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica, porém, observamos que a instrumentalização do parto gerou sua medicalização (CHAVES et al., 2001; CECATTI, PIRES, GOLDENBERG, 1999). O parto passa a ser visto como inerentemente problemático, exigindo a intervenção médica como forma de garantir o bom resultado (REDE DE SAÚDE, 2003).

Essa visão do parto medicalizado e hospitalar, inexoravelmente se consolidou e influenciou a marginalização das parteiras do mercado de trabalho, o qual passou a ser ativamente dominado pela corporação médica.

Observando o DSC das enfermeiras do presente estudo, nota-se que o mesmo aponta nessa direção pois, computam a responsabilidade do parto como um procedimento hospitalizado aos obstetras e entendem que o movimento da humanização do parto tem hoje uma grande influência do empenho das enfermeiras obstetras em resgatar o parto mais natural.

O entendimento sobre o processo da humanização do parto no DSC apresentado acima se aproxima do referencial teórico, no qual este estudo está pautado. Esta constatação pode estar relacionada a uma maior preocupação na

Parto humanizado...Resultados

formação e capacitação das enfermeiras obstetras para assistirem ao parto humanizado, atendendo a uma tendência apontada por órgãos governamentais e não-governamentais, diferentemente das profissionais formadas há mais tempo. Cabe ressaltar que embora há vários anos se discuta a humanização do parto, somente nos anos mais recentes é que as políticas governamentais englobaram esta como proposta de assistência, havendo assim maior expansão da discussão.

A segunda idéia central identificada nas falas das enfermeiras residentes do 2º ano, traz a importância de se preparar a gestante desde o pré-natal, para tornar-se protagonista do processo de nascimento. Considerando que esta idéia foge do questionamento sobre como se deu o processo da humanização e que aparecerá nos discursos referentes à segunda questão, a mesma está discutida adiante.

Por final, o presente DSC ressaltou a necessidade de se resgatar uma forma mais natural do nascimento.

De acordo com Paiva (1999, p.8), *gestação, parto e nascimento são processos naturais e fisiológicos, concernentes à natureza das mulheres e, por isso mesmo, constituem-se, para a maioria delas, nos eventos mais significativos de suas vidas.*

No entanto há anos toda a assistência vem sendo prestada sob uma visão patológica da gestação, a qual acredita que a todo o momento possa existir a necessidade de intervir na prevenção de riscos.

A concepção do processo de humanização como resgate do parto mais natural foi apresentada nos DSCs das enfermeiras residentes do 2º ano de enfermagem obstétrica do presente estudo, acrescida da idéia de que este processo somente ocorrerá quando as mulheres se tornarem protagonista do parto e nascimento. Desta

Parto humanizado...Resultados

forma, nos leva a crer que compartilham de uma concepção mais fundamentada do processo da humanização.

“ Humanização do parto: é a desmedicalização da assistência ”

DSC: A gente tem que olhar o ser humano como um ser que tem seus sentimentos, e, portanto, cuidar dos aspectos psicológicos, cuidar de tudo. A humanização começa pela necessidade de diminuir os índices de cesárea, melhorar a assistência e também por causa da postura hierárquica dos profissionais médicos, enfermagem e outros funcionários do hospital, que consideram a mulher em posição inferior, despersonalizando o seu parto. Ainda ao excesso de intervenções como medicação, toque, aparelho disso e daquilo; enfim um monte de parafernália. Às vezes, as parturientes passam fome e sede. Portanto, humanizar o parto é o resgate da forma mais natural do nascimento; como se fosse em casa (**R₁ de enfermagem obstétrica**).

IC1: Diminuir as intervenções e mudar a postura dos profissionais

IC2: Diminuir os índices de cesárea e melhorar a assistência

O DSC apresentado acima está pautado na visão do cuidado integral à gestante, onde se valoriza tanto seus aspectos físicos como os emocionais e pressupõe como causa do processo de humanização a necessidade de diminuição do índice de cesáreas e da melhoria da assistência à mulher, apontando também o excesso de atitudes intervencionistas que levam a despersonalização do seu papel no parto. Desta forma, entendem que a assistência precisa ser desmedicalizada para que se consiga alcançar a humanização.

Como discutido anteriormente, embora não se possa negar que as taxas de cesárea são a mais viva evidência do processo de medicalização da vida da mulher

Parto humanizado...Resultados

no processo de concepção, diminuí-las não significa que estaremos humanizando o parto, uma vez que a simples substituição da cesárea por um parto normal intervencionista (excesso de exames vaginais, rotura artificial das membranas, episiotomia, posições tradicionais, entre outras) não levará por si só à humanização do parto, haja visto que este processo depende de uma mudança de paradigma.

A medicalização do parto e o abuso tecnológico foram favorecidos pelo fato do parto ter se transformado em ato médico e hospitalizado, a evolução da prática obstétrica e a instauração da medicina científica cooperou para uma apropriação e despersonalização do corpo feminino, conforme ressaltado por Tanaka e Alvarenga (1999, p. 202-203): *o corpo feminino passa a ser arena dos médicos, onde a lógica masculina predomina sobre a psique feminina e, assim, o próprio corpo da mulher é visto como canal de parto, um invólucro passível de quem tem o poder de curar.*

Segundo Donnangelo e Pereira (1979) a prática médica foi marcada pela expansão da produção de serviços, bem como a generalização do consumo por contingentes. Desta forma, as enfermeiras que se mantiveram no processo de nascimento, também reproduziram a filosofia de intervenção, demonstrando uma tendência geral da medicalização da assistência.

Como apontado no DSC das enfermeiras residentes do 1º ano, a postura impositiva por parte da enfermagem em relação a parturiente torna-se um fator negativo sobre a humanização do parto. Cabe ressaltar que essa postura hierárquica foi uma adequação das práticas de enfermagem às práticas médicas pautadas na formação biologicista e tecnológica e atendendo as demandas de uma sociedade capitalista.

Parto humanizado...Resultados

As políticas governamentais têm se preocupado em diminuir as altas taxa de cesáreas no Brasil, influenciadas por vários fatores, não descartando entre eles o fator econômico.

Como apontado no referencial teórico deste estudo, o movimento pela humanização do parto foi desencadeado por iniciativas não-governamentais que até propunham a diminuição do índice de cesárea mas não se resumiam a isso. A criação da Rede de Humanização do Nascimento – Rehuna, apresenta-se como uma dessas iniciativas. Já em 1993, ao apresentar a “Carta de Campinas” destacou a importância de se *resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais; incentivando as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos* (Carta de Campinas – Anexo I).

Em relação ao poder hierárquico dos profissionais de saúde para com as mulheres, ressaltado no DSC, há necessidade de se resgatar a articulação que se estabelece entre a condição orgânica feminina e condição social de gênero, muito bem discutida a seguir:

a medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana, relacionada por assim dizer à sua condição orgânica. Essa afirmação significa, sobretudo, a maneira específica pela qual o corpo feminino vem sendo tratado pela medicina a partir do momento em que se transforma em seu objeto de saber e prática (...) o processo histórico de medicalização do corpo feminino passa, necessariamente pela idéia de que existe uma natureza determinante e dominante da condição feminina. É justamente por meio dessa concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres. A idéia de natureza feminina baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar (VIEIRA, 1999, p. 67).

Parto humanizado...Resultados

Visualizamos através do DSC das enfermeiras residentes do 1º ano de enfermagem obstétrica uma percepção de que o movimento da humanização esteja ligado a uma política de diminuição da cesárea e também a uma melhoria da assistência, de forma a resgatar um nascimento mais natural. Acreditam que isso pode ser conseguido com a desmedicalização da assistência e com a mudança da postura dos profissionais frente às necessidades da mulher.

Embora no DSC não seja evidente a evolução do processo da humanização, elas apontaram vários fatores que levaram a desumanização do parto, dentre eles a medicalização da assistência e a formação dos profissionais de saúde, dentro de uma ótica biologicista e tecnológica, ou seja, intervencionista.

Ao analisarmos globalmente os DSCs referentes a primeira questão norteadora, nas diferentes categorias das enfermeiras, notamos que existe uma concepção homogênea de que o processo se deu por uma imposição política governamental, que visa a diminuição das taxas de cesárea e a melhoria da assistência à mulher. Ainda que o movimento de humanização não tenha sido assinalado de forma evidente, o enfoque filosófico deste processo foi abordado pelas entrevistadas.

Parto humanizado...Resultados

Questão 2: O que, para você, é ter um parto humanizado?

"Parto humanizado : é uma mudança de paradigma na assistência à mulher "

DSC₁: Parto humanizado é como a própria palavra já diz... humanizado, é você respeitar a mulher dentro daquele momento em que ela está; respeitando as vontades dela e sabendo avaliar o que realmente ela precisa, lembrando que para ela o momento mais importante é o que ela está vivendo. O parto humanizado deve começar desde a assistência pré-natal, uma assistência em que a mulher não tenha só atendimento clínico no que diz respeito ao biológico mas também orientações, curso de gestante; para que possa escolher a maternidade que ela vai dar a luz, escolher o tipo de parto; a posição que ela quer parir, com quem ela quer parir, quem ela quer de acompanhante, como deve ser o ambiente, com música, sem música e que tipo de música, ou seja, um ambiente confortável e aconchegante para ela. Além disso durante o processo de internação, que a equipe seja o menos intervencionista possível; respeite as recomendações do Ministério da Saúde; esteja disposta a ouvi-la e de suprir suas necessidades gerais; e que permita a ela manter sua identidade. Na sala de parto também como uma das fontes da humanização, manter o marido, ou quem estiver com ela, todo o momento, independente de ser parto normal ou cesárea, e assim que o bebê nascer proporcionar o contato pele a pele e a amamentação precoce. Ainda é proporcionar a ela um atendimento individualizado durante o puerpério (**Enfermeiras contratadas**).

IC1: Equipe que respeita, dá apoio e ouve.

IC2: Preparo da gestante desde o pré-natal.

IC3: Presença de acompanhante envolvido e de confiança da parturiente

DSC₂: Humanizar o parto começa desde o pré-natal, tratando a gestante de forma diferenciada, preocupando-se não só com a barriga e o nenê mas com o meio em que vivem. Agora aqui dentro do hospital, no pré-parto, além de permitir o acompanhante de sua escolha; que cuide e tranqüilize-a, é você estar proporcionando um ambiente aconchegante; que lembre a casa dela; é deixar ela viver o parto do jeito que ela gostaria que fosse, buscando dentro dela esse melhor jeito; é tratá-la bem, pois não adianta nada proporcionar um monte de coisas, como não fazer tricotomia, dar comida, deixar deambular, não colocar ocitocina e tratá-la mal; é não invadir tanto a

Parto humanizado...Resultados

privacidade dela; não há necessidade de ficar fazendo toques repetitivos uma vez que existem outros meios de saber se o trabalho de parto está evoluindo; é utilizar técnicas não medicamentosas para aliviar sua dor, como colocá-la no banho para relaxar, permitir que deambule e realizar a massagem. É também humanizar o processo do parto, permitindo o contato imediato do recém-nascido com a mãe e o acompanhante, e depois toda as questões do Hospital Amigo da Criança, que estimulam o aleitamento materno. Enfim é permitir um parto natural **(R2 enfermagem obstétrica)**.

IC1: Possibilitar à mulher vivenciar seu próprio parto.

IC2: Diminuir as intervenções desnecessárias.

IC3: Proporcionar ambiente acolhedor.

DSC₃: Parto humanizado não é só ter acompanhante; e nem parto sem dor. O parto é humanizado desde que ela entra aqui na recepção, de atendê-la bem e com respeito; é conversar direito com ela e sua família; explicando tudo o que está acontecendo e o que irá acontecer. Ainda é permitir que o parto aconteça de acordo com a aquilo que ela acredita; com o mínimo de intervenções; é reduzir coisas desnecessárias, tipo a tricotomia, a lavagem intestinal, o toque vaginal. Também é a presença do acompanhante se ela quiser e de escolha dela; é ela estar decidindo se quer ou não analgesia; é a liberdade de movimento, a ingestão de líquidos, seria respeitar a vontade dela; e suas particularidades; para que ela se sinta da melhor forma possível, tornando o menos difícil essa experiência **(R1 enfermagem obstétrica)**.

IC1: Orientar a mulher a todo o momento, respeitando a vontades e escolhas das mulheres.

Em relação ao significado de parto humanizado observamos através do DSC, que as enfermeiras entendem ser uma mudança de paradigma, onde o processo de gestação, parto e pós-parto deva respeitar a mulher e a família, não só no aspecto biológico, mas também no aspecto psicológico, social e cultural.

Ao discutir as dimensões envolvidas no parto, Largura (2000) refere que na dimensão espiritual há uma eclosão da vida. Na dimensão psicológica há uma

Parto humanizado...Resultados

necessidade da ternura, confiança e coragem; e na dimensão biológica inclui-se o preparo físico da mulher para o parto durante a gestação. A autora defende que

humanizar é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais. (...) A mulher é um animal racional. Nada que é humano é puramente corporal, assim como nada é puramente espiritual (LARGURA, 2000, p. 8).

Os avanços do desenvolvimento na área de reprodução humana, na engenharia genética e na medicina fetal, apresentaram uma inegável contribuição na melhoria da assistência obstétrica, porém inúmeros dilemas éticos os acompanharam (BRÜGGEMANN, 2001b). Um exemplo disso é a prática obstétrica com o uso indiscriminado da tecnologia e transformação do parto em um acontecimento médico, freqüentemente cirúrgico, tomando da mulher o ato de parir e transformando-a num agente passivo durante todo o processo.

Essas transformações na assistência ao parto, como já discutido na questão anterior, ocorreram por diversos fatores, como a institucionalização do parto, o interesse da medicina pela área, a falta de enfermeiras obstetras nos serviços de saúde e a própria formação dos profissionais de saúde privilegiando a atenção biológica e patológica, que acabam deixando de lado outros fatores tão importantes quanto esses.

Por muitos milênios a assistência à parturiente era realizada no domicílio pelas parteiras, que adquiriam e repassavam suas experiências, de geração para geração; porém foram impedidas de continuarem sua assistência quando o nascimento deixou de ser visto como um processo instintivo ao ser humano e passou a ser um ato médico (OSAVA, 1990; BESSA, FERREIRA, 1999). A atuação da

Parto humanizado...Resultados

enfermeira obstetra passou a ser mais gerencial do parto hospitalar, objetivando agilizar a ação do médico e, com isso, se afastando cada vez mais da gestante, parturiente, puérpera e do recém nascido, sendo os cuidados diretos delegados aos demais membros da equipe de enfermagem que, na maioria das vezes, também não receberam formação adequada para a assistência humanizada.

Os resultados do estudo de Duarte (1999) sobre o desenvolvimento de ensino nas escolas de enfermagem e atuação das enfermeiras na área da saúde da mulher e do neonato no Rio Grande do Sul, os resultados evidenciaram que as atividades de maior complexidade (avaliação e controle obstétrico, realização de parto, assistência ao neonato na sala de parto e berçário de risco) têm um predomínio médico, sendo também realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem e parteira. A enfermeira especialista, em escasso número nas instituições, acabam tendo uma atuação predominante nas atividades de menor complexidade (assistência à puérpera e neonato em alojamento conjunto e berçário normal).

Em relação ao excesso de intervenções, Largura (2000, p.7) refere que *vivemos numa sociedade de gente apressada, onde tudo deve passar e acontecer rapidamente, onde toda a dificuldade é regulamentada pela tecnologia e todos os problemas de saúde requerem uma solução medicamentosa ou cirúrgica*. Isso poderia explicar o uso indiscriminado de ocitócitos para a indução do trabalho de parto, uso rotineiro de tricotomia e enteroclistima, amniotomia prematura de membranas, episiotomias, analgésicos, anestésicos e separação da criança e da mãe/família.

A intervenção só se dá através dos profissionais de saúde, e se a formação lhes prepara assim, reproduzirão essa filosofia tecnicista. Merighi e Gualda (2002,

Parto humanizado...Resultados

p. 7) citando Nunes (1999), apontam que *ao que compete à medicina, os currículos das faculdades são biocêntricos, com ênfase para a doença, os procedimentos técnicos e a medicina tecnológica; ainda referem que o ambiente social do treinamento médico milita contra a perspectiva humanitária*. As autoras acrescentam que há dificuldades inerentes ao campo de conhecimento específico, pois os avanços acelerados geram dificuldades no modo de levar esse conhecimento aos estudantes no tempo disponível no currículo, o que, praticamente, inviabiliza a introdução de disciplinas de caráter humanístico. Por fim coloca que são as características pessoais é que determinam o seu comportamento profissional e que o processo de seleção dos candidatos às escolas médicas é que deve ser mais eficiente na avaliação do perfil dos candidatos.

Na área da enfermagem essa situação é bastante semelhante. Segundo Duarte (1999) a área da educação vem sofrendo desmantelamento e desvalorização em todos os níveis, o sistema educacional tem seguido o modelo ideológico dominante, mercadológico e curativo, e os problemas da área da enfermagem não são menores.

Portanto, considerando que a atuação depende da formação acadêmica do profissional, há que se repensar nos modelos curriculares, para que esses privilegiem a filosofia da humanização nos conteúdos do processo de nascimento e parto, de tal forma a possibilitar uma atuação futura nestes moldes.

Ao considerarmos a terceira idéia central das enfermeiras contratadas podemos perceber que entendem que para se humanizar o parto há necessidade de se preparar a gestante desde o pré-natal:

" Para mim parto humanizado começa desde a assistência ao pré-natal, já começa com uma assistência humanizada, uma assistência que envolva sempre o parceiro

Parto humanizado...Resultados

ou alguém da família da pessoa, ou que seja uma amiga, é" (Entrevista n° 19 - Enf. Cont.)

" (...) de estar dando apoio à parturiente até o preparo anterior no pré-natal durante o curso, pra ela está entendendo mais o que está acontecendo com ela..." (Entrevista n° 25 - Enf. Cont.).

Muito se tem falado sobre o preparo da gestante desde o pré-natal. O próprio Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde defende uma assistência diferenciada visando acolher e preparar a gestante e família para o parto, através das seguintes recomendações:

Para adequado acompanhamento pré-natal e assistência à puérpera, o município deve assegurar atividades educativas às gestantes (BRASIL, [2000?], p. 17).

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2000a, p.9).

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo (BRASIL, 2001, p. 26).

No entanto, há que se cuidar para que esse preparo no pré-natal não seja apenas uma forma de condicionar a gestante para colaborar com a equipe, ao invés de lhe dar estrutura para se tornar protagonista de seu parto.

Parto humanizado...Resultados

"ela conduzindo também o seu parto..." (entrevista n°08 - R1 enfermagem).

"eu acho mesmo que é deixar a mulher viver o parto do jeito que ela gostaria que fosse, entendeu?" (Entrevista n°01 - R2 enfermagem).

Odent (2002) salienta que o sentido convencional de preparação para o parto deve ser rejeitado uma vez que carrega aspectos prescritivos, procura ensinar a forma correta da mulher respirar e controlar suas emoções, enfim de parir. Citando novamente a experiência de Pithiviers, ele atua ao contrário, ou seja, nos grupos de gestantes, encorajam a liberdade de escolha de posição, respiração e que no dia do nascimento, a mulher em trabalho parto deva ceder à experiência, a perder o controle, a esquecer de tudo que aprenderam – todas as imagens culturais, todos os padrões de comportamento. *Quanto menos uma mulher aprendeu sobre a maneira certa (grifo nosso) de ter seu bebê, melhor para ela* (p. 28).

Assim é de grande importância o trabalho com as gestantes durante o pré-natal, porém esse trabalho deve visar autonomia e mudanças; e não o preparo da mulher para aceitar e respeitar as regras pré-estabelecidas nas instituições, ou seja, ensinar a se comportarem.

Outro ponto importante mencionado pelas enfermeiras residentes do 2º ano de enfermagem obstétrica foi de que para se humanizar o parto, há necessidade de prestar uma assistência pré-natal de forma a contemplar não só a biologia da gestação, mas também o meio sócio-cultural.

"Humanizar o parto começa desde o pré-natal, você já fazer o pré-natal humanizado, você tratar aquela paciente, aquela gestante diferenciada, não só vendo a barriga e o nenê que ela têm lá dentro,

Parto humanizado...Resultados

vê a vida dela, se preocupar com o meio que ela vive, as influências que ela recebe desse meio, e o que isso pode estar influenciando na vida dela e do bebê..." (Entrevista 03 -R2 enfermagem).

Durante a assistência pré-natal devemos preservar um espaço em que a gestante possa minimizar suas inseguranças e medos, e se aproximar do entendimento da gestação, parto e puerpério.

Em relação ao acompanhante, estudos de diversos países têm mostrado a sua importância no parto. Desde a década de 60, o método Bradley ("husband-coached birth"), já trazia o papel crucial do pai como acompanhante e do nascimento como evento familiar (Diniz, 2001, p. 24). No Brasil, apesar de diversas instâncias, inclusive o Ministério da Saúde, reconhecerem o direito ao acompanhante, esta ainda não é uma praticada de forma regular e sistemática em todo o país sendo que em alguns lugares há desrespeito à legislação, mesmo em Estados que a Lei do Acompanhante de Parto já foi publicada:

- **Florianópolis, Lei nº 12.133, de 12 de Março de 2002**
(SANTA CATARINA, 2003)
Art. 1º Os hospitais públicos ou conveniados do Sistema Único de Saúde SUS devem garantir o direito à presença de acompanhante no processo do parto:
I. entende-se por processo do parto os períodos de admissão, pré-parto, parto e pós-parto imediato; e
II. a cada gestante será garantido o direito à escolha de um(a) acompanhante."
- **Rio de Janeiro, resolução SMS no. 667, 20 de Outubro de 1998**
(RIO DE JANEIRO, 2003)
Art. 1º - Garantir a presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto.
- **Distrito Federal, Lei nº 3.090, de 9 de Dezembro de 2002**
(DISTRITO FEDERAL, 2003)
Art. 1º É criada a modalidade de "Parto Solidário" com o objetivo de assegurar melhor assistência às parturientes nas instituições públicas e privadas de saúde no âmbito do Distrito Federal, bem como garantir a gratuidade para as gestantes a partir do sétimo mês de gravidez no

Parto humanizado...Resultados

Sistema de Transporte Público Coletivo, no Sistema de Transporte Alternativo e na Companhia do Metropolitano do Distrito Federal - Metrô. § 1º O "Parto Solidário" é entendido como o direito da parturiente de dispor de acompanhante durante o trabalho de parto.

• **São Paulo; Lei Nº 10.241, de 17 de Março de 1999 Projeto de Lei nº 546/97 (SÃO PAULO, 2003)**

Art 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;

O acompanhante não deve ser visto somente como um direito da mulher, mas também como um contribuinte para a equipe de saúde. Nessa direção, Klaus et al (1986), ressalta que a ansiedade materna e conseqüentemente as intervenções obstétricas e complicações perinatais podem ser diminuídas significativamente com a presença do acompanhante. Leão e Bastos (2001) no mesmo sentido referem que em 1986 houve um estudo na Guatemala, no qual observou-se que a menor ocorrência de complicações perinatais, incluindo a operação cesariana, uso de ocitocina e necessidade de cuidados intensivos aos bebês, estava relacionada com as mulheres que haviam recebido o apoio das Doulas.

Nos DSCs, as enfermeiras ainda referem a importância da diminuição das intervenções, ou seja, os “velhos procedimentos de rotina”. Atualmente os profissionais de saúde preocupados com o parto humanizado, tem discutido muito a diminuição de enema, tricotomia, jejum absoluto, ocitócito, restrição no leito, exame vaginal rotineiro, puxo dirigido, episiotomia, clampeamento precoce do cordão umbilical, entre outros.

Segundo Neme (2000) ao se diagnosticar o trabalho de parto, a parturiente deve ser internada e submetida a cinco procedimentos: remoção dos trajes que utiliza; higiene corporal, antissepsia vulvo perineal, tricotomia perivulvar e do monte

Parto humanizado...Resultados

pubiano e enteroclisma baixo. Embora coloque algumas ressalvas à tricotomia e ao enteroclisma, recomenda-os.

O Guia Prático para Assistência ao Parto Normal (Maternidade Segura), elaborado pela OMS e colaboradores, entretanto defende que embora os enemas ainda sejam largamente utilizados por supostamente estimularem as contrações uterinas, facilitar a descida da cabeça e por acreditarem que reduz a contaminação, sinaliza já existirem estudos que detectaram esses efeitos sobre a duração do trabalho de parto ou sobre a infecção neonatal ou puerperal, assim não justificando seu uso (OMS, 1996).

Com relação à tricotomia, devido aumentar a exposição ao risco de contaminação pelo vírus do HIV e hepatite e provocar desconforto na mulher no momento em que os pêlos começam a crescer, o mesmo Guia desestimula o seu uso (OMS, 1996).

Basevi e Lavender (2003), após revisão na Cochrane, concluíram que não há evidências suficientes para se recomendar a tricotomia como rotina na admissão em trabalho de parto; uma vez que, em pequena triagem encontraram que um número menor de mulheres apresentaram colonização por bactérias Gram negativas comparada com as mulheres que foram submetidas à tricotomia.

Outro fator apontado nos DSCs e bastante controverso na literatura, é a questão da oferta de alimentos durante o trabalho de parto. Enquanto muitos profissionais ainda acreditam que o jejum é uma forma de prevenir a aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia, com certa razão, há que se ressaltar conforme discutido pela OMS (1996), que esse risco está associado ao risco da anestesia geral

Parto humanizado...Resultados

e assim uma vez avaliado e classificado o parto de baixo risco, não se justifica o jejum absoluto. Ao contrário, o jejum absoluto pode levar à desidratação e à cetose:

Em conclusão, a nutrição é um assunto muito importante e muito variável, devendo seguir o desejo da parturiente de comer e beber durante o trabalho de parto, uma vez que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir com o processo natural (OMS,1996, p. 10).

O uso do ocitócito, discutido pelas enfermeiras, que comumente é utilizado para acelerar o trabalho de parto, também tem sofrido contestações. Estudos têm mostrado que o uso liberal da ocitocina não oferece benefícios para as mulheres e bebês. Entretanto, quando prescrito em partos prolongados, apresenta uma indicação correta. Assim, é importante que o prestador de cuidado no parto avalie constantemente a parturiente para uma real indicação deste uterolítico. Além disso, sabemos que as contrações induzidas por ocitocina são mais difíceis de serem suportadas do que as contrações naturais, tanto para mulher como para o feto, aumentando as chances da necessidade de uma cesárea (DUARTE, 2003).

Na mesma linha enquadra-se a amniotomia precoce das membranas amnióticas, utilizadas por muitos para acelerar o trabalho de parto, e que pode ser prejudicial ao curso fisiológico do parto, uma vez que o líquido amniótico tem efeito de proteção, equalizando a pressão sobre o bebê, o que resulta em menos pressão na cabeça. O rompimento artificial da membrana também aumenta as chances de infecção e cria um limite de tempo para o parto. Em um estudo controlado de Swarcz et al (1973), discutido no Guia Prático de Assistência ao Parto da OMS (1996), foi demonstrado que havia um aumento considerável de desacelerações de

Parto humanizado...Resultados

tipo I após a amniotomia precoce. Portanto novamente deve haver uma razão válida para a interrupção do processo fisiológico.

Como bem ressaltado no DSC das enfermeiras residentes do 2º ano, não basta deixarmos de realizar os procedimentos para se humanizar o parto. A assistência deve ser integral com respeito à mulher, feto/recém-nascido e família. Embora o DSC aponte para a cordialidade e simpatia, não podemos confundir acolhimento com atitudes melodramáticas e infantilizadoras.

Apropriando-se das palavras de Jones (2002) a humanização do parto deve contemplar as seguintes recomendações:

ao lado de dar segurança para as mulheres no momento de parir está na hora de oferecermos a elas aquilo que elas antigamente tinham, e que foi tirado pelas civilizações contemporâneas: o afeto, a parceria, a feminilidade, o calor, a alegria, o sentido do aconchego e segurança dos seus lares.

Nogueira (2002) defende que humanização não se traduz nas práticas adotadas durante o atendimento à gestante e parturiente, e sim como essas práticas são adotadas. Trata-se de *uma nova visão do parto e da mulher que dá à luz, que "humaniza" no sentido antropológico e psicológico todos os participantes do evento e traz à tona sua grandeza, sua força e sua sabedoria.*

Apesar de em vários momentos os DSCs terem mencionado a importância do respeito à mulher e a necessidade de permitir-lhe escolhas, as falas não foram conduzidas para uma atuação da enfermagem nesta direção. O plano de parto, elaborado pela mulher após orientações dos profissionais de saúde, em nenhum momento foi citado.

Parto humanizado...Resultados

Se levarmos em conta os pressupostos filosóficos e antropológicos que fundamentam a humanização do parto, podemos constatar que os DSCs apresentados pelas enfermeiras, embora contemplem aspectos importantes da humanização, ainda se prendem mais às práticas menos intervencionistas, necessitando assim de uma reflexão maior sobre o nascimento.

Parto humanizado...Resultados

Questão 3: Em sua prática cotidiana você desenvolve princípios da humanização do parto? Em que aspectos?

"Na humanização a enfermagem contribui com o que pode, porém tem seus limites."

DSC₁: Apoiar, ouvir, ficar junto na sala, ajudar e orientar. Além disso eu sou extremamente adepta ao acompanhante, quando eu vejo que vai ajudar a paciente, eu divido vários quartos e coloco todo mundo com acompanhante; embora aqui a autorização seja só para aquelas menores de dezenove anos e as que vieram no cursinho de gestante. Além de colocar o acompanhante, oriento sobre a necessidade do apoio dele para a parturiente. Quanto ao enema, tricotomia, dieta e deambulação a gente tem respeitado mas por outro lado, os ocitócitos e a analgesia tem sido usados indiscriminadamente. Mas aqui na Mater é assim, existem situações que até teria como resolver mas não é fácil, a gente contribui com o que pode (**Enfermeiras Contratadas**).

IC1: Permitir a presença do acompanhante, orientando sobre seu papel.

IC2: Oferecer medidas de conforto como o banho e ambiente calmo e a diminuição do enema e tricotomia.

DSC₂: Além desse negócio das rotinas que não se faz tricotomia, enteroclistima, ocitocina em todo mundo, eu acho que o que a gente faz mais por elas, o que a gente pode fazer mesmo, tem autonomia para fazer, é orientar. Durante o pré-natal, a gente tem liberdade de atender a consulta e depois ir discutir, então a gente faz o que quer, e se for pensar é nesse momento que a gente consegue humanizar. No centro obstétrico também é mais difícil, porque os médicos ficam em cima, se a gente coloca no banho eles tiram, não permitem que elas andem, então a gente não tem tanta autonomia. Na verdade acho que a gente sabe respeitar mais o momento da mulher (**R2 enfermagem obstétrica**).

IC1: Orientar, dar apoio e estar ao lado da gestante são funções da enfermeira.

IC2: Durante o pré-natal e os cursos de gestante a enfermeira consegue humanizar.

Parto humanizado...Resultados

DSC₃: Aqui é complicado; eu acho que consegui muito pouco; a gente tem que brigar muito por um espaço, que não é tão grande, tem a intervenção da medicina que não é tão humanizada, então o que a gente consegue fazer é dar bastante informação nos cursos de gestante; nós, enfermeiras fazemos a parte de comunicação, porque é difícil o médico que vai lá e explica. Além disso a gente as respeita, chamando-as pelo nome, ajudando-as a melhorar a dor, com massagem; colando o acompanhante com ela; que é muito importante; e quando possível, oferecemos uma alimentação. Enfim, tenta-se intervir o menos possível (**R1 enfermagem obstétrica**).

IC1: O que se consegue fazer é dar bastante informação

IC2: Intervir o menos possível

Fica claro nos discursos que as enfermeiras, relatam existirem muitas barreiras, mas que acreditam fazer o que podem, ou seja, oferecem apoio e orientam, e quando percebem que vai ajudar, permitem a presença do acompanhante. É importante ressaltar que apesar de identificarem a importância do acompanhante, colocam-se moldadas por uma norma institucional pré-estabelecida que determina as situações na qual o acompanhante é permitido, o que ao nosso ver está em desacordo com o que determina a legislação.

Como já discutido em questão anterior, a mulher tem direito, por lei, em ter um acompanhante, não cabendo ao profissional decidir quem é o acompanhante ideal e muito menos as condições que justifiquem a presença do mesmo. Além de que, já existem vários trabalhos mostrando a importância do acompanhante na prevenção da ocorrência de problemas e intervenções.

Os DSCs trazem uma nova referência às questões do acompanhante, que é a ressalva de que este deve ser orientado sobre seu papel durante o trabalho de parto. Importante atitude, pois na maioria das instituições, por imposição da lei sua entrada é permitida, porém ele é tratado de forma desumanizada, excluído do processo,

Parto humanizado...Resultados

fazendo-o sentir-se como um obstáculo. A participação ativa do acompanhante deve ser estimulada já durante a assistência pré-natal.

Quanto à oferta de medidas de conforto, referido pelas enfermeiras, como o banho e o ambiente calmo, muito tem se discutido sobre suas vantagens no trabalho de parto e sua influência na humanização do parto.

Odent (2002) ressalta que muitas mulheres são atraídas por água durante o parto devido uma tendência temporária, ou seja, uma adaptação dos primatas à interface de terra e mar. De um ponto de vista prático, o autor afirma que *o uso da água durante o trabalho de parto pode ser entendido como um substituto para as drogas* (p.XXI)... e assim defende que quando uma mulher deita na água morna, a água a torna sem peso, a faz flutuar, o que a libera da luta contra seu próprio peso durante as contrações. Ainda refere que o calor da água reduz a secreção de adrenalina e relaxa os músculos, como também pode induzir ondas cerebrais alfa, gerando um estado de relaxamento mental, o que por sua vez, traz um alívio na dor e um aumento na dilatação (p.48).

Robertson (2000) afirma que muitas estratégias podem ser usadas para tornar o ambiente mais confortável, como deixar a luz mais baixa, a temperatura adequada, colocar músicas e oferecer massagens. Refere que a penumbra cria um ambiente aconchegante, garantindo a paz e o silêncio. Ainda chama a atenção para que a equipe proporcione uma temperatura adequada uma vez que o resfriamento do corpo faz com que haja uma diminuição na progressão do trabalho de parto, devido à resposta fisiológica do corpo com o aumento da adrenalina. Outra estratégia recomendada pela autora, é a oferta de líquidos durante o trabalho de parto, que podem ser sucos de frutas não ácidas ou gelo (uma boa alternativa para ela não beber

Parto humanizado...Resultados

grande volume de líquido). Ainda recomenda que a mulher seja orientada a esvaziar sua bexiga a cada 2-3 horas, assim deve ser encorajada a ir até o banheiro ou oferecê-la a comadre. Com relação ao alívio da dor, sugere a aplicação de “bolsa de água quente” em locais freqüentemente dolorosos (região lombar e vulvo-perineal) e que a música pode ajudar a relaxar e diminuir os possíveis barulhos de outras mulheres. A massagem na região dorsal e nos pés da mulher é um caminho fácil de alívio da dor, e deve ser realizada, através do deslizamento e pressão dos dedos (utilizar óleos aromático-terapêuticos). Outra forma de aliviar a dor, é utilizando a água e o calor, seja através de compressas, banho de imersão, ou banho de chuveiro, já que reduzem a produção de adrenalina e promovem a liberação de endorfinas e ocitocina, no caso do banho de chuveiro, encoraja a movimentação e a gravidade não é alterada, facilitando a progressão do trabalho de parto.

Enfim, como referido pelas enfermeiras nos DSCs, há necessidade de se diminuir as intervenções durante o parto, tornando a experiência mais amena e gratificante. Conforme apontado por Tedesco (1997, p. 275) há necessidade de se desmistificar o parto, *é fato conhecido que o parto é um processo doloroso, mas cuja intensidade da dor fica na dependência de fatos biopsicossociais (...)*.

O DSC das residentes do 1º ano de enfermagem obstétrica traz uma fala bastante marcante em relação a só conseguirem humanizar quando estão longe dos médicos, mostrando que não há uma filosofia única entre os profissionais da instituição, mesmo sendo um local onde se tem trabalhado na direção da humanização.

Parto humanizado...Resultados

Dos DSCs das enfermeiras emergiu um tema principal que nos remete a uma importante discussão, de que embora as enfermeiras reconheçam práticas inerentes à humanização, colocam-se impedidas de executá-las devido à hegemonia médica.

Aqui é complicado, a gente tem que brigar muito por um espaço, que não é tão grande, tem intervenção do pessoal da medicina que não é tão humanizado, eles fazem muito, mas como é um hospital escola não tem muito jeito de ser diferente (Enf. Contratada - entrevistada n° 22)

(...) os médicos ficam bem em cima, então às vezes a gente quer colocar no banho e eles não, tiram do banho, quer colocar pra andar, não, não vai andar agora (R2 enfermagem obstétrica - entrevistada n° 3)

A enfermeira obstetra é um dos profissionais mais apropriado para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco. Segundo Merighi e Gualda (2002), vários estudos realizados na Inglaterra e Estados Unidos demonstraram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesárea, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico do foco e menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentado melhores índices de Apgar.

Embora esta competência seja reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e apontada em vários estudos, no modelo biocêntrico a atuação deste profissional, em muitos locais, limita-se a cumprir ordens médicas, com uma atividade fragmentada e direcionada para os procedimentos em si e não para a cliente.

Historicamente a medicina foi transformada num poder pela sociedade capitalista como estratégia de um controle social e peça fundamental do existir desta sociedade. Desta forma o médico passa a ser encarado como auxiliar fundamental do

Parto humanizado...Resultados

político e do administrador, ao qual caberia a responsabilidade da extinção das enfermidades. O saber médico transformou a arte de curar em poder de curar (FOUCAULT, 1982).

Por outro lado, a enfermagem obstétrica, em desvantagem histórica de gênero, por muito tempo não conseguiu formar uma corporação profissional capaz de conquistar um espaço com autonomia respeitada, e que foi enfraquecendo pelo poder político da medicina. Vide as falas das enfermeiras, que mesmo nos cuidados de responsabilidade da enfermagem (banho, deambulação) ocorre a interferência decisória da medicina.

Podemos concluir, através dos DSCs das enfermeiras, que na prática cotidiana o que mais elas conseguem realizar é o apoio e orientação através dos cursos de gestante, mas procuram oferecer medidas de conforto como ambiente calmo e banho, permitir acompanhante e evitar intervenções como a tricotomia, enema e uso de ocitocina.

Questão 4: *Você acredita que há barreiras para implementação da humanização da assistência ao parto? Poderia me falar um pouco sobre isso?*

“ A pior barreira são os médicos ”

DSC₁: O conceito (de medicalização) que as pessoas da equipe trazem antes do conceito de parto humanizado torna-se uma barreira, ou seja, são muito voltadas para a técnica, procedimento, terapêutica, descartando a parte natural de todo processo, é como se o conhecimento que as pessoas têm de si próprias, de sua natureza, fossem menores do que o que a ciência trouxe ao longo da história. Na equipe, a pior barreira são os médicos, se tivesse no pré-parto enfermeiras obstétricas trabalhando, a gente conseguiria implantar a humanização. Agora, da parte administrativa, a barreira começa no corpo clínico,

Parto humanizado...Resultados

questões conceituais e de formação; porque a própria diretoria não aceita parto normal, tiram até sarro, não acreditam mesmo, porque parto normal é cesárea para eles. Só acabam fazendo parto normal por ser uma exigência da Prefeitura e para ganhar o título de Hospital Amigo da Criança. A Instituição também tem que entender que não é fazendo anestesia de parto em todas as pacientes que se humaniza; e nem diminuindo o número de cesáreas com o aumento de fórceps; muito menos somente pregando que o aleitamento tem que ser exclusivo; e sim uma reestruturação educacional com os profissionais; em cima de embasamento científico. Agora não sei dizer se a comunidade está preparada para este tipo de parto, porque teve um tempo que o parto era em casa com as parteiras e com toda a medicalização os médicos tornaram-se deuses para comunidade, mas ao mesmo tempo que ela ficou acostumada com a sabedoria do profissional, está hoje em fase de insatisfação, percebendo que aquele atendimento de dez minutos não atinge o que precisam. Seria este o momento de levar a comunidade a acreditar no parto humanizado com ciência e tecnologia, diferente do antigo parto domiciliar (**Enfermeiras contratadas**).

IC1: a pior barreira são os médicos

IC2: a medicalização é uma barreira

IC3: falta de conhecimento é barreira

DSC₂: Existem muitas barreiras, a começar por nós, eu acho que a gente às vezes tem medo de ousar, medo do que os outros vão pensar, de não estar realmente certo, assim precisamos saber sempre o que estamos fazendo, que vai ser o melhor para elas e ter coragem para dar a cara para bater. Outro fato é o de se ter instituído rotinas, de se ter institucionalizado o parto, de vê-lo como doença que necessita de intervenção; enfim uma construção social de que o parto é uma coisa dolorida e sofrida. Por exemplo, o que acontece com a analgesia; eles acham que esse negócio de banho, massagem, do contato físico, do carinho, é muito de enfermeira; e se querem fazer analgesia eles vão e fazem, orientando ou não a paciente. O fato de barrar o parto da enfermeira por causa de pagamento, de não querer credenciar, tudo resistência médica, questões burocráticas. Além de que, muitos da equipe acham que esse negócio de humanizar dá mais trabalho como o pessoal fala, tem que ficar ali do lado, cuidando, tem que dar atenção, é muito mais prático colocar a mulher na cama e deixar lá quieta, colocar soro e fazer nascer logo. Claro que já melhorou muito, mas como trabalho de formiguinha; de boca a boca, de pouquinho e vai indo (**R2 enfermagem obstétrica**).

IC1: Agente tem medo de ousar, é um trabalho de formiguinha;

IC2: A hegemonia médica é uma das maiores barreiras.

Parto humanizado...Resultados

DSC₃: Com certeza a gente tem barreiras, barreiras da nossa classe mesmo; mas a classe médica é quem mais coloca barreiras; esse excesso de manipulação; eles não aceitam muito isso de deixar transcorrer do modo natural, principalmente os alunos; e por ser um hospital escola, realizar cesárea faz com que os alunos aprendam. Ainda dependendo da formação dos médicos, eles têm medo de perderem espaço; porque o parto humanizado tem um enfoque maior para as enfermeiras. Assim aqui na Mater ainda existem muitas barreiras (**R1 enfermagem obstétrica**).

IC1: Os médicos não têm os conceitos e a prática da humanização como as enfermeiras

IC2: Os médicos colocam barreiras por medo de perderem espaço.

Ao analisarmos os DSCs acima mencionados, é facilmente percebido que as enfermeiras, sejam as contratadas ou as residentes de enfermagem obstétrica, referem ser a pior barreira a prática médica, uma vez que é carregada de conceitos e práticas medicalizados.

Vieira (2002) refere que desde a década de 70 a tese da medicalização da sociedade ocidental tem sido discutida, e que Ilich provavelmente tenha sido o mais famoso e contundente dos autores que a discutiu. Ainda a autora citando Miles (1991) refere que *medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais* (p.19).

Donnangelo e Pereira (1979, p. 47) afirmam que

(...) a redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico peculiar.

Os autores ainda referem que nessa época novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de

Parto humanizado...Resultados

suas condições gerais de vida foram elaborados e a partir de então, a medicina começará a aparecer vinculada às exigências da acumulação e da centralização do poder, e nesse contexto surgirá o conceito de política nacional de saúde, como estratégia para aumentar a riqueza e o poder nacional.

Para Ilich (1975, p. 10)

a medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano

Ainda de acordo com o referido autor

A empresa médica tornou-se um perigo maior para a saúde, contrariamente ao mito criado pelo seu ritual....onde atos médicos e programas de ação sanitária resultaram em fontes de nova doença: a iatrogenia. Enfermidade, impotência, angústia e doenças provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante e menos reconhecida; (...)Em sentido amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são agentes patogênicos (ILICH, 1975, p.33).

De acordo com Donnangelo e Pereira (1979), a extensão da prática médica tem duas influências, a primeira diz respeito à extensão do campo da normatividade da medicina, no que diz respeito às representações ou concepções de saúde e dos

Parto humanizado...Resultados

meios para obtê-las; e a segunda à ampliação quantitativa dos serviços médicos e incorporação cada vez maior das populações ao cuidado médico individual.

Assim, podemos perceber que não seria possível a assistência à mulher ser diferentemente vista durante essa época, o que foi bastante influenciador para a medicalização da saúde da mulher. Para Vieira (2002), como para outros autores já discutidos anteriormente:

a história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia (...) o controle sobre o corpo feminino relaciona-se ao aprimoramento de uma tecnologia que permitiu a resolução de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e crianças, emergindo num momento em que a manutenção da vitalidade e da saúde é fundamental para a reprodução social (VIEIRA, 2002, p. 23).

Como já discutido em outros capítulos, a história da obstetrícia enquanto profissão foi sendo estruturada, de forma a proporcionar a medicalização, ou seja, ela deixou de ser prestada por indivíduos que trabalhavam com o parto sendo um processo natural, as parteiras, e adentrou-se ao mundo da intervenção, uso de fórceps, hospitalização, cesariana, métodos farmacológicos para alívio da dor, entre outros.

Nos transcorrer dos DSC, as enfermeiras indicam os médicos como as piores barreiras, pois afirmam que os mesmos apresentam dificuldade em permitir o transcorrer natural do parto, realizam cesáreas para os alunos aprenderem, e por fim são os “chefes”, os donos da decisão final, por serem responsáveis pelo plantão, ou pela representatividade administrativa.

Parto humanizado...Resultados

Outro fato apontado pelas enfermeiras, foi o medo que os médicos apresentam de perder seu espaço para as enfermeiras obstetras, porque sabem que as questões da humanização são melhores abordadas pela enfermagem. Apontam que essa insegurança possa vir da própria formação que trabalha com a visão do médico sendo o único responsável pelo cliente, desconsiderando o próprio indivíduo e o restante da equipe.

Há que se ressaltar, como apontado pelas enfermeiras, que muitas vezes a própria enfermeira tem medo de ousar, sentindo-se insegura na sua atuação e temendo julgamento do próprio médico. Autonomia é uma característica conquistada e não dada, e neste sentido as enfermeiras precisam se colocar como protagonistas do processo, acreditando nas suas capacidades de humanizar a assistência.

Por fim, as falas perpassam por uma idéia de que a falta de autonomia também está relacionada a falta de reconhecimento sócio-político do profissional enfermeiro, pois apesar de sua atuação estar resguardada pela lei do exercício profissional (Lei 7.498) e a portaria federal nº2815, que reconhece-a sua importância no aprimoramento da assistência ao parto normal e inclui o pagamento do parto realizado por enfermeira obstetra na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), depende ainda da decisão institucional para seu credenciamento no Sistema Único de Saúde. Há que se considerar que na maioria das vezes a administração dos hospitais é exercida por médicos.

Finalizando, os DSCs nas quatro questões nos mostram que as enfermeiras embora tenham um conceito bastante homogêneo e condizente com as propostas de humanização, ainda têm sua atuação limitada por fatores sócio-culturais e institucionais, reconhecendo como barreiras a medicalização do parto, a hegemonia médica e a falta de autonomia da enfermeira.

Parto humanizado...Resultados

II. MÉDICOS

Conforme já realizado na categoria das enfermeiras, os Discursos do Sujeito Coletivo foram analisados conjuntamente, devido à similaridade das respostas dos médicos contratados e residentes às questões norteadoras.

No caso específico do DSC referente à terceira questão, construímos um DSC único para as três categorias devido as falas apresentarem-se restritas, não permitindo a possibilidade de construção de um DSC representativo.

Os dados apresentados respeitam a seguinte seqüência: Questão norteadora, Tema, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e Idéias Centrais (IC).

Questão 1: *Como você sabe cada vez mais tem se falado em parto humanizado. Você poderia me dizer como você percebe o processo de humanização do parto?*

" Humanização do parto: é a presença do acompanhante e o respeito à mulher pela equipe de saúde " .

DSC₁: A humanização foi um processo de cima para baixo, um incentivo do Ministério da Saúde; porém uma coisa necessária e uma grande conquista para as mulheres. Esse processo mudou desde a permissão da paciente poder ficar com um acompanhante até a diminuição dos procedimentos, como a tricotomia e o enteroclistima, e a realização mais freqüente de analgesia de parto. O ponto principal da humanização é a paciente, que com o respeito da equipe de saúde passa a ser mais colaboradora do processo. E a gente tem tido bons resultados e boa aceitação **(Médicos contratados)**.

IC 1: A humanização foi um processo de cima para baixo.

IC 2: O ponto principal da humanização é a paciente que passa a ser colaboradora do processo.

Parto humanizado...Resultados

DSC₂: A humanização do parto começou por uma iniciativa do governo em querer incentivar o parto normal, porque a cesárea é muito mais onerosa, porém existe uma dificuldade da equipe em encarar o parto normal, ninguém mais quer fazer parto normal, principalmente pelo medo da dor e do que possa acontecer, é um fenômeno novo. Assim as maternidades para incentivar o parto normal, tem estimulado a presença do acompanhante visando diminuir o estresse e a ansiedade, causada pelo ambiente hostil e a presença de pessoas totalmente desconhecidas (**R2 medicina-gineco/obstetrícia**).

IC1: Presença de acompanhante para diminuir o estresse e a dor da paciente

IC2: Incentivo do governo ao parto normal como forma de diminuir gastos.

IC3: Parto normal é um fenômeno novo.

DSC₃: Eu nunca li o porque disso; eu sei o que eu vejo. Acredito que as pacientes passavam por um estresse e por uma situação no trabalho de parto desnecessário e negativos, com o afastamento de todos os seus familiares; e os profissionais de saúde perceberam que se a paciente está acompanhada, a assistência melhora, uma vez que a mulher e seus familiares ficam mais tranquilos e a equipe se esforça para melhorar a assistência. Mas se essa é a razão porque começaram eu não sei (**R1 medicina-gineco/obstetrícia**).

IC1: A gente se esforça para melhorar a assistência porque tem alguém junto

Os DSCs permitem observar que os médicos apontaram como responsáveis pelo processo, a imposição governamental e a necessidade de se aumentar os índices de parto normal, com intuito de se diminuir gastos, desconsiderando assim, outros acontecimentos e preocupações que levaram as pessoas a discutir e almejar um parto mais natural. Um exemplo disso é o que afirmam Oliveira, Zampieri e Brüggemann (2001) *a primeira atitude humanística é compreender o nascimento como um processo e não apenas como um evento.*

Parto humanizado...Resultados

Apesar dos médicos terem apontado a humanização do parto como uma conquista para as mulheres, através dos DSCs percebemos que ao invés de colocá-las como protagonista do processo de nascimento, preceito básico da humanização, esperam que com o maior respeito da equipe, as mulheres passem a ser mais colaboradoras.

Como seria possível humanizar com uma visão distorcida sobre o processo? Atualmente, com o aumento das discussões sobre a humanização do parto, distorções como esta têm sido relativamente comuns de aparecerem. Conforme o foco principal da luta feminista pela humanização ao parto, é necessário, mais do que promover a utilização ou não de determinadas práticas, é imprescindível resgatar o papel central e ativo da mulher no processo do nascimento.

Segundo a Rede de Saúde (2003) *a maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação ao seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução.*

Outro fato a ser ressaltado é o de que os médicos não fizeram referências ao processo histórico sobre a assistência ao parto, demonstrando somente uma visão de um evento recente, por incentivo político governamental e não um processo que vem ocorrendo ao longo do tempo. Esta visão pode estar relacionada a vários fatores tais como a falta dessa abordagem durante a formação em medicina, o próprio Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e princípios culturais já enraizados pela categoria.

Como já discutido, os currículos têm sido cada vez mais biocêntrico, que com o aumento progressivo de tecnologias de ponta há uma exigência cada vez maior às

Parto humanizado...Resultados

Universidades para que preparem seus alunos nesse modelo tecnológico e biologicista. Já em 1989, Arruda fez uma crítica sobre a inadequada formação da medicina para assistir ao parto:

... o parto para eles identifica-se com uma mulher deitada de costas, pés nos estribos, anestesia, indução, episiotomia ou cesárea. Não aprendem a se relacionar com parturientes em outras condições; não assistem um parto do começo ao fim do trabalho para aprenderem como ou o que uma mulher sente... não aprendem massagem, apoio físico, habilidades de parteiras: acham bobagem e não tem tempo a perder. Por outro lado aprendem a fazer intervenções mecânicas para apressar o parto... (ARRUDA, 1989, p. 40).

A forma de humanizar o parto, marcadamente colocada nos DSCs dos médicos, trata-se da permissão do acompanhante, como mero ponto de apoio, para proporcionar tranquilidade a mulher, que colaborará com a equipe.

"Quando o acompanhante colabora, que realmente vem na intenção de ajudar e de apoiar a paciente, é muito bom"
(Entrevista n° 17 - méd. contr.)

A presença do acompanhante é ainda considerada importante por influenciar na postura dos profissionais. Há uma referência de que quando o acompanhante está presente a equipe se esforça mais para melhorar a assistência.

"...a gente também se sente mais esforçado a melhorar a assistência porque tem alguém junto (Entrevista n° 5 - R1) "

Desta forma o acompanhante serviria como fiscal dos profissionais e não mais como apoio à mulher no gozo de seu direito legal (RIO DE JANEIRO, 2003; DISTRITO FEDERAL, 2003; SANTA CATARINA, 2003).

Parto humanizado...Resultados

A justificativa da medicalização do parto para controle dos riscos do processo natural e fisiológico do nascimento transformado em evento patológico na visão biologicista (RATTNER, 1998a) pode ser identificada no DSC, quando os médicos entrevistados ressaltam que existe uma tendência geral de repudiar o parto normal. As mulheres o fazem pelo medo da dor, e os profissionais por medo dos riscos, assim entendem que seja um fenômeno novo incentivar o parto normal.

Podemos perceber que na visão dos profissionais médicos entrevistados, o processo de humanização vem acontecendo somente para melhorar a institucionalização do parto, desconsiderando o fenômeno global do nascimento: gestação, parto e puerpério no contexto familiar. Em nenhum dos DSCs foram apontados indícios da real trajetória da humanização.

Nesta direção, ainda acreditam que a humanização aparece como uma estratégia econômica de incentivo ao parto normal para a diminuição de custos, uma vez que a cesárea é mais onerosa. Isso nos leva a inferir que para esta categoria profissional, não fosse a restrição financeira, a cesárea sempre seria a melhor alternativa, e que humanização somente está relacionada a parto normal com acompanhante. Analisando os dados estatísticos relacionados ao índice de cesárea percebemos que nas instituições privadas o índice chega a ser de 80 a 90%, evidenciando que quando não há restrições financeiras, realmente a cesárea é a eleita como melhor via de parto pelos médicos .

Parto humanizado...Resultados

Questão 2: O que, para você, é ter um parto humanizado?

"Parto humanizado é aquele em que a mulher recebe suporte da família e de todos os profissionais da saúde".

DSC₁: Humanizar é tratar a paciente como a gente gostaria de ser tratada; é permitir que um parto seja o mais parecido com a resolução natural da gestação, desde que oferecido à paciente as melhores condições de bem-estar que a gente tem para oferecer hoje, ou seja; esclarecimento da gestante em relação aos procedimentos; analgesia precoce; presença de alguém que ela conheça por perto; alguém que ela possa se apoiar, para vencer essa fase dolorosa; enfim é tudo que inclua deixar a paciente mais tranqüila. Eu só acho que não deveria existir outro parto a não ser o humanizado, independente de ser cesárea, fórceps ou normal dá para ser humanizado (**Med. Obstetra contratados**).

IC1: É colocar-se no lugar da paciente, proporcionando tranqüilidade e alívio da dor
IC2: Presença da família/acompanhante

DSC₂: Parto humanizado... acho que o nome é meio inapropriado, porque todos os nossos partos são humanizados; mas para mim começa desde o pré-natal, que a pessoa possa ter informação do que vai acontecer com ela, como é o tipo de parto que ela pode ter, quando ela vai ter aquele tipo de parto ou outro tipo; além disso é ela poder ser assistida durante todo o seu período de trabalho de parto, principalmente período de dilatação, com uma pessoa, um familiar, que dê apoio para ela conseguir superar a dor, tirar suas dúvidas, alguém que possa dar apoio para ela vencer essa etapa; que a gente sabe que não é uma coisa fácil. Ainda acho que até mais importante que o acompanhante é a mulher ter a chance de fazer uma analgesia, é fundamental ela ter a previsão de poder uma hora aliviar a dor; é encontrar uma equipe médica e o pessoal da enfermagem, dispostos a explicar tudo o que está ocorrendo, enfim dispostos a dar apoio. O pessoal da enfermagem tem mais paciência, mais tempo para estar junto, explicando, porque nós médicos temos que cuidar de tudo ao mesmo tempo e não dá para ficar explicando (**R2 medicina-gineco/obstetrícia**).

IC1: Parto humanizado começa no pré-natal com uma equipe que apóie e informe os procedimentos
IC2: Analgesia de parto principalmente

Parto humanizado...Resultados

DSC₃: Parto humanizado, é a paciente poder estar mais em contato com a família, mais a vontade, não estar em um ambiente estranho, com profissionais que ela nunca viu. É também conversar e explicar o que você está fazendo, o porquê está fazendo, enfim tudo que ela está passando; na verdade ela já deve ser preparada antes do trabalho de parto, durante o pré-natal. Agora eu não vejo diferença quanto ao nome, eu não trato diferente. Deveria acontecer de modo global e não como um tipo de parto (**R1 medicina-gineco/obstetrícia**).

IC1: Orientar a gestante sobre tudo o que está acontecendo

Através dos DSCs apresentados acima, a equipe médica identifica como parto humanizado aquele que proporciona as melhores condições de bem estar, entendidas como alívio da dor, através da analgesia, e permissão da presença do acompanhante, desde que treinado para não atrapalhar as rotinas já estabelecidas.

Esta postura intervencionista de humanizar o parto pode ser justificada pelo fato dos médicos serem formados numa visão biologicista. Merighi e Gualda (2002) apontam que vários são os fatores que contribuem para essa visão, como, os currículos das faculdades darem ênfase para a doença e para medicina tecnológica, o ambiente de treinamento não favorecer as perspectivas humanitárias; e sua própria personalidade.

Embora os obstetras apresentem conhecimentos técnicos e científicos sobre a dor do parto, culturalmente ela é vista como um fato inevitável, uma vez que ao longo de sua vida, conviveu com histórias marcadas de dor, sangue e luto (TEDESCO, 1997).

Ainda o autor reforça dizendo:

Parto humanizado...Resultados

Do ponto de vista intrapsíquico do obstetra, manifesta-se intimamente o conflito dual entre onipotência e a incompetência. A onipotência, característica de formação da personalidade do médico, coloca-o como senhor da vida e da morte, do bem e do mal, do saber e do não saber. No trabalho de parto, opõe-se a ela, de forma nítida, a incompetência para aliviar a dor, que passa a ser sentida tal como a morte, para a qual não há vencedor...(TEDESCO, 1997, p. 275).

Ainda deve ser ressaltado que a própria política governamental fez ressalva à humanização do parto propondo medidas de intervenção, como a inclusão do pagamento da analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS pelas portarias 2.815 de 1998 (BRASIL, 1998) e 572 de 2000 (BRASIL, 2000b).

Embora o procedimento de analgesia possa contribuir no processo do nascimento para algumas mulheres, há que ser utilizada com critérios de avaliação que considerem riscos e benefícios e não como procedimento de rotina.

A questão da dor no trabalho de parto deve ser um dos pontos a ser discutido com a mulher durante o pré-natal pois a dor é um pré-conceito culturalmente enraizado e fortemente arraigado ao momento do parto. Por muito tempo a dor do parto, herdada pela humanidade como sinal de punição pela desobediência ao Ser Supremo, foi considerada como necessária para que a mãe devolvesse amor ao filho e, portanto, não deveria ser suprimida (TEDESCO, 1997).

Com o aprofundamento dos estudos sobre a dor, sabe-se que a dor do parto é considerada como uma das dores mais intensas e bastante freqüente durante o trabalho de parto. Melzack et al (1981) publicaram um trabalho mostrando que 61% das nulíparas e 46% das multíparas relataram a dor do parto como sendo severa,

Parto humanizado...Resultados

muito severa ou intolerável. No entanto, se a parturiente teve oportunidade de desmitificar a dor do parto, através do conhecimento dos mecanismos fisiológicos e psíquicos envolvidos no processo de nascimento e, ao mesmo tempo, tenham sido apresentados a ela os mecanismos de controle desta dor, ela estará preparada para vivenciar esta experiência de forma mais natural. Desde de 1942, Read propunha que a dor poderia ser aliviada ou abolida mediante um processo educativo, que rompesse com a tríade “medo-tensão-dor” (TEDESCO, 1997).

Em uma outra visão sobre a dor do parto, o estudo de Hodnett (REDE DE SAÚDE, 2003) mostrou que a satisfação do parto, referida pelas mulheres, não está condicionada à ausência de dor e sim à postura dos profissionais e ao ambiente acolhedor.

O DSC dos médicos residentes do 2º ano dá um destaque especial à analgesia como sendo mais importante do que a presença do acompanhante para humanização. Contudo devemos considerar que apesar do alívio da dor compor o conjunto de atitudes da humanização, deve ser sempre avaliada, uma vez que segundo Osava (1997) a normalidade do processo parturitivo pode ser descaracterizada com o uso da analgesia, favorecendo a medicalização do parto.

Em relação à presença do acompanhante, também fortemente referida pela equipe médica entrevistada como sinônimo de humanização, percebemos uma visão distorcida de sua importância, uma vez que acreditam que sua presença seja justificada pela necessidade de se ter alguém para ajudar a mulher a vencer essa tão difícil fase de sua vida, ao invés de ressaltar que o fato de ter um acompanhante de parto faz com que a mulher sintam-se mais familiarizada com o ambiente e possa assumir uma postura dominante no processo.

Parto humanizado...Resultados

Apesar dos médicos entrevistados terem referido que o suporte de todos os profissionais de saúde para com as mulheres seja importante para humanizar, em outra instância apresentam uma postura de distanciamento, em que se colocam sem paciência e tempo para tal suporte. Neste momento reconhecem que a enfermagem está mais disponível para tal.

Poderíamos questionar se os médicos reconheceram a enfermeira como profissional melhor capacitado, ou como um instrumento do trabalho médico, que por ter no modelo clínico atribuições menos importantes que a sua, estaria disponível para este tipo de assistência.

"o pessoal de enfermagem tem mais paciência, mais tempo para estar junto, explicando, porque nós médicos temos que cuidar de tudo ao mesmo tempo e não dá pra ficar explicando (R1 medicina - entrevista n° 21) " .

Os discursos ainda demonstram existir uma dificuldade de perceber a diferença do que seja um parto humanizado, como pode ser depreendido das seguintes falas:

" agora eu não vejo diferença quanto ao nome, eu não trato diferente pelo menos. Deveria ser global e não um tipo de parto..." (entrevista n° 14 - R1 medicina)

" Parto humanizado acho que o nome já meio inapropriado, porque todos os nossos partos são humanizados, senão seríamos desumanos..." (entrevista n° 12 - R2 medicina)

Em relação às medidas naturais de alívio da dor e que ao mesmo tempo favorecem a evolução do parto, os entrevistados não deixaram transparecer qualquer valorização, ou seja, não encontramos referências ao banho, exercícios respiratórios,

Parto humanizado...Resultados

deambulação, massagens, uso de banquinho e bola “Bobath”, como atitudes humanizadoras do parto.

Em uma análise global os DSCs demonstraram que a equipe médica acredita que a humanização do parto se resume em presença do acompanhante e oferta da analgesia, e nem sequer aponta para a diminuição das intervenções, como o recomendado pelo Guia da Maternidade Segura da OMS, que dirá para uma abordagem antropológica e psicológica do nascimento.

Parto humanizado...Resultados

Questão 3: Em sua prática cotidiana você desenvolve princípios da humanização do parto? Em que aspectos?

"A prática da humanização depende da organização do serviço".

DSC: O problema é que a gente não tem suporte para humanizar para todo mundo, o que seria o ideal; porque o parto humanizado depende da estrutura do hospital, do recurso que ele tem; então vai muito da infra-estrutura do local; aqui a gente conduz bastante porque é uma maternidade de baixo risco, tem um serviço de anestesia que a qualquer momento pode atender mas não seria assim se as coisas fossem diferentes. Além disso, às vezes lidar com o acompanhante é complicado, por não estar preparado para estar ali. Assim não é qualquer lugar e nem qualquer paciente que dá para fazer parto humanizado (**Med. contratados, R₁ e R₂ medicina-gineco/obstetrícia**).

IC1: Não é qualquer lugar e qualquer paciente que dá para fazer parto humanizado

Primeiramente cabe ressaltar que na terceira questão norteadora as falas emergiram para a construção de um discurso único, por apresentarem similaridade e restrição de conteúdo.

Na percepção dos médicos entrevistados, para se humanizar o parto há necessidade antes de tudo de uma infra-estrutura adequada, que contemple um serviço de anestesia. Não se pode negar que a infra-estrutura adequada seja um dos pontos da humanização, mas que não pode ser o foco principal. Existe a possibilidade de proporcionar um parto humanizado em diversos tipos de infra-estrutura, não precisando ser necessariamente em quartos individuais, como os do tipo PPP (pré-parto, parto e puerpério), ou que tenham a inovada cama de parto, pois mesmo com a melhor infra-estrutura, com quartos individualizados e analgesia precoce ele será desumanizado se a equipe não estiver preparada e disponível para

Parto humanizado...Resultados

esta forma de assistir. Há necessidade da equipe transformar a mulher em cliente que reivindique seus direitos, explicita seus desejos, enfim, que conduza de forma ativa seu parto.

Simões (1995) citado por Bruggeman (2001), apontou em seu estudo que a mulher, assim como o casal grávido desejam receber um atendimento humanizado, entendido como aquele em que os profissionais tenham a percepção e compreensão da singularidade da experiência que estão vivendo. A mulher não pode ser vista pelos profissionais como apenas mais uma a dar à luz.

Desta forma, não se pode acreditar que existam regras para decidir se vai ser humanizado ou não, como o explicitado pelos entrevistados e sim uma necessidade dos profissionais identificarem o que é ser humanizado para aquela mulher/família.

Essa visão de escolher em que momento se prestaria uma assistência humanizada vai ao encontro de um saber instituído pelos profissionais da saúde, que desvalorizam o saber da mulher/família, considerando que o correto é somente aquilo que se provou cientificamente. Como uma forma de instituir poder, ou por inseguranças e medos, os profissionais adquirem uma postura de donos do saber e controladores da assistência (VIEIRA, 2002).

Ainda com relação à infra-estrutura, na medida do possível esta deve ser prevista para proporcionar um ambiente agradável, eliminando as aparências cirúrgicas, permitindo liberdade de movimento e exercícios que estimulem a progressão do trabalho de parto, o que não parece ter sido explicitado no DSC apresentado acima.

Parto humanizado...Resultados

Por fim deve-se refletir sobre o afirmado por Odent (2002) *mudar hospitais e desenhar centros de nascimento verdadeiramente caseiros são de fato duas estratégias principais para embarcar nesta nova era, mas não só* (p. XXV).

Em suma, podemos perceber que suas práticas cotidianas são traduzidas basicamente na oferta do acompanhante e analgesia precoce, acrescidas de esclarecimento das dúvidas da mulher desde o pré-natal, como bem explicitado na questão anterior relativa ao que entendiam sobre parto humanizado.

Pelo DSC apresentado acima podemos perceber ainda que ao ser abordado sobre suas práticas cotidianas, transfere a responsabilidade da humanização para a instituição.

Parto humanizado...Resultados

Questão 4: Você acredita que há barreiras para implementação da humanização da assistência ao parto? Poderia me falar um pouco sobre isso?

“ Na humanização existem barreiras físicas e humanas ”

DSC₁: Sem dúvida existem barreiras; principalmente fora do hospital escola; barreiras pessoais, os médicos mais velhos, diretores de hospital e a própria enfermagem que não estão acostumados, são barreiras. Também existe a questão de estrutura física, porque é muito difícil em um hospital do SUS você ter estrutura para você manter um quarto para cada paciente, porque não tem como você manter um homem dentro do pré-parto que tem outras pacientes juntas. Ainda você tem que ter um obstetra e um anestesista o tempo todo. E precisa ainda que o acompanhante seja treinado para que ajude e não atrapalhe. E por fim, a dificuldade de relação dos residentes com os acompanhantes, talvez por insegurança ainda, por medo de perderem aquela empatia médico-paciente, por eles não terem autonomia de indicar um parto cesárea, rotura de bolsas, a colocação de ocitocina, acabam sendo barreiras **(Med. Obstetra contratados)**.

IC1: Os profissionais da saúde que estão fora do Hospital Escola são barreiras para a humanização do parto.

IC2: A insegurança dos residentes pode ser uma barreira para a humanização do parto.

DSC₂: Eu acho que as maternidades ainda não estão totalmente preparadas para isso; porque há falta de conhecimento de todos os profissionais envolvidos; alguns obstetras têm falta de conhecimento e as enfermeiras, apesar de terem muita vontade de implementar, também falta a elas um pouco de conhecimento da verdadeira finalidade do parto humanizado. Ainda, às vezes a falta de informação e até mesmo a escolaridade da própria paciente e do acompanhante, atrapalham um pouco. O recurso físico e o financeiro são barreiras porque você tem que ter quartos separados, equipe para dar curso, para preparar o acompanhante para estar junto com a paciente, tem que ter anestesista junto, enfim, tudo para uma atenção mais particularizada. Aqui a gente vê tudo bonitinho mas lá fora não é assim não **(R₂ medicina-gineco/obstetrícia)**.

IC1: Falta de conhecimento por parte dos profissionais

Parto humanizado...Resultados

IC2: Falta de informação da paciente e do acompanhante

DSC₃: Eu acho que tem barreira sim, os médicos com formação mais antiga e que não estão acostumados com isso, tem toda aquela tradição de não deixar o marido porque pode passar mal, preferem enterocлизма, acham que os pêlos pubianos podem trazer infecção, mas acho que para os médicos que estão se formando, principalmente os daqui, isso tudo não irá mais ser barreira. Outra barreira é a infra-estrutura, tem essas duas salas grandes ao invés de várias, uma ao lado da outra, deixando mais privativo (**R₁ medicina-gineco/obstetrícia**).

IC1: Médicos com formação antiga não aceitam mudanças.

IC2: A infra-estrutura é uma barreira.

Novamente encontra-se nos DSCs apresentados acima referência à humanização do parto como sendo a presença do acompanhante e a oferta de analgesia. Somente o DSC dos residentes do 1º ano deixou transparecer uma referência a não realização de procedimentos, como a tricotomia e enterocлизма, como medida para a humanização do parto.

Nesta visão da humanização, referem que as barreiras são físicas, uma vez que relacionam a dificuldade de se manter, em hospital do SUS, uma parturiente em quarto individual, com a presença do acompanhante. Devemos ressaltar que se assim fosse, seria praticamente impossível implementarmos uma assistência humanizada na maioria das maternidades do Brasil, onde muitas vezes nem leito a mulher encontra que dirá um quarto privativo. Segundo Tanaka (1985, p. 12) o sistema de saúde brasileiro de muitos municípios ainda obriga *a gestante a procurar por conta própria o local onde irá ter seu filho, ou seja, há uma peregrinação até sua internação.*

Parto humanizado...Resultados

Os médicos ainda colocaram como fator que dificulta, a necessidade de ter a presença da equipe de anestesia para realizar a analgesia de parto, demonstrando mais uma vez o quão importante esta se faz.

Outra barreira identificada pelos médicos entrevistados é de que o acompanhante deva ser treinado para que não interfira na dinâmica do serviço, desta forma reafirmam a necessidade de se ter uma equipe para treiná-los.

Os entrevistados ainda referem que a postura dos profissionais formados a mais tempo e daqueles que atuam fora do hospital escola, também são barreiras para a humanização, visto que muitos não aceitam as mudanças propostas, ou seja, não permitem a presença do acompanhante e ainda prescrevem tricotomia e enteroclisma. Este apontamento transparece uma visão de que acreditam que a formação seja responsável pela prática, uma vez que afirmaram que os médicos formados na Mater não se portarão como barreiras futuramente.

Como já discutido anteriormente, a evolução das tecnologias e do saber científico levaram à formação de profissionais que acreditam serem os responsáveis pelo nascimento e a mulher/família meros expectantes. Neste modelo as intervenções são partes integrantes da assistência por eles prestada, dificultando a mudança de paradigma necessária para a humanização do parto.

Ainda como barreira pessoal, os médicos colocaram que a falta de autonomia dos residentes pode ser um fator dificultante da humanização, uma vez que ele não pode decidir pela intervenção. Se humanizar trata-se de diminuirmos as intervenções e proporcionarmos condições para o protagonismo da mulher, não se teria razão em tal posicionamento.

Parto humanizado...Resultados

Percebemos portanto, que apesar de identificarem várias barreiras, elas ficam pautadas na questão da infra-estrutura, sejam elas, físicas, financeiras ou pessoais. Em momento algum foi discutida a mudança de postura, oferta de diferentes posições de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, enfim as recomendações da OMS.

Considerações finais

5. Considerações finais

Os dados empíricos obtidos nos Discursos do Sujeito Coletivo do presente estudo, demonstraram que muito já se avançou na busca da humanização porém mostram que existem diferentes percepções sobre este processo dentre as categorias profissionais que compuseram a população de estudo.

As enfermeiras entrevistadas relataram que o processo de humanização se deu como uma estratégia política que objetiva a melhoria da assistência e o resgate do parto mais natural possível, ou seja, uma desmedicalização da assistência. Acreditam que para sua completa existência há necessidade de uma mudança de paradigma, visando a inclusão da mulher como protagonista do processo, a redução de intervenções desnecessárias, preparo desde o pré-natal, ambiente acolhedor, presença de acompanhante, enfim medidas que tornem possível que:

" (...) esse parto aconteça de acordo com aquilo que a mãe acredita que deve estar acontecendo... (Entrevista n°4 - R1 enfermagem) "

" (...) parto que respeite as vontades da parturiente e que tenha pouca intervenção médica, que seja o mais natural possível... (entrevista n° 22 - R2 enfermagem)

Consideram ainda, que na implementação deste modelo, sentem-se impedidas/barradas pelos médicos, relatam a falta de autonomia profissional.

Na percepção demonstrada pelos médicos a responsabilidade pelo processo da humanização é computada para a política governamental objetivando a diminuição de gastos. Definiram como parto humanizado aquele em se permite a

Considerações finais

presença do acompanhante e com analgesia precoce. Em relação às barreiras apontaram a infra-estrutura física, pessoal e financeira.

Os achados mostraram que as enfermeiras apresentam-se integradas ao parto humanizado como processo e não como evento, enquanto que os médicos ainda preservam uma visão medicalizada do ato de nascer.

" (...) o parto humanizado é a gestante ser assistida durante todo o seu período de trabalho de parto, principalmente período de dilatação com alguém, algum familiar... (Entrevista n° 13, R2 medicina) "

" (...) parto participado tanto pela família, o marido, onde ela tem contato com o profissional de saúde, onde ela é esclarecida dos procedimentos que ela vai ser submetida, é tentar amortizar uma coisa que não é tão leve... (entrevista n° 11, médico contratado)

Segundo Brüggemann (2001a) a humanização é um fenômeno situado na pessoa, no ser humano, sendo este o centro do referencial. Desta forma, o profissional de saúde que acompanha a mulher e o familiar durante o processo do nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível aos outros seres humanos, e ser capaz de compreendê-los a partir do significado que os mesmos atribuem à experiência.

As mulheres precisam ser educadas, dando a elas estímulo para serem protagonista de suas vidas, incluindo não só a vida reprodutiva, mas também seu empoderamento, para se defender da discriminação e da violência.

Por outro lado, acredita-se que os indivíduos respeitados no seu processo de nascer, acolhidos, possam ser futuros cidadãos mais conscientes, autônomos e

Considerações finais

crítico-reflexivos, com menor potencial para se envolverem com a droga e a violência.

Segundo afirma Odent (2002) *para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer*. Na mesma direção Maldonado (2002, p.206) refere que *é necessário investir muito esforço e criatividade para prosseguir no sentido de cuidar melhor das pessoas que estão gerando pessoas e oferecer a esses novos seres um bom acolhimento*.

A gravidez não pode dar à mulher a sensação de uma embalagem para o feto, como uma pélvis assexuada, vigiada e submetida às intervenções institucionais no campo da medicina. Há necessidade de se garantir o direito à maternidade (REDE DE SAÚDE, 2003).

Como humanizar um parto que a mulher não o deseja? Os profissionais de saúde têm o dever de assistir a mulher em todos os seus direitos reprodutivos, proporcionando condições para que escolha o momento da gestação. Esta referência não está restrita somente às campanhas de educação sexual, mas também a disposição dos métodos contraceptivos nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde. Como apontado a seguir:

a saúde reprodutiva implica em muito mais do que a assistência ao parto, mas a assistência ao parto é um ponto do qual, geralmente, se pode partir para melhorar a Saúde Reprodutiva, em particular nos países onde a condição da mulher é desfavorável; e como consequência a assistência sanitária que ela recebe não é adequada; e onde a mulher tem pouco acesso à educação, pouco controle em suas decisões de sua própria vida e não tem nenhuma independência econômica (CLAPIS; MAMADE, p. 86).

Considerações finais

Portanto, fazendo uso das palavras de Botsaris (2001, p. 317) (...) *a medicina está cheia de problemas, doente, e precisa de tratamento; antes que sua enfermidade se agrave.*

Seguindo o autor, para tratar essa “patologia da saúde”, há necessidade de se rediscutir os modelos, repensar os papéis dos profissionais de saúde, melhorar a formação e eliminar conceitos antigos e limitantes. Enfim, há necessidade de *Humanizar*.

O estudo teve como proposta identificar a percepção dos médicos obstetras e enfermeiras sobre a humanização do parto, evidenciar as ações desenvolvida no processo de humanização e identificar os fatores que dificultam a implementação da assistência humanizada ao parto. Considerando que o mesmo apontou para distorções da concepção do processo e definição do parto humanizado, e que a mesmo foi desenvolvido em uma instituição concebida dentro da filosofia da humanização do parto, e que muitas das ações identificadas ainda seguem a visão biológica do nascer, resta-nos refletir que somente a imposição da política de humanização do parto não encontrará eco suficiente para que haja mudança de paradigma no nascimento.

Humanizar a assistência implica humanizar os profissionais de saúde e as pessoas assistidas, e essa humanização depende da atitude e postura que temos e do modo como interagimos com os outros, portanto, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um de nós (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRÜGGEMANN, 2001, p. 76)

Desta forma acreditamos que só será possível alcançar a humanização se os profissionais buscarem os mesmos caminhos, isto somente ocorrerá quando houver um consenso sobre a percepção do processo de nascimento.

Considerações finais

Por outro lado, percebermos que ainda há uma questão histórica muito presente, ou seja, as enfermeiras ainda sofrem com a hegemonia e o saber médico instituído.

Existe uma necessidade de se adequar o perfil de quem presta a assistência ao modelo que se pretende como holístico, uma vez que, enquanto a assistência se mantiver sob domínio do modelo medicalizado, dificilmente alcançaremos a plenitude da humanização do parto.

Portanto os pressupostos do presente estudo foram confirmados uma vez que verificamos uma grande influência das percepções dos profissionais em suas práticas assistenciais, demonstrando assim que há necessidade de se trabalhar mais com o desenvolvimento desta percepção, seja na formação acadêmica ou na própria sociedade. Não podemos continuar aceitando que o nascimento aconteça nestes moldes e possa continuar contribuindo para esse desajuste geral da sociedade.

Finalmente destacamos que os resultados encontrados se constituem em estímulo para o desenvolvimento de outros trabalhos, haja vista que muitos dos DSCs se apresentam como novos temas para aprofundamento da reflexão ora iniciada.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas:

AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIFE. **The elective cesarean section debate:** consider yours options. Disponível em:

<<http://www.midwife.org/focus/c-section.htm>>. Acesso em: 03 out. 2000.

ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, 1989, Brasília. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 1989. p. 43-46.

AYUB, A. C. K. Assistência ao parto: a questão da cesariana. In: ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, 1989, Brasília. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 1989. p. 43-46.

BASEVI, V.; LAVENDER, T. **Routine perineal shaving on admission in labour** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

BESSA, L. F. **Ação educativa:** uma perspectiva para humanização do parto? 2002. 104f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BESSA, L. F.; FERREIRA, S. L. **Mulheres e parteiras:** contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador: GRAFUFBA, 1999. 124 p.

BOTSARIS, A. S. **Sem anestesia:** o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N°2883, de 04 de junho de 1998**. Institui o Prêmio Galba de Araújo. Disponível em:

<http://sna.saude.gov.br/legisla/informes/GM_P1.406_99informes.doc>. Acesso em: 03 maio 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Datasus Tabnet: proporções de parto hospitalares - Brasil 1997-1999**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Datasus Tabnet: proporções de partos cesáreos - Brasil 1997-1999**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mar. 2003c.

_____. Ministério da Saúde. **III Prêmio Galba de Araújo: assistência humanizada ao parto**. Brasília, [2002?].

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores**. Brasília, [2000?].

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, 2000a. 65 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n° 569, 01 de junho de 2000**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/human>>. Acesso em: 22 ago. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2816, de 29 de maio de 1998. Diário Oficial [da] República do Brasil**. Institui o pagamento percentual máximo de cesarianas. Brasília, 02 de jun. 1998a. Seção 1, p. 47-48.

Referências Bibliográficas

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. Diário Oficial [da] República do Brasil**, Brasília, 02 de jun. 1998b. Seção 1, p. 47-48.

BRIENZA, A. M. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. 2001. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BRÜGGEMANN, O. M. Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, F.M.; BRÜGGEMANN, O.M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001a.

BRÜGGEMANN, O.M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, F.M.; BRÜGGEMANN, O.M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001b.

CAMPESTRINI, S. **Alojamento conjunto e incentivo à amamentação**. Curitiba: Educa, 1983.

CASTRO, J. C.; DITTMERS, S.; ALBUQUERQUE, R. S. **Estudo comparativo do relato da dor de trabalho de parto**. 1999. (Monografia de Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo.

CECATTI, J. G.; PIRES, H. M. B.; GOLDENBERG, P. Cesáreas no Brasil: um direito de opção? In: GALVÃO, L; DIAZ, J (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/POPULATION COUNCIL, 1999. p. 237-255.

Referências Bibliográficas

CHAVES, I. M. M.; PEREIRA, R. I. C.; BASTOS, C. O.; PEREIRA, R.R. **O anestesiolista no parto humanizado**. Disponível em: <http://www.clasa-anestesia.org/apendice/o_anestesiologista_no_parto_humanizado.htm>

Acesso em: 16 jan. 2002.

CLAPIS, M.J.; MAMEDE, M.V. Perfil, competência e compromisso social da enfermeira obstétrica. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 3., 2001, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, 2001. p. 83-101.

COFEN. **Resolução COFEN nº 223/99**. Rio de Janeiro, 1999. 3 p.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 254f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. 207f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo.

DISTRITO FEDERAL. **Lei Nº 3.090, de 9 de dezembro de 2002**. Institui no Distrito Federal a modalidade de parto solidário. Disponível em: <http://www.mpdf.gov.br/sicorde/Leg_DF3090_2002.htm>. Acesso em: 20 mar. 2003.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

DUARTE, A. **O parto hoje**. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/phoje.html>>. Acesso em: 26 abr. 2003.

Referências Bibliográficas

DUARTE, N. M. N. A formação do enfermeiro para o nascimento e parto. In: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 2., 1999, Curitiba. **Síntese...** Curitiba: ABEn - Seção Paraná, 1999. p.13 - 18.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Oito passos para a maternidade segura: guia básico para serviços de saúde.** Brasília: FEBRASGO/COMIN/OPAS/UNICEF/FNUAP, 1995. 16 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 3ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GABAY, M.; WOLFE, S. M. Encouraging the use of nurse-midwives: a repost for policymakers. **Public Citizen**, v. 38, p. , 1995.

GRAÇA, L. **Físicos, cirurgiões, barbeiros-sangradores, parteiras e outros praticantes de artes médicas: uma história mais de pudor do que a de poder?** Disponível em: <<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos103.html>>. Acesso em: 23 jan. 2003.

ILICH, I. **A expropriação da saúde: nêmisís da medicina.** 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fonte, 1975.

JONES, R. H. **Humanização do parto: qual o verdadeiro significado?** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>. Acesso em: 16 jan. 2002a.

_____. **As metamorfoses do parto: como o parto passou a ser assunto médico.** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac002.html>>. Acesso em: 02 fev. 2002b.

Referências Bibliográficas

JORGE, D. R. **Evolução da legislação do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1975. 313f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

KLAUS, M.H. et al. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **British Medical Journal**, v. 293, p. 585-587, Sept. 1986.

KLEIN, M. et al. Care in a birthroom vs a convencional setting: a controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**, v. 131, p. 1461-1466, 1984.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil**: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário. 2. ed. São Paulo, 2000. 155 p.

LEÃO, M.R.C; BASTOS, M.A.R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 90-94, 2001.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. Tradução MÉDIA. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LEFÈVRE, F. **Pesquisa qualitativa**: novas metodologias de análise de discurso. São Paulo, 2002. Apostila.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **DSC**: passo a passo. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre/dscpassoapasso.html>>. Acesso em: 11 set. 2000.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. **Recuperando a fala do social**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998. (Série Monográfica, n. 9).

Referências Bibliográficas

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229 p.

MAMEDE, M.V. Discurso de abertura . In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 1., 1998, Ribeirão Preto. **Síntese...** Ribeirão Preto: ABENFO/EERP, 1998. p. 11-13.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização na saúde: relação médico-paciente no microscópio. **Ser Médico**, São Paulo, v. 5, n.18, 27-29, Jan/Fev/Mar/2002.

MARTINS, A.L. Desvendando relações de poder e capital na assistência ao parto: a ótica da enfermagem. In: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 2., 1999, Curitiba. **Síntese...** Curitiba: ABEn - Seção Paraná, 1999. p.7.

MATER. **Relatório Técnico da Maternidade do Complexo Aeroporto**. Ribeirão Preto: Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, 2002.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 7, n. 2, p. 6-10, 2002. Disponível em: <http://www.apm.org.br/revistas/d_tratamento/dt_7ed2/index.htm>. Acesso em: 20 set. 2002.

MELZACK, R. D.; TAEZNER, P.; FELDAM, P.; KINCH, R. A. Labour is still painfull after prepared childbirth training. **Canadian Medical Association Journal**, v. 125, p. 357-63, 1981.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

Referências Bibliográficas

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MIYAKE, K. O futuro da obstetrícia no mundo. In: CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA MATERNIDADE SEGURA À LUZ DA HUMANIZAÇÃO, 1998, Fortaleza. **Relatório...** Fortaleza, 1998. p. 4.

MITJAVILA, M. O Risco e as estratégias de medicalização do espaço social. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/coc/dad_informativo12.htm> (2003)> Consultado em: 01/08/2003.

MOTT, M.L.B. **Parto, parteiras e parturientes: Madame Durocher e sua época**. 1998. 332f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MONTELEONE, P.P.R. Assistência obstétrica: quem é o responsável? **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 7, n. 2, p. 11-12, 2002. Disponível em: <http://www.apm.org.br/revistas/d_tratamento/dt_7ed2/index.htm>. Acesso em: 20 set. 2002.

NAKANO, A. M. S. **Os métodos psicossomáticos de preparação para o parto: análise de seus objetivos e finalidades**. 1990. 265f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

NASCIMENTO, M. G. P; SANTOS, O. M. B.; SOUZA, M. L. Vivenciando o processo do nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 157-167, jan./abr. 1997.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

Referências Bibliográficas

NOGUEIRA, A. T. **O parto, mulher e cultura.** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/pmulher.html>>. Acesso em: 20 fev. 2003.

NOGUEIRA, A. T. **Quem é o médico humanizado?** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/medico.html>>. Acesso em: 30 out. 2002.

NOVAES, P. B. **A maternidade segura, o que é isso?** Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac017.html>>. Acesso em: 30 mar. 2003.

ODENT, M. **O camponês e a parteira:** uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Tradução Sarah Bauley. São Paulo: Ground, 2002.

ODENT, M. **O renascimento do parto.** Tradução Roland B. Cavalheiros. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização:** reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

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

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não-médico. 1997. 129f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OSAVA, R.H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 106, n. 11-12, p. 421-427, nov./dez. 1996.

OSAVA, R.H. **Estudo das representações sociais do parto de enfermeiras de maternidade do Município de São Paulo.** 1990. Dissertação (Mestrado em

Referências Bibliográficas

Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PAIVA, M. S. Competências específicas da equipe de enfermagem na obstetrícia. In: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO : CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 2., 1999, Curitiba. **Síntese...** Curitiba: ABEn - Seção Paraná, 1999. p. 8-12.

PRIORE, M. **Ao sul do corpo:** condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993. p. 254-294.

QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo: T.A. Queiroz. 1991. 171 p.

RATTNER, D. Humanizando o nascimento e o parto: o workshop. In: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO : CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 1., 1998, Curitiba. **Síntese...** Curitiba: ABEn - Seção Paraná, 1998a. p. 24-27.

RATTNER, D. Concepções alternativas de assistência e seu impacto nos indicadores perinatais. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 1., 1998, Ribeirão Preto. 1998. **Anais...** Ribeirão Preto: ABENFO/EERP, 1998b. p. 60-62.

REDE DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto.** Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html>>. Acesso em: 31 jan. de 2003.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO (REHUNA). **Histórico.** Disponível em: <<http://www.rehuna.hpg.ig.com.br/800.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2002.

Referências Bibliográficas

_____. **Carta de Campinas**. Campinas: 1993.

REZENDE, J. M. **Caminhos da medicina**. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/>>. Acesso em: 20 fev. 2003.

RIESCO, M. L. G. **Que parteira é essa?** 1999. 193f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria de Saúde. **Resolução SMS nº. 667, 20 de Outubro de 1998**. Institui a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/leis.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2003.

ROBERTSON, A. **The midwife companion: the art of support during birth**. Australia: ACE Grafics, 2000.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Casas de parto**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/casas-parto.htm>>. Acesso em: 04 ago. 2001.

SANTA CATARINA. Ministério Público. **Lei nº12.133, de 12 de março de 2002**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações do SUS. Disponível em: http://www.mp.sc.gov.br/legisla/est_leidec/lei_estadual/2002/le12133_02.htm>. Acesso em: 20 mar. 2003.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. **Lei Nº 10.241, de 17 de Março de 1999**. Institui os direitos dos usuários dos serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/acompasp.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2003.

SCHIRMER, J. Papel da enfermagem na assistência ao parto e nascimento. In: CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA

Referências Bibliográficas

MATERNIDADE SEGURA À LUZ DA HUMANIZAÇÃO, 1998, Fortaleza. **Relatório...** Fortaleza, 1998. p. 11-12.

SYMONDS, A.; HUNT, S.C. Power, professionalisation and midwifery. In: _____. **The midwife and the society: perspectives, policies and practice.** London: MacMillan, 1996. p. 182-214.

TANAKA, A. C. A; ALVARENGA, A. T. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: HUCITEC/POPULATION COUNCIL, 1999. p. 198-208.

TANAKA, A. C. A **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TRIVIÑOS, N. S. A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992. 175 p.

TYRREL, M. A. R. Desafios da enfermagem na assistência ao parto. In: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 1., 1998, Curitiba. **Síntese...** Curitiba : ABEn - Seção Paraná, 1998. p. 10-18.

TSUNECHIRO, M. A.; **A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo.** 1987. 108f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

TSUNECHIRO, M. A.; RIESCO, M. L. G. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 1., 1998, Ribeirão Preto. **Síntese...** Ribeirão Preto: ABENFO/EERP, 1998. p 25-35.

Referências Bibliográficas

TEDESCO, J. J. A. A humanização da relação obstetra-mãe-filho. In: ZUGAIB, M. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 271-280.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 67-78.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 84 p.

A CARTA DE CAMPINAS

REHUNA REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO CARTA DE CAMPINAS Estatuto REHUNA

"Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer".(Michel Odent)

Nós, abaixo nomeados pessoas, grupos e entidades de saúde, que há anos trabalhamos com gestação, parto e nascimento, reunimo-nos, em iniciativa autônoma e independente, em Campinas entre 15 e 17 de outubro de 1993, para debater a situação atual do nascer em nossa sociedade.

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais brasileiros tem 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método "normal" de parir e de nascer, uma inversão da naturalidade da vida.

No parto vaginal, a violência da imposição das rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto que passo a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais cruciais tomam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor.

Não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como o melhor modo de doar à luz, buscando parto sem medo, sem risco e sem dor. Ela é também a via de acesso à ligadura de trompas, método anticoncepcional que tem esterilizado massas de mulheres brasileiras. Esta realidade reprodutiva tem custos psicológicos, sociais e econômicos muito altos.

Na tentativa de garantir a presença do obstetra no parto, signo de segurança, cientificidade e alívio à dor, a mulher assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se às intervenções sugeridos pelo médico, que, imerso no contexto de crescente especialização e incorporação acrítica de tecnologia diagnóstica e terapêutica de ponta, se afasta cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, perdendo o conhecimento e a segurança da prática da obstetrícia.

Ninguém informa à mulher que cesárea desnecessária tem risco de morte materna 5 a 30 vezes maior e morbidade muito mais alta que o parto normal. Também ninguém lhe diz que cesárea desnecessária multiplica por 13 a morbi-mortalidade perinatal. Ninguém informa ainda que o parto é o pior momento para fazer a laqueadura, expondo a mulher a riscos e arrependimentos futuros.

Avanços e mudanças sócio-culturais atuais vem fazendo com que as mulheres, estimulados pelo debate que se dá no movimento feminista, comecem a paulatinamente tornar consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito face às questões da saúde reprodutiva e especialmente no momento do nascimento e a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina.

O questionamento da persistência de tabus sexuais, repressão da sexualidade e situação subalterna da mulher na sociedade implica também na crítica do modelo social e econômico na qual tempo é dinheiro e o parto vem sendo crescentemente realizado como uma linha de montagem, violentando o tempo e o ritmo natural de mãe e filho.

Face a esta situação, o REHUNA, Rede de Humanização do Nascimento, ora criada, pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores dos políticos de saúde, para:

- mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- resgatar o nascimento como evento existencial e Sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;
- revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
- incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado as práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.

Estes objetivos vêm sendo buscados na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades preocupadas e atentas à melhoria da qualidade de vida, bem estar e bem nascer, aliados na luta por uma vida mais humana, digna e saudável

Acreditamos que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre os quais lembramos:

- implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;
- divulgação e adesão às recomendações do OMS na Conferência Internacional sobre Tecnologias apropriadas ao Nascimento (22-28 abril 1985, Fortaleza, Brasil) - anexo;
- trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade e nascimento voltado a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal;
- apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupos de parteiras tradicionais, doulas e ONGS.

Subscrevem o presente documento os abaixo mencionados pessoas, grupos e entidades.

A CARTA DE FORTALEZA

REHUNA REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

Quinze anos se passaram. Desde o encontro planejado pelo Dr. Galba de Araújo, entre outros, ocorrido aqui em Fortaleza, onde hoje realizamos esta Conferência Internacional, muito se discutiu e muito se fez pela melhoria da atenção ao Parto e ao Nascimento. Das recomendações emanadas daquela reunião, referendadas e ampliadas pela Organização Mundial de Saúde no documento de atenção ao parto normal em 1996, obtivemos as informações necessárias para propor alterações e realizar modificações em diversas instituições de saúde, que nos mostraram como pode ser melhor a atenção e os cuidados que devemos oferecer às mulheres e seus bebês, mas também o quanto ainda temos que avançar.

Um novo milênio nasce. Esperança que se renova de uma vida melhor para todos. Paz, justiça e fraternidade, num mundo com mais harmonia e menos desigualdade. Conhecimento e tecnologia a serviço da humanidade, com respeito às diferenças culturais e religiosas. O fim da fome e da miséria. Educação e saúde como direitos fundamentais disponíveis para todos. Direitos sexuais e reprodutivos garantidos para mulheres e homens. Respeito e proteção ao meio ambiente, preservar o planeta, nossa casa.

De que forma nascemos e estão nascendo hoje nossos contemporâneos? Como desejamos que nasçam aqueles que nos sucederão? O que foi que aprendemos nestes últimos mil anos que pode nos ajudar a garantir um nascimento mais saudável e uma vida melhor para nossos filhos e filhas? O que foi que incorporamos à fisiologia da gestação, trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados neonatais que foram benéficos não só às mulheres e bebês, mas também às pessoas e à sociedade, e o que foi que incorporamos que foi prejudicial nos vários aspectos relativos à saúde? Esta pergunta é ainda mais importante para as gestações sem risco ou de baixo risco, que constituem a grande maioria delas e que são o grupo no qual os benefícios da atenção médica hospitalar oferecida da maneira como hoje conhecemos, são os mais questionados.

A resposta a estas perguntas nos obriga a olhar para traz e repensar toda a trajetória percorrida ao longo da história da humanidade e tentar entender não só os aspectos médicos, mas também as questões de gênero, socioculturais e econômicas que permearam a construção dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento que conhecemos hoje em dia. O que sabemos? Por que e o que queremos mudar? Quais as evidências que devem embasar nossas decisões?

A primeira certeza é a de que devemos ouvir mais as mulheres e aprender com elas quais as suas necessidades. Desta forma estaremos começando a construir um modelo que estará com certeza mais voltado aos interesses da sua principal protagonista. Também temos certeza de que toda a segurança que a tecnologia tem a oferecer deve estar disponível nos diversos níveis da assistência, porque não podemos mais aceitar taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal tão altas quanto as que ainda encontramos e que podem e devem ser diminuídas o quanto antes.

É preciso pensar também em que local este parto e este nascimento estarão acontecendo e quem estará assistindo à mulher e ao recém-nascido. A formação dos diversos profissionais, desde a

parteira tradicional até o obstetra especialista em gestações de alto risco, passando pela enfermeira obstetra e pelo médico generalista, sem dúvida interfere com sua atuação e este fato deve ser levado em consideração. A violência institucional que hoje marca a rotina de muitas instituições de saúde, as histórias de negligência e abandono não devem mais se repetir.

Um novo milênio. Como queremos que nasçam nossas filhas e filhos? Como queremos que sejam assistidas as mulheres que perpetuarão a vida em nosso planeta? Como queremos receber estes novos seres humanos? Não temos todas as respostas, mas temos as seguintes certezas:

1. A mulher deve ter acesso aos serviços de saúde, o direito a planejar sua prole, seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados, a uma atenção pré-natal de qualidade ou a um tratamento humanizado ao abortamento incompleto, seja este espontâneo ou provocado;
2. A mulher grávida tem direito a uma referência para o local do parto;
3. A mulher tem direito a uma assistência que lhe garanta e à sua família, não apenas segurança, como também a possibilidade de viver o momento do nascimento como um acontecimento social e cultural, com respeito à sua privacidade;
4. A mulher tem o direito a optar pelo local onde ter seu filho, e a escolher o profissional que irá assisti-la e o(a) acompanhante que irá permanecer ao seu lado;
5. A mulher tem direito às informações disponíveis sobre gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido;
6. A mulher tem direito a fazer um plano de atenção ao parto que seja respeitado pelas instituições de saúde;
7. A mulher em trabalho de parto normal deve ter sua assistência conduzida com base nas recomendações feitas pela OMS no documento sobre assistência ao parto normal de 1996;
8. A mulher que puder e que assim o desejar deve ser incentivada e apoiada a realizar o aleitamento materno exclusivo sobre livre demanda até o sexto mês de vida e depois junto com outros alimentos até o segundo ano de vida;
9. A criança recém-nascida tem direito a cuidados imediatos, quando estes forem necessários, e a permanecer todo o tempo com sua mãe, sendo oferecido todo o apoio para que os vínculos familiares sejam estabelecidos;
10. A mulher tem direito a um acompanhamento pós-parto e também o direito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho(a).

Estas medidas tão simples e possíveis de ser implementadas nos serviços de saúde de nosso país não podem mais esperar para se tornar realidade. Os resultados perinatais e as taxas de morbimortalidade materna resultantes da assistência prestada no Brasil, não nos permitem mais conviver com um modelo de assistência que tem sido responsável pelas maiores taxas de parto operatório do mundo e por mortes desnecessárias de mães e bebês. Nós da ReHuNa, presentes nesta Conferência Internacional para Humanização do Parto e Nascimento queremos já, o quanto antes, que as mulheres tenham a possibilidade de parir e nascer com dignidade e afeto, sendo acolhidas por pessoas que percebam o parto e nascimento como um momento único, como uma expressão de amor.



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP - 044/2002

Ribeirão Preto, 6 de maio de 2002.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 6 de maio de 2002.

Protocolo: nº 0269/2002
Projeto: *Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto*
Pesquisadores: **Maria José Clapis** (Orientadora)
Jamila Claro de Castro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Mari Vilela Mamede
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Maria José Clapis
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde da EERP/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÉDICOS OBSTETRAS E ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

Meu nome é Jamile Claro de Castro, sou aluna do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Estou desenvolvendo um estudo que tem por finalidade identificar a percepção dos médicos e enfermeiras obstetras sobre a humanização da assistência ao parto. Para isto, gostaria de entrevistá-lo (a) e gravar suas respostas. Você não será identificado em momento algum da pesquisa e poderá a qualquer momento deixar de participar da mesma.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos melhorar a qualidade da assistência ao parto e ainda que não haverá ônus para qualquer uma das partes envolvidas.

Agradecendo sua colaboração, coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, pelo telefone (16) 33618787 ou email - castrobussa@uol.com.br.

Obrigada

Jamile Claro de Castro

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Entrevistado