



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ
DEPARTAMENTO DE ENSINO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

**Humanização da Assistência ao Parto:
Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma
Maternidade Pública.**

Tese apresentada ao Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ como pré-requisito para a obtenção do grau de doutor.

Autor: Marcos Augusto Bastos Dias

Orientadora: Prof. Dra. Suely Ferreira Deslandes

FEVEREIRO / 2006

Para Isabela e Mariana.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Denise por todo o apoio e incentivo.

Aos meus pais, Vasco e Angela, pelo incentivo de toda a vida para o estudo e pelo seu entusiasmo e apoio desde o começo desta pesquisa.

À Suely Deslandes, pela orientação incansável e de valor inestimável, pelo exemplo de dedicação, pela paciência com meus limites e pelo apoio para que eu tentasse sempre superá-los.

À Helena Freitas, pesquisadora auxiliar, pelo apoio na realização das entrevistas com as mulheres e no trabalho de observação.

Aos professores Alexandre Trajano, José Mendes e Romeu Gomes pelas valorosas contribuições quando participaram da banca de qualificação desta pesquisa.

À Cristina Boaretto, Kátia Ratto, Márcia Soares, Penha Rocha e Rosa Domingues, companheiras de trabalho nos últimos anos, com quem no dia a dia pude discutir, refletir e aprender sobre os diversos aspectos da saúde da mulher e especificamente sobre a assistência ao parto.

À Maria Alice e demais profissionais da Secretaria Acadêmica do Instituto Fernandes Figueira pelo apoio ao longo dos últimos anos para enfrentar os desafios burocráticos.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pelo apoio no trabalho diário e pelo incentivo para a realização da pesquisa, enquanto estive à frente da Gerência dos Programas de Saúde da Mulher.

Aos companheiros da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – REHUNA pelos sonhos e projetos compartilhados.

À Direção e aos profissionais da maternidade estudada, pelo companheirismo com que me receberam, pela disposição para o diálogo e pela confiança com que me trataram, propiciando que essa pesquisa pudesse ser realizada.

Às mulheres que durante a gestação e no parto, têm por vezes, sido alvo de um cuidado que nem sempre lhes proporciona experimentar de forma completa este momento tão marcante em suas vidas.

Índice:

1 – Resumo	2
2 – Introdução	4
3 –Apresentação do objeto de estudo e justificativas	12
4 - Bases para a construção do marco teórico	15
4.1 - Humanização. Do que estamos falando?	16
4.2 – A organização do trabalho médico, a incorporação de tecnologia e a transformação da relação médico-paciente.....	30
4. 3 - A Humanização da assistência hospitalar - As políticas públicas de humanização da assistência.	36
4.4 - Modelo Hegemônico de Assistência ao Parto e suas Condições de Produção.	46
4.5 – Humanização da assistência ao parto.	54
5 – Metodologia	60
5.1 – O Campo da Pesquisa	63
5.2 – Técnicas de Pesquisa	66
5.3 – Os sujeitos da pesquisa	73
5.4 – Análise dos Dados	78
6 – Resultados e discussão	84
6.1 – Uma maternidade – muitas histórias: etnografia de um serviço.	84
6.2 – Experiências anteriores e expectativas sobre a assistência ao parto.	146
6.3 – Percepção dos profissionais de saúde sobre a humanização da assistência ao parto e a dinâmica das relações de trabalho no cotidiano do serviço.	178
7 – Conclusões	251
8 – Referências	259
9 – Anexos	269

1 – RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivos problematizar o conceito de humanização da assistência à saúde e conhecer as representações de humanização da assistência articuladas pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento à parturiente. Também foi seu objetivo analisar as expectativas das mulheres em relação ao atendimento que receberiam na maternidade no momento da internação para a assistência ao trabalho de parto e parto e sua experiência durante o mesmo. Para alcançar estes objetivos foi utilizada a metodologia qualitativa empregando para a obtenção dos dados as técnicas de observação participante e realização de entrevistas. O estudo foi realizado em uma maternidade pública integrada às propostas de humanização tanto do Ministério da Saúde quanto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Na construção do marco teórico ficou evidenciada a polissemia do termo humanização da assistência e a ampla abrangência do seu significado mesmo quando restrito ao campo da assistência ao parto. Sobressai também nesta construção as críticas ao modelo tecnocrático vigente de assistência ao parto e suas diferenças em relação ao modelo holístico proposto por alguns autores como forma de humanização da assistência ao parto.

Como resultados o autor aponta que a atenção ao parto e nascimento na maternidade estudada segue predominantemente o modelo médico tecnocrático, utiliza rotinas de assistência que estão contra-indicadas pelas pesquisas baseadas em evidências científicas tendo como consequência a negação de vários direitos das mulheres. Aponta ainda que a política de humanização da assistência ao parto ainda é desconhecida das mulheres, suas

expectativas em relação ao atendimento para o parto constituem-se basicamente em conseguir vaga para a internação, ser tratada com educação e ter um cuidado tecnicamente competente para ela e seu bebê.

Os principais sentidos atribuídos pelos profissionais à humanização da assistência estão relacionados à oferta de acolhimento para diminuir o sofrimento, uma boa relação profissional-paciente e dar informações sobre trabalho de parto e os cuidados a serem realizados. Elementos que ainda não estão incorporados à sua rotina de assistência.

O autor conclui que, embora ainda não sejam consequência da rotina da instituição ou do desejo das mulheres, mas principalmente de comportamentos individuais, alguns elementos importantes da proposta de humanização da assistência já estão sendo incorporados ao cotidiano da maternidade, especialmente pelas enfermeiras obstetras. Conclui também pela necessidade de reavaliação da formação acadêmica dos recursos humanos em saúde envolvidos na assistência ao parto e da promoção de iniciativas que garantam o trabalho interdisciplinar.

Palavras chave: humanização, humanização do parto, trabalho de parto, parto normal, recursos humanos em saúde, relações profissional-paciente.

2 - Introdução.

Parir e nascer são elementos centrais na reprodução da vida e preservação das espécies. Em todas as culturas o nascimento é um rito de passagem, através do qual os indivíduos são movidos de um status social para outro. Estes ritos de passagem transformam ambas, a percepção do indivíduo pela sociedade e a percepção dos indivíduos deles próprios (Davis-Floyd, 1987). A espécie humana que se caracteriza entre outros atributos pela inteligência, pela capacidade de comunicação e pela possibilidade de transformação do meio em que vive, modificou profundamente, ao longo do século passado, pela incorporação de tecnologia à maneira como o parto e o nascimento se dão. Com a hospitalização, estes acontecimentos de forte conteúdo social e cultural, deixaram de acontecer no seio da família dentro de um modelo feminino de atenção, com a mulher sendo ajudada por parteiras e familiares e passaram a ser tratados dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades das mães e de seus filhos. Entretanto, se por um lado, neste período de tempo, foram incorporadas importantes tecnologias na assistência materno-infantil que foram capazes de reduzir de maneira importante as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro lado, foram esquecidas, abandonadas ou consideradas “pouco científicas” algumas práticas que possibilitavam que a experiência do parto e do nascimento do bebê tivesse para a mulher e para a família um significado para além da questão biológica.

A presença cada vez maior da medicina nas sociedades ocidentais, apropriando-se de situações, como parto e nascimento, até então fora de sua

área de ação (Helman, 1994), tem evidenciado que a tecnologia médica em muitas situações foi incorporada sem que tenha trazido benefícios reais aos seus usuários. Outros autores também têm apontado esse fenômeno alertando para,

a maneira pela qual a jurisdição da Medicina moderna vêm se expandindo nos últimos anos e abrange, hoje, muitos problemas que, inicialmente não eram definidos como entidades médicas (Gabe e Calnan apud Helman, 1994: p.147).

São exemplos históricos as situações relativas ao afastamento rotineiro das mães de seus bebês com a criação dos berçários para recém-nascidos saudáveis e a substituição do aleitamento materno pelo aleitamento artificial (Ungerer, 1996).

Ao longo dos últimos anos, o termo humanização tem sido utilizado com frequência cada vez maior quando se fala de assistência à saúde e em especial quando se refere aos cuidados médicos. A humanização que ainda se consolida como um *conceito* é geralmente utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta tanto para os direitos de cidadania quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais, visando uma modificação de cultura do atendimento. Sua incorporação ao discurso de segmentos da população, de organizações não governamentais, de profissionais de saúde e pelos formuladores de políticas públicas para o sistema de saúde tem se dado sob a forma ampliada de uma demanda por maior qualidade da assistência.

Na assistência ao parto e nascimento é bastante antiga a demanda por mudanças no modelo de assistência e de sua humanização. Para Wertz &

Wertz (1977), por volta de 1940 começava a aparecer um desafio ao modelo médico de dominação do parto. Este desafio era feito por pessoas que defendiam o “parto natural” e que consideravam seguro acreditar mais na natureza e menos nas tecnologias médicas. Estes autores afirmam que esta nova atitude em relação ao parto foi possível porque não apenas as mulheres tinham novas aspirações, mas também porque a medicina tinha diminuído os perigos presentes no nascimento do bebê. Com esta segurança as mulheres queriam vivenciar o parto com menos proteção desnecessária (p.178).

No Brasil, na área da assistência à saúde da mulher este desejo de mudança na qualidade e na humanização do atendimento era manifestado, na década de 80, pelo movimento feminista com a reivindicação pela “humanização da assistência à gravidez e ao parto” e com o questionamento ao modelo médico que *“trata o parto como um evento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa”* (Diniz e Chacham, 2002). É desta época o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (MS, 1983), primeira política pública do Ministério da Saúde que aponta para a questão da humanização da assistência ao parto. Nos anos seguintes, como resposta a estas demandas e ainda com a intenção de orientar os rumos da assistência na busca da construção de uma Política Nacional de qualificação da atenção ao parto, temos entre outros exemplos o lançamento pelo Ministério da Saúde dos projetos Maternidade Segura, Humanização do Pré-Natal e Nascimento (MS, 2000) e mais recentemente, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Os dois primeiros projetos envolvendo aspectos que vão desde o cuidado médico do ponto de vista da qualidade técnica da assistência até os aspectos psico-sociais das mulheres em

trabalho de parto, e o último envolvendo não apenas a satisfação do usuário, mas também aspectos relacionados às condições de trabalho e à satisfação dos próprios profissionais. Outro exemplo de política pública de qualificação e humanização da assistência é o programa mãe-canguru (MS, 2002), que propõe que o cuidado aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso seja realizado por suas próprias mães a partir de determinados critérios de segurança, promovendo melhores condições de crescimento e desenvolvimento do bebê além da potencialização da formação de vínculos afetivos com sua mãe.

Nos últimos 30 anos vários trabalhos têm mostrado a importância na melhoria dos resultados da assistência materna e perinatal da utilização de tecnologias apropriadas ao nascimento. A presença do acompanhante, a liberdade de movimentação e a possibilidade de ingerir alimentos são exemplos destas práticas muitas vezes apontadas como humanizadoras, no sentido do resgate não só dos aspectos da fisiologia do trabalho de parto como também da valorização e do reconhecimento dos aspectos subjetivos deste acontecimento (OMS, 1996, Enkin, 2000, Hofmeyr, 2005). O manual “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), traduzido e distribuído pelo Ministério da Saúde para médicos e enfermeiras obstetras na forma de recomendações práticas para o atendimento ao trabalho de parto e parto, traz de forma clara as evidências científicas, que apontam para a necessidade de mudanças no modelo de assistência às parturientes, tem sido sistematicamente ignorado pela maioria dos prestadores desta atenção. As evidências científicas que não estão sendo incorporadas ao atendimento das mulheres e bebês constituem,

por exemplo, um elenco de ações apontadas como humanizadoras pelo movimento feminista cujo conceito de humanização “*é o de uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica*” (Diniz & Chacham, 2002).

Formuladores das políticas de atenção ao parto e ao recém-nascido, sejam da esfera federal, estadual ou municipal ou mesmo de organizações não governamentais e redes de entidades, pessoas ou instituições cujo trabalho está relacionado com o tema, têm utilizado a noção de “humanização” para propor e demandar mudanças no modelo de atenção adotados. Entretanto, embora a discussão sobre a humanização da assistência ao parto aponte para a necessidade da promoção de mudanças nas práticas assistenciais em maternidades, ela não logra apontar a maneira pela qual estas poderiam ser operacionalizadas, uma vez que importante parcela das mudanças propostas seriam de ordem relacional, com o profissional de saúde trabalhando dentro de uma nova ética profissional. Como desconstruir paradigmas hegemônicos na formação e na vida prática de profissionais de saúde? Como modificar práticas e lógicas culturais cristalizadas por um processo de trabalho mais voltado para a concretude do biológico e para as necessidades da instituição? Como instituir rotinas para atender um usuário, que se pensado dentro de uma perspectiva mais abrangente, torna o processo de trabalho ainda mais complexo? Como garantir a construção de uma relação profissional de saúde-cliente, pautada não apenas no reconhecimento pelo profissional de que este sujeito deve ter assegurado seus direitos de cidadania, mas também a possibilidade de influir

no processo do cuidado/atenção que vai receber, optando por maior ou menor grau de intervenção por parte do profissional de saúde?

Um primeiro desafio que se coloca é o da definição do que seria a humanização da assistência e qual a abrangência deste conceito. Será que poderíamos incluir neste conjunto de idéias a necessidade de uma estrutura física adequada para a realização do atendimento? E a qualificação do profissional tanto para os aspectos técnicos da formação quanto para a sensibilização necessária para lidar com as questões intersubjetivas dos pacientes? Poderíamos estar pensando também na disponibilidade de recursos técnicos e de alguns medicamentos que não costumam estar presentes no cotidiano da assistência? Será que num processo de trabalho subdividido e com uma lógica de produção há espaço para a implementação destes conceitos? O que demandaria a humanização de uma maternidade? Que transformações em sua estrutura física, nas suas relações de trabalho, na constituição de seu corpo de funcionários, enfim na sua missão institucional e na sua cultura organizacional seriam necessárias para que pudéssemos considerar que se deu um processo de humanização da assistência? Como determinar as transformações que devem ocorrer sem antes definir o que consideramos como humanização da assistência? A discussão superficial deste conceito e a urgência da realização de experiências humanizadoras, com pouco aprofundamento nesta reflexão, acarretam o risco de que este seja mais um modismo do que uma iniciativa fundamentada na qualidade da assistência e uma ferramenta gerencial duradoura para a obtenção de melhores resultados, seja na satisfação do usuário, seja na dimensão dos indicadores epidemiológicos. Não pretendemos responder todas as questões aqui

apresentadas, mas ao levantá-las estamos apenas apontando alguns pontos para o aprofundamento da discussão.

Incentivar a participação do pai nas consultas de pré-natal e sua presença no momento do parto são algumas práticas, hoje reconhecidas como humanizadoras, que têm sido incorporadas ao longo dos últimos anos de forma variada principalmente na assistência privada em nossa cidade. No serviço público municipal do Rio de Janeiro, entretanto, estes avanços só passaram a ser introduzidos mais recentemente, quando em 1994 foi inaugurada a Maternidade Leila Diniz e a partir dela outras iniciativas adotadas como, por exemplo, a resolução que permite a presença do acompanhante para a parturiente no trabalho de parto e no parto nas maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS,1998).

Nos últimos anos, tendo atuado como diretor da Maternidade Leila Diniz (uma maternidade pública da rede própria do município do Rio de Janeiro) e como Gerente dos Programas de Saúde da Mulher na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), tive a oportunidade de participar como coadjuvante desta tentativa de transformação do processo de assistência ao parto nesta rede. As múltiplas dificuldades encontradas na tentativa de implantação de um modelo de assistência mais receptivo aos usuários e ao mesmo tempo a preocupação com a qualidade técnica das ações de saúde executadas ao longo do período de internação hospitalar de mães e bebês foram os principais estímulos para a realização deste trabalho. Minha motivação é tentar entender de forma mais profunda as lógicas e as contradições que envolvem esta rede de assistência, cujos protagonistas são seus profissionais e também as mulheres e suas famílias. Como profissionais e usuárias se

apropriam da noção de humanização e de que maneira este novo elemento interfere no cotidiano da assistência e nas relações de trabalho são também questões que me sensibilizaram para a realização deste estudo.

Nos capítulos seguintes estão detalhados os caminhos percorridos para a realização desta pesquisa. No capítulo três apresento a definição do objeto de estudo, os objetivos específicos, os pressupostos/hipóteses que nortearam a pesquisa e as justificativas para a realização da mesma. As bases conceituais para a construção do marco teórico estão expostas no capítulo quatro e no capítulo cinco descrevo a metodologia utilizada para a execução da pesquisa. Os resultados da pesquisa e a discussão esta subdividida em três seções no capítulo seis. As conclusões do trabalho estão relatadas no capítulo sete e as referências utilizadas e os anexos com documentos pertinentes à elaboração da tese encerram este projeto.

3 – Apresentação do objeto de estudo.

Meu objeto de estudo é o processo de humanização da assistência, suas bases teóricas e conceituais e a apropriação dessas orientações por profissionais de saúde no contexto do atendimento das maternidades públicas.

O objetivo geral é:

Analisar as bases conceituais da proposta de humanização, as representações que os profissionais e as mulheres parturientes constroem sobre essa questão e os limites à humanização num contexto do atendimento público às parturientes. Buscarei analisar como as relações de trabalho, as condições estruturais dos serviços, bem como sua lógica organizacional interferem nesta proposta.

Os objetivos específicos são:

- Problematizar, a partir de revisão de literatura, o conceito de humanização da assistência à saúde;
- Conhecer as representações de humanização da assistência articuladas pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento à parturiente;
- Analisar as representações dos profissionais sobre as necessidades das parturientes e as práticas desses agentes no atendimento às demandas reais dessas mulheres;
- Identificar as dificuldades que as estruturas hospitalares, as lógicas médico-hospitalares e os processos de trabalho criam para a efetivação de uma assistência humanizada;
- Conhecer as expectativas das mulheres em relação ao atendimento que receberão na maternidade no momento da internação para a assistência ao trabalho de parto e parto;

- Analisar a percepção das mulheres entrevistadas sobre o atendimento recebido durante a internação e da utilização de práticas humanizadoras pela equipe da Maternidade estudada, no contexto do atendimento oferecido durante a internação.

– Justificativas

A relevância deste trabalho reside na proposta de refletir criticamente sobre o conceito de humanização da assistência, construindo subsídios teóricos para um debate mais maduro sobre essa proposta, apontando seus limites, suas conexões ideológicas e suas contribuições. O estudo poderá propiciar um melhor entendimento das representações e práticas dos profissionais de saúde que atuam em maternidades, descortinando a possibilidade da implementação de medidas que viabilizem não só um melhor resultado na assistência em maternidades como também maior satisfação às suas usuárias. Poderá ainda fornecer elementos que embasem e orientem políticas de apoio e incentivo ao projeto de humanização da assistência em geral e da humanização da assistência ao parto em particular.

Como justificativa pessoal, argumento que nos últimos dez anos venho trabalhando dentro da linha de transformação da assistência perinatal, discutindo não só as práticas incorporadas na rotina de assistência à mulher como também ao recém-nascido. Repensar a lógica desta assistência como ela acontece hoje no modelo hospitalar da rede municipal e a forma de incorporação de tecnologia apropriada ao parto e nascimento têm sido parte da minha trajetória profissional e da minha linha de estudos.

- Pressupostos/ Hipóteses.

Meus pressupostos são que:

- A discussão sobre o que se entende por “humanização do atendimento” não aprofunda as questões mais relevantes. Suas bases sócio-antropológicas e mesmo filosóficas são pouco debatidas, partindo-se para propostas de reorganização do atendimento sem a necessária reflexão sobre a abrangência deste conceito, levando-se pouco em consideração as relações de trabalho e a cultura organizacional quando se tenta implementá-las;
- Os conceitos sobre humanização da assistência são muito abrangentes, estando associados aos aspectos humanitários como também à qualidade técnica dos serviços prestados e às condições de atendimento;
- A racionalidade biomédica da formação dos profissionais de saúde dificulta a percepção dos aspectos sociais e culturais do parto;
- O atendimento prestado pelos profissionais de saúde às mulheres das classes populares, com menor nível de renda e de escolaridade, considera que estas não têm direito ou a capacidade de decidir qual seria a melhor forma de realizar seu atendimento ao trabalho de parto e parto.
- As estruturas físicas, o processo de trabalho nas maternidades públicas e as lógicas culturais e práticas profissionais são dificultadores no processo de implantação de medidas de humanização da assistência.
- A proposta de humanização da assistência ao parto é conhecida dos profissionais de saúde, mas a maneira como é representada não implica na adoção de seus preceitos no cotidiano da assistência.

4 - Marco Teórico

A seguir apresento os elementos que considero mais importantes e que foram utilizados na construção de um Marco Teórico que me permitisse estabelecer um diálogo profícuo com os achados da pesquisa. Estes assuntos estão subdivididos nos seguintes tópicos:

4.1 - Humanização. Do que estamos falando?

4.2 - O trabalho médico, a incorporação de tecnologia e a transformação da relação médico-paciente.

4.3 - Humanização da assistência hospitalar – As políticas públicas de humanização da assistência.

4.4 - Modelo hegemônico de assistência ao parto e suas condições de produção.

4.5 - Humanização da assistência ao parto.

4.1 - Humanização. Do que estamos falando?

Humanizar. V. 1. Tornar humano; dar condição humana a; humanar. 2. Tornar benévolo, afável, tratável ; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. 4. Bras., CE. Amansar (animais). P. 5. Tornar-se humano; humanar-se.

Estas são as definições da palavra humanizar que encontrei no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa publicado pela Editora Nova Fronteira, em sua Segunda Edição ampliada e revisada (1986, p.908). Estes sinônimos, embora instigantes, não conseguem, entretanto, englobar todos os significados atribuídos a esta palavra quando ela é utilizada para qualificar uma atenção ou um cuidado por profissional de saúde.

Nas últimas décadas surge um movimento empreendido por várias organizações, que aponta a necessidade de mudanças na maneira como se processam os cuidados e a assistência à saúde. Estas propostas de mudança na realização dos cuidados de saúde fazem, em geral, uma crítica à maneira como a apropriação de tecnologia pela medicina (equipamentos, medicamentos e técnicas cirúrgicas, entre outros) interferiu na relação entre profissionais e clientes. Com um importante foco na qualidade da atenção à saúde e nos direitos humanos dos pacientes, este conjunto de propostas tem sido apresentado por um movimento freqüentemente denominado *de humanização*.

Mas como humanizar atos que são realizados por seres humanos? Não seria esta uma redundância? Este não seria o caso apenas se os seres humanos que realizam tais cuidados ou ações de saúde tivessem perdido os

atributos que os definem enquanto seres humanos? Nesta situação, não seria, portanto, mais adequado utilizar o termo rehumanizar? Assim, novas questões se colocam nesta reflexão; será que o *humano* a que nos referimos não está presente em todos os seres de nossa espécie? Seria o atributo “*humano*” adquirível ou não, influenciado por fatores sociais, culturais, filosóficos, religiosos e econômicos? É possível ensinar ou treinar os seres humanos a agir de forma *humana*? Porque e como um ser humano perde os seus atributos de *humano*? Em alguma outra época ou lugar os cuidados e a assistência médica já foram humanizados? Quando, como e em que lugares esta perda do *humano* aconteceu? Será a humanização uma necessidade recém-construída para minimizar os efeitos deletérios de todos os avanços que o modelo médico provocou ao longo dos últimos anos ao incorporar uma quantidade enorme de tecnologias (equipamentos, conhecimentos e práticas) e que modificou de maneira profunda o seu processo de trabalho? Sem a pretensão de responder a todas estas questões, com estes questionamentos apenas aponto as diferentes possibilidades de discussão que se relacionam com o tema da humanização.

Várias contribuições importantes para o debate que hoje se faz sobre as propostas de humanização da assistência à saúde e sua operacionalização foram elaboradas por cientistas sociais que debateram este tema em um Simpósio denominado *Humanizing Health Care*, realizado em dezembro de 1972 na cidade de São Francisco. Alguns dos elementos teóricos que trago para a discussão a seguir são contribuições deste encontro.

As relações entre “cuidadores” e “clientes” sempre foram influenciadas pelas características das instituições onde elas aconteciam, num dado momento histórico. Voltados para os pobres, os primeiros hospitais eram locais

de abrigo e cuidado oferecendo alimentação e assistência, atuando como instituições de caridade. Mechanic (1975), pergunta *“Porque os seres humanos procuram assistir aqueles que se encontram em sofrimento? Quais as raízes éticas e culturais em que se desenvolveram as instituições de ajuda”* (p. 3) ?

A medicina como uma instituição social já existia muito tempo antes de possuir uma tecnologia efetiva para intervenção na saúde propriamente dita, mas já refletia um certo conceito de ética e normas sociais. Na maior parte de sua história, a atuação do médico diz respeito ao cuidado e não ao curar, seus praticantes atuavam principalmente para dar apoio a pessoas que se encontravam doentes, para aliviar a dor se fosse possível e também para dar esperança. É preciso estar atento ao fato de que a medicina tem importante componente humanístico assim como funções técnicas e a despeito das impressionantes conquistas tecnológicas alcançadas, da elaboração do conhecimento médico e tecnológico, o cuidado e o contexto ético na medicina nunca foram tão importantes quanto na contemporaneidade (idem, 1975).

Geiger (1975) aponta que a prática da medicina e em largo senso a provisão de mecanismos para a proteção da saúde e cuidado dos doentes é, intrinsecamente, um empreendimento humano. Para este autor, o cuidado existe de várias formas em todas as sociedades e culturas humanas. A medicina enquanto ciência deve estar atenta às conseqüências humanas de sua atuação, mais do que tecnicamente bem sucedida ela deve ser capaz não apenas de manter a vida, mas também de preservar a dignidade e aliviar o sofrimento físico e psicológico (p. 11).

Para alguns autores, entretanto a prática médica tem se tornado mais e mais desumanizada em conseqüência da absorção de tecnologia e de todo o

seu aparato para diagnóstico e terapia. Com a utilização cada vez maior das máquinas a prática médica teria se distanciado da pessoa e a relação médico-paciente se modificou no turbilhão de exames realizados (King, 1975).

A procura das causas que levaram às demandas pela humanização é complexa uma vez que as mesmas podem ter origens bastante variadas. A percepção pelos profissionais de saúde do que seria o atendimento humanizado é fortemente influenciado por aspectos individuais, profissionais, de raça e classe social, culturais, políticos, econômicos e outros. O que para profissionais de saúde ou para a população pode ser definido como mais importante para a saúde pode também variar de acordo com todos aqueles aspectos. As perspectivas e as motivações dos diferentes atores, do paciente ao médico especialista, certamente influenciam seus comportamentos no momento em que profissional e cliente encontram-se frente a frente.

Geiger (1975) traz uma contribuição no sentido de facilitar o entendimento sobre a necessidade de humanização ao propor a divisão didática em três grandes grupos dos fatores que são apontados como fontes principais de ações desumanizadoras na assistência à saúde (p.17-32).

“1 – Fatores de ordem social – a sociedade em geral com sua cultura, valores e instituições”. Para o autor este seria o caso decorrente das falhas na percepção do ser humano como um todo, do seu valor inerente e de sua individualidade. Sendo todos os seres humanos únicos e tendo todos o mesmo valor, o direito à saúde estaria garantido de forma semelhante para todos. A ordem social é, entretanto, diferente do que está escrito na lei e a sociedade pode ser racista, não igualitária e com distribuição desigual de poder e de direitos. O sistema de saúde como qualquer outro sistema ou instituição reflete

e expressa a sociedade em geral. Pobreza, fome, condições sub-humanas de moradia, juntamente com as condições de vida nas grandes cidades onde manter a identidade é um enorme desafio; são elementos que se entrelaçam com as questões de saúde e refletem em sua desumanização. Portanto é de se esperar que dentro das instituições de saúde sejam encontradas as mesmas situações de desigualdade, violência e falta de liberdade que são encontradas na sociedade em geral.

“2 – *Fatores da Ciência Ocidental e da Tecnologia*”. Outra categoria na qual podem ser agrupados os fatores de desumanização da assistência é a visão do homem na “Ciência Ocidental” construída ao longo dos últimos séculos. Estabeleceu-se uma grande distância entre as descobertas da biologia molecular e a área do conhecimento sobre as emoções e o afeto. A separação entre estes dois campos do saber levou a fragmentação do ser humano e a dificuldade de percebê-lo de forma integral. As escolas médicas têm de uma certa forma reforçado esta separação quando os alunos geralmente aprendem a olhar não para o paciente como um todo, mas de forma segmentada apenas para o problema de saúde que o afeta. Nesta categoria podem ser incluídas também a noção de progresso associada ao uso de tecnologia, muitas vezes antes que estejam suficientemente claros os riscos ou benefícios com sua utilização.

“3 – *Fontes da Subcultura e Organização das Profissões de Saúde*”. As Unidades de Saúde e seus profissionais de muitas formas reproduzem os elementos culturais da sociedade em geral. Além disto, possuem formas de organização e controle bastante específicas, de muitas maneiras concentrando as informações e exercendo eles próprios a autoregulação de suas atividades.

Este modelo estabelece intrinsecamente um desnível na relação entre as partes, porque o paciente por “incapacidade técnica” e carência de informações praticamente transfere o seu poder de decisão para o profissional de saúde.

Outra fonte de desumanização da assistência neste grupo diz respeito à hierarquização dos profissionais e instituições de saúde e suas divisões próprias do trabalho e barreiras de comunicação. O trabalho “técnico” é feito pelos médicos (diagnósticos e cirurgias) e o trabalho “humano” por outras categorias profissionais (cuidado, apoio emocional e informação em linguagem mais acessível). Soma-se a esta divisão a idéia em geral aceita pela maioria dos usuários e profissionais de que o mais importante são as orientações técnicas. Desta forma reforça-se o comportamento quase sempre elitista dos profissionais médicos e seu controle sobre o processo de trabalho.

Mas como definir ou operacionalizar “humanização?” A noção de humanização ou seus antônimos são geralmente utilizados para criticar a assistência prestada. Quando empregam este termo os autores consideram que algumas idéias em comum são compartilhadas por diferentes pessoas, mas é difícil encontrar definições de seus significados ou dimensões. Os mesmos limites se aplicam aos conceitos utilizados para definir a desumanização da assistência.

Mais recentemente vem ocorrendo um importante debate na literatura científica nacional sobre o significado da proposta de humanização, suscitado principalmente à partir da elaboração de políticas públicas de saúde nesta área. Numa contribuição filosófica a este debate Minayo (2004), afirma que o humanismo enquanto doutrina está centrado nos interesses e valores humanos e se sobrepõe aos valores religiosos e transcendentais. Ainda para a mesma

autora, independente dos aspectos laico ou cristão associados ao humanismo, os seus termos possuem três pontos centrais no que se refere ao processo de humanização da saúde:

- *Primeiro a centralidade do sujeito em intersubjetividade* (reconhecimento da humanidade do outro).
- *Em segundo que o ser humano é uma síntese dos seus atos* (No sentido existencialista esse projeto só “é” se está em ação, envolvendo os vários sujeitos, nos quais se acredita e dos quais se leva em conta sua “verdade” em ação)”¹.
- *O terceiro é que, apesar de toda a crise da ciência racionalista, é preciso ter em conta que o médico continua tecnicista e instrumental.* (p.19)

Um dos aspectos centrais no debate sobre a humanização tem sido os diversos sentidos atribuídos à este termo. Puccini & Cecílio (2004), afirmam que o crescente movimento pela humanização tem assumido diferentes significados, cada um deles variando com a proposta de intervenção a ser realizada. Pelo fato de surgir em diferentes atividades e com variados significados tem representado, segundo os autores, uma *“síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos”*. Nos serviços de saúde estas propostas de humanização são apresentadas de diferentes formas tais como uma melhor relação médico-paciente, garantir a presença de acompanhante, criação de espaços para atividades lúdicas e culturais, entre outras (p.1344).

¹ Grifos da autora.

Numa crítica ao movimento humanizador, estes mesmos autores questionam se na luta pela sobrevivência a espécie humana teria perdido sua “essência humana” e se tal empreendimento, como um “mutirão da boa vontade” teria a missão de resgatá-la. Apontam para a possibilidade de que diferentes propostas de humanização só coincidam no *slogan* de propaganda e escondidas pelo clichê da humanização se transformem em *“iniciativas pontuais correndo o risco de substituir a totalidade da realidade por essas noções elementares dos fatos, frequentemente supervalorizadas com motivação demagógica”* (p.1346). Como alternativa propõem que a discussão sobre a humanização dos serviços de saúde seja ampliada politicamente e leve em conta o conceito de *“necessidades radicais”* que,

Não seriam nem mais nem menos verdadeiras que as necessidades “necessárias”², mas encarnam o questionamento aos limites de progresso imposto pelo conjunto das relações sociais numa dada formação social, econômica e política.
(p.1348).

Desta forma se recusam a manter o debate sobre a humanização da assistência apenas no limite das predições morais que não trariam nada de novo em relação ao movimento pela *“qualidade total”* acrescentando apenas *“um toque romântico e sensível no seu proceder”* (p.1348). Nesta perspectiva transformadora, a prática em saúde proposta por Puccini & Cecílio (2004) extrapola os limites do ambiente relacional entre indivíduos para o da relação

² Grifo do autor.

Necessidades necessárias são o conjunto de necessidades que vão se estabelecendo de modo dinâmico em cada período e em cada sociedade. São conscientes uma vez que individuais, mas sócio-historicamente produzidas.

entre sujeitos sociais. Este novo patamar dialógico permitiria, na área da saúde, mais autonomia e capacidade de criticar e mudar o modelo de atenção. Esta humanização radical seria, portanto a luta pela garantia de uma *“integralidade”* das ações de saúde que *“são qualificadores do direito social, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades”* (p.1351).

Numa perspectiva tão abrangente da proposta de humanização torna-se imprescindível pensar como seria possível operacionalizá-la. Howard (1975) sugere dois pontos de referência ou modos de abordagem que podem ser utilizados para a conceituação de humanização numa tentativa de operacionalizar os ingredientes para a obtenção de um cuidado humanizado. A primeira abordagem é que se baseia na premissa de que os seres humanos têm certas necessidades biológicas e psicológicas e que o comportamento humanizado é aquele que preenche a maior parte delas. Unidades de saúde podem atender com extrema eficiência do ponto de vista das necessidades biológicas e deixar não contempladas as necessidades psicológicas do indivíduo. A segunda abordagem está baseada em parâmetros sociais, adotando uma perspectiva cultural que define comportamentos humanizadores ou desumanizadores de acordo com os valores do humanismo. Em ambas as abordagens os modelos apresentados podem ser considerados relativos, pois tanto a definição de necessidades psicológicas quanto a noção de direitos humanos e de cidadania podem variar com o tempo e nas diferentes culturas (Howard, 1975). Se não é possível uma definição de humanização que contemple todos os aspectos considerados anteriormente, Vaitsman e Andrade (2005) afirmam que *“O núcleo do conceito de **humanização**³ é a idéia de*

³ Grifo dos autores

dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde” (p.608). Para as autoras esta noção vem sendo utilizada com maior frequência na área da saúde a partir dos anos 90 e expressa em algumas de suas tendências as críticas à medicalização da atenção médica que teria se tornado *“impessoal e desumana”* (p.609).

Neste debate Ayres (2004) aponta a importância de se refletir não apenas sobre os *“diferentes sentidos que conformaram e permitem compreender o discurso da humanização”*, mas também de se identificar *“os caminhos pelos quais esse discurso pode abandonar o plano puramente doutrinário, ou ideológico, e se tornar efetivamente um elemento transformador da assistência à saúde”* (p.15). Traz ainda nova contribuição ao incorporar à discussão a construção conceitual de “cuidado”, que define como

um constructo filosófico que busca refletir, de modo simultaneamente crítico e propositivo, acerca das possibilidades de reorganização das práticas de saúde, orientada pelos valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência. (p.16)

O autor afirma que o encontro terapêutico será “fundamentalmente uma interação intersubjetiva”, onde a construção da identidade de cada um e a comunicação tem papel central.

Percebi, portanto, a necessidade de refletir sobre este encontro na perspectiva da humanização. Contudo minha perspectiva é a de focar esse “humano” numa cultura, um “humano” construído nas relações estruturantes da sociedade. Esta reflexão me remete, certamente, ao conceito de “alteridade”, ou

seja, o reconhecimento da “humanidade” que há no outro. Betto (2003) define alteridade como a capacidade de *“ser capaz de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. Quanto menos alteridade existe nas relações pessoais e sociais, mais conflitos ocorrem”*. O autor aponta ainda a importância da perspectiva da generosidade no exercício da alteridade dizendo *“Só existe generosidade na medida em que percebo o outro como outro e a diferença do outro em relação a mim”* (p.1) (http://alainet.org/active/show_text.php3?key=3710).

Tentar compreender a alteridade é um tema central neste debate contemporâneo e uma forma de enfrentar as diferentes formas de discriminação existentes nas sociedades. Segundo Jelin (1989), à partir do entendimento da alteridade é possível evitar

A xenofobia e o racismo, as guerras étnicas, o preconceito e os estigmas, a segregação e a discriminação baseadas na raça, na etnia, no gênero, na idade ou na classe social que implicam em altos graus de violência.

(<http://www.dhnet.org.br/oficinas/scdh/parte1/conceitos/alteridade.html>)

Da mesma forma, considero que compreender a alteridade nas relações de profissionais de saúde e sua clientela seja uma forma de poder enfrentar as dificuldades que se interpõem no seu estabelecimento, e a partir desta compreensão propiciar a realização de ações que resultem numa aproximação dos sujeitos.

Em recente artigo sobre hermenêutica e humanização das práticas de saúde, Ayres (2005) afirma que a partir de uma perspectiva filosófica o ideal de humanização poderia ser definido como

Um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem Comum (p.550).

Para este autor, a problemática de que trata a humanização é um projeto político, cujo desafio central não seria uma questão equacionada com o menor ou maior uso das tecnociências, mas

Por um progressivo enriquecimento do reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades (p.552).

Reflexo muitas vezes de uma relação profissional de saúde-paciente insatisfatória, a demanda por humanização tem estado em muitas situações centradas nesta relação. Caprara e Franco (1999), refletem como

Contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (p.649).

Apontam também para a importância das informações que os médicos que estiveram submetidos à condição de paciente, após refletirem e relatarem esta experiência trouxeram para este debate. Não que seja condição essencial para a sensibilização do profissional que o mesmo adoça e passe pela condição de paciente. É possível, entretanto que,

a utilização de alternativas pedagógicas suficientemente sensíveis à incorporação das várias fontes de conhecimento, de forma a possibilitar ao profissional o conhecimento baseado não somente na autoridade proveniente da ciência, mas uma nova concepção de conhecimento médico articulado com uma postura de autoridade-submissa daquele que identifica na condição de paciente, cliente, usuário um saber decorrente da prática ou da experiência (idem,p.652).

A partir desta nova perspectiva é possível o estabelecimento de uma nova relação interpessoal e a percepção pelo paciente de que o profissional realmente partilha com ele da experiência do adoecer.

Após estas reflexões optei por nortear meu olhar como pesquisador adotando a perspectiva de humanização do atendimento que engloba o respeito pelos profissionais de saúde aos direitos humanos dos pacientes, possibilitando no ato do cuidado uma escuta e uma comunicação que se dá na dimensão dos sujeitos sociais, garantindo para ambos um encontro que resulte em satisfação,

seja pela acolhida recebida seja pelo trabalho realizado de forma completa e exitosa. Um encontro em que a solidariedade e a ética do profissional assegurem a autonomia do cliente, partilhando com ele os elementos do cuidado a ser oferecido.

Estas condições podem ser mais facilmente atingidas quando o ambiente onde acontece esta interação entre o usuário e o profissional leva em conta as necessidades de ambos e não apenas as do profissional ou as rotinas e o processo de trabalho da instituição. Neste sentido, as propostas de humanização da assistência também têm apontado para a importância do espaço físico e de sua organização entendendo que tais elementos refletem os valores e as racionalizações de uma sociedade e da instituição. O mesmo acontece com os espaços pensados e construídos para os atendimentos em saúde. Uma construção arquitetônica ou um espaço físico não tem o poder de humanizar ou desumanizar uma relação, mas pode reforçar o sistema no local onde ela é prestada, tornando-a mais fácil, prazerosa e humana ou o contrario (Lindheim, 1975). Um dos mais expressivos exemplos que se pode dar desta dificuldade que a estrutura física pode trazer à assistência a saúde encontra-se na área da obstetrícia. Ter um filho não está na grande maioria das vezes associado com nenhuma condição de risco à saúde da mãe, embora seja tratado nas instituições de saúde como doença. Uma mulher em trabalho de parto não precisa necessariamente estar internada e ter as mesmas restrições numa instituição de saúde como se estivesse doente. O mesmo autor afirma que um parto normal não necessita ocorrer num ambiente estéril com a mulher em um centro obstétrico separado do local onde esteve durante seu trabalho de parto e longe da família. Torna-se cada vez mais claro que determinados

aspectos da assistência obstétrica atual não atendem as reais necessidades de uma mulher ou expectativas do casal em relação ao parto e a estrutura arquitetônica é fruto da ideologia que desenhou esta assistência. Entretanto, outros fatores relacionados ao trabalho do profissional de saúde influenciam nas possibilidades de estabelecer de uma relação mais humanizada. São os fatores ligados ao trabalho dos profissionais que estarei discutindo a seguir.

4.2 – A organização do trabalho médico, a incorporação de tecnologia e a transformação da relação médico-paciente.

Ao longo do século XX foram inúmeros os avanços tecnológicos incorporados a prática médica. Equipamentos, medicamentos, técnicas cirúrgicas e conhecimentos científicos abriram novas possibilidades para a atuação do médico. Se ao longo dos séculos XVIII e XIX o conceito e a missão do hospital sofreram uma completa reformulação, durante o século XX a relação médico-paciente foi também modificada de maneira importante pela introdução destas novas tecnologias (Wagner, 1994, Jordan, 1993, Leavitt, 1986).

A relação individual, a anamnese detalhada e o exame físico cuidadoso à procura de sinais e sintomas que pudessem levar a um diagnóstico foram substituídas por uma consulta rápida, impessoal onde o exame físico foi substituído pela requisição dos exames complementares que passaram a ter maior importância que o próprio paciente e sua história.

Schraiber (1993) aponta como a prática médica foi reconstruída ao longo dos últimos anos do século passado pela especialização profissional, pela

incorporação da tecnologia e pela mudança nas relações de trabalho e de mercado que envolvem o exercício da medicina,

Assim, a conversa, a dedicação, a disponibilidade, a anamnese ou o exame clínico, articulados agora com novos elementos da consulta, e fora dela, já não podem se dispor do mesmo modo que se colocavam na ausência relativa da tecnologia material: a atenção, a conversa, ou qualquer outro elemento de caráter mais pessoal e subjetivo refaz seu espaço e seu momento... Além disso, a prática profissional trata agora de novas realidades clínicas, realidade que a própria tecnologia faz aparecer, alterando radicalmente o tempo, a forma e o espaço das manifestações do sofrimento do doente. (p.121)

Em recente artigo sobre “Humanização na Saúde”, onde discorre sobre o acelerado processo de incorporação tecnológica na medicina e a conseqüente perda de importância dos aspectos subjetivos de cada um dos pacientes, Martins (2002) afirma que,

as atuais condições do exercício da medicina não têm contribuído para a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes e para o atendimento humanizado e de boa qualidade. Esse quadro estende-se tanto a outros profissionais da área como a Instituições de saúde (p.1).

Para essa autora neste processo de transformação da medicina, o ato médico se desumanizou porque a doença e não o doente passou a ser o centro do

saber reconhecido cientificamente, fato para o qual contribui também a mudança na formação profissional cada vez mais especializada (p.1).

Com o incremento do uso da tecnologia na medicina ao longo das últimas décadas e com o processo de urbanização, a organização da assistência médica foi sendo modificada e novas lógicas de assistência sendo utilizadas no processo de estruturação do cuidado à saúde. Ao mesmo tempo surge o desafio de prestar assistência em larga escala. Mas como manter um atendimento personalizado para um grande número de clientes? Para Benoliel (1975), neste amplo contexto do que é a prestação de cuidados em uma comunidade, o atendimento deve ter três componentes; *a continuidade do contato* (com pelo menos uma pessoa que esta interessada no paciente como ser humano), *oportunidade para envolvimento ativo* (no convívio social até aonde o paciente é capaz de decidir) e *confiança nos provedores de cuidado* (p.178).

O tempo disponível para o profissional atender um paciente é, todavia, um ponto sensível na discussão sobre a possibilidade de humanização do atendimento. O número de clientes agendados para um determinado turno de atendimento ou a procura espontânea por um serviço de emergência podem transformar a tarefa de estabelecer uma relação mais personalizada praticamente impossível. A sobrecarga de trabalho acaba gerando *stress* na equipe, as pessoas tornam-se irritadas, abruptas e litigiosas. Os profissionais tentam encurtar o tempo de atendimento de cada cliente, as rotinas são abandonadas e a qualidade da atenção fica prejudicada. As consultas são interrompidas para resolver outras demandas, a atenção ao cliente fica entrecortada por telefonemas e outras demandas e a percepção do usuário é

de que o profissional não está preocupado ou dando atenção a sua pessoa e ao seu problema. Depois de algum tempo trabalhando sob essas condições os profissionais percebem que perderam sua amabilidade, seu senso de humor e de compaixão pelas outras pessoas, *“Profissionais de saúde que trabalham continuamente em situações de sobrecarga de trabalho muito acentuada tem mais possibilidade de tornarem-se calejados, indiferentes e impessoais na sua interação com os clientes”* (Kennedy, 1975, p. 191-200).

Deslandes (2002), discorrendo sobre o processo de trabalho em saúde nos hospitais de emergência, aponta como o objeto de trabalho assistencial, ou seja o próprio paciente não é avaliado de forma integral. Como numa linha de produção a assistência é dividida em diferentes tarefas, muitas vezes realizadas por distintos profissionais. O cuidado oferecido

é parcelado entre distintas frentes de atividade (fases de anamnese, construção do diagnóstico e de tratamento), realizadas por distintos agentes. Assim, são igualmente parcelados o conhecimento e a prática dos profissionais que produzem a assistência (p.48).

A maneira como se organiza o atendimento nas unidades de saúde, com o profissional médico definindo o papel dos outros profissionais de saúde (enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, etc...) e acumulando uma grande quantidade de trabalho, afeta não apenas a qualidade de seu trabalho como também a das outras categorias. Médicos tendem a ver o trabalho dos outros profissionais primeiramente em termos de como eles afetam seu próprio trabalho. De uma forma geral os médicos têm pouca preocupação

com os aspectos da assistência à saúde (emocionais, sociais, etc.) sobre os quais os profissionais de outras categorias detem maior conhecimento do que eles (Carapinheiro, 1993, Studt, 1975).

Uma questão importante é a de se neste processo de transformação da relação médico-paciente e sua “desumanização” houve perda da “qualidade” na atenção e prejuízos à saúde daqueles que procuram a assistência médica. Dificilmente qualquer pessoa questionaria os princípios e a necessidade de um atendimento humanizado na área da saúde se esta condição produzisse melhorias não apenas nos índices de satisfação, mas principalmente na saúde dos pacientes. Levine (1975) afirma que apesar do valor intrínseco e da satisfação que a humanização do atendimento proporciona aos pacientes, é preciso entender como isto se relaciona com os outros objetivos da assistência à saúde. A humanização do cuidado reduz a morbidade e a mortalidade? Se a resposta a esta questão é afirmativa, então este é um objetivo que deve ser perseguido pelo sistema de saúde. Mas como compatibilizar a necessidade de um atendimento personalizado com uma demanda que pressiona por um atendimento rápido em um contexto de carência de recursos humanos?

Embora sempre que se fala em relacionamento humano estejamos pensando na relação pessoa-pessoa, em termos de assistência à saúde nas modernas instituições hospitalares e principalmente quando se aponta a necessidade dos profissionais agirem de maneira humanizada, Howard (1975) aponta quatro possíveis modelos de relacionamento entre clientes e profissionais de saúde. O modelo de um profissional com um cliente e sua família, o modelo de um profissional com um grupo de pacientes, o modelo com uma equipe de profissionais cuidando de um cliente simultaneamente ou em

sucessão e o modelo com uma equipe de profissionais assistindo um grupo de famílias. Embora nenhum dos modelos apontados acima seja intrinsecamente desumanizador, o contexto que envolve um grupo de provedores ou cuidadores apresenta maiores obstáculos do que o modelo de um profissional assistindo um único paciente (pp. 69-71). Os modelos que envolvem mais de um provedor de cuidado para grupos de pacientes são, entretanto uma alternativa para os limites da viabilidade institucional de todos os cuidados de saúde serem ofertados na modalidade um provedor para um paciente. Este caminho abre espaço para uma relação humanizada não apenas com um determinado profissional, mas com a “instituição de saúde” como um todo.

A questão do “encontro” entre o profissional de saúde e o cliente foi apontada no PNHAH (MS, 2000) como uma questão fundamental para a humanização da assistência. No documento oficial que institui o Programa a possibilidade de comunicação constitui-se na principal referência para a humanização, pois como afirma o documento “sem comunicação não há humanização” (idem). Deslandes (2004) ressalta que o texto do PNHAH não problematiza a questão da natureza sociológica desta comunicação e que pode comprometer o diálogo diante de questões como as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de *status*.

Ayres (2005) também faz uma reflexão sobre as dificuldades deste encontro entre profissional e cliente nos espaços da saúde porque este tende a reduzir-se à dimensão única da leitura tecnocientífica. Para o autor este não é um encontro qualquer, mas um encontro cujas finalidades e meios já foram “definidas a *priori*”, antes e para além dos seus participantes, tanto usuários

⁴ Grifo do autor

quanto profissionais” (Gadamer, apud Ayres, 2005, p. 553). A partir desta perspectiva Ayres (2005) aponta a

importância de uma hermenêutica dos discursos científicos, estes que instruem de modo tão decisivo as práticas de saúde, para identificar a presença de aspectos de interdição deste ideal e localizar as lacunas que reclamam novos conceitos ou conhecimentos para serem preenchidos (p.558).

Diante da complexidade do quadro em que se constrói a relação profissional de saúde-clientela e entendendo sua importância na formação de um vínculo no momento da assistência ao parto minha opção como pesquisador é a de apreender deste encontro, durante a pesquisa, os mecanismos de organização do trabalho na maternidade e as possibilidades de escuta e de garantia de autonomia acessíveis às mulheres e suas famílias no atendimento hospitalar.

4. 3 - A Humanização da assistência hospitalar - As políticas públicas de humanização da assistência.

O debate sobre a humanização da assistência ganhou enorme relevância em nosso país, especialmente ao longo dos últimos cinco anos, quando políticas públicas voltadas para esta questão foram implantadas pelo Ministério da Saúde. Considerando a importância do papel normatizador e do alcance das ações elaboradas pelo Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde entendo que seja importante uma discussão destas políticas para uma melhor

compreensão do quadro geral que envolve as iniciativas de humanização da assistência hospitalar.

O debate sobre as políticas públicas de humanização tem sido enriquecido com contribuições que vêm não apenas de disciplinas como a filosofia e a antropologia, mas também das próprias experiências dos profissionais e serviços de saúde.

As políticas públicas de humanização começaram a se consolidar depois da avaliação dos resultados de uma pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que revelaram uma repetitiva história de maus tratos sofridos na busca pelos cuidados de saúde nos hospitais desta rede. O Ministério da Saúde (MS) em maio de 2000 apresentou então o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (MS, 2000), *“cujo objetivo mais amplo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde”* (p.1). Segundo o próprio MS,

na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos e etc...
(PNHAH, p.1)

O PNHAH foi implementado inicialmente como um projeto piloto envolvendo dez unidades hospitalares de diversas regiões do país em 2000, sendo em um segundo momento expandido para 96 hospitais no ano de 2001. A metodologia de implantação do PNHAH previa a multiplicação progressiva do

programa para um conjunto cada vez maior de hospitais. Um Comitê Técnico de Humanização foi designado pelo MS e também foram criados grupos de multiplicadores responsáveis pela divulgação do PNHAH nas diversas regiões com o apoio das Secretarias de Saúde, pela capacitação técnica dos representantes das unidades e pelo acompanhamento e supervisão do trabalho realizado nos hospitais (PNHAH, 2001, p.9). Como materiais e estratégias de suporte ao PNHAH foi publicada a portaria que o regulamentava no Diário Oficial da União, Criado o Prêmio anual “Hospital Humanizado”, realizado o Congresso Nacional de Humanização, produzidos vídeos e manuais, realizados workshops, criada a Rede Nacional de Humanização via Internet com uma página eletrônica própria e sites de discussão, além de parcerias com projetos já em desenvolvimento, com a sociedade civil e com o trabalho voluntário organizado (idem, p. 12).

O público alvo deste programa foram as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os hospitais da rede pública de saúde do Brasil restringindo, portanto a abrangência do programa aos serviços públicos e excluindo os hospitais filantrópicos ou privados conveniados ao SUS.

Afirmando que após a adoção de um conjunto integrado de ações que visaram qualificar a assistência à saúde oferecida no âmbito do SUS, entre as quais destaca os investimentos na recuperação de instalações físicas, compra de equipamentos e de tecnologia moderna, barateamento de medicamentos e a capacitação de recursos humanos, o MS concluiu que tais medidas se adotadas de forma isolada da modificação da relação entre usuários e profissionais de saúde não seriam suficientes para melhorar a qualidade no atendimento à saúde. O PNHAH foi implementado, portanto como uma

iniciativa para buscar estratégias que pudessem melhorar a relação humana entre usuários do sistema e os profissionais de saúde, dos profissionais entre si e também do hospital com a comunidade a que serve, com a finalidade de melhorar todo o sistema público de saúde (p.2).

Se o contato humano entre usuário e profissional de saúde tem importância central na percepção do cliente da qualidade do cuidado como um todo, na discussão sobre a “Construção de uma filosofia/cultura de humanização” no Manual do PNHAH (p.4), o documento aponta a importância da *palavra*⁵ que junto com as imagens vai moldando o desenvolvimento do corpo, transformando-o num ser humano. A linguagem é responsável pela construção de redes de significado e ferramenta importante para transformação da vida humana. Humanizar seria garantir à palavra a sua dignidade ética e segundo o documento,

o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento (p.4).

A partir dessa perspectiva de humanização o PNHAH apontava duas grandes áreas como objetos do processo de humanização, **o atendimento aos usuários e o trabalho dos profissionais**. Dentro destas duas grandes áreas vários parâmetros seriam utilizados para o trabalho de análise e desenvolvimento de ações que norteariam um plano de humanização dentro

⁵ Grifo meu.

das instituições. Esta foi a forma encontrada pelo MS no sentido de tentar garantir uma padronização da “linguagem” sobre humanização utilizadas nos hospitais, na metodologia de implantação e também nos parâmetros para avaliação das mudanças alcançadas com o programa.

Em meados de 2002 o MS (2002) publicou os resultados parciais de uma pesquisa feita com todas estas instituições envolvidas na primeira fase do programa, que teve como objetivos identificar o grau de satisfação de profissionais e de usuários quanto à humanização das condições de trabalho e atendimento hospitalar, avaliar o impacto das ações realizadas no processo de implementação do PNHAH e oferecer subsídios para o planejamento de ações que pudessem sustentar e multiplicar a política de humanização na rede SUS (p3). Como conclusões, a pesquisa indicou que “os hospitais pesquisados encontram-se em processo de transição entre um nível insatisfatório e um patamar tendencialmente satisfatório de humanização das condições de trabalho e atendimento hospitalar” (p.44), defendeu-se que a estratégia para o avanço da humanização hospitalar não deveria priorizar nenhum indicador em especial buscando impactar no conjunto deles e que investir na capacitação dos profissionais repercutiria de forma positiva nos resultados. A pesquisa apontou também que *“o patamar atual de humanização da assistência hospitalar se sustenta em grande parte no compromisso pessoal, motivação profissional, espírito de cidadania e disponibilidade para o trabalho em equipe dos profissionais que atuam nos hospitais públicos”* (PNHAH - Pesquisa de satisfação do usuário e de profissionais de saúde, 2002, p.44). Como aponta o resultado acima, com o qual concordamos, a humanização estaria mais na dependência de fatores pessoais (disponibilidade, sensibilidade e qualificação)

ou coletivos (trabalho em equipe e compromisso do grupo) relativos ao conjunto de profissionais do que às condições materiais ou administrativas.

Em 2004, o Ministério da Saúde reformulou e unificou as ações de humanização sob sua coordenação e lançou o HumanizaSUS (MS, 2004) – Política Nacional de Humanização. Esta nova política traz como justificativa para sua implantação o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e a existência de poucos dispositivos que garantissem a co-gestão e a inclusão dos trabalhadores e usuários. Seriam motivos ainda para a implantação desta política a existência de um processo de trabalho que privilegia o olhar sobre a doença não permitindo a formação de vínculo entre profissionais e clientes e a existência de uma situação na qual o *“modelo de formação dos profissionais de saúde mantem-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde”* (p. 5). Para o MS, na perspectiva de uma Política de Qualificação do SUS a “Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” ⁶ a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (p. 6). Esta política deve, portanto

traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas

⁶ Grifo do autor.

principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (p. 7).

O desafio de implantar uma política de humanização da assistência hospitalar no SUS, centrada entre outras, nas questões relativas à qualidade da relação humana entre usuários e profissionais de saúde, como a que propõe o MS está cercado de inúmeras e importantes dificuldades. Um sistema unificado de saúde cujo modelo de administração é descentralizado não pode prescindir da parceria efetiva dos estados e municípios gestores da maior parte da rede, uma vez que o número de hospitais federais é pequeno comparado ao total de hospitais que compõem a rede SUS. Esta parceria, portanto, está sujeita a questões políticas e financeiras nas três esferas da administração, que tanto podem contribuir para o sucesso da implantação de uma política desta natureza quanto inviabilizá-la.

Concorre para a complexidade deste projeto a diversidade da natureza dos hospitais. Compõem esta rede além dos hospitais federais, estaduais e municipais, hospitais filantrópicos e privados. Embora apenas os hospitais públicos sejam alvo da PNH, hospitais filantrópicos e privados constituem parte importante desta rede devendo para o bom funcionamento do sistema operar em parceria com os primeiros, sendo que pelo menos os hospitais particulares

conveniados que se constituem como entidades lucrativas podem ter um olhar para a assistência diferente dos demais.

Como uma rede que deve funcionar de forma hierarquizada e regionalizada, o desafio de humanizar hospitais do SUS deveria levar em conta não apenas a natureza, mas também a diversidade no porte e na complexidade dos mesmos. A tarefa de humanizar unidades pequenas tem certamente desafios diferentes daqueles que se colocam frente à humanização de hospitais de grande porte e de referência, algumas vezes para mais de um município ou mesmo mais de um estado. Portanto se é possível estabelecer diretrizes gerais sobre o conceito de humanização da assistência e alguns critérios para sua avaliação, não é possível estabelecer uma receita única de implantação, mas contar com o apoio da direção e a criatividade do corpo de funcionários dentro de cada uma das instituições para que se dê a aplicação do programa, apesar da conhecida carência de recursos humanos.

A natureza do contrato de trabalho e também a remuneração dos profissionais de saúde que compõem a equipe hospitalar se constituem em questões centrais na estruturação de uma política de humanização como a proposta pelo MS. Vários artigos têm apontado que a baixa remuneração dos profissionais de saúde, em especial dos profissionais da área médica, levam os mesmos a cumprir uma maratona de cargas horárias a serem trabalhadas, muitas vezes incompatíveis não apenas com o exercício da profissão de forma adequada como também de ter uma qualidade de vida em família e em sociedade satisfatória (ISTOE, 2002, CREMESP, 2003). Alia-se ao problema salarial uma questão peculiar aos hospitais públicos, que se constituem numa parte importante dos prestadores de cuidados de saúde do SUS, qual seja a

idéia de que por ser gratuita a qualidade não está garantida, sendo o emprego no serviço público muitas vezes considerado como um “bico”, cuja baixa remuneração via de regra é apenas para complementação da renda (Dimenstein, G. 2003, Jornal Brexó, 2003, Abrapia, 2001). Envolver os profissionais, superando as dificuldades relativas ao excesso de trabalho, a baixa remuneração e difíceis condições de trabalho, é para os gestores um desafio importante cuja superação exige habilidade e disponibilidade nem sempre presentes.

Embora segundo o MS nos últimos anos o governo federal tenha feito esforços no sentido de investir em reforma das estruturas hospitalares e na aquisição de equipamentos e de tecnologia, o sucateamento a que estiveram submetidos os hospitais públicos e conveniados com o SUS ao longo das últimas décadas, torna este esforço inicial de certa forma pouco perceptível para o contexto geral da assistência pública de saúde como um todo. São freqüentes e recorrentes as notícias sobre filas e falta de leitos em hospitais e também as dificuldades de manutenção de equipamentos de apoio diagnóstico e tratamento. Assim, aos quase sempre baixos salários, com freqüência se soma a difícil condição de trabalho, seja pelo excesso de demanda, seja pela falta de condições de diagnóstico e tratamento adequados dentre outras (O Estado de São Paulo, 2003, Folha de São Paulo, 2002). Tristes exemplos desta realidade são os hospitais universitários, quase sempre utilizados pelo menos teoricamente como centros de excelência e referência de grande parte da rede para os casos mais complicados, que requerem cuidados mais sofisticados e que se encontram praticamente falidos, sem condições mínimas de

atendimento adequado por falta de recursos financeiros e humanos (Telles, 2002, Folha On-line, 2002).

Outra estratégia proposta pelo PNHAH, a participação comunitária através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, que traria maior visibilidade e controle às decisões dos gestores, embora prevista no SUS não aconteceu da forma planejada na maioria dos Municípios. Assim, a participação da comunidade na implantação do programa de humanização ficou muito mais na dependência do desejo e interesse dos gestores do que dos da própria comunidade.

Mais especificamente na área da assistência materno-infantil o Ministério da Saúde apresentou ao longo dos últimos anos várias propostas que também estão voltadas para a humanização da assistência. Além daquelas apresentadas no capítulo de Introdução desta tese destaco:

- “Oito Passos para a Maternidade Segura” (MS 1996), na perspectiva de organização dos serviços de maternidade e de diminuição das taxas de mortalidade materna;
- A criação dos “Centros de Parto Normal-CPN” (MS, 1999), cujo financiamento pelo governo federal possibilitou a abertura de algumas destas unidades em diversos pontos do país;
- “Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Perinatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas” (MS, 2005) com o objetivo qualificar a assistência, de discutir o modelo médico de atenção diante de novas evidências científicas e de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal.

A repercussão das diferentes iniciativas voltadas para a qualificação e humanização da assistência em geral e das gestantes e bebês em particular produzidas pelo Ministério da Saúde foram importantes como objeto de reflexão na elaboração dos instrumentos para a pesquisa de campo. O contexto da pesquisa em um hospital público é influenciado pelos aspectos aqui abordados e que compõem um importante cenário no qual se desenrola não apenas o cuidado à clientela, mas também as delicadas relações de trabalho entre os diferentes profissionais que aí atuam.

4.4 - Modelo Hegemônico de Assistência ao Parto e suas Condições de Produção.

A gestação é mais do que um evento biológico na vida das mulheres, ela é um componente essencial na definição do papel da mulher na ordem social. Para alguns a maternidade simboliza a definição histórica e cultural da “essência” da mulher: gerar uma criança tem representado o mais valorizado trabalho que ela pode realizar (Leavitt, 1986).

Ao longo dos últimos duzentos anos, assim como tantas outras atividades humanas, a assistência ao parto não permaneceu estático no curso da história. Ao longo do século XVIII os médicos começaram a assistir partos apenas como *experts*, mas quase sempre na casa da própria mulher. Leavitt (1986) em um estudo sobre a história dos partos nos Estados Unidos da América no período de 1750 a 1950, relata como os médicos se sentiam desconfortáveis na assistência ao parto no domicílio porque tinham que negociar com a mulher e sua família quaisquer procedimentos que fossem

realizar. Progressivamente o parto foi sendo trazido pelos médicos para dentro do hospital, um território onde seu poder prevalecia sobre o da mulher e onde poderiam decidir sobre as intervenções a serem realizadas.

Para iniciar uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde na assistência ao parto e a humanização da mesma, considero necessário entender o que para Helman (1994) é “*A cultura do nascimento ocidental*” (p. 154). Um primeiro modelo que temos que registrar remonta ao século XVII, no universo mecanicista de Descartes, onde o modelo do dualismo mente-corpo evolui para o modelo do corpo como uma máquina (Davis-Floyd apud Helman, 1994). Para Camargo Jr. (1993)

este registro é importante para que se perceba que as construções simbólicas da medicina moderna encontram-se embasadas nesta episteme, impregnando o imaginário médico até os nossos dias com esta visão-de-mundo mecanicista (p.3).

Para entender o tratamento médico dado ao parto é preciso compreender o desenvolvimento do pensamento e da medicina ocidental, onde o corpo era visto como uma máquina. Esta metáfora mecânica teve início nos séculos XVII e XVIII na França aonde se referiam ao útero como uma bomba hidráulica que em determinadas circunstâncias era mais ou menos adequada para expelir o feto (Martin, 1987, p.54).

De acordo com Camargo Jr. (1993), o “imaginário científico” da medicina contemporânea, está vinculado a uma racionalidade científica, ainda da mecânica clássica. A medicina que reflete essa racionalidade é “*uma medicina do corpo, das lesões e das doenças*” (Camargo Jr, 1993, p.7). O

corpo humano é dividido em sistemas e o saber médico que faz essa divisão e as articulações entre os sistemas, opera a partir da divisão entre normal e patológico.

Até o final do século XIX a imensa maioria dos partos acontecia na residência da mulher. A partir desta época, entretanto, os hospitais mais seguros pela incorporação das técnicas de assepsia e também porque os obstetras começaram a desenvolver novas técnicas, começaram a ter uma melhor imagem junto às mulheres. Em 1900 menos de 5% das mulheres tiveram seus partos em hospitais nos Estados Unidos da América, enquanto que vinte anos depois este número alcançava até 30% dos nascimentos em algumas cidades americanas (Wertz & Wertz, 1977). No Brasil até 1850 apenas a Santa Casa de Misericórdia prestava assistência obstétrica pública, mas a partir desta época multiplicaram-se as casas de saúde que atendiam parturientes (Rohden, 2001).

A mudança do parto para dentro do hospital resultou ao longo do tempo na *“proliferação de rituais envolvendo este acontecimento natural fisiológico mais elaborados do que qualquer ritual até então conhecido no mundo primitivo⁷”* (Loustaunau & Sobo, 1977, p. 56).

Ainda hoje ao ser admitida em trabalho de parto (TP) em um hospital público, de um modo geral, a mulher é afastada de seus familiares e submetida a uma série de procedimentos de indicação e resultados duvidosos. Como forma de adequar o TP ao funcionamento do hospital e aos horários dos profissionais sua fisiologia é modificada por intervenções que têm o objetivo de acelerá-lo, independente dos desejos da mulher ou de eventuais riscos para ela

⁷ O termo “mundo primitivo” foi cunhado pelas autoras.

ou para o bebê. Estas intervenções são geralmente executadas sem que a mulher seja informada sobre o que está sendo feito e é comum que permaneça abandonada no pré-parto sem nenhum tipo de suporte físico ou emocional. Com dor, em jejum, seminua, num ambiente estranho e com profissionais desconhecidos, a mulher não tem como vivenciar esta experiência senão como um sofrimento interminável. A ênfase dada apenas aos aspectos médicos, durante todo o acompanhamento do TP, parto e nos cuidados imediatos com o bebê é exagerada e ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto.

Certamente é mais fácil para os profissionais medicalizar um processo como este, quando o corpo da mulher é considerado à parte do seu contexto social e cultural. Infelizmente este é o modelo hegemônico na assistência ao parto nos serviços públicos em nosso país. O atendimento compromete não apenas a mulher. Além de todas estas violências, após o nascimento, mãe e filho(a) são separados(as) para que sejam realizadas as rotinas de cuidados com o bebê, independente das necessidades fisiológicas e afetivas para que esse encontro se realize o mais depressa possível. Como aponta Helman (1994),

a distinção conceitual entre mãe e bebê é fundamental para o modelo tecnológico do parto. O bebê é retirado da mãe e entregue a uma enfermeira que o inspeciona, testa, limpa, coloca-lhe fraldas e o enrola, além de depois administrar uma injeção de vitamina k e um colírio antibiótico. O bebê, então já endoculturado e batizado apropriadamente no mundo da tecnologia é devolvido à sua mãe por um curto período de

tempo, após o que é colocado num berço de plástico para quatro horas de observação, antes de ser devolvido à mãe... A divisão conceitual é mais acentuada com a designação de um médico específico - pediatra ou neonatologista - para o bebê recém-nascido (p. 156).

Este modelo que predomina em nosso país é bem diferente do que existe em outros lugares principalmente daqueles encontrados nos países da Europa Ocidental. Nestes países os serviços de maternidade estão estruturados de maneira diferente e têm conseguindo inclusive obter melhores resultados perinatais e menores taxas de cesariana (Wagner, 1994). Mais centrado nas necessidades das mulheres, com práticas de assistência bastante diferentes daquelas utilizadas pelas maternidades públicas no Brasil, estes modelos de atenção têm como principal diferencial o fato da assistência às gestantes de baixo risco ser conduzida por profissionais não médicos. Estes profissionais, geralmente enfermeiras obstétricas ou parteiras treinadas (midwives), oferecem maior suporte emocional e cuidado mais efetivo durante o TP. Além disso, ao contrário dos obstetras, não estão capacitadas a realizar algumas das intervenções que os médicos realizam de forma rotineira, o que conduz a um maior respeito à individualidade dos processos fisiológicos. Em minha dissertação de mestrado (Dias,2001), estudei as indicações de cesariana em uma maternidade da rede pública do município do Rio de Janeiro, apontando que

a condução dos casos tende a seguir sempre a mesma rotina, sendo completamente ignoradas as necessidades de

suporte emocional e outros cuidados que poderiam ajudar a mulher a ultrapassar o período do trabalho de parto de forma mais tranqüila (p.142).

A condução impessoal do trabalho de parto e o excesso de intervenções que são utilizadas no intuito de acelerar o trabalho são práticas condenadas pela OMS (1996) como prejudiciais e ineficazes.

As múltiplas intervenções que caracterizam nosso modelo de atenção nas maternidades têm como objetivo conformar o TP, um processo fisiológico e de duração bastante variável de mulher para mulher, com o esquema de produção hospitalar. Davis-Floyd (1987), diz que as maternidades são “maquinas hospitalares de nascimento” e que

estas várias intervenções que podem ser feitas pelos profissionais em diferentes intervalos num período de tempo que varia de acordo com a duração do trabalho de parto da mulher e com o grau de conformidade deste com os padrões hospitalares. Quanto menos conformidade o trabalho de parto exhibir, maior o número de procedimentos que serão introduzidos com o objetivo de trazê-lo para a conformidade (p.7).

O processo de trabalho nas maternidades geralmente está mais preocupado com o nascimento de um bebê saudável do que com as condições de bem estar da mãe. Ele está voltado para a “produção” de uma criança saudável e todo o processo de medicalização do corpo da mulher tem como perspectiva final não o bem estar da gestante, mas do feto. “O produto mais

desejável do processo do nascimento é o seu novo membro social, o bebê: a nova mãe é um produto secundário” (Davis-Floyd, 1994). Esta visão da importância secundária do corpo da mulher explica a adoção de rotinas hospitalares tais como, dieta zero, repouso no leito, uso de ocitócitos e a realização de episiotomia, que são adotadas apesar do grande desconforto impingido à mulher e de serem condenados como inadequados pela OMS (1996).

Outra característica da assistência ao parto é a despersonalização e a impessoalidade. De forma geral as mulheres não sabem o nome dos profissionais que a atendem e também não são chamadas por seus nomes. Deslandes (2000) coloca, *“Não há nomes, mas profissionais que se revezam na construção do diagnóstico, com prescrições e cuidados. Em suma, não há interlocutor”* (p.125).

A pouca individualidade proporcionada pela divisão do espaço físico mostra também que a maior preocupação está na facilitação do processo de trabalho do que nas necessidades da mulher. Foucault (1979), uma referência fundamental na análise histórica das práticas dos agentes e do uso do espaço na organização hospitalar, afirma que a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital é que propicia as condições de medicalização desta instituição.

Na discussão sobre o desenho deste modelo de assistência assim como da conformação do processo de trabalho que o ajudou a se estruturar não poderia deixar de trazer os elementos relativos às relações de gênero, que considero certamente um dos elementos centrais desta questão. Historicamente o corpo da mulher tem sido comparado ao corpo do homem sendo sempre

descrito como inferior e subordinado à natureza. As diferenças estavam não apenas na realidade biológica e nos detalhes anatômicos, mas também na interpretação do que essas diferenças significavam na definição social do papel das mulheres. O corpo feminino estava moldado para a reprodução, mas ao mesmo tempo susceptível aos desgovernos sexuais e, portanto necessitando de controle (Rohden, 2001).

Para Helman (1994) o modelo médico considera que a tecnologia é uma das formas de controle do corpo feminino. Segundo o autor,

se alguns homens ainda vêem as mulheres e sua fisiologia feminina como representantes da natureza (nature) a qual é sem controle, imprevisível e perigosamente poluidora - então os rituais médicos e a tecnologia médica representam uma forma de domesticar o incontrolável (principalmente na era do feminismo) e de torná-lo mais cultural no processo (p. 147).

Um corpo que estava ligado à natureza e ao pecado. Uma ameaça que precisava ser contida. Segundo Davis-Floyd,

a teologia cristã sustentava que as mulheres eram inferiores aos homens..., o corpo do homem era o modelo perfeito da máquina e o corpo da mulher nada mais era do que um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens (apud Helman, 1994, p. 155).

Uma das maneiras de controlar as mulheres foi inibindo sua sexualidade e também interferindo em seu processo reprodutivo. Turbet (1996) afirma que a dependência médica das mulheres em relação aos médicos e vice-versa tem aumentado como um todo refletindo o processo de medicalização que encontramos na sociedade e como este saber-poder médico tem se apropriado dos direitos sexuais e reprodutivos, controlando não apenas a sua fertilidade como todo o seu processo reprodutivo (p.69).

4.5 – Humanização da assistência ao parto.

Nos últimos cem anos a institucionalização do parto provocou uma grande mudança no modelo de assistência ao nascimento. A substituição da casa pelo hospital e da parteira pelo médico transformaram um modelo feminino de atenção em um modelo masculino, na grande maioria das vezes desatento à real necessidade das mulheres neste momento tão importante. A incorporação de tecnologias (drogas, exames, técnicas cirúrgicas, etc...) a este modelo, ao longo deste período, serviu para consolidar a transformação do parto e do nascimento em “atos médicos” e não mais num momento da mulher, do recém-nato e da família. A medicalização da gestação e do parto são um exemplo da,

maneira pela qual a jurisdição da Medicina moderna vem se expandindo nos últimos anos e abrange, hoje, muitos problemas que, inicialmente, não eram definidos como entidades médicas (Gabe e Calnan apud Helman, 1994: p. 147).

A crítica ocorre, portanto, principalmente porque este modelo médico ignora os reais significados que as mulheres dão à experiência da gravidez e do parto. Na relação médico-paciente fica bastante evidente a maneira diferente como os problemas de saúde são encarados por cada um desses atores. Esta diferença é ilustrada por Helman (1994) quando ele apresenta as visões médicas e leiga dos problemas de saúde, ou seja, o que ele resolveu chamar de “enfermidade” (disease) e “doença” (illness). Segundo este mesmo autor (1994),

A definição médica de um problema de saúde é, em grande parte, fundamentada nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo que possam ser demonstradas objetivamente, e quantificadas com base nas mensurações fisiológicas “normais”⁸ (p. 102).

A perspectiva do paciente sobre os problemas de saúde é, geralmente, parte de um modelo conceitual muito mais amplo, onde a doença (illness) é parte integrante das dimensões psicológica, moral e social. Este conceito mais abrangente, embora mais difuso, do que o de enfermidade (disease) deve ser considerado para a compreensão da maneira como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem aos mesmos. Esta visão mais restrita do profissional de saúde do conceito de saúde e a dificuldade de enxergar o “ser humano” por trás da queixa ou da patologia que se apresenta conduz muitas vezes a uma relação médico-paciente que não preenche as necessidades deste último. Para o Ministério da Saúde (2001), reconhecer as

⁸ Grifo do autor.

características individuais de cada um é “humanizar o atendimento”, pois, *“Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento”*.

(p.10)

A “humanização” da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu “plano de parto”, propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude. Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica nestes processos, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente garante maior segurança não só para as mães como também para os bebês, esteja disponível para que possa ser utilizada por profissionais qualificados. Segundo o Ministério da Saúde (2001, p.9),

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal.

Este conceito tem sido ampliado para incluir também as características do espaço físico onde o trabalho de parto e o parto acontecerão. Reforçando a idéia de que esta não é uma situação de “doença”, a concepção do espaço

físico do pré-parto e da sala de parto como locais em que não se perceba estar num ambiente “hospitalar”, que sejam mais acolhedores e que ofereçam mais liberdade de movimentação para a parturiente foram incorporados ao conceito de humanização. Esta discussão sobre a adequação do espaço físico na assistência humanizada ao trabalho de parto e ao parto não deve ser, entretanto um limitador nas possibilidades de transformação da assistência no que diz respeito tanto às práticas obstétricas quanto ao relacionamento profissional de saúde-cliente. As estruturas hospitalares para serem modificadas podem depender de financiamento nem sempre disponível no momento necessário, enquanto que modificações nas rotinas assistenciais e no relacionamento interpessoal não dependem destas condições.

Em artigo sobre a humanização da assistência ao parto no Brasil, Diniz (2005) discute os muitos sentidos atribuídos (muitas vezes superpostos) à este termo. Para a autora, os diferentes significados estão relacionados à participação dos interlocutores no diálogo pela humanização da assistência e também como uma “reivindicação de legitimidade do discurso” (p. 633). São eles: “humanização como a legitimidade científica da medicina ou da assistência baseada na evidência”, “humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, “humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população (legitimidade epidemiológica ou de saúde pública)”, “humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto”, “humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos”, “humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde” e

finalmente “humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos como a analgesia de parto” (p. 634-5).

Seja qual for o sentido atribuído à humanização da assistência esta é uma reivindicação que tem gerado uma importante discussão dentro dos serviços de saúde em especial das maternidades públicas. O modelo brasileiro de atenção ao parto tem sido alvo de críticas não apenas pelos diversos profissionais envolvidos com esta questão sejam eles médicos, enfermeiros, sanitaristas, psicólogos e outros, mas também pelas mulheres, organizadas ou não em movimentos sociais. O número de processos nos Conselhos Regionais de Medicina por conta da assistência obstétrica, campeão entre todas as outras especialidades médicas, é o mais triste exemplo da crise que hoje envolve este modelo.

Norteados por estas considerações teóricas, além dos eixos já apontados nas seções anteriores deste capítulo, tomaremos como elemento balizador para análise da humanização do cuidado oferecido às mulheres na atenção ao TP e parto as recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1966) e de outros autores (Enkin et al, 2000, Family-Centered Maternity and Newborn Care: National Guidelines, 2000). Podemos enumerar como constituintes do modelo de atendimento humanizado os seguintes aspectos:

- Uma recepção que acolha a mulher e sua família, que lhes permitam expressar suas preocupações e que garanta toda a informação que desejarem sobre a internação hospitalar, o TP e parto;

- Um acompanhamento que inclua o respeito à fisiologia do TP, que garanta a presença de um acompanhante de escolha da mulher, que ofereça suporte físico e emocional ao mesmo tempo em que de acordo com o desejo da gestante faz uso de diferentes tecnologias de maneira apropriada para a melhor evolução do TP;
- A assistência ao parto e ao recém-nascido dentro dos mesmos princípios, mas também preocupada em propiciar o estabelecimento dos vínculos afetivos, o início do aleitamento materno e a vivência destes momentos como uma experiência positiva e fortalecedora para a mulher.

5 - Metodologia.

Para atingir os objetivos desta pesquisa optei pela metodologia qualitativa. Segundo Deslandes e Assis (2002), esta abordagem contribuiria para a “compreensão/explicação em profundidade” dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde (p.195). Para Minayo (1992), as Metodologias de Pesquisas Qualitativas são entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções significativas” (p.10) (grifos da autora).

Velho (1978) aponta que a antropologia tem tradicionalmente se identificado com os métodos da pesquisa qualitativa (p.36). Para este autor alguns aspectos da cultura e da sociedade são conhecidos apenas quando ocorreu um contato ou vivência durante um determinado período de tempo entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Foi no sentido de buscar esta convivência com meu objeto de estudo que empreendi uma pesquisa etnográfica.

A definição do termo etnografia não é unânime e se para alguns autores ela seria uma linha filosófica, para outros ela seria melhor definida como um método de pesquisa. A etnografia moderna é um fenômeno do início do século XX, quando em um primeiro momento foi influenciada pelo desejo das sociedades ocidentais de melhor entender as sociedades não ocidentais. A aplicação da etnografia como método de pesquisa foi e ainda é amplamente

utilizado por antropólogos e cientistas sociais na investigação de suas próprias culturas.

Para Tedlock (1996), “etnografia envolve uma continuada tentativa de localizar encontros específicos, eventos e entendimentos em um contexto repleto e de maior significado” (p.455). A autora aponta ainda que a etnografia é mais do que apenas a produção de informação ou dados, ela é principalmente a maneira pela qual esses dados ganham a forma de texto ou imagem. Exercício de descrição e interpretação, a etnografia é um recorte transparente do passado das experiências vividas na pesquisa de campo (p.455). Segundo Hammesley e Atkinson (1996), na prática, o termo etnografia se refere a formas de pesquisa que têm em comum a exploração da natureza de temas sociais, o trabalho com dados não estruturados, investigação de um pequeno número ou mesmo de um único caso e que a análise dos dados envolva a interpretação de significados e funções das ações humanas (p.248).

Esta pesquisa que se realizou em um campo específico, investigando uma das diversas questões culturais que envolvem o parto e o nascimento, é o que se pode chamar de **etnografia aplicada**. Chambers (1995) chama atenção para o fato de a etnografia aplicada incluir considerações sobre a intenção do estudo assim como do desenho e do produto da pesquisa. Na etnografia aplicada o pesquisador está mais interessado no modo como a cultura é construída e negociada, particularmente como resultado da interação entre grupos do que descrever distintas unidades culturais (p.852).

Neste sentido, optei por estudar as práticas e as representações sociais em relação à humanização da assistência ao parto, dos profissionais de saúde

que atuam em uma Maternidade pública da rede própria da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro escolhida como campo da pesquisa.

Representações foram aqui entendidas como suas idéias sobre realidade, suas concepções sobre seu trabalho, sabendo que todo esse referencial está sujeito as influências de uma ordem estrutural mais ampla. Para Herzlich (1991), as representações sociais podem funcionar como atributo de um grupo que através delas poderiam identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se (p.25). Ainda segundo esta autora, “o interesse no estudo de uma representação social deve situar-se no nível do esclarecimento de fenômenos mais coletivos”, permitindo entender porque alguns problemas sobressaem numa sociedade e como ela se apropria de alguns dos seus aspectos (p.27). Neste sentido os profissionais da maternidade estudada formam um grupo com representações e práticas próprias que minha pesquisa teve como objetivo analisar.

Foster & Anderson (1978) falam das múltiplas funções do hospital moderno classificando-os como uma das mais complexas instituições de nossa sociedade. Do ponto de vista dos estudos das ciências comportamentais estas organizações funcionariam como uma sociedade com culturas próprias constituindo per si uma unidade de estudo. Dentre os vários grupos profissionais atuando em um hospital os médicos têm sido dos mais pesquisados. Estudando as formas de poder médico no hospital, Carapinheiro (1993) aponta que pela sua posição central na divisão do trabalho estes profissionais têm uma presença transversal na organização hospitalar. Para a nossa pesquisa foi fundamental poder estudar como este grupo, que tem detém

tanto poder na Maternidade e que possui uma identidade própria, percebe a proposta de humanização.

Segundo Alves (1993), as crenças e os valores médicos são respostas socialmente construídas e *“refletem o complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimentos”* (p.263). Para esse autor, cabe ao pesquisador, através de instrumentos teórico-metodológicos apropriados, esclarecer a realidade subjetivamente dotada de sentido, formada por este complexo. Utilizei também, como aporte complementar de informações para nossa pesquisa, da análise temática de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da maternidade.

Em um segundo momento, para explorar as expectativas que gestantes, usuárias da mesma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, têm sobre o atendimento ao parto da sua gestação atual e a avaliação que fazem da atenção recebida em partos anteriores, optei também pela análise temática de entrevistas semi-estruturadas como a técnica empregada para construção dos dados.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas de maneira literal, embora, para efeitos de exposição tenham sido realizadas pequenas correções, com o objetivo de tornar mais claras as idéias das (os) depoentes. Por questões éticas que envolvem o trabalho dos profissionais da maternidade estudada decidi não revelar o nome dos mesmos ou da unidade onde realizei o estudo.

5.1 – O Campo da Pesquisa

Como espaço para a pesquisa de campo selecionei uma Maternidade da SMS/RJ, escolhida de modo a contemplar os vários aspectos da assistência ao

parto. A maternidade pela qual optei é uma unidade própria da Prefeitura do Rio de Janeiro reaberta após uma importante reforma de sua estrutura física e de adequação das instalações no sentido de permitir um atendimento mais humanizado na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério. É uma Maternidade para o atendimento de gestantes de baixo risco embora possua uma pequena Unidade Neonatal para o atendimento de recém-nascidos com eventuais complicações.

Antes de sua reabertura foram realizadas oficinas de sensibilização para a proposta de humanização com os profissionais que ali atuavam e contratados enfermeiros obstetras para integrar as equipes plantonistas na assistência às gestantes de baixo risco. A Maternidade possui ainda o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe-Canguru que promove a formação de um maior vínculo mãe-filho, auxilia o desenvolvimento psicomotor dos recém-nascidos, em especial os de baixo peso, e promove o aleitamento materno (MS, 2003), constituindo-se em uma conduta que parece ser uma alternativa atrativa aos cuidados convencionais. A Unidade em questão também faz parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (MS, 2000) como uma das unidades da segunda fase de implantação do projeto. A Maternidade também foi premiada pelo MS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) pelo trabalho de apoio, incentivo e promoção do aleitamento materno ali realizado.

A opção por realizar a pesquisa de campo em uma Maternidade que já incorpora, do ponto de vista teórico, tantas propostas de humanização da assistência ao parto teve como objetivo poder confrontar as representações e

práticas referentes à esta proposta e a incorporação das mesmas no cotidiano da assistência.

A maternidade.

Uma unidade da rede própria da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), a Maternidade possui também um ambulatório que presta atendimento nas áreas de obstetrícia e pediatria. Em 1996, como parte da política municipal de qualificação da assistência perinatal sofreu uma grande reforma de sua estrutura que contemplou as áreas administrativas, de internação, a criação de uma pequena unidade neonatal, e a reformulação do centro obstétrico e pré-parto. Neste último foram criados espaços que possibilitassem a utilização de tecnologias consideradas humanizadoras na assistência ao trabalho de parto e parto. Os leitos foram dispostos em boxes individualizados que permitem a presença de um acompanhante sem comprometer a privacidade das outras mulheres, uma sala com uma banheira para relaxamento das gestantes e outra para deambulação e realização de exercícios que contribuem para a boa evolução do trabalho de parto, ambas com possibilidade de música no ambiente.

A maternidade conta com dez equipes médicas de plantonistas cada uma delas contando em média com quatro obstetras, quatro pediatras e dois anestesistas. Em todos os dias da semana existe uma enfermeira plantonista responsável pelo funcionamento do Pré-parto e Centro Obstétrico. A equipe de auxiliares/técnicas de enfermagem destes locais conta com três ou quatro integrantes, o quantitativo real dependendo do número de profissionais em férias e outras licenças. A equipe de enfermeiras obstetras conta apenas com

oito profissionais, quantitativo insuficiente para garantir a presença desta profissional durante todos os dias da semana.

Localizada em uma área de fácil acesso a maternidade é procurada por gestantes principalmente da zona oeste da cidade. Lá acontecem cerca de 3000 nascimentos por ano, em sua maioria sem condições de risco materno ou fetal associados. Como oferece consultas de pré-natal, realização de exames mais complexos como ultra-sonografia, além do atendimento de emergências para intercorrências na gestação, a procura pela Unidade é grande. Com frequência funciona com leitos extras tanto maternos quanto neonatais tornando-se necessário o encaminhamento de gestantes que lá procuram atendimento para outros serviços.

5.2 – Técnicas de Pesquisa

As técnicas empregadas na realização da pesquisa foram a observação participante e entrevistas. Acredito que esses recursos foram capazes de construir um acervo para a análise das representações e práticas dos profissionais de saúde que atuam na maternidade municipal escolhida para o trabalho de campo. Para Minayo (1992), a entrevista é a técnica mais usada para a coleta de informações sobre determinado tema específico, uma vez que se mostra como um instrumento privilegiado para a análise qualitativa porque através da fala o entrevistado revela seus valores, sua percepção da realidade, explica e exemplifica a estrutura do seu sistema de referências e símbolos. A fala pode ser capaz de transmitir as representações de um grupo em determinado contexto cultural e sócio-econômico.

Após um período inicial de observação das práticas de assistência e quando minha presença já estava mais incorporada pelos profissionais da maternidade realizei as entrevistas com os mesmos. O **anexo 1** traz o roteiro das entrevistas realizadas com os profissionais.

Para a realização da pesquisa com os profissionais de saúde utilizei também a técnica da observação participante. Segundo Helman (1994), nesta abordagem etnográfica, *“o objetivo é descobrir – tanto quanto possível – a perspectiva do agente social”, ou seja, observar como é o mundo a partir da perspectiva de um membro daquela sociedade*” (p. 25). Sabia dos limites nesta proposta uma vez que não seria possível para mim, como observador, conseguir apreender completamente a perspectiva dos sujeitos estudados, não sendo parte daquele grupo nem podendo vivenciar integralmente o cotidiano das suas relações com os colegas e com a clientela que atendem.

Schwartz & Schwartz apud Minayo (1992) propõem a seguinte formulação sobre observação participante:

Definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. (p. 135)

O papel desempenhado pelo pesquisador em seu campo de pesquisa é também parte de uma importante discussão entre pesquisadores sociais. Se a sua atuação será apenas de observador, se é que isto é possível, ou se ele atuará no campo junto com aqueles que está observando é parte do debate que hoje se faz nesta discussão. Hammmerley e Atkinson (1996) apontam que algumas das dimensões pertinentes a este debate são:

- *“se o pesquisador é reconhecido como pesquisador por todos aqueles que estão sendo estudados, somente por alguns ou por ninguém;*
- *quanto e o que é conhecido por quem sobre a pesquisa;*
- *que tipos de atividades são ou não são desenvolvidas pelo pesquisador no campo...;*
- *qual é a orientação adotada pelo pesquisador ou quão completamente ele ou ela adota conscientemente a condição de estranho ou pertencente ao grupo” (p.249).*

Uma vez tendo iniciado o trabalho de campo e já “assimilado” pelos integrantes do grupo em observação, o pesquisador tem pela frente o desafio de uma rotina de observação que lhe permita efetivamente alcançar o objeto de seu estudo. Dissertando sobre o ofício do etnólogo, Matta (1978), aponta como desafio do pesquisador transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico. Para este autor é necessária a vivência destes dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e compreendê-los. É no estranhamento destes dois domínios que o pesquisador sofrerá duas transformações fundamentais, a primeira a da saída de sua sociedade para encontrar aquilo

que faz parte da outra cultura e a segunda a do retorno a sua cultura modificado por esta experiência (pp.28,29).

Esse estranhamento também foi para mim, médico obstetra, um desafio uma vez que a maior parte da minha vida profissional foi exercida nesse contexto das maternidades públicas do Rio de Janeiro. Outra dificuldade a ser enfrentada dizia respeito à minha situação funcional na SMS/RJ, pois nesta época exercia o cargo de Gerente dos Programas de Saúde da Mulher, instância responsável pelo acompanhamento do programa de humanização nas maternidades municipais.

Os elementos que constituíram a base para a construção dos instrumentos de observação de campo e das entrevistas são provenientes do PNHAH (MS, 2000) e dos manuais do Ministério da Saúde (MS, 2001) e da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), sendo que os dois últimos foram selecionados pelos aspectos que dizem respeito à assistência ao parto humanizado.

A entrada em campo

Para garantir que minha presença na Maternidade não significasse uma “intervenção” do “nível central” tive a preocupação de abordar por duas vezes a entrada no campo previamente com a direção da Maternidade, sempre deixando claro que o principal foco da pesquisa era a percepção dos profissionais sobre a humanização da assistência ao parto. Em um primeiro contato telefônico declarei minha intenção de fazer a pesquisa numa Unidade de baixo risco e que estivesse envolvida com os programas de humanização justificando meu interesse específico pela Maternidade. Em um segundo

encontro, este pessoal, porem fora da maternidade, forneci mais detalhes sobre o tipo de pesquisa que estaria realizando. Finalmente encaminhei um termo solicitando a autorização oficial para a realização da pesquisa contendo as informações detalhadas sobre a mesma e que foi respondido sem demora pela Direção.

O primeiro encontro na Maternidade, em novembro de 2003, aconteceu no Gabinete da Diretora numa reunião com a presença também da Direção Médica, da Chefia de Obstetrícia, Chefia do Ambulatório e da Chefia de Enfermagem. A conversa foi bastante amigável, pois já conhecia todos previamente. Apresentei na ocasião os objetivos da pesquisa respondendo às perguntas e fiz o pedido de que fosse apresentado aos funcionários como “pesquisador” e não como “gerente” ou “do nível central”. Nesta ocasião combinamos que durante a pesquisa usaria um jaleco branco e um crachá com a identificação de “pesquisador”.

Preocupada com minha presença por um período prolongado na Unidade a Diretora fez uma fala sobre as dificuldades de mudança de cultura dos profissionais endossada pela Chefa do Ambulatório e responsável pelo PNHAH na Maternidade. A equipe de plantão acompanhada durante o trabalho de campo foi escolhida por questões de adequação de horário do pesquisador, embora a mesma tivesse sido apontada como uma das duas “melhores” da maternidade. Após esta reunião fui conduzido pela Diretora Médica pela Maternidade que percorreu comigo toda a Unidade fazendo as apresentações que julgava importante (Chefias de setores e médicos). Apesar da solicitação fui apresentado diversas vezes como sendo “da Secretaria”, mas que estava ali como “pesquisador”.

Na semana seguinte compareci cedo à sala do Chefe da Obstetrícia que ficara encarregado de fazer minha aproximação com a equipe de plantonistas. Fui conduzido ao quarto de plantão onde após uma breve apresentação como “médico pesquisador” e uma recepção fria fui deixado com os médicos plantonistas que ignoraram minha presença. Apenas após o término de uma conversa sobre o plantão anterior tive a oportunidade de falar um pouco mais sobre a pesquisa. Os médicos obstetras me deram um pouco de atenção, e apenas uma médica obstetra pediu para ler o projeto de pesquisa, que lhe foi entregue, entretanto não fez nenhum comentário sobre o mesmo. Quando entenderam que eu não estaria observando exclusivamente o trabalho médico, mas todo o funcionamento da maternidade ficaram mais tranquilos. Em tom de brincadeira um dos plantonistas sabendo que eu era funcionário do nível central perguntou se “já poderia apresentar as queixas sobre os problemas da Maternidade”. Em seguida fui levado ao Centro Obstétrico e apresentado às enfermeiras e auxiliares. Aqui fui mais bem recebido, especialmente pelas enfermeiras obstetras que mostraram maior curiosidade sobre o estudo. Ao longo das semanas seguintes foram várias às vezes em que os médicos e outros funcionários manifestaram curiosidade sobre o estudo e faziam perguntas na tentativa de entender os objetivos da pesquisa.

Como rotina, ao chegar à Maternidade, ia sempre ao quarto dos plantonistas para dar um “bom dia” e depois me encaminhava ao setor (es) onde fazia a observação. Eventualmente nesta chegada era envolvido na conversa dos profissionais e ali permanecia por algum tempo. Muitas vezes a conversa girava em torno de questões da SMS/RJ ou relacionadas à profissão médica.

Para reafirmar aos médicos que não estava observando apenas o seu trabalho optei por iniciar a pesquisa de campo pela portaria da Maternidade e suas rotinas de atendimento e só apenas à partir do terceiro plantão passei a freqüentar mais regularmente a sala de admissão, o Pré-parto e o Centro Obstétrico.

Ficou claro desde o primeiro contato com a equipe de enfermagem que elas seriam informantes privilegiadas, em especial as enfermeiras obstetras, que mais envolvidas com a proposta em estudo desnudaram as relações de poder e os acordos existentes entre as diversas categorias funcionais. Os médicos, apenas ao longo do trabalho de campo foram se desarmando com minha presença e os momentos de conversas mais despreocupadas aconteciam geralmente no quarto de plantão.

A minha presença foi inicialmente estranhada nos diversos setores (em especial pela equipe de enfermagem que é mais numerosa) e sempre que necessário para quebrar o constrangimento me apresentava. Ao longo do tempo, entretanto apenas o fato de utilizar um jaleco branco e portar um crachá com o rótulo de pesquisador garantiram meu livre trânsito pela Maternidade sem qualquer tipo de impedimento. Segundo Coser (1962, apud Foster & Anderson, 1978) “uma nova pessoa ou um estranho em uma enfermaria, desde que ele vista uma roupa branca, é prontamente aceito. Seu título de pesquisador é suficiente para justificar sua presença” (p.166).

Como quase todos os plantonistas que atuavam no Pré-parto sabiam da minha condição de médico obstetra, quando me encontrava naquele local e não havia nenhum médico presente, era eventualmente instado pela enfermagem a avaliar alguma gestante, fato que depois sempre relatava aos médicos

plantonistas. Ocasionalmente um dos obstetras também discutia comigo a condução de um ou outro caso. Ao longo do trabalho de campo algumas vezes a Diretora médica “aproveitou” minha presença para discutir questões relativas à SMS/RJ, embora eu sempre tentasse evitar que tal fato acontecesse.

O trabalho de campo, com algumas interrupções, começou em dezembro de 2003 e estendeu-se até junho de 2004. Optei por encerrar o trabalho etnográfico quando considerei que pela repetição das situações no cotidiano estavam esgotadas não surgiriam mais informações que pudessem oferecer subsídios à pesquisa. Com a ajuda da auxiliar de pesquisa realizamos a observação do trabalho dos profissionais na recepção da Maternidade, sala de admissão, Pré-parto, Centro Obstétrico e ainda os cuidados prestados às mães no alojamento conjunto. Observamos o trabalho de uma equipe médica e de três equipes dos profissionais de enfermagem uma vez que estas têm carga horária diferente da dos médicos. Pela escala de trabalho do pessoal de enfermagem, cada uma das equipes estava presente no dia do plantão médico observado a cada três semanas.

Além do processo de trabalho, observamos ainda aspectos relativos à estrutura hospitalar, ao relacionamento dos profissionais de saúde com a mulher, entre si e também as formas de comunicação dos agentes da instituição com usuários e profissionais. O roteiro detalhado da observação de campo encontra-se no **anexo 2**.

5.3 – Os sujeitos da pesquisa

As gestantes usuárias da maternidade.

Parte dos sujeitos estudados nesta pesquisa foi um grupo de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal na maternidade pesquisada das quais, uma parte também teve lá seus filhos.

Considerando-se a temática trabalhada, uma vez que as questões de gênero poderiam interferir na interação durante a entrevista e, conseqüentemente, nas respostas das mulheres entrevistadas(Fontana e Frey, 2000), optei por recorrer ao apoio de uma pesquisadora auxiliar que realizou todas as entrevistas com as mulheres. A mesma também foi responsável pela realização de observação participante em três plantões da equipe estudada.

Entre as 21 gestantes entrevistadas apenas uma não morava com o companheiro naquele momento. O grupo era predominantemente de mulheres de 20 a 30 anos (14 mulheres), com até oito anos de estudo (16 depoentes) e renda familiar na faixa de até 3 salários mínimos (14 mulheres). Foram recrutadas para a pesquisa as grávidas entre o oitavo e o nono meses da gestação, época em que geralmente as mulheres já estão mais sensíveis às questões relativas ao nascimento do bebê. Optei por entrevistar gestantes que já tivessem a experiência de pelo menos um parto vaginal anterior, o que lhes garantiria maiores informações sobre o processo de assistência ao TP e parto. Esta opção deveu-se também ao fato destas mulheres terem maior possibilidade de novo parto vaginal nesta gestação e de comparação da assistência recebida nos dois momentos.

As entrevistas ocorreram em dois momentos distintos, sendo o primeiro entre o oitavo e o nono mês de gravidez e o segundo cerca de trinta dias após o nascimento do bebê. Foram realizadas, com as **gestantes** vinte e duas entrevistas, todas no ambulatório da Maternidade estudada onde eram feitas as

consultas de pré-natal e a atividade de “sala de espera das gestantes”. Uma das entrevistas foi perdida por problemas no meio magnético onde foi gravada. Das 21 entrevistadas restantes, dez tiveram seus filhos na Maternidade sendo que duas foram submetidas a cesariana, nove tiveram seus bebês em outras maternidades, sendo que destas duas por vontade própria para poder realizar a laqueadura tubária. Do grupo inicial de vinte e duas gestantes, as oito **puerperas** que tiveram parto normal na Maternidade estudada foram entrevistadas mais uma vez, agora em suas residências ou no ambulatório de pediatria da maternidade quando elas retornavam para a consulta do primeiro mês de vida do bebê.

O primeiro momento das entrevistas, ainda durante a gestação, teve como objetivo conhecer se a mulher tinha alguma informação sobre parto humanizado, como foi a experiência do parto anterior, qual sua expectativa em relação ao atendimento na Maternidade nesta gestação e como idealizava este atendimento. O segundo momento aconteceu cerca de trinta dias após o parto e teve como objetivo conhecer a avaliação da mulher sobre o atendimento recebido e a realização de suas expectativas anteriores. Para que houvesse tempo hábil dentro do período do trabalho de campo para a realização das duas entrevistas, as mulheres escolhidas entre aquelas que realizavam acompanhamento pré-natal estavam entre a 34^a semana e a 40^a semana de gestação, não possuíam complicações médicas e já tinham a experiência de um parto vaginal anterior em outra maternidade ou na mesma Maternidade da pesquisa antes de sua adesão ao PNHAH. Com estes critérios de inclusão seria maior a possibilidade das mulheres terem novamente um parto normal e poder

comparar a experiência com o(s) parto(s) anteriore(s). O **anexo 3** traz os dois roteiros de entrevistas com as mulheres.

Os profissionais de saúde.

Os sujeitos destas entrevistas são 19 profissionais de saúde que exercem diversas funções na maternidade estudada. Fazem parte deste conjunto cinco médicos obstetras, três médicas pediatras, quatro enfermeiras obstetras, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, dois agentes de portaria e uma residente de enfermagem. Trabalham na rotina de atendimento diário da instituição seis destes profissionais, sendo o restante parte das equipes de plantonistas. Dos oito profissionais médicos (cinco obstetras e três pediatras) apenas um obstetra era da rotina e todo o restante constituía uma equipe fixa de plantão. Das quatro enfermeiras obstetras, duas eram diaristas e duas plantonistas. As auxiliares/técnicas de enfermagem eram todas plantonistas. Os dois agentes de portaria eram diaristas. Incluímos a entrevista com uma residente de enfermagem obstétrica por ser uma profissional, ainda em formação, portanto, potencialmente capaz de “estranhar” as práticas cotidianas. Esta entrevistada embora não faça parte do corpo clínico da maternidade está presente diariamente no serviço, aprendendo e observando os cuidados oferecidos às gestantes.

Dentre os entrevistados, única exceção no grupo a residente de enfermagem, apenas três eram funcionários municipais contratados há menos de dois anos e quatro atuavam na maternidade há pouco mais de um ano. Os profissionais de nível superior (oito médicos e seis enfermeiros) tinham em média 12,4 anos de formados (entre quatro anos e vinte e oito anos), onze

possuíam outro vínculo público e apenas quatro (todos médicos) trabalhavam na iniciativa privada.

Os médicos obstetras plantonistas prestam atendimento na admissão da maternidade, no pré-parto e centro obstétrico e também nas enfermarias de alojamento conjunto realizando parte da visita médica e também quando existe alguma intercorrência. No período do trabalho de campo, em que um dos profissionais encontrava-se de férias, os restantes reclamavam mais intensamente da sobrecarga de trabalho. Entretanto estas queixas não aconteciam quando por algum arranjo da equipe um dos médicos ausentava-se parcialmente do plantão. A lógica dos profissionais que envolve a sobrecarga de trabalho aponta para uma dupla percepção deste problema. Quando o excesso de atividades a serem realizadas pelos profissionais decorre de um “arranjo” entre os componentes da equipe esta é uma condição aceitável, pois todos serão beneficiados em diferentes oportunidades. Por outro lado se o acúmulo de trabalho é decorrente do quantitativo de recursos humanos lotados na Maternidade esta situação passa a ser intolerável e justificativa para protestos ou mesmo a adoção de boicotes na assistência. Cabe ressaltar que esta lógica aplica-se às outras categorias profissionais não sendo uma prerrogativa da equipe médica.

Os três médicos pediatras da equipe atendem às salas de parto no centro obstétrico, aos bebês com alguma patologia internados na Unidade Neonatal, assim como alguma intercorrência com as crianças no alojamento conjunto. O quantitativo de pediatras na maternidade é menor do que o de médicos obstetras o que resulta numa maior carga horária a ser cumprida ao

final do mês e conseqüentemente insatisfação uma vez que recebem a mesma remuneração.

As enfermeiras obstetras, quando presentes, trabalham exclusivamente no pré-parto e centro obstétrico, atuando quase que exclusivamente no cuidado das gestantes de baixo risco, embora em plantões com maior movimento ou na presença de emergências colaborem com as outras atividades de enfermagem. As outras enfermeiras atuam no PP e centro obstétrico cuidando da atenção às mulheres internadas, da organização do espaço e do trabalho da equipe de auxiliares de enfermagem. Estas executam as tarefas prescritas pelos médicos e atendem as mulheres tanto no PP quanto no centro obstétrico.

Os agentes de portaria atendem as mulheres e familiares que chegam à recepção da unidade providenciando a organização do atendimento, a abertura de prontuário para internação, as exigências burocráticas para a alta hospitalar e também dão informações pelo telefone.

5.4 – Análise dos Dados

Em etnografia a análise dos dados não é um estágio distinto da pesquisa. Segundo Hammmersley e Atkinson (1996), de muitas maneiras esta análise já começa a ser feita ainda na fase do desenho da pesquisa, na formulação das hipóteses e mesmo durante o trabalho de campo. Para estes autores manter essa relação dialética entre coleta de dados e análise, embora não seja fácil, é extremamente útil uma vez que permite uma reflexão sobre o significado dos dados que estão sendo coletados. Esta interação pode implicar na coleta de mais dados futuros e também permitir uma melhor descrição dos

eventos e processos sociais tanto para o desenvolvimento quanto para a testagem de teorias (p.206).

O propósito da análise não é apenas o de fazer o dado inteligível, mas fazê-lo de uma maneira que se obtenha uma nova perspectiva do fenômeno que estamos estudando. Desta forma é possível pensar nas categorias que vão ser criadas e também na forma de melhor explorá-las e também de testá-las.

Minayo (1992) aponta as dificuldades do pesquisador na análise do material obtido no trabalho de campo. A primeira seria o perigo da compreensão instantânea da realidade, quando ao invés de interpretar as perspectivas dos sujeitos sociais o pesquisador consegue apenas a reprodução de sua própria subjetividade. A segunda dificuldade seria a valorização excessiva dos métodos e da técnica, esquecendo o essencial, que seria a fidedignidade às significações contidas no material sempre relacionadas ao seu contexto social. A última dificuldade seria a de se juntar os dados empíricos com teorias e conceitos muito abstratos se a elaboração teórica da pesquisa ficou muito distanciada das descrições da realidade.

A análise dos depoimentos buscou distinguir nas mensagens seus conteúdos latentes e manifestos, interpretando seus significados, articulando de forma hermenêutica, o conteúdo social da produção destes relatos (Thompson, 1998).

Na fase de pré-análise das entrevistas foram levantadas questões e formuladas hipóteses. Num segundo momento, nas entrevistas das mulheres foram categorizados os temas centrais tais como conhecimento sobre humanização, experiência de parto anterior e expectativas de atendimento ao parto, sendo então destacadas as categorias êmicas.

Nas entrevistas com os profissionais foram categorizados temas centrais como os sentidos de humanização da assistência ao parto, os elementos que dificultam ou favorecem sua implantação, sua visão dos desejos da mulher ao ser internada em TP e a dinâmica das relações de trabalho e sua interferência com o processo de humanização, sendo então destacadas também as categorias centrais. Dentre elas destaca-se o “acolhimento da clientela”, “o sofrimento do TP”, “público e privado” e “trabalho em equipe”.

Foram três os objetivos da análise do material resultante da observação participante e das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde: (1) Certificar-se de que o se percebe na mensagem está verdadeiramente contido no material e que essa percepção não só é válida como generalizável para aquela organização ou sub-cultura estudada; (2) Ultrapassar a compreensão imediata, aprofundar-se na leitura do material, compreender seus significados e explorar seus conteúdos e estruturas latentes; (3) Juntar os dados desta leitura com o quadro de referência, envolvendo todos os aspectos do contexto social (Bardin apud Minayo, 1992).

Foi procedida uma adaptação dos princípios da Análise de Conteúdo priorizando a técnica da Análise Temática (Bauer, 2002). A operacionalização da análise tanto do diário de campo, quanto das entrevistas realizadas com os profissionais, teve como primeiro passo a leitura exaustiva de todo o material, permitindo que o pesquisador ganhasse familiaridade com os dados colhidos. Durante esta leitura surgiram questões que se transformaram em hipóteses e também identificados padrões de comportamento e incoerências dentro do próprio discurso e entre este e a prática profissional.

O segundo passo englobou o trabalho realizado com as categorias consideradas centrais e que clarearam significados e também explicitaram sua relação com outras categorias. Segundo Hammersley e Atkinson (1996), nesta fase a medida que o processo de separação e comparação dos dados vai se dando o relacionamento mútuo e as estruturas internas das categorias vão ficando dispostos de forma mais clara (p.210). Uma preocupação importante que o pesquisador deve ter em mente é a de relativizar as falas dos sujeitos porque estão sempre produzidas dentro de um contexto social e estão voltadas para uma “audiência” e também o tempo em que estas falas foram feitas, porque uma seqüência de situações pode justificar uma fala.

Como forma de aprofundar a análise das relações entre os fenômenos estudados utilizamos a triangulação das fontes de dados, com as informações obtidas com o trabalho etnográfico que foi realizado pelos dois pesquisadores na maternidade e as entrevistas. A triangulação, como ressaltam Hammersley e Atkinson (1995), envolve a comparação dos dados relativos a um mesmo fenômeno, mas provenientes de diferentes fases do trabalho de campo, de diferentes tempos e métodos da pesquisa ou de diferentes participantes. Esta foi uma estratégia não apenas para checar se os dados eram válidos, mas descobrir se as inferências elaboradas a partir daqueles dados estavam corretas. Finalmente, foi realizada a articulação entre as categorias elaboradas e o quadro teórico.

Discutindo sobre os critérios de validade, confiabilidade e de interpretação nas pesquisas quantitativas e qualitativas, Deslandes e Assis (2002) colocam que *“ao longo da consolidação da ciência como modo legítimo de produzir conhecimentos reconhecidos como verdadeiros, alguns critérios*

foram eleitos como capazes de aferir se certo estudo poderia ser chamado de científico ou não” (p.199). Para estas autoras “confiabilidade” e “validade” continuam a ser exigidas das pesquisas que ambicionam o reconhecimento científico.

Le Compte (apud Deslandes e Assis, 2002) pondera que como forma de aumentar a confiabilidade externa (quando diferentes pesquisadores podem encontrar os mesmos resultados) o etnógrafo precisa lidar com problemas tais como a “posição do status do pesquisador, a escolha dos informantes, as condições sociais em que o dado é colhido, a escolha dos constructos e premissas analíticas adotadas e ter clareza na descrição de métodos de coleta de dados e de análise”.

Para aumentar a confiabilidade interna (quando diferentes pesquisadores envolvidos no mesmo estudo concordam entre si em suas análises) o pesquisador poderia utilizar-se entre outras coisas do debate interno na equipe de pesquisa, da checagem das anotações e do exame pelos pares.

Estas foram questões a que estive atento durante a realização da pesquisa tomando os seguintes cuidados metodológicos:

- As mulheres foram entrevistadas por uma pesquisadora;
- Foram entrevistadas todas as categorias profissionais que prestam assistência direta aos cuidados com a mulher e ao bebê na maternidade;
- As entrevistas foram realizadas individualmente em ambiente isolado e tranquilo, tendo sido garantido o sigilo dos depoentes;
- Realizamos triangulação entre as entrevistas com os diários de campo do pesquisador principal e da pesquisadora auxiliar.

Uma última questão a ser abordada do ponto de vista metodológico trata da possibilidade de generalização dos achados de estudos qualitativos. Segundo Bronfman & Castro (apud Deslandes e Assis, 2002, p. 205) algumas formas de generalização qualitativa seriam:

- *A generalização conceitual ou analítica – quando, estudando-se realidades específicas, são construídos conceitos aplicáveis a outros sujeitos e grupos;*
- *A generalização por “tipificações”, isto é, o sentido comum, o tomado como evidente expresso na linguagem e reiterado regularmente por pessoas que pertencem a certo grupo sociocultural, revela as lógicas culturais, a ordem estabelecida e vigente para o grupo como um todo.*

Neste sentido, pensando na possibilidade de generalização dos resultados encontrados em minha pesquisa considerei que, embora as maternidades públicas possuam algumas especificidades e que os profissionais possam vivenciar diferentes contextos de atuação, as condições de produção dos cuidados e o modelo de assistência nelas vigentes são muito semelhantes. Acredito, pois que as questões centrais apresentadas nos capítulos de resultados são comuns às usuárias e aos profissionais das maternidades que hoje estão envolvidas na proposta de implantação da política de humanização da assistência ao parto.

6 – Resultados e Discussão.

6.1 – Uma maternidade – muitas histórias: etnografia de um serviço.

Com a implantação de uma política de humanização da assistência ao parto, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, incorporou no projeto de reforma e adequação de suas maternidades, novos conceitos de utilização do espaço nestas Unidades (Boaretto, 2003). Estes investimentos foram realizados especialmente nas áreas onde são atendidas as mulheres e os bebês, pensando-se a utilização do espaço físico não apenas na perspectiva do trabalho da equipe de saúde, mas principalmente na função do espaço hospitalar como apoio ao suporte físico e emocional da mulher durante o TP. Também foram contratados e capacitados, na assistência ao parto de baixo risco em algumas maternidades municipais, enfermeiros obstetras que até então atuavam basicamente na assistência pré-natal (Domingues, 2002).

A maternidade estudada sofreu uma reforma em 1996 que contemplou as áreas administrativas, de internação, a criação de uma pequena unidade neonatal, e a reformulação do centro obstétrico e pré-parto, adequando-as de acordo com essa perspectiva.

Neste capítulo as histórias de atendimento ao parto das gestantes entrevistadas são contadas no contexto do trabalho etnográfico realizado na maternidade. A descrição dos diversos espaços de atendimento percorridos pela mulher na maternidade é feita a partir da articulação das observações realizadas em cada um dos diferentes locais, com os relatos das entrevistas e também com a fala dos profissionais, entrevistados ou não, mas que estiveram presentes nos diversos momentos do trabalho de campo.

A maternidade – possibilidades e limites do atendimento humanizado.

A recepção.

A recepção da maternidade é um grande salão quadrado com bancos de alvenaria que ocupam parcialmente duas das paredes. O local possui um banheiro público, tem ventiladores de teto, uma máquina de venda de refrigerantes e uma televisão presa junto ao teto por um suporte. Parte de um dos lados é tomada pelo balcão de recepção onde também são dadas informações e realizadas as atividades administrativas de internação e alta das pacientes. Algumas mensagens institucionais estão coladas junto à porta que dá acesso ao corredor interno da unidade, dentre elas uma que avisa que o desacato à funcionário público em exercício de sua função é crime passível de punição. Talvez uma primeira tentativa de estabelecer uma relação de autoridade com a clientela da unidade e estabelecer limites para o seu comportamento.

Ao entrarem na recepção os usuários se dirigem espontaneamente para o balcão onde estão os funcionários. Verifiquei que todos os atendimentos são realizados com os clientes permanecendo de pé, pois não há cadeiras nem para as gestantes sentarem, enquanto é feito o preenchimento de fichas ou levantadas as informações solicitadas. Os funcionários, geralmente em número de dois, atendem aos telefonemas, ao público, preenchem formulários e nos horários da alta hospitalar são responsáveis também pela documentação entregue nesta hora às mulheres. Eles reclamam da sobrecarga de afazeres e das condições de trabalho que os deixam muitas vezes sem os instrumentos necessários para realizar suas tarefas de maneira adequada. Foi possível observar que por diversas vezes, ao mesmo tempo em que prestavam

informações ou preenchiam os prontuários, os recepcionistas recebiam telefonemas, interrompendo seguidamente a atenção dada ao usuário.

O atendimento da clientela pelos funcionários da recepção, mesmo estes sendo responsáveis por estas várias tarefas, geralmente não é demorado. A relação dos usuários com os profissionais da recepção durante nosso período de observação foi quase sempre cordial com os pedidos de informação sendo precedidos pelos votos de “bom dia” e eventualmente de “por favor”. Com frequência as usuárias não apenas pedem ao funcionário da recepção o atendimento, mas também lhe relatam, às vezes, todos os detalhes do motivo de sua ida ao hospital. Estes podem ficar mais ou menos sensibilizados com a história contada pela cliente ou seus familiares e até mesmo usar de seus “poderes” para ajudar. Assim podem, uma vez sensibilizados orientar detalhadamente uma mulher sobre como fazer para conseguir realizar determinado procedimento ou ao contrário simplesmente informar “aqui não fazemos este exame”.

O intervalo de tempo entre a chegada à recepção e a consulta com os médicos na sala de admissão, pode ser mais ou menos demorado dependendo de alguns fatores. O volume de pacientes que procuram o atendimento, o número de médicos que compõem a equipe de plantão, o trabalho que os mesmos estão tendo no atendimento às gestantes internadas no pré-parto e mesmo a maior ou menor disponibilidade pessoal dos profissionais naquele momento. A espera dos usuários pelo atendimento médico na recepção da maternidade transforma este espaço num local de convívio onde ocorrem troca de informações, de escuta e de solidariedade mútua diante dos relatos.

A recepção funciona também como um local de manifestação de contrariedade sobre a falta de vagas, a demora ou a qualidade do atendimento, sendo um anteparo entre os usuários e o corpo médico. Seus profissionais para minimizar sua exposição ao conflito com os usuários trabalham com vários mecanismos de enfrentamento das situações. Assim, para driblar possíveis desentendimentos e evitar a possibilidade de confrontos, os profissionais da recepção utilizam algumas estratégias tanto com os usuários, como com os profissionais médicos. Por exemplo, colocar uma mulher mais exaltada para aguardar no corredor interno sentada em uma cadeira de rodas ou “exagerar” na gravidade do caso ao informar o médico plantonista sobre a paciente que chegou como forma de agilizar determinado atendimento (argumentos como “a paciente está sangrando muito” ou “vai nascer ali na frente” são utilizados).

Após o atendimento no balcão onde é preenchida uma primeira ficha de registro a usuária fica aguardando nos bancos da recepção a vez de ser consultada até ser chamada pela auxiliar de enfermagem da sala de admissão. De tempos em tempos ela abre a porta que comunica a recepção com o corredor onde está a sala de admissão e grita o nome da mulher que vai ser atendida. Quando a porta se abre o burburinho na recepção diminui, mas nem sempre é possível escutar o nome que foi chamado e a auxiliar é obrigada a chamar ainda mais alto.

As mulheres muitas vezes ficam na recepção esperando por longos períodos, especialmente se considerarmos que estão sentindo dores. Incomodadas pelas contrações geralmente não conseguem ficar sentadas ou paradas esperando pelo atendimento. Caminham de um lado para o outro, ansiosas levando as mãos às cadeiras ou ao baixo ventre quando sentem

cólicas. Por vezes encostam-se ao balcão da recepção e esperam passar a dor da contração para perguntar “*ainda vai demorar muito para me atender?*”. Algumas mulheres estão com as roupas molhadas ou usando toalhas entre as pernas por conta da ruptura da bolsa com o líquido amniótico. Um recepcionista explicou que as pessoas não deixam ninguém passar à frente para ser examinado porque está sentindo dores. Apenas as mulheres que chegam com situações mais dramáticas como “desmaios”, perdas sanguíneas importantes ou na iminência do parto são conduzidas direto para a sala de exames. Nestes casos não há reclamações quando a seqüência de atendimento é quebrada já que todos presenciam a entrada rápida da gestante sendo carregada o que evidencia a gravidade da situação.

Num dos períodos de observação na recepção, uma mulher chega carregada numa cadeira por um guarda e seu marido. Ela havia sido atendida há cerca de 15 minutos e tinha sido encaminhada para outra maternidade. No meio do caminho teve uma contração, sentiu-se mal e foi carregada de volta. Preocupado o marido e o guarda levaram-na até a sala de exames e o primeiro chegou a abrir a porta da mesma. O médico que estava atendendo saiu da sala brigando com o pessoal da portaria porque tinham deixado um homem entrar enquanto outra mulher estava sendo examinada. Cria-se um mal estar entre o médico e os profissionais da admissão que explicam que não deram autorização para o marido entrar e que ele só estava ajudando a carregar a mulher. Ao final a mulher é internada e a família fica do lado de fora. Nem sua mãe nem o marido conseguem entrar talvez como punição por ter criado uma situação de stress entre os funcionários da maternidade.

Na recepção, além das mulheres em trabalho de parto (TP) também aguardam atendimento pacientes com alguma emergência por intercorrência na gestação, clientes agendadas para realizar exames de ultra-sonografia e visitantes. Assim, nos horários de visitas de familiares e amigos, nos momentos da alta hospitalar e nos dias em que são realizados os exames de ultra-sonografia, a recepção pode ficar bastante cheia e confusa. Mulheres com dores das contrações uterinas, mulheres com sangramento por um abortamento, maridos aguardando notícias, gestantes aguardando exames, crianças acompanhando suas mães, todos se concentram neste espaço único de recepção.

Nestas condições de aglomeração, a demora no atendimento quando todos ficam assistindo ao vai e vem contínuo e ao sofrimento das mulheres nas contrações propicia a revolta nos usuários e o surgimento de conflitos. Este tempo de espera pode ser ainda maior nos horários de troca de plantão dos médicos e enfermeiros, quando os atendimentos são retardados para que sejam realizados pela equipe subsequente.

Na entrevista de nº. 20 a mulher conta que ficou em casa até as contrações “apertarem” e a bolsa estourar, mas que mesmo nessas condições teve que esperar muito tempo e aponta o que poderia melhorar no serviço da maternidade, *“Ali só na recepção, que ali é meio demorado, não é? A gente chega ainda demora bastante tempo pra gente poder ser atendida”*.

Em um dia de muito calor, com a recepção cheia, algumas crianças brincando outras no colo chorando, duas grávidas caminham de um lado para o outro do salão se queixando de dores. A angústia com a demora no atendimento está estampada nas faces dos acompanhantes e tem-se a

impressão de que a qualquer momento uma revolta acontecerá. Entretanto, parece que o receio de uma represália no atendimento é suficiente para conter os ânimos e mesmo agitados e impacientes todos aguardam sua vez. Quando as dores provocadas pelas contrações em uma adolescente se intensificam, sua acompanhante reclama em voz mais alta dizendo que o bebê vai nascer ali fora e que a demora é absurda. Outros usuários se manifestam concordando e reforçam a queixa proferida em voz alta. Encorajada pelos comentários de apoio, a mesma começa a emitir sons como se tivesse parindo na recepção e todos acham graça. Pressionado, o profissional da recepção se comunica com a auxiliar de enfermagem e em seguida a adolescente é chamada e colocada no corredor interno em uma cadeira de rodas para aguardar o atendimento. Após o exame a gestante é admitida, mas fica evidente que como represália pelo mau comportamento a acompanhante não tem permissão para entrar “porque o pré-parto está muito cheio” e a adolescente fica desacompanhada.

Apesar dos eventuais conflitos com usuários que diz enfrentar, um recepcionista afirma que *“de cada dez pessoas que chegam aqui oito são gente boa e apenas dois são casca grossa”* apontando que o maior problema em relação às condições de trabalho é a sobrecarga de funções.

A espera na recepção é uma etapa inevitável para as usuárias da maternidade antes de chegar à sala de admissão. Excetuando-se aquelas que chegam com um quadro de emergência, todas terão que passar por ali utilizando-se ou não de diferentes mecanismos de pressão para garantir um atendimento mais rápido. Uma vez pressionado o recepcionista pode ou não conseguir dos plantonistas uma maior velocidade no fluxo de atendimento. Por vezes os médicos estão no quarto descansando e esperam que se acumulem

um certo número atendimentos na recepção para não ter comparecer repetidas vezes à sala de admissão atendendo ao que chamam de “pinga-pinga”.

A sala de exames de admissão.

Embora existam duas salas de exames e admissão, apenas uma é utilizada com essa finalidade. A outra sala funciona principalmente como um local para repouso das gestantes em observação clínica. Esta opção foi feita segundo os profissionais da maternidade porque não havia funcionários da área de enfermagem para manter as duas salas funcionando simultaneamente. Utilizada para o atendimento pelos plantonistas, o espaço é dividido parcialmente em dois por uma divisória de fórmica atrás da qual fica uma mesa ginecológica. Na outra metade duas mesas estão colocadas lado a lado para os médicos, cada com uma cadeira na frente para a mulher se sentar. O espaço é bastante reduzido e toda a movimentação no ambiente é feita entre os pequenos espaços entre o mobiliário. Nesta sala há ainda uma pequena mesa com cadeira para que a auxiliar de enfermagem faça suas anotações e um banheiro onde as mulheres trocam de roupa para o exame.

Dependendo do movimento no plantão e da disponibilidade dos profissionais, duas mulheres são atendidas ao mesmo tempo numa situação em que não existe qualquer privacidade. A anamnese numa situação destas pode certamente ficar comprometida pela dificuldade da mulher em contar sua história e apresentar suas demandas. Questões como a realização de manobras abortivas nesta ou em gestações anteriores, uso de drogas e vida sexual são abordados pelos profissionais em situação de total falta de privacidade. As perguntas dos profissionais parecem ser feitas apenas de forma

a cumprir uma rotina e não para permitir realmente uma escuta das usuárias que possa contribuir para um melhor entendimento do problema da mulher. Raramente é feito pelo profissional um movimento que propicie alguma empatia com a cliente para “quebrar o gelo” e iniciar o atendimento, como se apresentar ou convidá-la a se sentar. Algumas vezes a mulher faz suas queixas de pé e em outras o profissional a escuta de pé evidenciando pouca disponibilidade de tempo para o atendimento.

Para os profissionais o atendimento na emergência da maternidade não se caracteriza como uma consulta de “verdade”, mas numa triagem do que deve ou não ser internado diante de uma hipótese diagnóstica feita naquele momento. O que não é considerado uma urgência verdadeira (como um TP, ou um abortamento em curso) é encaminhado para atendimento ambulatorial, local onde uma consulta de “verdade” teria tempo de se realizar. O que importa é o sinal ou sintoma apresentado, são muito comuns queixas como: “estou perdendo sangue desde ontem”, “não sei se minha bolsa estourou”, “estou com dor desde a madrugada”. Os atendimentos são, portanto, bastante rápidos com uma anamnese bem dirigida à queixa da mulher e sem espaço para uma avaliação mais completa.

Após essa rápida anamnese, a mulher é submetida ao exame ginecológico no espaço contíguo à sala de entrevistas separado pela meia divisória de fórmica, ao mesmo tempo em que outro profissional pode estar conversando com outra cliente, numa situação também muito constrangedora. As orientações em voz alta do examinador “chega mais para baixo, abre bem as pernas e relaxa” são feitas enquanto ao lado, outro profissional faz a anamnese de outra cliente. Na sala de exames não observei em nenhuma

ocasião a presença de um(a) acompanhante embora esta seja uma recomendação do MS (2001). Segundo o MS, “A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados deste momento” (p.38).

As mulheres frequentemente estão ansiosas e amedrontadas quando procuram o hospital para a internação no momento do começo do TP (Chalmers et al., 1989). Seria importante que os profissionais de saúde que realizam o atendimento na admissão da maternidade estivessem cientes dos sentimentos de medo e apreensão experimentados pelas gestantes e seus familiares de modo a poder acolher e oferecer apoio aos mesmos. Os cuidados recebidos nestes momentos iniciais na maternidade terão um efeito profundo e duradouro (Green et al., 1990; Simkin, 1991).

Idealmente, mulheres com gestações não complicadas e que não estão na fase ativa do TP não deveriam ser admitidas nas áreas de PP e Centro Obstétrico. Quando isto acontece estas parturientes correm o risco de serem submetidas a intervenções desnecessárias (McNiven et al., 1998). O atendimento mais adequado na sala de admissão seria, portanto tranquilo, acolhedor e capaz de informar adequadamente a mulher e sua família sobre o estado de saúde dela e do bebê, os cuidados recomendados e estar atento às necessidades de todos.

Numa ocasião ao chegar ao quarto de plantão dos médicos, os três obstetras e uma das pediatras falam quase todos ao mesmo tempo “*você deveria ter visto a cena de humanização que acabou de acontecer aqui*”. A fala em tom sarcástico perguntava “como podemos ser humanos atendendo gente assim”? Contam que uma mulher foi internada, fez uma cesariana após um

trabalho de parto bastante difícil, a anestesia da cesariana só fez efeito na segunda tentativa, e que a mulher teve alta queixando-se de muitas dores, mas que ninguém lhe deu atenção. Retornou ao hospital outras vezes e só foi reinternada no dia anterior por pressão do marido que era *“muito grande”*. Também houve problema em relação à saúde do bebê, mas que depois ficou tudo bem. Quando naquele dia a examinaram e comunicaram ao marido a necessidade de reoperar sua esposa por causa de um processo infeccioso, ele perdeu a cabeça e quebrou com socos uma mesa na recepção extravasando sua revolta. A pediatra fala que o marido e a mãe da paciente *“são muito chatos e que perguntam tudo o tempo todo”*. Depois de relatarem o caso, um dos obstetras refletindo mais calmamente sobre toda a situação acaba dando razão ao marido. Ele então diz: *“depois que meu filho foi internado entendo mais a angústia dos pacientes por informação”* e *“quem já teve um parente internado sabe como se fica nervoso e ansioso por notícias por parte dos médicos”*. O clima que prevalece entre os profissionais após toda a confusão é de revolta com a insegurança no local de trabalho porque os vigilantes estão ali apenas para proteger o patrimônio da maternidade e não os funcionários. Eles não parecem perceber que se o casal tivesse tido uma recepção diferente nos outros atendimentos que receberam na maternidade talvez nada daquilo tivesse acontecido.

A sala de exame é um local onde costumam acontecer conflitos entre os usuários e os profissionais de saúde e por esse motivo existe um “posto de vigilância” junto à recepção e à sala de exames. Embora os seguranças aleguem que seu trabalho é apenas de proteção do patrimônio, a sua presença uniformizados sempre impõe certo respeito. Quando não há vagas ou quando o

profissional considera que a mulher está no início do TP e ainda não está na hora de ficar na maternidade, pode surgir algum tipo de conflito com o médico. Sabendo das dificuldades de conseguir uma internação em qualquer maternidade pública e também diante das dificuldades de transporte, os companheiros ou acompanhantes “forçam” junto aos profissionais a permanência da mulher. Algumas vezes ameaças veladas são proferidas pelos acompanhantes tais como “se acontecer alguma coisa com o meu filho vocês vão ver”. Biscaia (2004), afirma que a violência nos serviços de saúde pode ser explicada porque estas são instituições que funcionam com as portas abertas sendo acessíveis a qualquer pessoa. Ao mesmo tempo, não possuem os mecanismos de controle e dissuasão que os serviços policiais. Acrescente-se ainda que o fato de que lidam com situações que são muitas vezes envolvidas em um clima emocional intenso e muita tensão que podem desencadear reações violentas. O autor pondera que se a violência ocorreu é porque muita coisa falhou: “expectativas, realistas ou não, foram frustradas; não se conseguiu prever e controlar uma situação potencialmente violenta; não se conseguiram identificar sinais de agudização de um conflito; os mecanismos de segurança não funcionaram”.

Se foram vencidas as dificuldades para se conseguir uma vaga na Maternidade, após a avaliação médica realizada na sala de exame, caso exista indicação para a internação, a mulher em TP é admitida e encaminhada ao pré-parto (PP). Na entrevista nº. 6 a mulher relata sua experiência na admissão da maternidade até conseguir ser internada,

E quando foi no dia vinte e três de dezembro eu senti umas dores mais fortes, vim aqui, fui lá em cima na emergência e a

doutora falou comigo que estava com três de dilatação mas que ainda não dava para ficar, não é? Inclusive eu até achei que foi errado porque com três de dilatação você já está em trabalho de parto, não é? Mas tudo bem, fui para casa e à noite as dores apertaram mais, só que eu acabei ficando em casa mesmo. Quando eu cheguei aqui no dia vinte e quatro de dezembro, eu cheguei por volta de sete horas da manhã, já estava com seis de dilatação, só que estava lotada a maternidade, não é? Então quando eu entrei pra emergência o médico falou assim: - Eu vou te examinar, mas eu vou pedir para ambulância te transferir porque a maternidade ta lotada. Aí eu falei: - tudo bem. Só que quando ele me examinou já não dava mais tempo de me transferir porque senão eu ia ficar no meio do caminho.

Esta história reflete o entendimento das mulheres (a partir das experiências de recusa institucional) de que para garantir uma vaga na maternidade é preciso ficar em casa esperando as dores “apertarem” ao máximo, pois assim ao chegar na maternidade o TP estará muito adiantado e não haverá alternativa para o profissional a não ser a internação.

Nem sempre a falta de vagas é solucionada pela urgência do caso, como quando o parto é iminente e não há tempo de deslocamento para outra maternidade, o que impõe a internação da mulher mesmo que em uma maca ou cadeira de rodas. Muitas vezes apesar do encaminhamento para outra unidade ou da orientação de voltar para casa, a mulher se conforma em permanecer na recepção da maternidade esperando a evolução do TP até que não seja mais

possível transferi-la. Na entrevista de número 12 a mulher conta que passou várias horas na admissão até chegar a hora de ser internada,

Aí fui lá, você vai procura se tem vaga, senão tinha que ir para outro lugar. Aí fui. Cheguei lá em cima o doutor: - Ah! Mas dá tempo ainda (de voltar para casa). Eu falei: - Vou ficar por aqui mesmo, tem vaga? Ela: - Tem. Então tudo bem, fiquei. Não demorou muito não. Ela nasceu era onze e pouca, quer dizer, passei o dia inteiro aqui (na recepção), esperando, mas (depois que eu entrei) foi bem rápido.

Quando a mulher se encontra na fase inicial ou latente do TP (em geral antes dos 4 cm de dilatação), cuja duração pode ser muito variável, o profissional pode optar por não internar a mesma, mas ela deve ser informada e se sentir segura das orientações que recebe. Segundo o Family-Centred Maternity and Newborn Care Guidelines (2002) “nesta situação a gestante pode ser mandada para casa se considera que isto é adequado para ela e sua família ou permanecer em uma área de triagem”.

Quando a mulher é internada nem sempre seu companheiro ou outro acompanhante tem permissão para entrar. Na porta da sala de admissão as mulheres se despedem dos familiares, protagonizando com freqüência cenas de choro pelo medo dos momentos que vão enfrentar. Muitas vezes entram sozinhas, sem conhecer o local ou os profissionais, sem qualquer informação sobre o TP e parto, não conseguindo disfarçar a angústia presente em suas expressões faciais. Eventualmente, mal têm tempo de se despedir, pois o acompanhante é chamado na internação para as informações burocráticas

enquanto a gestante é encaminhada para o pré-parto. Na entrevista de número 22 o relato da mulher fala não apenas da separação, mas também do direito à informação sobre o acompanhante que lhe negaram,

Ah! O meu tratamento foi bom. Agora, do meu marido eu não sei porque eu entrei, fiquei lá dentro e não pude mais me comunicar com ele, entendeu? Mas também não me comunicaram nada, não falaram que podia ficar com acompanhante, não me falaram nada. Depois, é que as meninas lá no quarto que eu fiquei na enfermaria que tinham comentado comigo, que ele poderia ficar comigo para ver o (parto), ficar comigo na sala de pré-parto e na sala de parto.

Para os médicos a presença dos acompanhantes parece ser mais um problema a ser administrado do que um benefício para a evolução do TP da mulher. Como em geral vetam ou não informam ao acompanhante a possibilidade de sua presença, algumas vezes estes são dispensados pela recepção e orientados a telefonar mais tarde para saber notícias sobre o nascimento do bebê. O acompanhante sempre ausente da consulta realizada e desconhecendo as informações prestadas na sala de exames é chamado ao corredor para se despedir da mulher que esta sendo internada.

Vários dos diálogos de despedida são constituídos de recomendações apressadas e tensas de uma “dona de casa” que vai se ausentar sem ter tido tempo de organizar tudo que gostaria e das orientações para quem vai ficar cuidando dos outros filhos que estão em casa. São os medos e fantasias de morte que rondam estes momentos e que a mesma mulher da entrevista

anterior relatou quando falava de suas preocupações com a hora da internação na maternidade. Chama atenção a crença na proteção espiritual que o bebê teria, mas que ela, sem a mesma proteção estaria mais vulnerável, pois dependeria apenas dos cuidados dos profissionais,

E o meu único medo é esse de ficar lá, chegar na hora lá de nascer lá e me largarem lá. Já pensou? Deus me livre! Cruz credo! Eu morro de medo. Meu filho morrer ou eu morrer. Que criança tem proteção sabe assim, o problema é eu, depois eu morro vou deixar meus dois filhos em casa?

A postura dos profissionais de recusar ou dificultar o acesso dos acompanhantes ignora as vantagens demonstradas cientificamente que esta presença traz para a parturiente (Hofmeyer et al, 1991, Hofmeyer, 2005) e vai de encontro às recomendações do MS (2001) que naquela ocasião já apontava que “é conhecido que os hospitais também apresentam alguma resistência em modificar suas rotinas... (p.39)”⁹

Dos acompanhantes, na despedida, as gestantes recebem os votos de boa sorte, de coragem e de que estejam protegidas “*por Deus e por Nossa Senhora do Bom Parto*”.

Uma rotina da maternidade é a não permitir que a mulher entre com qualquer um de seus pertences. As parturientes vestem uma camisola fornecida pela maternidade e todos os seus pertences são levados de volta pelos acompanhantes. Algumas vezes esta rotina implica em situações absurdas como também relata ainda na mesma entrevista a gestante que teve que ficar

⁹ Grifo do autor.

descalça porque não lhe deixaram entrar com suas sandálias, *“Me mandaram tirar a roupa toda, também não pude ficar com nada, não é, descalça (risos) não podia entrar nada, não pode entrar nada”* (entrevista nº 22).

Muitas vezes são interditas inclusive a bagagem que trazia os cartões de pré-natal das mulheres que contêm várias informações importantes como resultados de exames e outros dados da história da mulher que podem fazer falta durante o período de internação. Para Davis-Floyd (1994) os procedimentos de rotina realizados na admissão na maternidade são extremamente simbólicos e fazem parte do ritual em que está inserido o parto hospitalar. Nele retiram da mulher qualquer objeto próprio com que ela possa se identificar e a colocam numa veste padronizada cuja consequência é sua despersonalização. Estas atitudes contrariam as recomendações que se fazem para este momento tão importante (Family-Centred Maternity and Newborn Care Guidelines, 2000). A ida para o pré-parto é sempre um momento de apreensão para a mulher em especial quando ela não teve as devidas orientações durante seu acompanhamento pré-natal. Ela não sabe que procedimentos vão ser realizados com ela e o que esperar das próximas horas no pré-parto.

- O Pré-parto (PP).

O PP é uma área de circulação semi-restrita havendo entradas separadas para as gestantes e para os profissionais de saúde. Neste complexo, além dos leitos estão localizadas as salas da banheira e de relaxamento, o banheiros das gestantes, o comando de enfermagem e um pequeno espaço com cadeiras e TV utilizada como copa pela equipe de enfermagem. Existe

ainda uma sala para curetagens uterinas que em algumas eventualidades também é utilizada para partos. As salas de parto, a sala de cirurgia e a recuperação anestésica ficam em outro espaço anexo e o Centro Obstétrico é separado do pré-parto apenas por uma porta.

Os seis leitos do PP são separados em boxes individuais com divisórias de fórmica de cerca de 2,0 m de altura e com portas sanfonadas que se abrem para um corredor central. Esta divisão permite certo grau de privacidade para as mulheres, que aprovam esta forma de organização do espaço, *“É bom que as salinhas lá são individuais, não tem de ficar ninguém, uma do lado da outra (entrevista número 22).*

Embora haja privacidade visual com estas estruturas não há como impedir que as conversas ou os sons emitidos pelas pacientes sejam ouvidos nos boxes vizinhos. Também há quebra da privacidade quando durante os exames de toque as portas sanfonadas são deixadas abertas pelos profissionais, nem sempre atentos à esta questão. Os boxes são pequenos e tem espaço suficiente apenas para a cama da paciente e uma cadeira de acompanhante. Para a mulher poder deambular durante o TP o espaço ideal é a sala de relaxamento, mas nem sempre este espaço é apresentado às mulheres como alternativa pelos profissionais da equipe de plantão, que preferem as mulheres restritas ao espaço do box.

Embora tenha o nome de PP, neste local são internadas mulheres com as mais diferentes situações relacionadas à gestação. Além das gestantes em TP encontramos mulheres em abortamento, com ameaça de TP Prematuro, com quadros hipertensivos em observação, com amniorrexe prematura e até mesmo puérperas quando não há vaga nas enfermarias de alojamento

conjunto. Como o espaço é único, eventualmente situações constrangedoras acontecem, pois uma mulher com um feto morto pode ser colocada no box ao lado de outra em trabalho de parto.

As mulheres chegam ao PP encaminhadas da sala de admissão onde foram feitas a classificação de risco gestacional (baixo risco / alto risco), a solicitação de exames e a prescrição dos cuidados com a parturiente que vai ficar internada. Verificamos que a rotina de prescrição dos obstetras plantonistas inclui ainda a utilização de práticas não recomendadas pela OMS (1996). São usuais as prescrições de intervenções tais como a hidratação venosa e dieta zero apesar de recomendação contrária daquela organização. Trabalhos científicos mostram que estas práticas podem interferir com a possibilidade de mobilização da mulher durante o TP e influenciar negativamente os resultados perinatais (OMS, 1996, Family-Centred Maternity and Newborn Care, 2002).

As parturientes são trazidas ao PP pela auxiliar de enfermagem da sala de admissão que as conduz até o balcão da enfermagem e daí são encaminhadas para o leito. É nesta hora, em geral, que a equipe de enfermagem que responde pelo PP analisa o prontuário da mulher e são feitas à mesma algumas orientações quanto às regras do local. São quase sempre informações pontuais e pouco esclarecedoras sobre o TP, parto e os cuidados a que estarão sendo submetidas. Poucas vezes são dadas informações às mulheres sobre como podem agir, que possibilidades o serviço oferece ou sobre o que vai acontecer. Embora sejam orientadas a ficar no leito “porque o bebê pode nascer de repente”, quando precisam ir ao banheiro vão sozinhas e

sem nenhuma ajuda, mesmo que estejam com uma hidratação venosa que dificulta a movimentação.

No início de um plantão uma gestante que chega e é recebida pela auxiliar de enfermagem que fala gentilmente sem se apresentar: *“Você vai ficar aqui nesta cama, deitadinha de lado e se precisar de alguma coisa você pode me chamar”*. A mulher com a cara triste e os olhos vermelhos se sentou na beira da cama dentro do box que lhe foi indicado e logo em seguida se deitou aguardando a chegada das contrações. Permaneceu assim durante as horas seguintes apenas se deitando e depois sentando novamente virando-se para um lado ou para o outro na medida em que a dor e o desconforto não lhe deixavam adormecer ou ficar parada. Sempre sozinha, chorou e pediu ajuda durante as contrações, mas com todos envolvidos em “outras atividades” ela recebeu atenção ou alguma informação apenas pontualmente quando algum profissional foi escutar o coração do bebê ou fazer o exame de toque. Permaneceu ali naquelas condições até que chegou o momento de ser levada para a sala de parto quando a hora do nascimento do bebê estava se aproximando.

Algumas vezes observei que, por longos períodos, apenas as auxiliares de enfermagem permaneceram no PP, mas foram raros os momentos em que estas profissionais se aproximaram das mulheres para dar qualquer tipo de apoio emocional ou físico. Geralmente só vão ao leito para realizar alguma tarefa prescrita ou quando não há outros profissionais presentes (médicos ou enfermeiras) para atender uma mulher ou acompanhante que chama. Assim que terminam de realizar alguma tarefa se sentam no comando de enfermagem e conversam. Às vezes, enquanto falam sobre diversos assuntos preparam

material para ser utilizado na assistência ou organizam o espaço de trabalho. O choro ou os gemidos de dor das mulheres não atrapalham suas atividades e apenas um grito ou um pedido de ajuda mais forte faz com que vão até o box para ver o que está acontecendo. Também não orientam os eventuais acompanhantes sobre as normas do local ou como ajudar a mulher em TP. Sua tarefa parece ser apenas a de cumprir as prescrições médicas e de enfermagem, não parecem perceber que seu trabalho faz parte de todo um cuidado e de um modo geral não se relacionam com as mulheres.

A mesma atitude se dá com as enfermeiras lotadas no PP, mas que não são obstetras. Estas profissionais se responsabilizam apenas pela assistência prescrita pelos médicos e pela administração do local, não atuando como parte do processo de humanização. Sua rotina de trabalho consiste na supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem, na reposição dos estoques de insumos e no gerenciamento de outras necessidades (reposição de roupas, limpeza do local e organização dos leitos). Não se envolvem com o processo de cuidado das gestantes e não parecem dispostas a assumir o mesmo. Muito do suporte à parturiente não envolve grande treinamento teórico ou prático e poderia ser também realizado pelas enfermeiras, mas estas parecem delegar este cuidado apenas às enfermeiras obstetras. Existe inclusive certa rivalidade entre estas categorias que será abordada no capítulo de resultados das entrevistas com os profissionais.

A divisão de trabalho no PP da maternidade foi estabelecida de acordo com o preconizado pela política de qualificação da assistência obstétrica da SMS/RJ (Dias & Domingues, 2005). Esta política estabelece que o atendimento das gestantes de baixo risco seja feito preferencialmente pelas enfermeiras

obstetras e o das gestantes de risco pelos médicos obstetras. Esta divisão da assistência aconteceu após negociações, nem sempre fáceis, entre enfermeiros e médicos que se colocavam contra a assistência ao parto pelos primeiros. Embora ainda haja dificuldades para o trabalho em equipe entre estes profissionais, de uma forma geral o conflito atualmente se manifesta de forma subliminar.

A discordância dos profissionais sobre o modo de condução do TP se dá principalmente porque os médicos querem de uma forma geral acelerar o mesmo. Para estes, a evolução fisiológica do TP é muito lenta e a aceleração do processo não traria prejuízos para a mulher ou o bebê e permitiria um maior “giro do leito” no PP. No acompanhamento do TP feito pelos profissionais verificamos novamente, que muitas das práticas que não são recomendadas pela OMS (1996) porque podem trazer prejuízos para o binômio mãe–bebê, ou porque ainda não existem evidências científicas para sua utilização de forma rotineira fazem parte das prescrições médicas. É o caso do uso indiscriminado de ocitócitos, da amniotomia, da recomendação da realização de esforços repetitivos na expulsão do bebê pela parturiente (OMS, 1996, Family-Centred Maternity and Newborn Care, 2002). Diniz (2001) ressalta que um dos maiores desafios da proposta de humanização aos serviços é exatamente o de compatibilizar as necessidades de atendimento e produtividade com a fisiologia do TP e parto reorganizando seus tempos e espaços para que isso possa acontecer.

Os enfermeiros obstetras, de um modo geral, tendem a realizar menos intervenções no TP e acham que os médicos só deveriam interferir em sua conduta se fossem chamados para resolver alguma complicação. Como forma

de “poupar” as mulheres eles nem sempre cumprem à risca as prescrições médicas quando avaliam que as mesmas não são necessárias. Podem, por exemplo, fornecer líquidos para uma gestante com dieta zero ou “demorar” até colocar a hidratação venosa prescrita ainda na sala de admissão. A presença do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de baixo risco tem forçado uma negociação destes profissionais com os médicos obstetras. Como uma categoria trabalha mais na perspectiva do cuidado e a outra na perspectiva da intervenção existe um choque de modelos e enfrentamentos podem ocorrer.

Observei que o quantitativo destas profissionais na maternidade não é, entretanto, suficiente para garantir a presença das enfermeiras obstetras em todos os horários do plantão. Durante meu trabalho de campo foram vários os períodos em que o PP ficou sem a presença daquelas profissionais. Na maior parte do tempo havia apenas uma enfermeira obstetra que só estava presente pela manhã e até o início da tarde. Eventualmente esta profissional contava com o apoio de residentes de enfermagem, na assistência aos TP.

Como não existe um quantitativo suficiente de enfermeiras obstetras para que estejam presentes em todos os plantões, ao contrário do quantitativo de médicos, tem-se a impressão que o trabalho desempenhado por estas profissionais pode ser de certa forma dispensável. Se estiverem presentes no plantão ótimo, as pacientes serão beneficiadas com seu trabalho, caso contrário, as pacientes receberão o cuidado médico “necessário”.

A presença do enfermeiro obstetra, entretanto não significa obrigatoriamente uma mudança no modelo de cuidado e de humanização do nascimento. Verifiquei que nem sempre a atuação da enfermagem obstétrica acontecia de forma a oferecer apoio físico e emocional continuado durante o

TP, conseguindo desta forma melhores resultados conforme apontado na literatura (Hofmeyer, 2005, Hundley, 2004, Hodnett, 2002). Eventualmente a profissional se apresentava a uma parturiente que fora admitida, dava-lhe algumas orientações e depois se ausentava, sem a preocupação de dar um cuidado continuado à mesma. Outras vezes mantinha-se por mais tempo ao lado da mulher, em especial quando a mesma não contava com a presença de um acompanhante. Também ficaram evidentes as diferenças de atuação pessoal das enfermeiras obstetras durante o período de observação, algumas mais afetivas e cuidadosas com as mulheres e outras com abordagens mais intervencionistas e menos acolhedoras. A preocupação destas profissionais com a possibilidade da presença dos acompanhantes é maior do que a de qualquer dos outros profissionais. Elas são as mais envolvidas na garantia deste direito das mulheres e normalmente perguntam porque não estão acompanhadas. Sempre que possível acionam a recepção e solicitam que o acompanhante seja encaminhado ao PP, muitas vezes sem êxito porque o mesmo já foi liberado pela recepção.

No leito 4 uma mulher encontra-se sozinha e reclama de dor gemendo várias vezes. Este é o seu quarto filho. A enfermeira obstetra pergunta a ela se quer que chame o marido, ela diz que sim e que ele está na recepção. A profissional telefona para a recepção e pede que o marido da paciente seja encaminhado ao PP. Pouco depois um homem com o capote de acompanhante chega, mas ninguém o acompanha. Vejo que ele não sabe o que fazer e quando se dirige a mim peço que pergunte a enfermeira que conversava naquele momento com uma colega. Sem interromper sua conversa a enfermeira apenas aponta o box aonde está a mulher. O homem vai até o local

indicado, mas não reconhece a mulher que lá se encontra. Apenas eu noto que há alguma coisa errada. Ele volta e fala comigo que sua mulher não está ali. Peço às enfermeiras, que continuavam conversando, que vejam o que estava acontecendo. Constatam que este era o marido de outra mulher que já havia tido filho e que já fora levada para o alojamento conjunto. Ficam algo sem graça e dão o encaminhamento ao homem para que vá encontrar sua mulher. Entretanto, o companheiro da gestante acabou não chegando em momento algum e ninguém mais se mobilizou para trazê-lo. Do ponto de vista organizacional percebemos que as informações entre o PP e a portaria sobre a movimentação interna das mulheres é falha e que o compromisso com a presença do acompanhante pode ser secundário frente à qualquer outra atividade, inclusive uma conversa com a colega plantonista.

Algumas vezes a falta de orientação para as mulheres pode fazer com que estas não percebam de modo adequado o tipo de cuidado que estão recebendo. Na entrevista de número 13 a mulher conta como percebeu a condução da parte final de seu trabalho de parto pelas enfermeiras obstetras que consideravam que a criança poderia nascer no leito sem nenhum risco enquanto a experiência anterior de parto da mulher apontava em outra direção,

Só fiquei lá na sala de pré-parto, aí eu já estava com sete, mais ou menos de dilatação, aí demorava uma hora assim, mais ou menos aí vinha a enfermeira, me dava o toque e falava: - Ó, já está com nove aí saía, ia embora. Mandava eu fazer muita força, na sala mesmo do pré-parto. "Pode fazer força que ela sai." Aí eu estava estranhando, eu perguntava: -Mas eu não vou para sala de parto?" Aí ela falava: "-Não! Pode fazer força aí que de

repente nasce aí mesmo. “Você já está com nove, só depende de você só.” Aí eu falei, cheia de dor eu falei: - Não! Mas só depende de mim? E o médico? Cadê o médico? Eu falava: - Não! Isso não é normal, já estou com dez porque que não me levam logo? E fazendo força ali. Ali não é a sala de parto, não ia nascer ali. Eu não queria que nascesse ali. Aí meu marido: - Não! Calma! Fica calma porque ele já deve estar vindo já, troca de plantão, são sete horas. Aí eu esperei, aí quando foi sete e pouca assim mais ou menos ele veio, o médico mesmo veio falou que eu já estava bem adiantada e me levou. Pode levar ela. Aí eles me levaram. Mas eu não entendi assim, porque que elas me mandavam fazer força ali, entendeu, na sala (de pré-parto) e me deixavam sozinha, não tinha nenhuma enfermeira assim, que ficava junto, me deixavam lá só viam que estava com nove, dez de dilatação e ficava ali, depois elas saiam, entendeu?

A fala da mulher revela que em nenhum momento lhe foi dito pela enfermeira obstetra que ela estava capacitada e poderia assistir o parto. A angústia revelada na fala pela espera do médico e pelo estranhamento da sugestão da enfermeira de que o parto pudesse acontecer no próprio PP me faz pensar que a experiência anterior da mulher parece dar legitimidade apenas ao parto assistido por médico e na sala de parto.

Em um determinado plantão o PP encontrava-se com todos os leitos ocupados. Apenas duas das seis gestantes internadas contavam com a presença de suas acompanhantes. Todas estavam em dieta zero e quatro delas

com hidratação venosa apenas pela “rotina” sem que nenhuma delas fosse realmente necessária. A enfermeira obstetra estava presente naquele plantão, mas até o momento de minha chegada não parecia estar atuando junto às mulheres. O espaço de relaxamento das parturientes estava sem ninguém e “entulhado” com vários objetos (camas, mesas e outras coisas). Apenas após minha chegada a enfermeira passou a acompanhar e “cuidar” mais intensamente de uma mulher em dilatação adiantada. A atuação da enfermagem obstétrica também é influenciada pela disponibilidade pessoal do profissional. Alguns assumem realmente o cuidado da parturiente, outros apenas estabelecem uma relação de cuidado quase protocolar diante do que se espera de seu trabalho.

Neste mesmo dia, por volta da hora do almoço, durante um período de mais de duas horas o PP fica sem a presença dos médicos ou da enfermeira obstétrica. Ninguém avaliou o bem estar das mulheres ou dos fetos. Os médicos obstetras em geral parecem não dar muita importância ao acompanhamento do TP apesar da visão de risco que têm sobre o mesmo. Este “abandono” das mulheres no PP sem que sejam avaliados regularmente o seu bem estar e o do bebê vão contra as recomendações de acompanhamento do TP dos livros de obstetrícia (Rezende, 1982, Cunningham, 2001). À tarde sempre parece que todos têm menos disposição para executar as tarefas de rotina. Após almoçarem, a enfermeira obstetra e as auxiliares de enfermagem conversavam no seu posto. Uma mulher que gemia e reclamava de dor em voz mais baixa dá um grito, mas nenhuma delas se levanta e vai ver o que está acontecendo. Depois de três ou quatro gritos mais fortes quando a enfermeira obstetra finalmente se levanta para ver o que esta acontecendo, o bebê já esta

com a cabeça para fora e ela fica constrangida com minha presença diante da evidente falta de assistência.

Eventualmente a enfermeira se dispõe a caminhar com as mulheres pelo corredor, levá-las a utilizar a banheira de relaxamento ou mesmo a bola de fisioterapia. Na maior parte dos casos observo que o principal recurso utilizado é um banquinho para que a gestante permaneça sentada em uma posição semi-acocorada dentro do próprio box do seu leito.

Como estão escaladas para atuar apenas no PP, as enfermeiras obstetras avaliam mais frequentemente as parturientes de baixo risco já que poderão assistir também a estes partos. Estas gestantes acabam recebendo mais atenção do que as com algum risco, visto que aquelas profissionais têm possibilidade de permanecer mais tempo ao lado das mulheres. A presença mais freqüente do profissional é um fator de satisfação da mulher que se sente cuidada pela equipe,

A enfermeira me encaminhou e toda hora, todos os instantes ia uma enfermeira lá ver como é que eu estava como é que estava o soro, me dando toque para ver como é que estava minha dilatação. Mas o dia inteiro a enfermeira dando atenção (entrevista nº2).

Entretanto, mesmo com todas as diferenças de atuação foi possível verificar que na maioria das vezes as enfermeiras obstetras estabelecem uma relação diferenciada com as parturientes, estabelecendo um vínculo maior com as mesmas. Quando é acompanhada por uma enfermeira obstetra, de forma mais continuada, a mulher consegue identificá-la como sua cuidadora e uma

relação se estabelece. Mas, as gestantes acompanhadas pelos médicos têm muita dificuldade em saber quem é o profissional responsável por seu cuidado. Uma mesma mulher pode ser examinada por todos os obstetras da equipe, não saber o nome de nenhum deles e apenas na hora do parto saber quem vai “pegar o seu bebê”.

Os obstetras plantonistas fazem entre si uma divisão do trabalho a ser realizado durante a jornada de trabalho com um rodízio entre o atendimento na sala de admissão e o atendimento ao pré-parto. Realizam suas tarefas e depois retornam ao seu quarto onde podem ser acionados pela enfermagem quando há alguma urgência. No quarto os profissionais descansam, vêem TV e conversam, sendo chamados pelas enfermeiras ao PP apenas quando há alguma intercorrência com as gestantes internadas.

Os médicos, que são responsáveis pela realização de outras tarefas durante o plantão, têm menos disposição para permanecer mais tempo no PP ao lado das clientes e acompanham com menor freqüência a evolução do TP das gestantes de risco. Estes profissionais comparecem ao pré-parto apenas de forma pontual para a realização de alguma tarefa. Fazem o exame de toque para avaliar a dilatação do colo e a proximidade do parto, escutam o coração dos bebês e desta forma programam o funcionamento do plantão. Seja como consequência da sua formação profissional, seja pelas questões de gênero que o modelo assistencial confere ao papel da mulher no TP, ou seja, pelas diferenças sociais, os médicos raramente ficam ao lado da gestante e estabelecem uma relação profissional. A exceção ocorre quando avaliam que está muito próxima a hora do nascimento e só então permanecem ali para

estimulá-la na realização dos puxos (forças) para que chegue logo a hora de levá-la para a sala de parto, como no relato do diário de campo,

O Dr. X avalia Daise e ao fazer o exame vaginal briga com ela para que deixe examiná-la. Ela reclama da dor e pede paciência. Ele pede o material para romper a bolsa e acelerar o parto. Daise reclama de dor e ele diz: “deixa de ser burra vai querer ficar o dia todo ai? Vou romper a bolsa para resolver logo”. Terminado o procedimento, o Dr X sai e não dá nenhuma informação a Daise que agora geme mais intensamente e a Dra Y resolve examiná-la em seguida. Faz um toque e fica com a mão na vagina forçando Daise a fazer força sem parar. Ela geme e reclama, mas a médica não tira a mão da vagina. Quer acelerar o nascimento do bebê. Depois de alguns minutos pede para que seja levada à sala de parto (março/2004).

Na visita que fazem ao PP para avaliar as gestantes em TP os obstetras examinam também as gestantes que são acompanhadas pelas enfermeiras obstetras. Nestas ocasiões eventualmente ignoram a informação registrada em prontuário de um exame realizado há pouco pela enfermeira e repetem o toque vaginal. Algumas vezes interferem na conduta das gestantes de baixo risco e decidem pela realização de algum procedimento para acelerar a evolução do TP. Quando isto acontecia os enfermeiros se sentiam afrontados profissionalmente e eventualmente queixavam-se comigo da postura dos médicos.

Um dos obstetras em suas visitas ao PP com freqüência examinava em série as parturientes, optando pela aceleração do TP indiscriminadamente e realizando a ruptura artificial da bolsa amniótica. Sentava-se na beira do leito para fazer o exame de toque vaginal e em voz alta pedia seguidamente para as auxiliares de enfermagem “pinça e comadre”, para realizar amniotomia. Tudo feito sem se preocupar com a privacidade da mulher e fechar a porta do box ou mesmo sem informar a ela o quê e porque estava fazendo. Após realizar o procedimento que era feito com a mulher deitada sobre uma comadre, o profissional não se preocupava em retirar a mesma ou informar a auxiliar para que as retirasse deixando as mulheres numa situação de extremo desconforto.

Vendo a insatisfação da enfermeira obstetra com sua conduta o médico argumenta que como a evolução do TP é mais demorada sem a ruptura da bolsa, se as mulheres não derem a luz até o final do plantão e mais tarde surgir uma distócia que leve a uma cesariana, os plantonistas da equipe subsequente vão reclamar da pouca resolutividade da equipe. Esta lógica de “limpar o pré-parto” no sentido de não deixar trabalho para a próxima equipe é mesma que encontrei em minha pesquisa durante o trabalho de campo para a dissertação de mestrado (Dias, 2001). Na verdade constitui-se de um acordo velado entre os profissionais de que cada equipe deve resolver os casos que interna e que ignora de forma absoluta a possibilidade da evolução fisiológica do TP. Os interesses pessoais dos profissionais se sobrepõem à boa técnica e aos direitos da mulher, pois o acordo implícito entre eles é de que não é correto deixar muito “trabalho” para o plantão noturno. No dia seguinte todos terão que trabalhar e, portanto é preciso garantir que será possível ter um descanso durante a noite.

Momentos depois, neste mesmo plantão, quando rompe a bolsa da quarta mulher que examinava em seguida, o obstetra é surpreendido pela eliminação de mecônio espesso (sinal de sofrimento fetal) e indica uma cesariana de urgência. No afã de acionar a equipe de enfermagem e chamar outro plantonista para auxiliá-lo na cirurgia, não informa a mulher ou a sua acompanhante sobre o que está acontecendo, embora demonstre pressa e preocupação. A gestante estava internada desde à tarde do dia anterior com uma indução do TP com ocitocina, sem o devido acompanhamento do bem estar fetal indicado nestas situações. A equipe de enfermagem corre para arrumar a sala e providenciar a preparação da mulher (colocação de sonda vesical e raspagem dos pelos). A sogra que a acompanhava está apavorada sem saber o que está acontecendo. Enquanto a mulher era sondada para a cirurgia foi dito que seria feita uma cesariana de urgência porque o bebê poderia estar sofrendo. Muito nervoso o médico reclama com o enfermeiro falando que a *“qualquer hora vamos perder um bebê porque vocês não deixam a sala completamente arrumada para uso imediato”*.

Com a mulher já na sala de cirurgia chega a anestesista, mas a mesma tem dificuldade em realizar a punção para fazer a raquianestesia. Da janela de vidro que dá para a sala de cirurgia eu e uma auxiliar de enfermagem, preocupados com a situação observamos as repetidas tentativas de realização da anestesia, e a auxiliar fala que ela muitas vezes tem dificuldade em realizar o procedimento. A medida que o tempo passa e a anestesia não acontece fica evidente o desespero dos obstetras, já todos paramentados e enluvados para começar a cirurgia, andando incessantemente de um lado para o outro. A auxiliar fala que o obstetra *“vai ter um troço”* e comenta que não é boa a relação

dos médicos obstetras com a anestesista. Do lado de fora ouvimos o grito da anestesista com a mulher para que fique quieta, apesar da dor provocada pelas contrações e pela própria anestesia. Todos estão apavorados porque neste ínterim foi tentado sem sucesso escutar o batimento do coração do bebê e agora acreditam que o feto morreu. Finalmente, com a mulher anestesiada, a cirurgia começa e em poucos minutos a criança nasce. Ele está vivo e logo ficará aparentemente bem. Comunico a sogra da gestante que o bebê já nasceu e está tudo bem, o que a deixa um pouco mais aliviada. A auxiliar de enfermagem que estava dentro da sala de cirurgia atendendo à equipe me diz que não agüenta mais aquela pressão. Além de todo o trabalho e de toda a tensão *“ainda tenho que ficar no meio dos doutores para servir de anteparo senão pode sair até briga”*, referindo-se a relação entre os obstetras e a anestesista.

Sobre a ruptura das membranas amnióticas realizadas de forma rotineira, em uma grande meta-análise Fraser et al (2005), afirma que a amniotomia precoce esteve relacionada à realização de cesariana por sofrimento fetal e que este procedimento deve ficar reservado para aquelas mulheres cujo TP não esteja evoluindo de maneira adequada.

Uma situação importante que interfere com a assistência oferecida às mulheres é a existência de leitos extras. Quando acontece a superlotação do pré-parto as mulheres podem ser colocadas em macas ou cadeiras de rodas num boxe já ocupado ou no corredor central do PP. Na entrevista 22 a gestante conta o cuidado da profissional frente a esta situação,

Como eu me internei logo assim, a moça me botou na cadeira, porque não tinha cama não tinha lá nenhum box onde eu

ia ficar. A enfermeira era tão legalzinha, sabe, já uma idosa, ela falou: - Não vou te botar no soro agora não, vou deixar vim a cama para você ficar deitada que é melhor. Aí eu fiquei sentada na cadeira, ela pegou um banquinho, para eu botar a perna para o alto.

A superlotação do PP interfere negativamente na assistência ao parto das parturientes em pelo menos duas situações importantes. A primeira é o fato de que para poder liberar os leitos mais rapidamente os profissionais aceleram o TP seja pela utilização de ocitocina no soro, seja pela ruptura das membranas da bolsa amniótica, independente das eventuais desvantagens destas medidas para a mãe ou para o feto. A outra é o fato de que com duas mulheres no mesmo boxe ou com mulheres no corredor a presença de um acompanhante compromete a privacidade da outra, que com frequência durante o TP é submetida a exames vaginais e tem seu corpo exposto. Nestas ocasiões as acompanhantes do sexo feminino são mais toleradas pelos profissionais já que não haveria tanto problema em relação à quebra da privacidade. A falta de vagas nas enfermarias de alojamento conjunto também é fator de complicação das condições de assistência no PP. Com certa frequência puérperas são obrigadas a aguardar uma vaga em um leito de alojamento conjunto permanecendo no PP seja num box, maca ou mesmo em uma cadeira de rodas. Na entrevista 2 a mulher conta as dificuldades que teve no pós-parto imediato por conta da lotação no alojamento conjunto,

Acabei de ter neném eu descii andando da maca, passei para a cadeira de rodas, fiquei no corredor esperando uma vaga

porque não tinha vaga em cama nenhuma, eu fiquei deitada ali, sentada num sofá a noite toda.

A superlotação dos serviços e o desconforto a que mulheres e familiares são submetidos parecem reificar para esta população sua condição de pobreza e os limites de seus direitos de cidadãos.

A admissão do acompanhante no PP é um acontecimento que depende da superação de vários obstáculos. Com freqüência o direito ao acompanhante não é (re) informado às usuárias no momento da internação. Se a mulher não solicitar por conta própria que seja permitida a presença do acompanhante dificilmente esta possibilidade será oferecida pelos profissionais na admissão. Como já dito anteriormente, a justificativa da superlotação é utilizada com freqüência para negar o direito das mulheres. Os profissionais que estão mais envolvidos com a facilitação da presença dos acompanhantes são as enfermeiras obstetras. Apenas quando a mulher chega ao PP é que, no geral, se estas profissionais estão presentes, perguntam se a mesma gostaria de ter um acompanhante. Quando é possível alcançar o acompanhante para a mulher na recepção e o mesmo é trazido para o PP, poucas vezes ele é informado de maneira adequada sobre como deve se comportar naquele espaço. A evolução do TP, os procedimentos que vão ser realizados e de que maneira poderia estar ajudando a parturiente com sua presença não são orientações prestadas de forma rotineira. A falta de informações eventualmente cria situações de conflito como relata a mulher na entrevista 2,

É inclusive, meu esposo também levou um fora porque tinha ido ao banheiro. Levou um fora horrível. Na próxima vez você

não vai voltar, não pode ficar passeando. Ele: - Eu não estou passeando. Eu já cheguei aqui há algum tempo e estou indo ao banheiro.

Apesar de permitida a presença do acompanhante no PP são raras as ocasiões em que é o mesmo é tolerado na sala de parto. Esta é uma proibição feita pelos médicos a qual raramente estão dispostos a negociar. Mesmo nos partos assistidos por enfermeiras obstetras, mais tolerantes com a presença dos acompanhantes, como os recém-nascidos são assistidos pelas pediatras, estas não permitem a presença dos mesmos. Chama a atenção a pouca importância que os profissionais de modo geral parecem conferir aos elementos que podem aumentar o bem estar da mulher.

Ao ser encaminhada para a sala de parto, às vezes andando outras vezes em cadeira de rodas, a mulher que conseguiu ter um acompanhante durante o TP tem neste momento que deixar para trás a pessoa que lhe deu apoio no PP. É frustrante para o acompanhante ficar durante o TP ao lado da mulher e exatamente no momento mais importante, o do nascimento do bebê, ficar esperando do lado de fora. Para a gestante uma nova despedida, na porta do Centro Obstétrico, exatamente nos momentos finais quando está mais frágil, tensa e amedrontada. Na entrevista número 2 a mulher conta que o acompanhante não pode assistir ao parto, mas como foi importante a presença do mesmo no PP,

Não. No parto, lá na sala de parto ele não foi. Aí ele estava no pré-parto, que a sala de parto é perto, ele ficou no pré-parto me esperando. (O médico) Não deixou não. Mas eu falei ele vai,

ele até quis ir. Aí os médicos: - Não. Pode ir ficando aí. Mas no pré-parto eu que pedi que ele ficasse, pedi a doutora para deixar ele ficar do meu lado porque tinha vaga no pré-parto para ficar comigo.

Eu achei maravilhoso pelo menos me senti mais segura com meu esposo ali do meu lado porque ali é uma solidão. É uma hora, é a hora que a gente mais precisa de alguém, não é? Que a gente não sabe se a gente vai morrer, se o neném vai morrer, se algo... não é? Não tem certeza de nada na vida. Então eu achei muito importante ele estar do meu lado ali. Eu adorei. Foi a melhor parte de todo o sofrimento, ele estava ali do meu lado.

Os profissionais médicos plantonistas também raramente fazem qualquer tipo de vínculo com o acompanhante e não parecem perceber a importância para a mulher da presença dele no momento do parto. Sua maior preocupação parece ser com o papel de testemunha, que o acompanhante pode ter, do cuidado que prestam à parturiente. Na entrevista 12, ainda durante a gravidez a mulher relatou o desejo e a desconfiança da possibilidade do companheiro assistir ao nascimento do filho, “*Primeiro que ele quer assistir o parto. E isso aí eu já não sei se eles vão deixar. Não sei mesmo*”. Durante a internação no TP, desrespeitando a preferência do casal ela conta, na segunda parte da entrevista que,

Eu queria que ele me acompanhasse, mas é o que eu te falei, minha cunhada estava aí e ela como enfermeira eles

preferem mais, uma pessoa preparada, no caso, ele não ia agüentar mesmo.

Generosa, a mulher aceita que a preferência dos profissionais se sobreponha à sua, reforçando a idéia de que TP e parto são eventos médicos, e ainda dá uma justificativa para diminuir sua frustração.

Apesar da presença dos recursos institucionais disponíveis como a sala de relaxamento e a banheira para “humanização do TP” os mesmos são pouco utilizados pelas enfermeiras obstétricas e menos ainda pelos profissionais médicos. Foi possível observar que as enfermeiras obstetras, em dias de menor movimento, têm maior disponibilidade para utilizar tais recursos, enquanto que para os médicos estes recursos são de menor importância e mesmo quando havia possibilidade para sua utilização isto não acontecia.

- O Centro Obstétrico.

Nesta área, de um lado estão localizadas as duas salas de parto normal, e do outro, a sala de cirurgia e uma pequena enfermaria de recuperação pós-anestésica. No corredor que divide o CO fica a área de lavagem das mãos para os profissionais e um pequeno balcão onde são feitas anotações relativas aos procedimentos ali realizados.

As salas de parto diferenciam-se apenas porque em uma delas existe uma mesa, mais moderna, que permite que a paciente fique em posições mais verticalizadas durante o parto, conforme recomendação da OMS (1996), que condena o parto com a mulher na posição de litotomia (deitada de costas). Apesar desta recomendação, baseada em evidências científicas, os médicos

têm clara preferência pela sala com a mesa tradicional, enquanto que as enfermeiras obstetras tem predileção pela outra sala. No mais, o mobiliário inclui basicamente o berço de reanimação do recém-nascido e mesas de apoio para o trabalho dos profissionais. A sala de cirurgia fica separada do corredor por uma pequena ante-sala para a paramentação dos profissionais que vão realizar a cirurgia.

Quando as mulheres são trazidas para a sala de parto, geralmente com o apoio da auxiliar de enfermagem, inicia-se toda uma rotina de procedimentos para atender ao parto e ao recém-nascido. A mulher é colocada na mesa de parto, orientada a colocar suas pernas abertas apoiadas nas perneiras e a segurar com as mãos uma alavanca de ferro de cada lado da mesa para “puxar” na hora de fazer a força de “fazer cocô” durante a contração. São preparadas as fichas de identificação do recém-nascido e os demais registros necessários. O capote cirúrgico, as luvas, as medicações e os instrumentos que o médico ou a enfermeira obstetra vão utilizar são arrumados numa mesa auxiliar. Nesta hora também é acionado o pediatra que usualmente só comparece ao CO quando a mulher já está na sala de parto. A equipe que atende ao parto constitui-se em geral de três profissionais, a auxiliar de enfermagem, a enfermeira obstetra ou o médico obstetra e a pediatra. Eventualmente uma enfermeira ou um outro médico pode estar presente na sala de parto ajudando especialmente nos partos em que o período expulsivo é mais difícil. Com frequência estudantes da área de enfermagem estão também na sala de parto assistindo aos nascimentos.

Enquanto aguardam a expulsão do bebê, fora do período das contrações, muitas vezes os profissionais conversam sobre os temas mais

variados. A atenção só se volta para a mulher quando a mesma começa a gemer com a volta da contração. Com a mulher queixando-se de dor, todos a estimulam para que faça a força que ajudará o bebê a nascer. As mulheres que ainda não estavam utilizando o soro com ocitócico quando chegam à sala de parto quase sempre recebem esta medicação. Quando a expulsão de bebê se aproxima o profissional que assiste o parto faz a anestesia local do períneo para a realização da episiotomia. Este corte na musculatura vaginal é muitas vezes realizado sem que a mulher seja informada.

Sobre a utilização da episiotomia Carroli & Belizan (2005) afirmam que uma rotina de uso restrito desta cirurgia parece ter vários benefícios quando comparada com sua utilização de forma liberal. Apesar das recomendações em contrário, a episiotomia é uma regra na rotina assistencial da maternidade e apenas em multíparas pude observar partos em que ela não foi utilizada. Após o nascimento, nos partos atendidos pelas enfermeiras obstétricas observamos que elas geralmente colocam o bebê sobre o ventre materno e apenas depois realizam a ligadura do cordão. Desta forma a mãe tem a oportunidade de um primeiro contato com a criança antes que a mesma seja pega pelo pediatra que realiza os exames de rotina no berço aquecido. Quando é o médico obstetra que assiste a expulsão do bebê é mais comum que ele o segure pelos pés de cabeça para baixo com uma das mãos enquanto com a outra corta o cordão e depois o entrega diretamente ao pediatra sem que passe pelo colo da mãe. O contato imediato da mãe com o recém-nascido parece ser menos valorizado pelos médicos. Os próprios pediatras ao pegarem os bebês para a realização do exame inicial ao terminar seu cuidado, com freqüência deixam o mesmo no

berço ao invés de levá-lo ao colo da mãe. Do diário de campo o relato da observação de um parto resume a rotina de assistência na sala de parto,

Ainda no PP a enfermeira obstetra vai romper a bolsa e acaba decidindo levar a paciente para a sala de parto. Nenhum apoio na caminhada até o CO. Nenhuma ajuda para subir na mesa ou acomodar-se apesar das dores e do tamanho do ventre. Ninguém fala o nome da mulher que só é pronunciado para confirmar o que vai ser escrito na identificação que ela e o bebê usarão até a alta. Durante todo o período na sala de parto até o nascimento ela é instada a fazer força, independente de sua exaustão, de forma desnecessária. Sua vagina foi manipulada por 15 minutos consecutivos pela enfermeira obstetra na ansiedade de terminar o parto. Entreabrindo a vagina e forçando-a para baixo ela parece acreditar que fará o parto acontecer mais rapidamente. Acaba decidindo colocar ocitocina no soro para aumentar as contrações e pede ajuda a colega que aperte o fundo uterino. Parindo seu quinto filho a mulher acaba sofrendo sem necessidade uma manobra de Kristeller (compressão do fundo uterino) feita pela outra enfermeira obstetra que estava na sala. A pediatra quando chega não se apresenta ou cumprimenta a gestante e não olha para ela enquanto faz as perguntas rotineiras de forma burocrática e desinteressada. Ao final da manipulação do recém-nascido apenas diz “depois coloque o bebê para mamar”. Ao terminar a sua assistência ao parto a enfermeira obstetra diz

para a mulher que ela deve procurar o planejamento familiar porque já tem muitos filhos. Ao sair da sala a mãe ainda não ficou com seu filho no colo por nenhum momento, o que só acontecerá após mais 15 minutos de espera. As auxiliares que lhe entregam o bebê dizem para ela colocá-lo para mamar, mas ninguém lhe ajuda, embora esteja com soro na veia em uma das mãos e queixando-se de dores nas costas. Seu desconforto é um problema seu. Não move ninguém. Mais tarde vou visitá-la na enfermaria do alojamento conjunto onde ela está em uma cadeira confortável com os pés numa banquetta por que ainda não há leito disponível. Em nossa conversa relata que não pode ter acompanhante porque na internação o Doutor não deixou (março, 2004).

Como já descrito, percebe-se que o ambiente na sala de parto nem sempre é amistoso para a mulher. Gestantes que gritaram mais durante o TP e “que deram mais trabalho” são tratadas de maneira menos cordial pela equipe. A frustração do profissional pelo parto não acontecer da forma desejada o faz voltar-se contra a mulher como se o corpo dela estivesse prejudicando propositalmente o nascimento. Mulheres que fecham as pernas pelo medo na hora do parto ou que não fazem força da maneira como indicada são submetidas a violências de várias formas. De tão utilizadas pelos profissionais não são mais percebidas como uma forma de violência institucional: “Você quer matar seu filho? Ele precisa nascer senão vai morrer!” O diário de campo

registra até uma violência física que sofre uma mulher negra que estava muito nervosa no momento do parto,

A mulher tinha estado gritando e reclamando de dor até que a enfermeira obstetra conversou com ela, a colocou na bola (bola de fisioterapia utilizada para aliviar a dor no períneo) e fez com que se tranqüilizasse um pouco. Entretanto como a enfermeira foi atender outro parto ela ficou sozinha novamente e sem o apoio voltou a se descompensar na hora da dor. Foi levada para a sala de parto pelo próprio médico. A mulher gritava de dor e o médico gritava com ela. Todos na sala de parto eram hostis e ninguém tentava realmente acalmá-la. Quando o bebê estava para nascer ela fechou as pernas e levou dois tapas para abri-las novamente. Foi hostilizada e punida por todos na sala e ficou afastada de seu bebê até o final de todos os procedimentos quando foi então levada para o alojamento conjunto (fevereiro/2004).

Por outro lado, nos partos que acontecem de forma rápida e quando a mulher é mais colaborativa com as ordens dos profissionais os elogios são freqüentes e ela é considerada “boa parideira”. Nesses casos ao final de tudo a mulher é parabenizada e elogiada pelo seu comportamento de “boa mãe”.

Os obstetras geralmente assistem apenas os partos normais das gestantes com alguma condição de risco, que eles mesmos estabelecem quando a mulher é internada na maternidade. Apenas quando as enfermeiras obstetras não estão no plantão ou quando surge alguma distócia eles se

envolvem nos partos de baixo risco. A rotina de assistência ao parto destes profissionais é sempre muito parecida. Parecem acreditar que todos os esforços devem ser feitos para abreviar ao máximo o período expulsivo, não avaliando que existe uma duração esperada para que a criança nasça. Nesta perspectiva optam pela colocação do ocitócico no soro, pelas orientações para a realização pela mulher de puxos forçados e contínuos, pela utilização da episiotomia e da manobra de Kristeller. Algumas destas manobras estão contra-indicadas pelos danos que podem causar se não existe sinal de sofrimento fetal que realmente indique a necessidade de abreviar a expulsão fetal (OMS, 1996, Enkin et al, 2000).

No diário de campo relato a assistência ao parto de uma gestante cuja única condição de risco era não ter feito o acompanhamento pré-natal. Apesar das boas condições de saúde de bem estar da mãe e do feto e da iminência do parto, toda uma seqüência de intervenções desnecessárias foi utilizada apenas porque “é rotina”,

Uma mulher que não fez pré-natal chega em período expulsivo e é levada imediatamente para a sala de parto. O médico obstetra fica manipulando a vagina dela continuamente e pede para que faça força. A mulher obedece e com o esforço elimina urina que respinga na calça do médico. Ele dá um pulo para trás e fala um palavrão. Tentando ser gentil e desculpar-se, ela fala para o doutor que ele fez o primeiro parto dela. A mulher está com bastante contrações, mas mesmo assim o médico pede para colocarem soro com ocitocina. A sala de parto está cheia e até a anestesista estava presente. Várias

conversas paralelas e nenhuma com a mulher. A anestesista decide ela mesma pegar a veia da paciente e opta pelo cateter venoso mais grosso (e doloroso de ser colocado) justificando sua opção para o caso de haver alguma complicação. Fura duas vezes a paciente e perde as veias submetendo a mulher a uma verdadeira tortura. Acaba mudando para o outro braço onde fura a mulher uma terceira vez. Abre o soro para mostrar como pegou uma veia calibrosa e se esquece de que ali tem uma medicação para aumentar a atividade uterina. O obstetra pede para ela diminuir o gotejamento antes que ocorra uma hipertonia uterina. Ao fazer a anestesia local para a episiotomia o médico fala para a pediatra que não vai fazer a incisão mediana (episiotomia na linha mediana do períneo) porque “ela usa isso aqui para outras finalidades” sugerindo que a mulher tem coito anal. Apesar de ter colocado o soro e de estar tudo indo bem, o obstetra pede para outro colega dar uma forcinha e ajudar empurrando o fundo do útero. Depois pede para ele fazer a força mais devagar para não arrebentar tudo lá embaixo e ele ter que suturar depois. A criança nasce e a mulher fica aliviada. Diz que o bebê ainda não tem nome e que o pai ainda vai escolher. O obstetra chama o pai de preguiçoso porque até agora não escolheu o nome. Ao sair da sala fala para a mulher “eu vou largar a obstetrícia e como você só teve filho comigo quem sabe você agora não engravida mais”. A pediatra mostra rapidamente o bebê para a mãe e repete as perguntas avisando

que são de rotina. A auxiliar de enfermagem que termina os cuidados trata a mulher com mais atenção (março/2004).

Inferi que a mulher foi punida pela equipe durante toda a assistência porque não fez o acompanhamento pré-natal. Para os profissionais o desprezo da mulher pelos cuidados que podem ser oferecidos durante a gestação só pode ter como explicação a ignorância, a ausência de preocupação com a saúde do bebê ou a soma dos dois.

A sexualidade das gestantes é abordada muitas vezes de forma preconceituosa. Algumas referências à anatomia da mulher não levam em conta as mais básicas regras de ética que deve prevalecer na relação médico-paciente. Falas que insinuam as práticas sexuais da mulher ou fazem referência às condições da sua anatomia são proferidas apenas para humilhá-las não acrescentando nada à condução do caso. Mulheres muito pobres e ignorantes, usuárias de drogas e adolescentes são submetidas pelas pediatras a questionamentos de forma absolutamente impessoal sem considerar a completa falta de privacidade do ambiente. O estado marital, a vida sexual, a história reprodutiva e o uso de drogas são questionados sem nenhuma cerimônia e em voz alta na sala de parto diante de tantos desconhecidos. Algumas vezes as perguntas são realizadas em tom de absoluta descrença na resposta quase afirmando “você não vai dizer a verdade mesmo”. No diário de campo relato o atendimento a uma mulher que parece drogada, tem o aspecto sujo e que algumas vezes parece distante de tudo o que está acontecendo,

F parece ser usuária de drogas, seus dentes estão em péssimo estado e em seu comportamento nota-se um

distanciamento de tudo. Manifesta preocupação porque acha que o bebê é prematuro. A pediatra repete todas as perguntas da anamnese que faz com as mães, porém desta vez sugere explicitamente “seu marido é usuário de drogas não é?”, também esmiúça sem nenhum propósito seu estado marital “você é casada, vive junto ou só sai de vez em quando com o pai do bebê?”. Quando a mulher nos intervalos entre os empurrões em sua barriga durante as contrações diz que não fez pré-natal todas as caras são de reprovação e condenação. Quando o bebê finalmente nasce, vê-se que não é tão prematuro, mas ninguém fala nada para F. A atenção esta voltada para o bebê e o clima é de que ele parece estar bem, apesar da mãe que tem (novembro/2003).

Ao invés de realizar a anamnese com as gestantes no PP quando poderiam conversar de maneira mais tranqüila e com mais privacidade, as pediatras deixam para realizar a anamnese quando elas estão na mesa de parto em pleno esforço de parir a criança. Entre as dores das contrações as mulheres precisam responder perguntas tais como: Você é casada? De papel passado? Você usa drogas? Seu parceiro usa drogas? Você tem certeza de que ele não usa drogas? Ele é o pai do seu filho? Você tomou algum remédio durante a gestação? Você teve alguma doença nesta gravidez? As perguntas se sucedem sem que a mulher tenha tempo sequer de pensar na resposta adequada. A pediatra não parece preocupada com as respostas, mas apenas em executar sua tarefa o mais rapidamente possível. O cruel desta situação é

que a mulher, considerando que as perguntas são importantes para o cuidado com o bebê, esforça-se em respondê-las apesar das dores, quase se desculpando quando para por causa de uma contração mais intensa.

Acabada a anamnese, a pediatra normalmente se coloca próximo ao obstetra observando se já é possível ver a cabeça do bebê se insinuando pela vulva. Estimula que a mãe faça bastante força e muitas vezes preocupada com a demora no período expulsivo recorre ao expediente da ameaça sobre os perigos para a saúde do bebê com a demora no nascimento. Apesar dos riscos para os bebês, as próprias pediatras sugerem em algumas ocasiões a manobra de compressão do fundo uterino como forma de apressar o nascimento.

Quando nasce a criança é pega pela pediatra que vai realizar os procedimentos de rotina como a secagem, desobstrução das vias aéreas superiores e o exame inicial das condições de bem estar. Tudo isto é feito no berço aquecido sem que a mãe tenha uma visão do que esta sendo feito nem sendo informada pela pediatra do estado do bebê. O que tranquiliza a mulher é ouvir o choro do filho, sinal de que ele esta vivo e respirando. Acabado o exame, a pediatra algumas vezes mostra o bebê para a mãe e aconselha que ela o amamente, outras vezes apenas o deixa no berço, diz para ela que ele esta bem e repete burocraticamente a orientação para que amamente. O relato do diário de campo descreve as observações sobre a atuação das pediatras da equipe na assistência aos recém-nascidos em dois momentos distintos,

A pediatra chega e após preparar seus equipamentos para atender o bebê, faz inúmeras perguntas para Ana. Não percebe que o momento é completamente inadequado e que ela ou não responde ou fala qualquer coisa em resposta. Para a pediatra o

importante parece ser “fiz todas as perguntas que tinha que fazer – cumpri meu dever”. Algumas das perguntas são em tom de voz mais elevado e parecem duvidar da resposta – uso de drogas, história de abortos e ter feito pré-natal ganham realce no tom de voz. Quando o bebê nasce, Ana logo se acalma e fica evidente que estava com muita dor. Obedece a enfermeira obstetra e a pediatra, logo se posiciona adequadamente na mesa e fica esperando o bebê que apenas pousou em seu colo antes de ser pego pela pediatra para examinar.
(novembro/2003)

A pediatra está na sala pronta para pegar o bebê. Em nenhum momento dirige a palavra à mulher. Não se apresenta nem faz qualquer pergunta sobre a gravidez. Em pouco tempo o bebê nasce e é colocado por alguns segundos no colo da mãe até a ligadura do cordão umbilical. Pela posição (deitada de costas) e pelo cansaço do esforço realizado quase não consegue ver a criança que acaba de parir. A pediatra retira a criança e a leva para o berço aquecido. A enfermeira obstetra depois de algum tempo fala que o bebê esta bem e logo a Dra vai parar de maltratá-la (uma forma de dizer que a pediatra não precisaria fazer tudo o que estava fazendo com o bebê que nasceu muito bem). A outra pediatra que estava na sala fala para a enfermeira não falar assim. Esta também, sem se apresentar faz as rápidas e clássicas perguntas à mulher (uso de drogas, se é casada no papel, e outras) e em seguida as

duas pediatras se retiram sem dar qualquer informação sobre a saúde do bebê ou orientação sobre cuidados ou amamentação (dezembro/2003).

Enquanto a pediatra cuida do recém-nascido, o médico ou o enfermeiro obstetra finaliza os cuidados com a mãe. São a saída da placenta e a realização da episiorrafia (sutura da incisão feita na vagina e no períneo) que ainda demandam a atenção dos profissionais. Neste momento em geral todas as atenções da mulher estão voltadas para o bebê e ela só reclama quando sente dor com os pontos da episiorrafia. Após o nascimento, o ambiente na sala de parto fica mais tranquilo e eventualmente a mulher é estimulada a colocar o bebê no colo ou mesmo no seio para sugar. Terminada a atenção na sala de parto e estando os dois em boas condições de saúde serão encaminhados para a enfermaria de alojamento conjunto.

Na entrevista de número 2 a mulher conta como foi o atendimento ao seu parto e a forma como percebeu o cuidado a que foi submetida. Comparando o atendimento neste parto com o nascimento de sua primeira filha estranha os procedimentos médicos adotados,

Bom, eu achei que eu tive um parto complicado porque, achei não, foi, porque eu já tive uma (antes) eu sei qual foi a diferença. É a neném não estava encaixada ainda, aí foi forçado. Eu achei que podia ter sido diferente na hora, sabe, que o médico poderia ter feito outra coisa, não sei o que, mas ele encaixou ela com a mão, não sei esse procedimento é certo, eu sei que foi muito doloroso, até meu marido viu que eu sofri muito. É fazia força ela não saía, não saía, não saía, e um em cima de mim e

outro em cima de mim e tudo apertando a minha barriga, até que ela saiu depois de muito sacrifício ela saiu. Mas eu não sei dizer se podia ser cesariana. Eu não entendo nada disso. Não sei se eles podiam ter feito outra coisa menos dolorido até para ela mesmo, porque ela nasceu com o rosto todo marcado, de tanto bater e não ter passagem. Ah! Foi horrível! Mas depois foi tudo bem no atendimento.

Quando perguntada se sentia informada sobre os procedimentos que foram feitos ela afirma que não e que mesmo quando perguntou diretamente ao profissional o mesmo não lhe deu a informação correta,

Não. Nenhum momento (me deu informação). Teve até uma hora que eu estava sentindo, eu vi o médico me cortar, eu senti o médico me costurar, eu perguntei: - Ah! O senhor não me deu anestesia porque (no parto da) minha filha não senti nada. Aí ele foi... Ele até falou: - Ah! Eu sou algum mentiroso? (risos) Aí eu deixei para lá. Falei assim: - Não porque eu não senti, nem vi agulha, não é? Eles ficam de olho em tudo aí eu não o vi, nenhum momento, me dar anestesia nenhuma. Eu estava sentindo dor. Eu sentia cada agulhada assim, me costurando. Eu senti tudo, puxando a linha. É não foi dada a anestesia. É foi um parto sofrido (entrevista 2).

Terminados os procedimentos finais com a mulher após o nascimento do bebê (retirada da placenta, revisão do colo do útero e canal vaginal com sutura de

eventuais lesões) e se ambos estão bem, após a transferência para uma cadeira de rodas são conduzidos (sempre que há vagas) para o alojamento conjunto. Nestas enfermarias irão ficar em média por mais 48 h ou 72h dependendo de deu parto foi vaginal ou cesárea.

Como observador ficou claro para mim que os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, de uma forma geral, não levam em conta os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres atendidas na maternidade. Correa e Petchesky (1994) definem o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de “poder e recursos” envolvendo uma noção central de integridade corporal ou de controle sobre o próprio corpo. Com uma visão crítica de “direitos humanos” estas autoras propõem uma reconstrução do discurso dos direitos que leve em conta gênero, classe e outras diferenças culturais e o reconhecimento de necessidades sociais e de condições possibilitadoras. Como sugestão elas oferecem um conjunto de princípios éticos para direitos sexuais e reprodutivos tais como: “integridade corporal” (que não pode ser violada), “a condição de pessoa” (e o direito de decidir sobre o próprio corpo), “a equidade” (como por exemplo o direito ao acesso universal a tecnologia apropriada e a equidade de gênero) e “diversidade” (como o respeito as diferenças culturais e também à outros saberes). Raras foram as situações em que qualquer demanda das mulheres ou seus familiares foi pensada pelos profissionais em termos de direitos. O que determina a forma do cuidado são as rotinas e as preferências individuais.

O alojamento conjunto - AC.

As mulheres são internadas no AC diretamente da sala de internação quando não precisam se submeter a nenhum procedimento no Centro Obstétrico (CO). Entretanto na maioria das vezes vêm encaminhadas no pós-parto ou pós-curetagem (em casos de abortamento ou retenção placentária pós-parto) do CO onde foram submetidas aos procedimentos indicados. As enfermarias de alojamento conjunto têm quase todas quatro leitos, um banheiro e também contam com ar condicionado. No corredor próximo às enfermarias existem “fraldários” onde as mães podem dar banho e cuidar da higiene dos bebês. Estes fraldários são utilizados por todas as mães, em especial pela manhã quando os recém-nascidos são pesados para que os pediatras saibam como está a evolução ponderal da criança. Os bebês perdem peso nos primeiros dias de vida e esta monitoração deve ser feita pelos pediatras. Nesta hora as mulheres se revezam na utilização do espaço, que fica ocupado seguidamente até que todos os bebês tenham sido pesados.

A grande movimentação nas enfermarias de alojamento conjunto acontece no período da manhã, quando as mulheres recebem as visitas dos médicos obstetras e os bebês são vistos pelos pediatras. Os cuidados prescritos são depois executados pela equipe de enfermagem. As mulheres que recebem alta hospitalar do obstetra devem ainda aguardar a alta do bebê que é dada pelo pediatra. Confirmada a alta ela deve receber as informações sobre os cuidados que deve ter em casa com sua saúde e com a do seu filho.

Um comando de enfermagem no centro do corredor para onde se abrem as enfermarias atende a todas as mulheres ali internadas. Neste espaço ficam as enfermeiras e auxiliares de enfermagem que prestam assistência às mulheres e bebês do alojamento conjunto. Durante a parte da manhã é intenso

o vai-e-vem do pessoal pegando material, roupas e vendo as prescrições médicas que devem ser cumpridas. À tarde o movimento é menor e em geral os cuidados a serem realizados são pontuais, as enfermeiras e auxiliares têm menos atividades a fazer e as mulheres estão mais voltadas para a hora das visitas quando poderão ver seus familiares.

A rotina do alojamento conjunto envolve principalmente o cuidado inicial que as mães e seus bebês precisam nas primeiras horas do pós-parto. Assim sendo as orientações para a mulher sobre os cuidados com sua saúde e a do bebê são elementos fundamentais deste cuidado. Dentre todos, um compromisso de destaque na maternidade, que é detentora do título de Hospital Amigo da Criança, é o do trabalho na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. As mulheres afirmaram que receberam orientações sobre a amamentação, mas também falaram sobre a pouca informação sobre os cuidados consigo mesma que receberam durante sua passagem pelo alojamento conjunto. Na entrevista de número 6 a mulher conta que embora tenha recebido as informações para os cuidados com o bebê não recebeu qualquer informação sobre os cuidados que deveria ter consigo,

Assim, que eu me lembre, só a pediatra que falou sobre o cuidado com o neném e tudo, não é? Ensinou como amamentar, as mães no como amamentar, como posicionar o neném pra amamentar e tudo.

A falta de informação de que as mulheres reclamam na assistência que tiveram durante sua permanência no PP parece repetir-se na rotina do alojamento conjunto. As visitas médicas são rápidas e não há muito tempo para

informar as mães sobre cuidados mais detalhados com sua saúde ou do bebê. No geral, mesmo as enfermeiras que teriam o papel principal de cuidadoras no puerpério imediato não cumprem esta função de informar as mulheres de forma adequada. Na entrevista 13 a mulher relata que a sua experiência com o primeiro filho foi fundamental para que soubesse o que fazer agora porque, para ela, se dependesse das informações ou do apoio da equipe de enfermagem neste período teria muitas dificuldades,

Não disseram nada. Eu que já sou mãe agora pela segunda vez que eu sei o quê que a gente faz, o quê que tem que fazer. Mas se eu fosse marinha de primeira viagem, eu ia ficar perdida, porque ninguém disse nada. Eu chegava e ninguém dizia nada, nada, nada, nada, nada.

Com experiências anteriores diferentes no atendimento ao parto e pós-parto, as mulheres avaliam de forma diversa alguns dos serviços oferecidos. A introdução de novas rotinas de cuidado com o bebê podem ser motivo de estranhamento para mulheres que tiveram um intervalo grande entre as gestações. A discordância sobre a rotina de banhar o recém-nascido e a funcionalidade do fraldário é evidente entre duas mulheres, a primeira favorável cujo último parto foi há pouco tempo e a segunda contrária cujo filho mais novo tinha quase vinte anos,

Eu gostei principalmente da parte onde você tem acesso pra limpar as crianças, você não precisa limpar a criança lá no bercinho nem na cama que a gente está, não é? Tem o fraldário, aonde a gente mesmo podia dar banho nas crianças,

onde a gente podia levar para trocar a criança, trocar fralda. Então assim, um espaço muito bem elaborado (entrevista6).

A única coisa que eu não gosto muito, é que eu não gostei, que quando eu tive, nenhuma das outras vezes que eu tive filho, quer dizer, a gente não dava banho, agora a gente dá. Mas isso aí eu não gostei não. Aquela banheira lá também que eu acho que é uma coisa só para todo mundo (Entrevista 12).

As mulheres foram unânimes em elogiar as boas condições estruturais da maternidade, o conforto do banheiro no quarto, a limpeza dos diversos locais e especialmente a alimentação. Todos estes itens foram seguidamente destacados nas entrevistas como fatores de satisfação das usuárias,

As instalações eu gostei. Assim, tudo organizado, pelo menos a enfermaria eu achei organizada e limpinha (Entrevista 13).

A alimentação para mim foi boa não tenho que reclamar não. Pelo menos os dias que eu estava a comida que veio eu falei: - Ah! A comida que eu gosto (Entrevista 12).

Ah! Foi bom. Lá bem limpinho. Foi em vista do que falavam não achei ruim não. É bom. Foi bom o atendimento (Entrevista 20).

Nem sempre todas as mulheres internadas numa mesma enfermaria estão na mesma condição de puérpera acompanhada por seu recém-nascido.

Algumas vezes estão no mesmo local puerperas sem seus bebês que estão internados na Unidade Neonatal ou mesmo mulheres que foram submetidas a uma curetagem ou que tiveram um bebê natimorto. Esta situação é muitas vezes inevitável porque o excesso de pacientes impede que se reservem de rotina leitos separados para os casos em que seria recomendável a separação das mulheres. Entretanto, mesmo quando isto poderia ser evitado não se percebe uma mobilização da equipe de enfermagem de modo a garantir esta separação. A mistura de pacientes com perdas fetais e puérperas com bebês saudáveis numa mesma enfermaria cria muitas vezes um sofrimento psíquico para as puérperas como relata seu constrangimento a mulher na entrevista 22,

Eu achava que não devia ser assim, entendeu? Tinha vezes que chegavam as meninas lá que tinham feito aborto ou até tinha perdido mesmo o bebê, elas ficavam chorando porque viam o neném dos outros, entendeu?

As experiências individuais das mulheres com o atendimento dos profissionais nas enfermarias de alojamento conjunto também foram bastante diversas. Chama a atenção o fato de que um elemento que foi motivo de elogio por uma mulher durante uma entrevista tenha sido exatamente o motivo de reclamação de outra usuária. Muitas mulheres vêem o período em que estão internadas como o momento em que podem ter uma breve “folga” de todo o trabalho que terão dali para frente. Neste sentido ficam bastante evidentes as diferenças existentes no atendimento prestado pelas equipes e que são verbalizados pelas mulheres. Na relação com as puérperas internadas, em

especial no contato com as profissionais de enfermagem, a subjetividade das relações pessoais interfere diretamente na percepção do cuidado recebido,

Não teve cuidado nenhum. Ali é cada um por si e Deus por todos. E você que vai tomar banho e você que faz tudo sozinha, é tudo independente, cada um cuida de si. Não tem ajuda de ninguém não, independente se o parto foi bom ou se foi ruim. As pessoas, as colegas de quarto assim, que ajuda a olhar o neném, a ficar com o neném, a te levar ao banheiro para tomar (banho) (entrevista 2).

Bom (atendimento), bom porque eles dão toda a atenção aos pacientes, não é? Toda hora eles estão ali perguntando como é que está a criança. E são vários médicos que passam no dia, enfermeiras, não é? O dia inteiro. Então bom (Entrevista19).

A maior parte das mulheres entrevistadas queixou-se do relacionamento com algum elemento da equipe de enfermagem. A pouca disponibilidade dos profissionais para orientar as mulheres foi uma queixa freqüente,

Que as enfermeiras, elas podiam ter muito mais paciência, elas podiam ser mais atenciosas, sobre esse ponto elas deixam muito a desejar, entendeu? É tudo assim ignorante e manda você fazer as coisas e não tem aquela educação, entendeu. Você, “Vai, faz isso!” “Não! É assim não! É normal” e sei lá, eu achava que tinha que ter um pouco mais de paciência porque a gente acabou de ter um filho, está ali cheia de dor, se você pergunta

uma coisa, tem uma dúvida, qual é a delas? De chegar, te orientar, direito. Mas não, é tudo assim brutas, entendeu? Grotescas (entrevista 13).

As próprias mulheres relativizam a falta de paciência e de informação por parte dos profissionais no AC. Uma das entrevistadas relata a conversa que ouviu entre auxiliares de enfermagem e elabora como a deficiência de pessoal pode interferir no cuidado com a clientela internada,

Poderia ser melhor, no atendimento. Ah! Serem pacientes e ter mais profissionais. Porque nesse dia que eu fiquei lá eu escutei uma enfermeira dizendo que tinha faltado enfermeira para caramba. Aí a outra falou o motivo. - Porque o motivo de tanta falta. Aí ela falou: - Ah! Tem gente de férias, tem gente que faltou mesmo, tem gente que não veio porque foi resolver problema, aí estou falando, entendeu isso, eu acho que nesse ponto tem que ter um pouco mais profissionais, suficientes para atender todo mundo. Porque não deve ter o suficiente porque se faltar determinado número, fica uma sobrecarregada, duas sobrecarregadas e paciência entre elas lá. Ah! (entrevista 13).

Em outras ocasiões a maneira como a informação era repassada para a mulher fazia com que se sentisse tratada de maneira inadequada, incompatível com a idéia de educação em saúde que deve permear os cuidados no puerpério,

Ah! Não gostei não! A maioria das enfermeiras, elas tinham que ser mais pacientes, mais educadas, só um exemplo que eu vou te dar (A enfermeira perguntou) Você está amamentando? Eu falei assim: - Estou, não, estou porque eu não tenho muito leite, só tinha o colostro. I:- Deixa eu ver, bota o peito aí para fora. Bota um primeiro. Aí botei. – Aperta. Aí eu apertei. Aí ela viu que estava saindo só aquele liquidozinho amarelado. - E o outro? Deixa eu ver o outro. Mas tudo assim, grosseiro, entendeu? (entrevista número 13)

A rotina de assistência no AC tem um “atendimento padronizado”, ao qual todas as mulheres vão estar ser submetidas. O que vai fazer diferença na percepção do cuidado recebido é a relação que o profissional estabelecerá com a cliente. A maneira como o cuidado foi feito ou explicado é que vai fazer com que ela se sinta mais ou menos atendida e respeitada influenciando a percepção que a mulher tem do serviço prestado na maternidade como um todo. As mulheres reconhecem seus direitos de solicitar o apoio e a orientação dos funcionários. Esta situação é verdadeira para os atendimentos prestados em qualquer horário conforme ilustra o depoimento da mulher na entrevista 13,

E as pessoas tratarem as outras com mais respeito também, com menos cara feia. Tudo bem que é de madrugada, que está no plantão, mas vai fazer o quê? Depois que estão ali eles têm obrigação de aturar não é?

A própria mulher apresenta a solução para lidar com uma situação como esta. É preciso ignorar o destrato e não responder, o que pode ser pior para ela e seu bebê,

*Tem sempre alguém que trabalha de mal humor, não é?
Hum, sei lá, tem sempre umas mais mal humoradas, a
(paciente) que for levar tudo ao pé da letra, está ferrada
também, não é? (entrevista 13).*

Embora sejam dezenas de situações semelhantes cuidadas pelos profissionais a cada semana, em contrapartida, para as mulheres “marinheiras ou não de primeira viagem”, o momento do pós-parto é sempre de fragilidade. Com dores e o desconforto nos pontos causados pelas cicatrizes (da cesárea ou da episiotomia), cansadas pelas noites mal dormidas assistindo aos seus bebês, ansiosas com a amamentação, as mulheres vivem seu pós-parto como momentos únicos e gostariam de mais apoio e informação.

A maior expectativa das mulheres pela manhã no AC é pelo momento da alta. Se a visita e a conseqüente comunicação de alta pelos obstetras acontecem na maioria dos dias bem cedo pela manhã, a alta do bebê que é dada pelo pediatra pode demorar um pouco mais. Algumas vezes é necessário esperar a chegada de um exame laboratorial ou a avaliação do ganho de peso e das condições de amamentação para a confirmação da alta. A família em geral já se encontra de sobreaviso porque na internação é informada sobre a duração média do tempo de internação tanto para o parto normal (48h) quanto para a cesariana (72h). Confirmada a alta, as mulheres telefonam para os familiares para que venham buscá-las. A lista de alta é preenchida pela

enfermagem e encaminhada para a portaria assim que está pronta, pois estas equipes tentam “liberar” o maior número de altas ainda pela manhã, na tentativa de garantir vagas de internação para a equipe de plantão. Na saída, todo um ritual de entrega de documentações, assinaturas no prontuário e conferências (se o bebê que está com a mãe é o correto) é realizado.

A volta para casa, com o bebê saudável após o parto, traz o alívio e a alegria (estampados nas faces) de quem já passou pelos medos e as preocupações que as mulheres tinham quando imaginavam seu parto ao final da gestação.

6.2 – Experiências anteriores e expectativas sobre a assistência ao parto.

A escuta das mulheres usuárias é importante para um entendimento o mais amplo possível sobre a aproximação existente entre a representação dos profissionais sobre o conceito de humanização da assistência, a política pública de humanização e as expectativas das mulheres em seu atendimento na maternidade.

O presente capítulo tem como objetivo analisar as informações que as gestantes possuíam sobre a humanização da assistência ao parto, a experiência do atendimento em parto(s) anterior(es), suas expectativas como usuárias da maternidade pública estudada em relação ao atendimento que esperam receber no parto que se aproxima e a experiência do atendimento recebido durante a internação.

Aqui estão relatados os resultados da análise das vinte e uma entrevistas realizadas durante a gravidez e das oito entrevistas das mulheres deste grupo inicial que tiveram parto normal na Maternidade, que foram feitas cerca de um mês após o nascimento dos bebês. Na análise dos dados das entrevistas feitas no puerpério, que tratam especialmente das questões relativas ao atendimento na Maternidade utilizei também os elementos de meu trabalho etnográfico.

Humanização um conceito desconhecido.

O conceito de humanização da assistência ao parto era desconhecido para as mulheres entrevistadas. A falta desta informação não incluía apenas as questões relativas à assistência obstétrica em especial, mas também ao conceito mais amplo de garantia dos seus direitos de cidadania e de consumidora de um serviço que é financiado com recursos públicos. Este

conceito não havia sido incorporado, apesar de todas as mulheres entrevistadas terem pelo menos uma experiência anterior de internação hospitalar para ter um filho e algumas até mais recentemente, em maternidades já envolvidas na política municipal de humanização da assistência, *“Não. Nunca ouvi falar sobre isso. É a primeira vez. Estou ouvindo agora, falar”* (entrevista nº 8).

Após informadas sobre o que consistia a proposta de humanização do parto as mulheres não avaliam mais negativamente a assistência que receberam nas gestações anteriores, mas ressaltam que tiveram muito pouca informação durante todo o processo. Green et al (1998, p.71) em pesquisa na Inglaterra sobre expectativas e experiências de 747 gestantes com o nascimento encontraram que a grande maioria delas gostaria de receber toda a informação possível sobre TP, independente do nível educacional ou condições econômicas. Seja durante a admissão ao hospital, seja durante o atendimento ao TP e parto ou no cuidado durante a permanência no alojamento conjunto as mulheres recebem pouca ou nenhuma informação sobre os procedimentos a que são submetidas, a evolução do trabalho de parto ou os cuidados que devem ter com sua saúde após a alta,

Não falam não. Nem para tirar sangue eles não dão explicação porque que estão tirando. Nenhum deles. Nos três (partos), em todos eles fizeram exame nunca nem falaram porque que estavam tirando (sangue) não (entrevista 15).

Apesar da humanização da assistência ao parto ser uma política da Secretaria Municipal de Saúde à qual está subordinada a maternidade

pesquisada, e também, apesar da mesma fazer parte do grupo de hospitais incluídos no projeto de humanização da assistência hospitalar do Ministério da Saúde não pude verificar nas entrevistas com as mulheres nenhuma evidência de que as mesmas receberam informações sobre estas iniciativas. Mesmo encontrando-se já próximas ao momento do parto verificamos que não foi apresentada a estas gestantes quaisquer das questões relativas às várias possibilidades de atenção no processo de atendimento ao TP e parto, atitude recomendada pelos manuais de atenção pré-natal (Kirkham, 2005, p.1310, Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines p.4.22). As informações prestadas no pré-natal deveriam incluir também seus direitos como cidadã, a possibilidade da presença do acompanhante, da utilização de recursos como a água (chuveiro ou banheira), do uso da bola de fisioterapia e da livre deambulação entre outros.

As diversas ações da SMS/RJ na promoção da política de humanização, como as adequações das estruturas hospitalares, a contratação das enfermeiras obstetras, a adoção de novas rotinas hospitalares e de outras medidas, entre elas uma resolução que garante o direito da mulher a um acompanhante no parto e a produção de um cartaz para divulgar esta possibilidade, não parecem ter alcançado as gestantes entrevistadas, nem sensibilizado os profissionais que prestam o atendimento pré-natal na Maternidade estudada.

A experiência anterior de assistência ao parto.

A avaliação das mulheres em relação ao atendimento recebido em seu(s) parto(s) anterior(es) é de modo geral positiva coincidindo com os achados de

Leal et al (p. 525, 2004) em pesquisa com puérperas no MRJ nos anos 2000/2001, onde encontrou que a grande maioria das mulheres considerou satisfatório o atendimento recebido no parto,

Me atenderam bem, não tive reclamação nenhuma não.

Foi normal. (entrevista nº16)

A minha filha foi muito bem atendida. E não tenho o que reclamar não, não é? Fui bem atendida, que eu tive um parto ótimo, sem problema nenhum. Foi normal. Tive um parto ótimo (entrevista nº 10).

Minhas entrevistas revelam que a satisfação das mulheres estava associada principalmente a conseguir vaga para internação, ser atendida sem demora na admissão e à rapidez do nascimento do bebê. Estes elementos tornam-se novamente presentes e são reiterados nas expectativas relacionadas ao parto que se aproxima.

Se por um lado algumas mulheres afirmaram que foram bem atendidas, por outro, cabe ressaltar que em nenhum momento os serviços foram alvo de elogios. Na verdade a satisfação parece ser sempre pontual, seja relacionada à atuação de algum profissional ou porque o nascimento foi rápido, com poucas dores e não aconteceu nenhuma complicação,

Foi ótimo. Quando eu cheguei aqui fui logo atendida, os médicos também foram maravilhosos. Tive minha filha rapidinho. Não teve problema nenhum. Toda hora aparecia enfermeira vendo se eu estava tendo contrações (entrevista nº 8).

Apesar de quase a totalidade dos nascimentos no MRJ serem hospitalares e embora muitas maternidades trabalhem com leitos extras, o principal problema é que muitas gestantes precisam se deslocar à procura de uma vaga (Leal et al, 2004). As mulheres realizam uma verdadeira peregrinação dado que os leitos obstétricos não são distribuídos de forma homogênea pela cidade e do acesso a algumas unidades ser mais difícil. Além disso, como percebi na pesquisa, as mulheres também tentam precariamente garantir uma “certa escolha” já que algumas unidades têm melhor fama (as unidades próprias do município) junto à população do que outras (os leitos conveniados pelo SUS), dando o contexto desta peregrinação.

Neste cenário, de pouco ou nenhum controle do acesso ao leito obstétrico, os profissionais das unidades que realizam pré-natal não têm como garantir à mulher uma referência certa para o momento do nascimento de seu filho. Da mesma forma, os médicos que atuam nas maternidades próprias da rede pública municipal têm com freqüência que negar a vaga e transferir parturientes para outras unidades por falta de leitos. Como nem sempre se responsabilizam por conseguir uma vaga antes do encaminhamento, muitas vezes estes são feitos de forma verbal sem que as mulheres tenham garantia de obtenção da vaga em outra maternidade. No período 2000/2001 não conseguiram ser atendidas no primeiro hospital, 23,9% das mulheres no MRJ (Leal, 2004). Giffin et al (2000), num estudo sobre fatores associados à realização de cesárea e qualidade da atenção ao parto em duas maternidades no MRJ, encontraram que até cerca de 40% das mulheres não foram internadas no primeiro hospital que procuraram. As entrevistas em meu estudo revelaram que a maior angústia para as gestantes é a impossibilidade de ter garantida

uma referência certa para o parto antes do início do TP. A angústia de chegar à maternidade com as dores das contrações, ser examinada e depois encaminhada para outro hospital em busca de uma vaga está presente em todas as falas,

É assim que eu imagino. Eu vou chegar aqui não tem vaga, vamos te mandar para outro lugar, para ficar aqui é um caos porque nunca tem vaga, nunca tem vaga. Isso é em todos os lugares, não é só aqui não (entrevista nº 3).

A atenção oferecida pela equipe durante o TP é outro importante fator na satisfação da mulher com o atendimento recebido (Tornquist, 2003). Quando um membro da equipe de saúde faz um vínculo com a parturiente ela se sente acolhida e cuidada, mesmo que este profissional não permaneça com ela durante todo o tempo. Em meu estudo a presença de um profissional (geralmente de enfermagem) que deu algum tipo de atenção durante o TP, associada à ausência de complicações com a mulher ou com o bebê foi apontada como motivo para satisfação em relação à assistência ao parto anterior. Estes aspectos são evidentes no debate acerca da satisfação de usuários nos serviços público, dado o baixo patamar de direitos a que têm acesso (Hotimsky, 2002, Campos& Carvalho, 2000), *“Na hora do parto as enfermeiras me atenderam bem. A que ficou comigo, eu tive muita cãibra nas pernas então uma enfermeira ficou comigo até eu ter minha filha”* (entrevista nº 20).

A satisfação da mulher também pode ser resultado de uma comparação entre o tratamento que recebeu e o relato que outras mulheres fazem de suas experiências anteriores. Terem sido atendidas em hospitais públicos parece diminuir o nível de suas exigências em relação ao que poderia ser considerado um atendimento de qualidade. Em um hospital público, de forma geral, as mulheres não esperam receber um tratamento mais individualizado ou uma atenção mais carinhosa mesmo no momento do parto, como enfatizam, *“Porque é muito difícil nos hospitais públicos a gente ser bem tratada como a gente deve ser”*(entrevista nº 9).

No geral, as histórias de atendimento nestes hospitais estão permeadas por referências à violências institucionais que podem ser manifestadas de várias formas (Hotimsky et al, 2002, D’Oliveira, 1997). Os relatos de minhas entrevistadas revelam a negligência com a demora no atendimento e o abandono no leito, a submissão ao isolamento pela proibição de um acompanhante e em especial a violência verbal vivenciada pelas mulheres quando não se comportam de acordo com o desejo dos profissionais. O fato de não ter sofrido nenhuma situação de violência faz com que, por comparação, o cuidado que recebeu seja definido como um bom atendimento. Foram diversas as falas das mulheres que afirmam que foram bem atendidas porque não foram maltratadas, indicando que esta situação pode ser rotineira para as usuárias dos serviços públicos, *“Com tudo que eu escuto falar, pelo o que eu vejo com outras pessoas, eu tive um atendimento excelente, por ser o hospital público, entendeu”?* (entrevista nº6).

Algumas mulheres entrevistadas explicam a violência perpetrada pelos profissionais como uma reação à gestante gritar ou fazer “escândalo” por conta

das dores nas contrações durante o TP, o que não seria considerado um comportamento adequado pela equipe de saúde,

Tem gente que chega no hospital faz escândalo e eles deixam mesmo para lá, não é? Vão pegar quem está mais quieta. Geralmente acontece isso, entendeu? Então a gente fica assustada, com certeza fica (entrevista nº3).

Como se vê, uma das preocupações das gestantes e também demarcada na literatura tem relação com o comportamento que terão frente à dor no TP. O medo de perder o controle está associado às punições que serão impostas pelos profissionais frente ao seu “mau comportamento” (Hotimsky et al, 2002).

As mulheres que reclamaram do atendimento no parto anterior apontam ainda como falha do serviço onde foram atendidas a violência sofrida por ficarem “abandonadas” no pré-parto durante o TP, ficando sem atenção durante o período em que passavam pelas dores das contrações uterinas,

Então eu acho que ali eu fui bem tratada porque tem tantos casos que você vê, a mulher fica jogada, fica lá no canto sentindo dor, não tem médico, não tem enfermeira, não tem ninguém. E no meu caso não. Meu caso eu acho que eu tive sorte, entendeu? (entrevista 13).

Eu acho que sim, não é, me trataram bem, não me maltrataram, que nessa hora a gente fica muito carente, não é? (entrevista 10).

As mulheres já conhecem as rotinas hospitalares tradicionais das maternidades que as mantêm no leito durante todo o TP, não lhes sendo oferecido em geral qualquer suporte físico ou emocional. Como visto no capítulo anterior, em geral orientadas a permanecer no leito, são colocadas “no soro” com medicação para acelerar o andamento do TP e ficam aguardando pela hora do nascimento. Os profissionais raramente se identificam ou tratam a mulher pelo nome, apenas avaliam as gestantes de tempos em tempos, o que lhes dá a sensação de abandono (Dias & Deslandes, 2004), *“Cheguei lá, tive dor, me internaram, me botaram no soro, mas também não falaram nada e pronto. Aí eu tive a dor e fui para a sala de parto e ganhei (o bebê)”* (entrevista 22).

Elas também apontam como falhas da assistência ter sofrido violência por parte da equipe seja ela verbal ou mesmo física na forma de toques vaginais demorados e dolorosos ou outras intervenções a que foram submetidas sem que tenham tido qualquer informação sobre o que estava acontecendo.

Como corroboram os estudos de Domingues et al (2004) e Green et al (1998), nossas entrevistadas indicam que a demora no nascimento do bebê que a fez “sofrer” durante horas e/ou a ocorrência de alguma complicação com o mesmo também interferem negativamente na sua avaliação sobre a qualidade da assistência. Uma gestante relata sua experiência anterior, apontando todas as falhas que identificou no atendimento que recebeu,

Ah! Foi horrível! Primeiro eu cheguei num hospital onde eu não tive vaga porque aparelhos estavam quebrados é, eu tinha

quinze anos, fui transferida de ambulância. Até aí foi ótimo, eles não me deixaram com acompanhante, sendo que eu tinha direito, eu fui internada sete e pouca e só fui ter meu filho cinco horas da tarde. E demorou muito. Deixam as pessoas jogadas. O médico era muito ignorante (entrevista nº 9).

A experiência da gestação atual e o atendimento pré-natal.

Apenas três das vinte e uma mulheres entrevistadas planejaram sua gestação atual. Algumas tentaram interrompê-la, mas não tendo sucesso nesta tentativa conformaram-se e deixaram-na evoluir. Em outras falas percebi a importância do papel da maternidade, quando em um novo relacionamento o parceiro atual não tem filhos, e mesmo não desejando, a mulher engravida para dar a ele o filho almejado,

Não foi planejada, não. Eu não queria não. Mas já que aconteceu não é? E ele não tem filho, a mãe dele não tem neto, é o primeiro neto, primeiro filho. Mas que eu queria, não queria não. Fiquei um pouquinho deprimida. Pensei até em tirar, tomar alguma coisa. Só que a minha sogra foi conversando comigo, e ele também foi contra. Se você quiser você vai se virar com seu dinheiro que o meu não vou te dar nada (entrevista nº10).

Todas as mulheres referiram ter o apoio do companheiro ou da família na gestação. Avaliam que este suporte é importante porque consideram que a gestação é um momento de fragilidade emocional e física da mulher. Webster et al (2000) em pesquisa medindo o suporte social durante a gestação

concluíram que as mulheres com baixo suporte social relatavam mais problemas de saúde durante e depois da gestação, iniciavam o pré-natal mais tarde, procuravam ajuda médica mais vezes e tinham depressão pós-parto com maior frequência.

Para as mulheres entrevistadas o apoio se manifestava de diversas formas, seja por um comportamento mais afetivo, pela ajuda no cuidado com a casa e com outros filhos ou ajuda material com o enxoval ou alimentos,

É muito importante ter um apoio ainda mais do meu marido. Eu acho que é muito importante a gente quando está grávida ter o apoio das pessoas, dos parentes. A gente quando está grávida fica muito sensível, chora muito. Qualquer coisinha eu estou chorando (entrevista nº7).

Kroelinger & Oths (2000), em pesquisa com 349 mulheres sobre o impacto do envolvimento do parceiro com a gestação no desejo da mulher de ter o bebê concluíram que o apoio e a preocupação do parceiro durante a gravidez pode ter consequências positivas no desejo da mulher de continuar com a gestação. Para aumentar seu comprometimento com a gestação e o parto os pais devem ser mais incluídos no cuidado pré-natal.

Entretanto, como se sabe a presença do companheiro durante as consultas é rara. Em especial devido ao horário de trabalho dos homens que coincide com os horários das consultas. A ausência destes acaba criando um ambiente praticamente só de mulheres e crianças o que por sua vez acaba inibindo sua presença.

Embora, o Ministério da Saúde aponte a necessidade de acolher a mulher e aproveitar a oportunidade da gestação para discutir com ela e a família questões de saúde, paradoxalmente são poucas as iniciativas para incentivar que os parceiros das gestantes participem das consultas de pré-natal. Além da troca de informações, facilitar a participação do companheiro também é preconizado, e a assistência pré-natal é apontada como o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados (MS, 2000).

Assim, uma vez assumida a gestação, a mulher tem diante de si inúmeras variáveis para a busca de um determinado serviço de saúde para realizar o acompanhamento de sua gravidez. A principal razão apontada nas entrevistas para realizar o pré-natal e o atendimento ao parto na maternidade estudada foi a proximidade de sua residência. Realizar o pré-natal na maternidade próxima de sua residência traz para as mulheres a sensação de estar garantindo uma vaga na internação, já que esta será a primeira unidade a procurar quando entrarem em TP. As dificuldades de locomoção desta clientela são importantes, em especial durante o período noturno quando são menores as ofertas de transporte público. Cerca de 25% das gestantes que tiveram seus partos em maternidades municipais ou federais chegaram à mesma em transporte coletivo ou a pé segundo achados de Leal et al (2004). Também influenciou a opção pela maternidade estudada o fato de algumas delas já terem sido atendidas lá anteriormente e aprovado, de alguma forma, a assistência recebida.

O pré-natal na Maternidade estudada, onde todas as mulheres entrevistadas eram acompanhadas, funciona de forma bastante regionalizada. As inscrições são abertas periodicamente e basta a mulher apresentar um

comprovante de residência na área para que seja inscrita. Cientes desta exigência, as mulheres usam como subterfúgio para conseguir o atendimento apresentar no ambulatório o comprovante de endereço do trabalho do companheiro ou de amigos e parentes. As pacientes referidas por outras instituições, como a maternidade de risco da área que encaminha para a unidade estudada pacientes de baixo risco, também não relataram nenhuma dificuldade de acesso.

Em geral estão satisfeitas com a assistência pré-natal recebida e valorizam bastante o fato dos medicamentos prescritos pelos profissionais serem entregues de forma gratuita pela Instituição e de poder realizar ali os exames solicitados,

Eu adoro minha doutora. O atendimento daqui também.

Em matéria de exame, vacina, tudo o que tem que tomar durante a gravidez, medicamento, apesar que tem uns que falta, não é? Mas eu nunca fiquei sem pegar remédio aqui (entrevista nº10).

Receber informações sobre a gestação e o parto, poder falar de sua experiência como gestante com o profissional e tirar dúvidas foram também apontados como motivos de satisfação com a consulta.

As reclamações da assistência pré-natal baseiam-se na atenção prestada por um ou outro profissional que oferece pouca informação ou oportunidade para que a mulher tire suas dúvidas durante a consulta. Também é motivo de insatisfação a demora para o atendimento uma vez que todas são

agendadas no mesmo horário e atendidas por ordem de chegada. Assim uma mulher pode demorar mais de três horas para ter sua consulta,

Outra coisa que eu acho horrível é você ter que chegar aqui dez e meia da manhã para entregar o cartão, onze horas pesar e esperar de onze até uma hora da tarde para doutora começar a atender. É um abuso isso, conosco, eu acho, isso é o meu modo de pensar (entrevista nº3).

A expectativa do parto (idealizado) e a realidade de ser usuária.

Desde o início de sua gravidez, as mulheres desenvolvem expectativas em relação ao momento do parto, que se intensificam no último mês. No entanto não sabem exatamente nem quando, nem como o nascimento do bebê vai acontecer. O parto é um evento anunciado e esperado pela gestante e seus familiares, repleto de significados que são (re)construídos dinamicamente na cultura. As mulheres elaboram suas expectativas em relação ao momento do parto a partir de experiências anteriores, de materiais educativos e da televisão, através de informações e conversas com outras mulheres e de seu background cultural (Green et al, 1988).

O trabalho de parto (TP) é a última etapa antes deste evento de grandes proporções físicas, psicológicas e culturais. Fisiologicamente as últimas horas da gravidez são caracterizadas por dores decorrentes das contrações que ocasionam a dilatação do colo uterino e forçam a saída do bebê pelo canal vaginal. As transformações corporais acontecem de forma rápida, ao contrário daquelas que ocorrem gradualmente durante os meses de gestação. É também

quando se dá o início da separação do bebê, um processo psicológico importante para a mulher (Maldonado, 1984).

A antropologia médica, desde os fins dos anos 70, tem apontado que o parto por sua riqueza simbólica e por redefinir status sociais e relações pode ser considerado como um rito de passagem (Davis-Floyd, 1994), marcando o início de uma série de mudanças no status da mulher em mãe e redimensionando as relações familiares.

Estudos têm demonstrado que dentre as principais expectativas das mulheres em relação ao TP e parto estão a possibilidade de participação ativa nestes momentos, autocontrole (durante as contrações) e controle da situação, além de conhecer o profissional que vai atendê-la, ter segurança acerca do apoio que receberá deste profissional e a expectativa de contar com um acompanhante (Green et al, 1988, 2003, Gibbins, 2001). Entretanto, as expectativas das mulheres dos estratos médios de renda em relação ao parto mostram-se diferentes daquelas oriundas dos baixos estratos de renda (Tornquist, 2003). Para aquelas é importante participar do processo, ter controle sobre o mesmo e ser menos submetida à intervenção de tecnologias durante a assistência. Para as mais pobres, o TP está associado a uma dor e sofrimento que desejam que termine o mais rapidamente possível com a ajuda da intervenção dos profissionais. Em ambos os grupos, as mulheres demonstram grande preocupação com sua segurança e do bebê (Green et al, 1988).

As futuras mães manifestam ainda sua preocupação com a possibilidade de não reconhecerem os sinais do TP e não “ter tempo” de chegar ao hospital. Receiam a duração prolongada deste TP e de serem enganadas por um “alarme falso”, sendo orientadas a voltar para casa (Maldonado, 1984).

A expectativa sobre a possibilidade de ter um acompanhante durante o TP e parto é uma situação nova para as mulheres que realizam pré-natal no serviço estudado. Em suas experiências de partos anteriores nenhuma teve a possibilidade de ter um acompanhante, mesmo quando teria esse direito assegurado por lei como no caso de uma adolescente, cujo direito está garantido no Estatuto da Criança e do Adolescente desde 1990, *“Depois que eu entrei não vi mais ninguém só no outro dia quando eu ganhei neném que eu fui ver minha família”*. (entrevista nº10).

O direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e no momento do parto já era há muito tempo uma possibilidade para as mulheres que utilizavam os serviços privados de saúde. O Rio de Janeiro foi o primeiro município no Brasil que regulamentou a presença de acompanhantes no TP e parto nas maternidades próprias da sua rede. Embora no início de sua implantação houvesse muita resistência dos profissionais em garantir a presença do acompanhante (e esta resistência persiste), atualmente para cerca de 40% das usuárias da rede municipal ela tem sido garantida, ao passo que esta possibilidade só foi possível para cerca de 6% das usuárias dos outros serviços do SUS (Leal et al., 2004). A mesma autora aponta que, por outro lado, o acompanhante pode estar presente no TP e parto de 67,7% das usuárias dos serviços privados de saúde onde este “direito” está legitimado há mais tempo (idem, 2004). A possibilidade da presença do acompanhante tem criado uma nova expectativa não apenas nas mulheres, mas também em seus companheiros, *“Espero que nesse (parto eu possa ter acompanhante) eu quero ter e ele também quer assistir o parto. E isso aí eu já não sei se eles vão deixar. Não sei mesmo”* (entrevista nº12).

Ressalta-se, entretanto, que na tentativa de humanizar a qualquer custo este modelo de assistência corre o risco de provocar um efeito contrário, o da imposição da presença do companheiro. Para Tornquist (2003), a visão da presença do homem no espaço do TP e parto é diferente entre as famílias de classes médias e de classes populares que podem preferir a presença de uma acompanhante do sexo feminino, pois esta seria uma “tarefa de mulheres”.

O desconhecimento sobre as diferentes possibilidades de cuidados na assistência ao TP interfere nas expectativas das mulheres. Não faz parte das possibilidades aventadas por elas ter qualquer controle sobre as questões relativas à assistência que receberão durante a internação. Predomina a concepção de que o TP e o parto serão conduzidos segundo a avaliação dos profissionais de saúde não cabendo à elas nenhum direito de opinar ou manifestar seus desejos em relação à assistência.

O objetivo de perguntar as mulheres como idealizavam o momento do parto e o cuidado que efetivamente esperavam receber foi conhecer a distância entre suas expectativas, suas experiências de vida e as informações que possuem da realidade de funcionamento da maternidade. Não foi fácil conseguir por parte das mulheres uma abstração tal que pudessem idealizar este momento sem pensar nos dados do seu cotidiano de usuárias da maternidade e de outros serviços públicos. Também, como dito anteriormente, não foram informadas no pré-natal ou não tiveram conhecimento por outras fontes de alternativas ao atendimento tradicional oferecido pela maternidade e o que poderiam demandar se tivessem acesso a outros cuidados oferecidos em serviços diferenciados.

Hundley & Ryan (2004) apontam que os serviços oferecidos pelo sistema de saúde influenciam as preferências das mulheres sobre os aspectos do cuidado no TP que adotarão. O conhecimento antecipado, pela usuária, das diferentes alternativas disponibilizadas pelo hospital influencia sua preferência, e tem implicações na decisão de adotar ou não tecnologias de cuidado com as quais não está familiarizada. Assim, se durante o acompanhamento pré-natal a mulher tem a oportunidade de conhecer e discutir com o profissional as tecnologias que poderão ser utilizadas no TP torna-se mais fácil para ela optar quando chegar o momento certo.

A experiência de parto anterior deu às mulheres dados do processo de parturição que as ajudaram a elaborar a idealização do momento na maternidade. Algumas tiveram inclusive filhos na maternidade estudada antes da reforma da estrutura que possibilitaria uma maior qualificação do atendimento, *Ah! Eu imagino e queria que fosse igual foi do outro, não é? Quer dizer, chegar, que vão me atender bem, não é? Que vai dar tudo certo* (entrevista °7).

O primeiro elemento que constitui o atendimento ideal, para esse grupo, é uma recepção rápida no momento da chegada à maternidade. Segundo Enkin et al (2000), uma mulher entrando em um hospital em trabalho de parto pode ter experimentado meses ou mesmo anos de antecipação, medo e incertezas sobre o momento do parto. Este é a hora em que ela se sente e está mais vulnerável, portanto, precisa ser acolhida neste ambiente estranho e receber conforto e cuidado. O relato na entrevista de número 15 mostra que nem sempre a admissão na maternidade ocorre da maneira mais adequada de forma a dar à sensação de acolhimento que as mulheres desejam,

Foram me atender já eram onze e vinte da manhã, eu fiquei uma hora e vinte ali fora esperando. Só consegui entrar porque minha prima começou a fazer escândalo ali fora que já estava nascendo. Aí quando eu entrei elas cismaram que eu tinha que me sentar e eu falando com elas que não dava, que o neném já estava nascendo e elas cismando que não, entendeu? Aí por fim ela ainda me falou assim: - Ah! Sabe o mal de vocês? É que vocês querem saber mais do que o médico. Eu falei: - Não é. Eu já tenho filho então eu sei, tenho experiência. – Então deita ali para a gente examinar para ver quem está certa, se é eu ou se é você. Quando eu deitei ela viu que não deu tempo nem de eu tirar a roupa, pois a minha filha já estava saindo com bolsa, com tudo porque minha bolsa não estoura, entendeu? Então para mim foi ruim por causa disso, ela foi ignorante comigo, por causa disso.

A fala acima nos traz outros elementos importantes do cotidiano do atendimento nas maternidades. Primeiro a forma de pressão popular utilizada para apressar o atendimento referida como “escândalo”. Adotada como recurso extremo nas salas de recepção, busca sensibilizar as outras pessoas presentes e a atenção para a situação de emergência como a iminência do nascimento do bebê. Depois, a disputa de poder e conhecimento do profissional com a mulher, quando o mesmo ignorava sistematicamente ignorava as afirmações da mesma, desprezando a experiência anterior que ela possuía.

Outros elementos que compõem o atendimento idealizado são a atenção de uma equipe educada, cuidadosa e paciente no cuidado durante o TP e parto. Tais predicados na equipe são importantes porque as mulheres desejam que os profissionais sejam compreensivos neste momento em que elas estão com dores e amedrontadas. A competência no atendimento com ela própria e com o bebê, *“uma obrigação deles”*, também faz parte deste cenário imaginado pelas mulheres,

Que eu seja bem tratada, corra tudo bem, que minha filha seja bem atendida e eu também. Que não aconteça nenhum tipo de erro médico. Só. Só isso. O básico, não é? O necessário (entrevista nº2).

Uma das principais expectativas das mulheres ao final da gestação é a intensidade da dor no TP. Uma gestante pode não saber o sexo, a cor dos olhos ou dos cabelos de seu bebê, mas sabe quase que com certeza que seu TP produzirá alguma dor (Lieberman,1992). Domingues et al (2004), em pesquisa com puérperas usuárias de uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro (MRJ), relata que dor e sofrimento foram as imagens mais citadas pelas mulheres quando pensavam no momento do parto.

A introdução de tecnologia médica para aliviar a dor e aumentar a segurança do processo de parturição foram elementos importantes no processo de medicalização do parto e nascimento (Wagner, 1994). Contudo, muitos autores apontam que o uso maciço de tecnologia na assistência ao TP e parto levou a uma “deshumanização” desta, inclusive com riscos de iatrogenia para as gestantes e seus bebês (Davis-Floyd, 1994, M.S., 2001, Martin, 1987). As

propostas de humanização da assistência ao parto compreendem este evento como sendo de natureza fisiológica e cultural, momento no qual a mulher necessitaria mais de suporte psico-afetivo do que intervenções médicas de questionável eficácia (Rehuna, 1993, 2003, O.M.S., 1985, 1996). Cabe, entretanto, relativizar esta questão apontando que também deve ser garantido o direito da gestante de não sentir dor. Na entrevista de nº 13 a mulher relata a diferença na percepção da dor que a presença do acompanhante lhe proporcionava,

Ah! Ele ficou me dando um apoio, ficou pedindo para eu ter calma, ficou me ajudando, alisava minha barriga. Conversava com ela. (risos). Aí conversava comigo também para distrair, mas naquelas horas que nada distrai, não é? Mas eu achei importante sim, porque tinha hora que ele estava lá, parecia que a dor até diminuía um pouco sabe? Assim quando ele, principalmente conversava com ela, falava com ela. - Ah! Vem! Vem com a mamãe, mamãe já está querendo, a gente já está querendo ver você. Aí conversava assim, tinha hora que parecia que diminuía (a dor).

Como corroboram outros autores, a continuidade do cuidado e o oferecimento de suporte físico e afetivo são elementos importantes para a redução da duração do TP e maior satisfação da mulher com o cuidado recebido, entre outros benefícios (Hodnett, 2002, Wagner, 1994).

O TP idealizado deve ser também rápido porque o medo da dor e de uma evolução mais demorada, que exija mais cuidado dos profissionais e mais

desgaste para a mulher é uma questão importante para elas. Como que descrentes da real possibilidade da presença de um acompanhante no momento do trabalho de parto e do parto apenas uma mulher idealizou sua internação com a presença do companheiro, embora todas tenham falado da importância do apoio do mesmo durante a gestação.

O principal dado da realidade que interfere com a tentativa de idealização das mulheres é o fato de que apesar de realizarem o pré-natal na maternidade isto não lhes garante a vaga para a internação no momento do parto,

Como é que eu imagino? Eu nem imagino. Espero que aconteça. Aí eu entro chega pra mim e fala: - Você vai ficar. – Oh! Que alegria! Tem coisa melhor? Do que chegar aqui e falar que vai ficar? (entrevista nº10).

Como já dito, a estratégia pensada para driblar a possibilidade da falta de vagas é ficar em casa “*enquanto agüentar*”. Referida por várias mulheres, ela é utilizada porque sabem que não haveria tempo hábil de transferência para outra unidade se chegarem à maternidade com dilatação avançada. Aguardar em casa também é importante para evitar que tenham que se deslocar até a maternidade e depois voltarem porque “*ainda não estava na hora*”.

O parto idealizado é, portanto, o que garante apenas o mínimo que seus direitos de cidadã demandam, tão somente uma referência concreta para o momento do parto e um atendimento digno e seguro para si e seu bebê.

Ansiedade e medo são duas palavras presentes não apenas na idealização destes momentos, mas também quando relatam de que maneira acreditam que serão atendidas. Ao contrário da maioria das mulheres atendidas no serviço

privado elas não têm certeza ou governabilidade sobre nenhuma das questões que envolvem o momento do parto e do nascimento. A vaga na maternidade, a qualidade do atendimento que será prestado por uma equipe desconhecida, a duração e a dor do TP e parto, sua saúde e de seu bebê são questões fatalmente fora de seu controle.

O cuidado esperado pelas mulheres está baseado não apenas em suas experiências anteriores de parto e de atendimento no serviço público, mas também pelas histórias contadas na sala de espera do ambulatório e por outras mulheres de suas relações. Assim, o que de mais concreto conseguem apontar são as estratégias que adotarão seja no sentido de garantir vaga na internação seja no sentido de garantir que sejam bem tratadas,

O que eu mais torço é que tenha vaga que eu não gostaria nada de chegar aqui na hora e ser mandada para outro lugar, já pedi orientação a doutora para eu vim no momento em que eu tiver mais perto mesmo, o tanto que eu agüentar ficar em casa, eu vou ficar porque você sai desesperada, você chega num lugar você está com pouco de dilatação, com certeza eles vão te mandar para outro lugar, com certeza (entrevista 9).

Os temores pela incerteza da situação dificultam bastante imaginar o que efetivamente acontecerá. Apenas duas das mulheres apontaram o desejo de realizar uma cesariana para que as questões relativas ao atendimento e ao TP fossem minimizadas (mais rápida, garantia de internação), mas tal possibilidade é logo afastada porque a vantagem do parto normal parece prevalecer já que o “sofrimento é só naquela hora” (entrevista nº 1).

Um sentido pode ser apontado como a síntese das expectativas das mulheres para o momento de sua internação na maternidade. A idéia de *sorte* circunda o parto que as mulheres idealizam ou que imaginam quando confrontadas com os dados da realidade. Este sentido está tão presente nas falas porque as mulheres identificam enormes diferenças nos relatos dos atendimentos oferecidos por uma mesma unidade de saúde. Em um determinado atendimento os profissionais foram educados e atenciosos agradando a usuária, e em outro foram indiferentes e grosseiros e a mulher se sentiu mal tratada,

Eu espero que os profissionais que trabalham lá em cima, né, os médicos mesmo, os obstetras, eles sejam legais também porque às vezes as pessoas já viu que depende muito do plantão, depende muito do profissional que está trabalhando. Depende muito da cabeça do profissional do momento (entrevista9).

É, portanto, a “sorte” que vai determinar a possibilidade de ser atendida rapidamente e de conseguir uma vaga no momento da internação superando aí o primeiro medo. E é também uma questão de “sorte” que uma vez internada ela seja atendida por uma boa equipe no plantão, receba atenção e tenha um tratamento educado, amigável e tecnicamente competente,

Então eu acho que ali eu fui bem tratada porque tem tantos casos que você vê, a mulher fica jogada, fica lá no canto sentindo dor, não tem médico, não tem enfermeira, não tem

ninguém. E no meu caso não. Meu caso eu acho que eu tive sorte, entendeu? (entrevista n 13).

Apenas o fato da incerteza sobre quando e como o TP e parto vão acontecer são suficientes para trazer ansiedade para as gestantes. Entretanto, a insegurança ocasionada pela total ingovernabilidade por parte das usuárias do serviço público sobre o seu atendimento traz para esse momento elementos que dificultam sobremaneira a possibilidade da vivência prazerosa deste acontecimento.

Foi com esta bagagem de expectativas e experiências que oito mulheres chegaram e conseguiram sua internação na maternidade. São as suas percepções dos cuidados e do atendimento lá recebidos que falarei a seguir.

A percepção do cuidado recebido. Um atendimento humanizado?

Ao longo das entrevistas em que revelam as diferentes experiências de atendimento durante todo o período de internação, as mulheres foram unânimes em reconhecer que se houve problemas, também, por outro lado, mesmo que pontualmente, houve o trabalho de um ou outro profissional cujo cuidado ou apoio fez diferença.

As dificuldades que as mulheres apresentaram na primeira entrevista em idealizar o momento do parto configuraram-se na verdade como a sabedoria da experiência de usuárias dos serviços públicos. Sabedoras dos limites destes serviços, usando-os regularmente e convivendo com outras usuárias, parecem conhecer por antecipação o que lhes aguarda no momento de sua internação,

Eu imaginei uma coisa e foi outra. O que eu queria que acontecesse, aconteceu, foi do meu esposo poder ficar do meu lado, porque geralmente está cheio, não é? Não pode ficar, mas ele pôde ficar. Só isso que foi muito... que foi ótimo para mim, foi o principal, não é? O tratamento já... era de se esperar. Não é nenhuma novidade. Parece que eu já fui preparada, uma porção de historinha a gente ouve, não é? Para mim não foi novidade, nada daquilo que aconteceu (entrevista 2).

Idealizar um atendimento perde sentido diante das histórias ouvidas, dos relatos desencontrados e da dura realidade de esperar até o último momento, na sala de admissão, para saber se conseguiu a vaga para a internação. Quando conhecemos as histórias de atendimento aos partos fica claro que o medo da possibilidade de não encontrar uma vaga para internar-se e ter que perambular pelas maternidades até ser internada, também impede maiores elaborações pelas mulheres sobre o atendimento que desejariam ter, *Ah! Eu não tinha nenhum desejo não, assim que eu me lembre não* (entrevista 12).

Algumas vezes o objeto do desejo não tinha relação com o atendimento que seria prestado, mas com outras questões como a regulação de sua fertilidade, um direito nem sempre garantido às mulheres. Muitas gestantes alimentam a esperança de conseguir fazer a laqueadura tubária no momento do parto se tiverem uma cesariana. Vários autores têm apontado a laqueadura tubária como motivo para a realização de cesarianas sendo este um fator importante para justificar as altas taxas desta cirurgia em nosso país (Barros et

al, 1991, Faundes & Cecatti, 1991, Molina, 1999), *“A única coisa que eu queria mais era ligar. Só isso que não consegui”*. (entrevista 19)

Também a possibilidade da escolha da via de parto não está dentro das possibilidades da mulher. Desejosa de uma cesariana, na entrevista 16, a mulher que achava que teria um parto hospitalar e ficou em casa até estar com “bastante contração” para não ser mandada embora da maternidade e acabou tendo seu parto em casa porque não houve tempo de chegar ao hospital, fala desta frustração, *“Não. Sonhei de ser parto cesárea, não esperava de ser em casa, só isso. (risos) Não esperava de ter tido em casa, pensei que ia ter lá do jeito que tinha que ser e só”*.

A maior parte das rotinas hospitalares tradicionais já era conhecida destas mulheres por conta de suas experiências de parto anterior que, portanto já sabiam com antecedência o que esperar do atendimento,

Não. Porque eu já sabia mais ou menos o quê que ia acontecer comigo, não é. Só que foi bem melhor, em vista dos outros partos que eu tive. Foi mais foi mais rápido. Sei lá, eu não senti muita dor, não foi tanta dor, entendeu? (entrevista 22)

A boa novidade oferecida pela rotina da maternidade é a possibilidade de um acompanhante. As mulheres que puderam desfrutar desta prerrogativa apontaram a sua importância e isto foi um fator de satisfação com a maternidade, mesmo se o restante do atendimento não tivesse ocorrido da maneira desejada. Domingues et al (2004), em artigo sobre aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto aponta que “A presença do

(a) acompanhante foi um fator que contribuiu para a satisfação com o trabalho de parto e o parto” (p.55).

Quando o atendimento durante a internação ocorreu de maneira adequada a mulher não relata o acontecido como se isto fosse a rotina que deveria ser do cuidado oferecido pela maternidade. A categoria “sorte” é novamente, como quando falavam de suas expectativas, que justifica o bom atendimento recebido pela mulher. *“Ah!. É o que eu estou te falando não sei se foi sorte, mas ela (sua filha) foi bem, muito bem, bem atendida pelos os enfermeiros, médicos, por todos, não tenho o que reclamar não”* (entrevista 12).

A mulher que não gostou do atendimento também debita sua experiência ruim à “falta de sorte”, e mesmo reprovando sua experiência na maternidade recomendaria a mesma para outras mulheres no momento do parto,

É porque é sorte, plantão médico, não é? Se eu tivesse de ter (outro) neném de repente eu teria até em outro lugar, na Promatre, por exemplo, que todo mundo fala muito bem de lá e inclusive eu nasci lá, (mas) recomendaria (a maternidade). Porque cada caso é um caso. De repente o que aconteceu comigo não aconteceu com outros, não é? Cada um é um, apesar de que naquele dia se tivesse ido lá você ia ouvir um montão de reclamações de várias pessoas (entrevista 2).

E ela (outra puérpera) teve mais sorte com essa médica porque essa deu só um (toque) nessa menina. E a outra não, quer dizer tudo depende. Isso vai né, de profissional, para profissional. Eu recomendaria (a maternidade) sim, porque eu fui

bem atendida pelo médico, que fez o parto, fui bem atendida. É só por isso, entendeu? E algumas enfermeiras que de repente havendo uma troca lá um remanejamento, alguma coisa assim eu indicaria sim não é uma das piores não (entrevista 13, reclamando do procedimento que lhe causou muita dor).

A avaliação comparativa da qualidade dos serviços da maternidade feita pela mulher na fala anterior demonstra que as mulheres conhecem os limites do atendimento das maternidades que compõem a rede pública.

As mulheres que apresentaram sugestões para a melhoria dos serviços da maternidade apontaram sempre questões relativas aos recursos humanos. As falas indicavam que o problema do tratamento desrespeitoso ou grosseiro era o principal problema, mas também houve sugestão no sentido de aumento do quantitativo de pessoal para melhoria do atendimento. *“Poderia ser melhor, né, no atendimento? Ah! Serem paciente e ter mais profissionais”* (entrevista 13).

Entretanto, todos os gestos de atenção recebidos são valorizados pelas mulheres. Todas tiveram algum motivo para elogiar um gesto, uma fala ou um cuidado feito por um profissional durante seu período de internação. Como consumidoras quase que compulsórias dos serviços públicos parecem fazer um esforço para agregar qualquer valor “de qualidade” à maternidade cujos serviços podem vir a precisar no futuro,

Também até por causa do trabalho deles também, né, sei lá. Ficar vendo um, ficar vendo os outros vomitando, elas têm que ficar correndo para acudir os outros, não é? Tá bom, mas eu

gostei assim mesmo (entrevista 22, justificando porque os profissionais não dão informações durante o TP).

Não, trataram bem. Pelo menos esses plantões que eu peguei, foi ótimo. É esse plantão, eles são bons. Eles foram ótimos. Porque assim, tinha até médico brincalhão porque eles passam cedo não é? Cinco e meia da manhã (entrevista 19, embora estivesse reclamando do horário em que a visita médica era feita).

Então eu vejo que eles assim todo mundo, que eles são atenciosos. Lógico, tem aquelas pessoas que são mais secas, tem aquelas pessoas que são mais carinhosas, mas assim, ninguém desrespeitou ninguém (entrevista 6).

As sugestões para melhorar os serviços oferecidos pela maternidade vão desde o aumento da oferta de leitos e de recursos humanos, da disponibilidade de exames à diminuição da demora no atendimento na emergência e ao maior respeito aos usuários,

“Olha o que deveria melhorar seria na emergência (sala de admissão). Na hora que a mãe chega aqui com dor, eu acho que deveria ter um pouquinho mais de respeito na emergência (entrevista 6).

Ah! Tanta coisa (poderia ser melhorada). Muita coisa. Olha só, eu acho assim, no caso, deveria ser uma coisa, sei lá, como é que eu posso te dizer, no meu caso, ganhei neném. Eles deveriam ser mais atentos assim, e marcar, por exemplo, no

caso da consulta que não marcaram. AH! As pessoas também, terem respeito pelas outras (entrevista 22).

A percepção de que recebeu um atendimento humanizado na maternidade variou de acordo com a experiência vivida por cada uma das oito mulheres entrevistadas no puerpério. O sentido atribuído à humanização do atendimento também variou entre elas. O termo podia significar o acesso aos exames e procedimentos para a mulher ou seu filho,

Acho que foi sim. Eu fiz meus exames todos. Minha família não, ninguém mais fez, mas eu fiz meus exames. Na saída aqui eu fiz o testinho da orelhinha com ela, me deram os papéis tudo direitinho. Me botaram num posto mais perto. Vê, então, para mim está tudo certo (entrevista 12, com humanização significando o acesso aos serviços que outros familiares não tiveram).

Ah! Foi. Foi. Eu gostei. Ali está completo, totalmente completo ali. Está muito bom. Não tenho o que reclamar não (entrevista 20).

O significado atribuído ao termo também foi o do tratamento respeitoso ou afetivo por parte dos profissionais,

Foi. O pessoal aqui foi bem humano sabe? E todo mundo, o pessoal super humano, pessoal super é caloroso com a gente, não só comigo, mas com as outras mães também, pessoal super atencioso (entrevista 6, funcionária da maternidade).

Assim, a ausência da violência e um atendimento sem intercorrências também foi apontado como humanização do cuidado; *Foi. Foi tudo bem, tudo assim, conforme eles informam né, tudo cumprido. Não trataram mal, trataram bem. Pelo menos esses plantões que eu peguei, foi ótimo*". (entrevista 19, humanização com o sentido de que não houve violência)

As falas das mulheres que não consideraram o atendimento na maternidade humanizado indicam que em uma análise individual elas percebem que alguns profissionais ofereçam um cuidado mais atencioso e respeitoso. Entretanto, a avaliação do conjunto dos cuidados recebidos durante toda a internação na maternidade fica prejudicada porque não foi assim o tratamento que ela recebeu de toda a equipe com quem teve contato,

Não, não é? Porque você é para ser humanizado, você tem que ser bem atendido em todos os sentidos não é só bem atendido aqui, bem atendido ali, acho que você tem que ser no geral, e lá no geral não é, entendeu, bem atendida. Tem essa parte, tem esse pequeno defeitinho que no geral falta (entrevista 13, não é humanizado o atendimento se toda a equipe não tratar com respeito).

Acho que não. Entre sim ou não eu botava não. Humanizado? Não. Que a gente ser tratada bem por... É uma equipe de dez a gente ser tratado bem por duas, não é? (entrevista 2).

6.3 – Percepção dos profissionais de saúde sobre a humanização da assistência ao parto e a dinâmica das relações de trabalho no cotidiano do serviço.

Procurei conhecer a percepção dos profissionais sobre a humanização da assistência ao parto, os fatores que no cotidiano da maternidade facilitam ou dificultam a implantação da política de humanização e como as relações de trabalho podem interferir neste processo. Nas entrevistas busquei ainda outras informações que me permitissem compreender como os profissionais avaliam as condições de trabalho, sua possibilidade de participar e de propor mudanças no serviço e como percebem as expectativas das mulheres sobre o cuidado que receberão durante a internação hospitalar quando elas buscam o atendimento na maternidade.

Analisei neste capítulo as entrevistas de profissionais que exerciam atividades nos diversos locais de atendimento percorridos pelas mulheres desde sua internação hospitalar até o momento do parto. Nestas diferentes situações de cuidados estão incluídos os momentos cruciais do que tenho apontado como elementos humanizadores da assistência ao parto e nascimento. Desde o acolhimento no momento da internação até a hora do nascimento do bebê passando pelos cuidados oferecidos à mulher e seu acompanhante durante o TP.

Humanização da assistência ao parto: atribuição de significados.

Os profissionais entrevistados apontaram vários e diferentes significados para a humanização da assistência. A polissemia deste termo, já tratada por outros autores (Deslandes, 2005, Diniz, 2005), confirma a hipótese de que este

conceito ainda encontra-se em formação e que talvez seja mesmo impossível atribuir-lhe apenas um único significado.

Dentre os diferentes sentidos de humanização atribuídos pelos profissionais podemos ressaltar o **“respeito, apoio e acolhimento para diminuir o sofrimento”, “estabelecer uma boa relação profissional de saúde-cliente e olhar a mulher como um todo” e “dar a informação sobre o processo do TP e sobre o cuidado a ser oferecido”**. Para os nossos entrevistados, a humanização englobava ainda a idéia de **“deixar o TP e o parto acontecerem de forma natural” e “garantir os desejos e a autonomia da mulher permitindo a presença de um acompanhante”**. Em várias entrevistas os profissionais apontaram que a humanização da assistência fazia parte de todo um processo de cuidado que não aconteceria apenas na maternidade, mas desde o início da gestação quando a mulher procurasse o serviço de saúde para iniciar seu acompanhamento pré-natal.

Analiso a seguir cada um dos núcleos de sentido apontados e também as diversas interfaces, que segundo os profissionais, o atendimento oferecido à uma população carente pode ter no cotidiano de funcionamento da maternidade.

Com a visão de que o TP é um *sofrimento* pelo qual a mulher tem que passar, um primeiro papel do profissional de saúde na humanização deste momento seria o de oferecer o respeito, o acolhimento e o apoio que a mulher necessitaria. A visão de *sofrimento* atrelada ao TP parece estar relacionada apenas à necessidade de suportar as dores produzidas pelas contrações uterinas. Não parece claro aos profissionais que várias das condutas adotadas na sua rotina de assistência são parte dos elementos que transformam o TP em

um momento de sofrimento para a mulher. A ausência do acompanhante, a imobilização no leito, a medicação que acelera e intensifica as contrações, a violência e a falta do apoio afetivo podem realmente tornar a experiência do TP em sofrimento real. *“É você dar o conforto e tentar amenizar o máximo o possível o sofrimento do trabalho de parto para a gestante”*. (obstetra 1)

Jordan (1993), em uma análise comparativa dos componentes culturais de diferentes sistemas de atenção ao parto afirma que a maneira pela qual uma sociedade conceitualiza o parto constitui-se no mais poderoso indicador do seu modelo de cuidado ao nascimento. Segundo a autora, o que faz com que as práticas assistenciais ao trabalho de parto e parto sejam consistentes e moralmente aceitas é a definição pela cultura local deste evento. Por exemplo, a definição do parto como “um procedimento médico (nos Estados Unidos), um evento estressante, mas parte da vida familiar (em Yucatan no México), como um processo natural (na Holanda) ou como uma experiência pessoal intensa de completude (na Suécia)” (pág.48).

A avaliação de que o TP e o parto constituem-se como um *sofrimento* inevitável pelo qual a mulher deve passar justifica diversas rotinas assistenciais adotadas pelos médicos obstetras no sentido de abreviar a duração do mesmo. Para estes profissionais a tentativa de amenizar o *sofrimento* que acreditam a mulher esteja passando implica na adoção de várias intervenções entre elas a aceleração do TP com ocitocina (medicação que aumenta a frequência e intensidade das contrações uterinas) e a amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica). Embora tais procedimentos aumentem a intensidade e a duração das contrações e a percepção de dor, eles podem abreviar a duração do processo e os médicos consideram que estão ajudando a mulher quando deles

se utilizam. Cabe ressaltar que recomendações feitas pela OMS (1996) apontam que essas práticas utilizadas de forma rotineira podem ser prejudiciais para a mulher e para o feto. Por outro lado, diversos autores têm apontado a possibilidade da utilização de métodos não farmacológicos que não comprometem a saúde da gestante ou do bebê para lidar com a dor durante o TP (Simkin & O'hara, 2002, Leeman et al., 2003, OMS, 1996), mas não percebemos a adoção destas práticas pelos médicos obstetras. Apenas raramente as enfermeiras obstetras utilizavam-se das técnicas não farmacológicas, em especial a massagem.

O *sofrimento* da mulher no TP é entendido algumas vezes como algo que vai para além da dor física das contrações, mas constitui-se na verdade em toda uma angústia e ansiedade que pode acontecer desde o início da gestação e que pode ir para além do parto,

É torná-lo como é que se diz? Menos traumático ou mais agradável, enfim, é fazer que seja uma experiência positiva e não uma experiência negativa, de minimizar a dor, não é? Não só a dor do parto, mas a própria angústia, a ansiedade em relação ao parto e o que antecede e o que vem depois do parto (pediatra 2).

Um dos aspectos relativos à esta percepção de *sofrimento* e angústia das mulheres diz respeito às crenças dos profissionais de que o fato delas serem pobres e enfrentarem dificuldades financeiras tornaria quase impossível a possibilidade de viverem de forma prazerosa ou positiva a “maternidade”. Esta percepção ficava bastante evidente pela frequência com que os temas

“contracepção” e “maternidade responsável” surgiam nas conversas durante o atendimento na sala de parto, especialmente quando a mulher tinha mais de dois filhos (diário de campo dezembro 2003 / fevereiro 2004).

Diniz e Chacham (2002) afirmam que “A maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto é uma maternidade *voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada* ¹⁰, em vez de uma experiência de sofrimento e vitimização”

Para os profissionais, *a boa acolhida* pela equipe pode favorecer o bem estar da gestante que desta forma teria menos “*medo do hospital público onde acham que vão ser maltratadas*” (obstetra 2) e também sentiria “*mais segurança naquele trabalho que está sendo feito*” (pediatra 1). Esta situação seria desejável,

Principalmente para aquelas que não conhecem, ainda estão tendo o neném pela primeira vez, e elas têm muito medo, não é? E elas passam pela admissão onde elas não têm muita (orientação), não são orientadas (auxiliar 3).

As mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde têm medo do momento da internação hospitalar no trabalho de parto porque são recorrentes as histórias de violências nesta assistência. D’oliveira e Schraiber (1999) em texto sobre Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços relatam que “As reclamações dos serviços de saúde são dirigidas principalmente aos maus tratos recebidos no atendimento ao parto” (p. 351). As autoras apontam as dificuldades para o estabelecimento de diálogo e negociação dos profissionais

¹⁰ Grifo das autoras.

com as usuárias, o que as leva a optar pelo silêncio em vez do enfrentamento frente ao risco de uma represália (idem).

Consoante com estas afirmações, a principal forma de se conseguir a humanização apontada pelos profissionais seria o estabelecimento de uma *boa relação profissional de saúde-cliente*. Neste relacionamento seria possível ao profissional de saúde olhar a mulher como um todo e não apenas a gestação. A partir daí poderia *“tratar o paciente como ser humano não como objeto... saber que você está tratando uma pessoa e não uma coisa”* (obstetra 2), saber um pouco da sua história de vida e também refletir mais sobre a gestação desta mulher que é foco de sua atenção,

Eu acho mais importante isso. Você saber que a pessoa tem uma história tem um tudo junto com ela. Não é só uma mulher ali que vai ter neném. Não é isso. É uma pessoa que tem uma história, que teve uma adolescência, que de repente a gravidez não é uma coisa desejada ou o pai saiu de casa, o cara não está ali e aquela coisa toda que você tem que pensar tudo nisso, as pessoas não têm essa noção (obstetra 2).

Segundo os profissionais entrevistados, a *boa relação com a cliente* permitiria que diferentes situações que comprometeriam o bom andamento do TP sejam identificadas e abordadas. Entretanto, esta relação encontra-se em última instância sujeita aos aspectos subjetivos de cada profissional, pois pode estar *“relacionado à maneira de ser do médico”* (pediatra 3), e foi apontada frequentemente como a ferramenta que facilitaria a humanização da assistência,

É o vínculo estabelecido entre o profissional e a cliente. Eu vejo isso como o mais importante. Porque a partir do momento que se estabelece um vínculo, tantas coisas podem fluir daí, podem partir daí (enfermeira obstetra 4).

Caprara & Franco (1999) afirmam que “contemporaneamente, a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação”. (p. 649)

Para poder enfrentar as diferentes demandas das mulheres no atendimento ao TP e parto seria preciso que a relação do profissional com a mulher estivesse bastante afinada. Ele precisaria ter sensibilidade e flexibilidade para poder atender as múltiplas e diferentes demandas das mulheres e seus acompanhantes, *“sensibilidade e flexibilidade... o profissional precisa estar sensível às necessidades... daquela mulher e daquela família que está ali, não é”?* (enfermeira obstetra 2).

Tornquist (2003), ao discutir os paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil chama atenção para o fato de que se por um lado o ideário do parto humanizado “advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro parece estar desatento às diferenças sócio-culturais entre as mulheres” (p. S426). Esta reflexão é importante uma vez que ao trazerem para o momento do TP e parto elementos de suas experiências anteriores e também apropriações que fazem da cultura médica as mulheres de diferentes classes sociais poderiam desejar diferentes formas de cuidado. Para uma enfermeira

obstetra a relação com a cliente é mais importante em termos de humanização do que a utilização ou não de intervenções no processo do TP e parto, *“aquele contato de profissional/cliente é que vai fazer a diferença mais do que é... os procedimentos em si não é”*(enfermeira obstetra 3)

As *informações* sobre TP, parto e os cuidados na maternidade são também muito valorizados pelos profissionais como elementos humanizadores da assistência porque sabem que durante o pré-natal a maioria das mulheres e seus familiares tiveram pouco ou nenhum acesso a elas. A *informação* permitiria à mulher e seu acompanhante vivenciar de maneira mais tranqüila estes momentos, uma vez que poderiam entender o que estava ocorrendo,

E informar, sempre estar informando as coisas, o que está acontecendo, informar na admissão, informar no pré-parto, então acho que é uma forma de você estar sempre em contato com essa paciente (obstetra 5).

Outra vantagem da *informação* é o reforço no vínculo que se faria na relação com a clientela e que tornaria possível um diálogo mais efetivo inclusive quando surgissem complicações na evolução do TP, *“numa explicação, num esclarecimento é que a paciente ganha muito, o familiar vai ganhar muito e você vai conseguir é não ter nenhum problema depois”* (obstetra 5).

Uma auxiliar de enfermagem (auxiliar de enfermagem 1) fala sobre o que acontece no cotidiano e como deveria ser o atendimento humanizado. Reafirmando a importância da *informação* ela diz que as orientações deveriam ser feitas numa linguagem que permitisse à mulher compreender a mensagem que lhe estaria sendo passada,

Vai lá na admissão, deita, cadê o exame, ela só escuta o que falam entre si e fica ali olhando. Aí levam para o pré-parto, ela vem, daqui há pouco vem um, tchum, fura. Tudo tem que ser conversado, não é? Você orientar essa paciente, explicar a ela o quê que ela está fazendo aqui dentro desse setor, me identificar. Tentar falar a linguagem de cada um, né, ó, eu estou pegando (a veia), vou colocar um sorinho em você, é isso seria uma ligação não é?(auxiliar 1)

Essa ligação entre o profissional de saúde e a cliente abriria a possibilidade de humanização do atendimento. Segundo o Manual do PNHAH (MS, 2000) “Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes” (p.4).

Para alguns profissionais, no diálogo que se estabelece seria preciso que a mulher pudesse receber as *informações* necessárias para poder vivenciar da maneira desejada o seu TP. De posse das *informações* ela teria autonomia para decidir o que gostaria que fosse feito em termos de intervenções e também poderia escolher a posição no momento do parto.

Nessa concepção da humanização “construída” pela *informação* repassada à mulher está embutida a idéia de que ela deveria desejar a evolução mais fisiológica possível para o seu TP. Numa visão compartilhada basicamente pelo grupo de enfermeiras, toda a evolução seria absolutamente natural e o trabalho dos profissionais seria apoiá-la física e emocionalmente. Para estas profissionais estes dois significados de humanização estariam associados, como se houvesse uma correlação direta entre informar a mulher e a opção desta pelo *parto natural*. “Mostrar a ela que ela é participante ativa nesse parto, que ela pode determinar se vai ficar sentada, deitada, se ela vai parir em pé, de cócoras, de que maneira ela vai parir é.” (enfermeira obstetra 2)

A associação *informação* e opção das mulheres pelo *parto natural*, parte do ideal das enfermeiras obstetras coloca a mulher na posição de cliente ideal destas profissionais. Exercendo seus direitos de cidadã a mulher *informada* rejeitaria o “modelo biomédico” e desta forma as enfermeiras obstetras, com suas “rotinas de cuidados de suporte físico e emocional” seriam as guardiãs do *parto natural*. Cabe ressaltar que esse ideal do parto natural sem intervenções não constava da expectativa de nenhuma das gestantes entrevistadas em nossa pesquisa. Green et al (1998) apontam a diferença significativa na opinião das mulheres, segundo o nível educacional, diante da possibilidade da recusa ou não de receber determinadas intervenções obstétricas. Para os autores os dados parecem confirmar o estereótipo da “mulher educada de classe média com sua longa lista de quero e não quero” (p.107). Tornquist (2003) também afirma que “as mulheres de classe populares não demonstram maior preocupação quanto ao tipo de parto” enquanto que para “as mulheres de

classes médias, ao contrário; a forma de parir tem uma importância grande” (p.S421).

Mesmo colocando a importância do protagonismo da mulher neste momento uma enfermeira obstetra deixa transparecer em sua fala a força do processo de medicalização da assistência no cotidiano da maternidade quando se refere à mulher como um “procedimento”,

Ela (gestante) ter o direito de opção, porque o parto é dela, (a gestante) ser olhada como um procedimento que vai ser realizado onde ela seja a figura principal desse cenário chamado parto (enfermeira obstetra 4).

A percepção da gestante como mais um “procedimento” a ser realizado exemplifica o que Davis-Floyd (1994) chamou de linha de produção, que segundo esta autora é o modo como as maternidades tratam o TP utilizando-se da tecnologia disponível para conformá-lo dentro de um determinado período de tempo organizando o funcionamento da estrutura hospitalar.

Neste TP humanizado em que a mulher teria mais autonomia e seus direitos respeitados, os profissionais utilizariam menos intervenções recorrendo apenas àquelas necessárias permitindo a evolução *natural* ou “fisiológica”: *“Cada vez menos é situações de procedimentos médicos, não é? E fazer a coisa de maneira mais natural possível”* (pediatra 1).

Em contraponto à idéia de que deve ser obrigatória a evolução sem intervenções do TP uma enfermeira obstetra diz em sua entrevista que em determinadas ocasiões, mesmo que pareça contraditório, o tratamento humanizado significa intervir obedecendo ao desejo da mulher que já viveu esta

experiência em um parto anterior. Mais objetiva no sentido de garantir a opção da mulher, a profissional na fala abaixo aponta a necessidade de se respeitar a experiência da mulher e de não seguir necessariamente um modelo único de cuidado:

Mas às vezes o melhor para algumas, eu já observei muito isso aqui é o fato da gente não induzir o parto, não romper a bolsa, é aquilo ali que vai fazer o bem estar dela (a intervenção). Quantas (mulheres pedem) – Puxa, mas porque que não rompe minha bolsa para nascer logo esse neném porque da outra vez romperam?” Então essa coisa fica meio confusa não é (enfermeira obstetra 3).

A evolução *natural*, com menos intervenções no TP e parto, mesmo que ofereça melhores resultados perinatais segundo a literatura científica (Janssen, 2002, Johnson & Daviss, 2005), tem no olhar de alguns profissionais médicos, riscos que podem comprometer a saúde das mães e seus bebês. Deve, portanto, estar vinculada à um atendimento de qualidade em que seja possível ao profissional exercer uma supervisão armada do TP permanecendo alerta para intervir à qualquer momento,

Nos trabalhos publicados a gente vê que ele nasce em melhores condições. - Mas é uma... na minha opinião é um fio de navalha que a gente anda, não é? Você tentar manter a humanização e ao mesmo tempo tentar manter o padrão de salvar vidas ou não, a hora de influenciar, a hora de agir isso é o decisivo, não é?(obstetra 1)

Para os médicos o papel apenas de “cuidador” da gestante durante o TP parece não se adequar aos potenciais de uma categoria que teria muito mais a oferecer. Afinal, “dominando a tecnologia” garantiriam para a mulher mais segurança para ela e o bebê e menos sofrimento se assumissem o controle do mesmo ao invés de deixar que a natureza o conduza. O apoio físico e emocional que poderia ser oferecido por outros profissionais não é valorizado como um “tratamento ou conduta” pelos médicos. Good & Good (1993) em uma pesquisa antropológica sobre a formação médica mostraram como existia uma tensão entre as dimensões da “competência” e do “cuidado” para os estudantes de medicina participantes do estudo. Para eles o “bom médico” deveria ser competente, mas também possuir qualidades de um cuidador. Competência estava associada com ciência, habilidades, técnicas e ação, enquanto que o cuidado estava no campo da empatia, da compaixão e dos aspectos “não técnicos” da medicina. O “cuidado” seria, então uma qualidade das pessoas e não necessariamente de um profissional médico.

Como que defendendo a participação do profissional médico na assistência ao parto também é ressaltada a idéia de que mesmo com uma evolução completamente normal é preciso *“o profissionalismo mesmo, você estar preparado para atender o que vier, porque para mim parto é uma caixinha de surpresas”* (pediatra 2). As falas destes dois médicos são complementares no sentido de evidenciar a “idéia de risco” que estes profissionais identificam no TP e parto. A visão de risco é uma consequência do modelo médico de cuidado, muito mais preocupado com as possibilidades de complicações da evolução do TP do que com as possibilidades de facilitar sua evolução fisiológica (Wagner, 1994).

Outra restrição à evolução *natural* e sem intervenções do TP e parto seria a perspectiva de estar voltando no tempo, adotando uma prática médica ultrapassada, que não estaria oferecendo à mulher a possibilidade de não sentir as dores das contrações;

Como médica, para mim, obstetra, nos dias atuais, com as coisas atualizadas, uma boa assistência, uma humanização para a mulher, seria eu dar tudo o que for possível, tanto a analgesia de parto quanto toda a assistência, eu dispor de toda uma assistência de urgência, medicação também (obstetra 4).

Hotimsky & Schraiber (2005), em estudo sobre humanização no contexto da formação em obstetrícia mostraram que a “noção de parto natural, expressão associada à humanização da assistência, assume conotação negativa, sendo ligada à idéia de precariedade e retrocesso, que se contrapõe à noção de uma assistência moderna, na qual os avanços tecnológicos da cultura ocidental são incorporados” (p.646).

A *qualidade* da assistência é percebida pelos profissionais como um fator de humanização e, portanto ter acesso aos meios materiais para oferecer à gestante tudo aquilo que pode ser necessário durante o atendimento é valorizado. Quando a tecnologia não é vista como parte do processo de humanização sua importância é relativizada frente à necessidade de um relacionamento humano com a clientela. Deveria haver um equilíbrio entre a utilização de tecnologia e a relação entre o profissional e a cliente, como bem aponta a agente de portaria em sua entrevista,

Fora o suporte técnico que deve ser muito bom. É a parte da humanização também, né, tem que estar junto. Porque não adianta o ser humano crescer em tecnologia, mas não crescer em humanização não é? Uma coisa tem que acompanhar a outra para a máquina não tomar conta do homem, o homem tem que..., embora a gente esteja num século que é tudo informatizado a máquina sempre fala mais alto, mas o ser humano é que tem que ser humano, ele tem que ter sentimento e ele tem que demonstrar isso, não é só ter, não é? Tem que demonstrar (agente de portaria 2).

Permitir a *presença de um acompanhante* para a mulher durante o TP e o parto também foi apontado frequentemente por profissionais de todas as categorias como uma forma de humanização da assistência. Para os profissionais, as mulheres vivenciam o TP e o parto com ansiedade e medo, o que seria minorado com a presença de uma pessoa conhecida. Portanto, para alguns o ideal para a mulher seria *“Ela poder ficar acompanhada por quem ela quiser, a hora que ela quiser”* (auxiliar 2) , e se por acaso o acompanhante não estivesse presente, o profissional deveria *“Sempre procurar chamar algum familiar”* (enfermeira obstetra 2).

Este cuidado de garantir a *presença do acompanhante* ganha ainda mais importância quando é o primeiro parto da mulher, quando ela estaria mais amedrontada e precisaria do apoio de alguém conhecido. Este acompanhante também deveria ser orientado, embora esta orientação não seja vista como uma atribuição específica de nenhum profissional da equipe,

É a pessoa poder ter um acompanhante, por que aquilo deixa ela mais segura, claro que eu acho que deveria ter uma orientação para o acompanhante, o papel dele aqui dentro, então eu acho que já ameniza um pouco o medo, principalmente quando é a primeira vez, não é? (Auxiliar 4)

Uma questão relacionada com a percepção de humanização da assistência pelos profissionais está atrelada ao atendimento que é realizado em um *hospital público*, que tem geralmente uma demanda grande e uma clientela de menor poder aquisitivo. Nestes hospitais, portanto a relação com o profissional de saúde seria mais impessoal e a humanização da assistência se daria de maneira diferente daquela que acontece na iniciativa privada,

Na maternidade a gente vai vendo o que é que é humanização ou desumanização. Porque eu acho que há uma diferença, né, no tratamento humano numa maternidade pública e num atendimento particular, eu acho. (pediatra 3)

Como uma certa pessoa uma vez me falou: - É pobre, é o que... (risos) então está num hospital público onde as pessoas te tratam mal e coisa e tal (obstetra 2).

Com todas estas percepções diferentes sobre humanização da assistência perguntei aos profissionais quais seriam os elementos dificultadores e facilitadores deste processo numa maternidade pública que atende uma clientela com menor nível de instrução e poder aquisitivo.

A humanização da assistência no cotidiano da maternidade: dificuldades e facilidades.

Ao refletir sobre sua prática foi possível aos profissionais entrevistados apontar os diversos elementos que dificultavam ou facilitavam a humanização do atendimento prestado. Diferentes elementos foram apontados nas entrevistas como facilitadores enquanto que houve maior concordância entre os profissionais ao apontar os elementos que funcionavam como dificultadores.

Como principal entrave à humanização foi levantada a freqüente condição de *superlotação* da maternidade. A pressão provocada por uma demanda acima da capacidade instalada seria responsável por interferências desfavoráveis no atendimento desde a recepção da gestante até sua chegada no alojamento conjunto após o parto. Ela comprometeria o trabalho dos diferentes profissionais que participam do atendimento na maternidade, desde o agente da portaria que precisaria conviver com a recepção superlotada até aqueles que atuam no pré-parto e centro obstétrico tendo que organizar leitos extras e adaptar o espaço físico. O principal dano provocado pelo excesso de *pacientes* apontado pelos profissionais é a impossibilidade de estabelecer uma boa relação com a cliente ou seus familiares já que nesta situação precisam realizar vários atendimentos ou outras tarefas simultaneamente,

O que não tem condição é o movimento, não é? É uma demanda muito grande. Você às vezes não tem tempo de ter um relacionamento médico/paciente adequado, você não consegue conversar muito com o paciente, você tem que ser bem objetivo às vezes: - O que está sentindo, qual o nome, não

sei o quê e tal. E você acaba saindo um pouco da humanização (obstetra 2).

Sinergicamente ao problema do *excesso de demanda*, os profissionais queixam-se também da *falta de recursos humanos* para completar as equipes fato que também comprometeria o atendimento,

Dificulta, eu acho a quantidade de pessoal, não é? Aqui a nossa quantidade é pequena, tanto enfermagem quanto os médicos, eu acho que o número, o número de pessoal assim, desfavorece (obstetra 3).

De várias formas foram propostas, como solução para esta questão, a *diminuição da demanda* ou o *aumento no quantitativo de pessoal*. A fala da pediatra passa a idéia de que ela está diante de uma linha de montagem e da realização mecânica de um trabalho,

Então realmente é por você botar uma equipe maior para que você continue atendendo a mesma velocidade que você está recebendo essas pacientes ou diminuir a velocidade de entradas delas, não é? (pediatra 2)

Mas a *superlotação* também pode ser prejudicial porque nesta condição a possibilidade da presença do acompanhante, um fator apontado como facilitador da humanização, ficaria ameaçada. Outras interferências já apontadas são o entendimento dos profissionais médicos de que é necessário intervir na evolução fisiológica acelerando o TP para agilizar a liberação dos

leitos de pré-parto e a eventual necessidade da puérpera no pós-parto imediato aguardar em uma cadeira a liberação de um leito no alojamento conjunto.

Foi ainda referido como entrave à proposta de humanização da assistência a *dificuldade do trabalho em equipe*, onde seria preciso que todos partilhassem de uma mesma linguagem e de uma mesma rotina de cuidados com a clientela,

É o tipo relacionamento assim, entre todas as equipes, entendeu, médico, enfermeira, auxiliar, acho que todos têm que falar assim, tentar entrar em sintonia para que as coisas funcionem senão não dá. Falo a, outro fala b, outro fala c (auxiliar 1).

Da mesma forma a falta de um processo de educação continuada para todos os profissionais o que garantiria uma continuidade das propostas,

A falta de conhecimento da equipe em relação à humanização, falta de educação continuada, treinamento em serviço dos profissionais de saúde que não... que às vezes não respeitam, não acolhem essa mulher da forma que deveriam acolher (enfermeira obstetra 1) .

Para as enfermeiras obstétricas um dos fatores que mais dificultam o processo de transformação do modelo de cuidado baseado na proposta de humanização é a *resistência dos profissionais médicos*, em especial dos obstetras. Entretanto, se para algumas a *resistência* entre os profissionais tem diminuído com o passar do tempo, *“toda uma equipe que hoje já é consciente*

de que nós podemos fazer, né, no começo isso era meio difícil” (enfermeira obstetra 3) para outros *“nem todas as pessoas estão envolvidas... estão imbuídas daquilo ali, e daquela vontade de humanizarem a assistência”* (enfermeira obstetra 2). Fica evidente que ainda existem diferenças entre o entendimento dos profissionais sobre a melhor maneira de conduzir os cuidados com a paciente de baixo risco. Entretanto, como na maternidade a equipe médica é em última instância aquela que decide como efetivamente serão realizados os cuidados com as parturientes internadas, as enfermeiras se sentem impotentes diante da recusa dos obstetras em “permitir que cuidem das parturientes como desejariam” (Dias e Domingues, 2005). Uma enfermeira obstetra 4 revela como vê a questão,

Porque não são todos que acreditam nisso, que vêem isso como uma prática viável, uma prática que deva acontecer, a falta de zelo, de participação é de alguns profissionais e alguns profissionais de “peso” nessa situação toda. Eu me refiro a categoria médica, que são profissionais de “peso” e eu acho que isso aí é uma dificuldade séria, grande (enfermeira obstetra 4).

De forma diferenciada, um enfermeiro entrevistado aponta que para ele a dificuldade no processo de humanização não está restrita à *resistência* de um grupo único de profissionais, mas a todas as categorias e que este projeto deveria começar pelos profissionais. Segundo sua percepção seria necessário todo um investimento nos recursos humanos da maternidade,

Porque eu acho que a maior dificuldade, não é o projeto em si, somos nós mesmos. A gente tem que humanizar os profissionais e pra humanizar os profissionais, a gente tem que humanizar um de cada um, temos que humanizar primeiro a gente, a gente procura e a própria chefia, a direção, procura esse trabalho com a gente. Mas é um trabalho superficial não é um trabalho que eu possa dizer que é efetivamente, que vai dar certo. Não é. É uma coisa bem mais superficial (enfermeiro 1).

Certamente, uma dificuldade a ser enfrentada na implantação da proposta de humanização é a questão ideológica. Para uma das pediatras entrevistadas, se do ponto de vista teórico esta proposta é “muito bonita”, um fator importante deve ser levado em conta quando se trata do serviço público. A profissional aponta a questão da *classe social* como uma dificuldade para a humanização da assistência. Para ela seria mais difícil oferecer para mulheres mais pobres e de menor nível educacional um atendimento humanizado, pois a distância entre a realidade de vida da mulher e da profissional dificultaria a aproximação e a formação de um vínculo,

Quando você coloca no papel, acho muito bonito, é lindo, funciona. Para alguns pacientes funciona igual no papel, mas para outras não funciona. Por quê? Porque depende da... isso é inevitável, classe social, do quanto aquela pessoa está preparada e o quanto ela deseja aquele filho, não é? Às vezes a gente vê aqui, que a gente sente nitidamente que aquele filho não era planejado, não era desejado. Então tudo isso intervém,

não é? Então às vezes fica difícil de você é... chegar e ter... compreender essa paciente, de chegar junto e tentar ajudar ela (pediatra2).

Loustaunau & Sobo (1997), discutindo as conseqüências à saúde relacionadas com a estrutura social, apontam as diversas maneiras pelas quais a pobreza e a classe social podem afetá-la negativamente. Para as autoras muitas vezes as más condições de saúde e pobreza são vistas como problemas pessoais e é ignorado o papel da estrutura social como um fator causal (p.34). Negar às mulheres mais pobres a possibilidade de um atendimento humanizado pode refletir desfavoravelmente na sua percepção da experiência do parto e na sua ligação afetiva com o recém-nascido. Para Kennell & McGrath (2005), os profissionais de saúde podem promover a criação de um maior vínculo entre a mãe e o bebê oferecendo entre outras possibilidades o suporte contínuo durante o TP e estabelecendo o contato pele a pele entre eles imediatamente após o parto.

A mesma pediatra, em sua entrevista, afirma que apenas com mais pessoal e, portanto melhor condição de trabalho seria possível superar a dificuldade da disponibilidade de tempo e oferecer o mesmo que a iniciativa privada. A profissional reforça a dificuldade de humanizar ao desqualificar as mulheres,

A maioria das pacientes, por exemplo, não sabe o que é uma placenta, não entende o que está acontecendo, são despreparadas para o ato em si, não é? Então é ter tempo para você poder se dedicar um pouco mais a essa paciente,

entendeu? O ideal seria não é, antes da paciente chegar na sala de parto, eu ir lá chegar, se identificar, conversar, explicar, enfim, já antes do neném nascer. Tentar conhecer essa paciente, que é o que a gente faz durante uma sala de parto particular. Você vai, conhece a mãe e enfim, às vezes tira as dúvidas antes do nascimento e logo após o nascimento também você vai e conversa. Isso, aqui fica difícil você fazer porque você não tem tempo hábil para isso, não é? (pediatra 2)

Em uma entrevista o médico obstetra ressalta o despreparo e a incapacidade da mulher como fatores que dificultariam a humanização da assistência. Ele aponta a “incapacidade de estar ali” (como gestante despreparada) e “de decidir por ela” (que não tem o conhecimento científico). Sua fala aponta para o desejo de poder fazer a cesariana que mulheres consideradas despreparadas pedem quando são internadas e que não são feitas porque não seriam indicações reais para o procedimento. Nestas situações, em que o seu interesse converge com o da mulher, ele defende a autonomia delas,

Assim, como também tem uma outra história é a paciente poder escolher via de parto não é? Muitas das vezes a paciente chega aqui. – Uma cesariana. Gritando e você: - Não! Parto normal vai melhor e tal. Mas muitas das vezes a paciente realmente não tem a capacidade de estar ali, nem de decidir por ela. Eu acho que também parte um pouco disso, de humanizar, de você ter de escutar um pouco a paciente, saber o que ela pensa, o quê que ela quer (obstetra 2).

As mulheres “despreparadas” a que se referem as falas anteriores não são figuras de linguagem. Elas são na verdade uma construção social que reflete como as questões de gênero interferem com a saúde da população feminina. Rohden (2001) nos fala da visão da sociedade e da medicina (como reflexo desta) do corpo feminino e sua “natureza instável e perigosa” e de “um discurso oficial e de pretensões normativas” entre outras questões sobre a “vida reprodutiva feminina e suas perturbações” (p.203). Este discurso do “despreparo” da mulher justifica as normas, prescrições e intervenções dos profissionais no atendimento às gestantes e o seu pouco investimento em um atendimento humanizado.

Se como apontam as enfermeiras obstetras a *resistência* médica é um entrave, para os médicos, *o trabalho das enfermeiras obstetras* é um dos fatores que promovem a humanização da assistência. Para eles as enfermeiras obstetras possuem tempo para poder ficar ao lado das mulheres em TP e desta maneira poderiam estabelecer uma relação diferenciada que acalma e ajuda a mulher,

Eu acho que as meninas, as meninas que eu falo são as (enfermeiras) obstetras, e os meninos (enfermeiros obstetras) que tem aqui, eles são bons, muito bons. Eles estão ali com a doente, é um grupo que a gente consegue ter o tempo todo do lado da doente, não é? Coisa que quando não tem no plantão, fica complicado porque o médico tem que ficar lá fora e ficar aqui dentro, então ele não tem muito tempo de ficar ouvindo a doente, ajudando a doente, dando o apoio emocional a doente. E o que as meninas fazem é essencial (obstetra 1).

A fala deste profissional encerra vários pontos interessantes. Em primeiro a referência aos enfermeiros obstetras como “meninos e meninas”, diminuindo sua importância, mas seguido de um elogio da qualidade do seu trabalho. Depois sugere que haveria tempo de sobra para estes profissionais ficarem ao lado das pacientes, algo que os médicos não têm como fazer por conta de todo o trabalho que precisam realizar. Também chama a atenção o fato de se referir às gestantes como “doentes” em toda a sua fala. Este mesmo profissional reclama que esta “divisão do trabalho” por assim dizer faz com que as mulheres tenham uma visão distorcida do papel dos médicos. Segundo ele,

A paciente ela pô, a paciente olha pra gente e fala assim: - Caraca! Lá vem esse cara me fazer sentir dor de novo! Ela(a paciente) não tem (percepção), não cabe na cabeça (da paciente) que eu estou ali tentando fazer o neném nascer rápido para evitar algum prejuízo, entendeu? (obstetra 1).

Entretanto, para os médicos, este trabalho de acompanhamento pela *enfermagem obstétrica* deve ser feito sob a sua supervisão. O TP, mesmo das gestantes de baixo risco, pode apresentar riscos inesperados e apenas eles teriam a formação técnica necessária para fazer tais diagnósticos. O mesmo profissional afirma ainda que para “supervisionar” o trabalho dos enfermeiros obstetras os médicos têm estado mais presentes no pré-parto, numa briga velada pelo espaço de atuação,

Desde que eles começaram desde que começou isso aqui, o acompanhamento a um bom pré-parto foi mais rigoroso, entendeu? Seja ele por enfermeira obstetra e até mesmo da

equipe médica. Que a equipe médica, todas, quase todas, sem exceção pensam... a gente não pode deixar na mão delas sozinhas. Então a equipe médica está sempre vindo (ao centro obstétrico) (obstetra 1).

Pela fala percebemos que a partir da presença das *enfermeiras obstetras* no PP os profissionais médicos passaram a freqüentar mais assiduamente aquele local não apenas para avaliar as gestantes internadas, mas para supervisionar o que estavam fazendo aquelas profissionais.

Se a falta de *treinamento* ou de educação continuada foi anteriormente apontada como fator dificultador, um treinamento realizado com parte dos funcionários da maternidade, em especial com os enfermeiros obstetras para um atendimento humanizado foi na opinião dos profissionais um elemento de facilitação na implantação da proposta de humanização,

Existem certas pessoas na unidade que elas é... tem e já fizeram curso de humanização, já tem isso mais enraizado, então elas estão sempre dispostas a, a atuar dessa forma, a conversar sobre isso, a explicar sobre isso com as pacientes (obstetra 5).

Na opinião de uma pediatra tem facilitado a implantação do projeto de humanização e o apoio progressivo dos profissionais o fato dele ter sido incorporado de forma gradual na maternidade. Associado a outros *treinamentos*, a proposta de humanização na maternidade fez com que os profissionais fossem introjetando a idéia de forma progressiva e aceitando participar da mesma,

E a gente fez curso também do aleitamento materno, depois começou a botar o pessoal de enfermeiro obstetriz para começar a trabalhar, eu acho que foi aos poucos, foi fazendo uma conscientização e sempre, foi entrando na cabeça das pessoas e aquilo foi acontecendo, aos poucos foi devagar. Não foi uma coisa que chegou e falou: - Não, vai ser assim, a partir de hoje. Não. Foi passo a passo (pediatra 1).

A participação da maternidade no projeto de humanização da assistência hospitalar do Ministério da Saúde embora desconhecida da maioria dos profissionais entrevistados, também teria ajudado a fazer avançar o projeto como aponta na entrevista a enfermeira obstetra,

Tudo isso aí é bem voltado para a humanização do funcionário. Então depois que teve essa divulgação do projeto nós começamos aqui a fazer a festa para os aniversariantes do mês, de dar cartão, é datas comemorativas (enfermeira obstetra 4).

Uma enfermeira obstetra reconhece que não apenas o *treinamento* a que foram submetidas, mas também a possibilidade de realizar uma especialização nesta área permitiu ao grupo após um período inicial de “treinamento” voltar-se para um cuidado mais humanizado na assistência ao trabalho de parto. Este relato coincide com a experiência descrita por Dias e Domingues (2005) sobre o processo de implantação da política de humanização da assistência em outra maternidade pública no município do Rio de Janeiro. Neste artigo os autores

contam como foi necessário aos enfermeiros obstetras passar por uma primeira fase de treinamento “técnico” em que o atendimento às gestantes era feito no “modelo médico”. Apenas numa fase posterior, quando já tinham mais segurança na assistência ao parto, os profissionais sentiram-se capacitados para atuar em um novo modelo de atenção,

Foi a saída dos enfermeiros para a especialização. Nós éramos muito inexperientes, a realidade é essa. Ninguém que veio para cá, tinha experiência em parto. Então, durante muito tempo, a nossa preocupação foi técnica mesmo e a gente tinha dificuldade em priorizar essa questão da humanização. Vou ser bem sincera com você, quando a gente já tinha uns dois anos aqui, a gente deu uma sentada, tipo assim, agora está tudo bem, o grupo está treinado a gente começou a se preocupar com outras coisas, se preocupar com alguns indicadores que mostrassem é que o nosso trabalho estava sendo melhor ou pior, não é? (enfermeira obstetra 2)

O apoio da direção também foi apontado como um fator positivo uma vez que dava respaldo à atuação das enfermeiras obstetras, estabelecendo uma certa correlação de forças entre os grupos que “disputavam” a condução da assistência à gestante de baixo risco. Em sua entrevista uma enfermeira obstetra afirma: *“Uma coisa que favorece a prática da humanização nesta maternidade é a figura da diretora que é uma parceira nessa história toda”* (enfermeira obstetra 4).

Uma disputa de poder que na avaliação de uma médica obstetra pode interferir com a qualidade da assistência prestada. Ao brigarem pela “posse” da cliente e determinar o que vai ou não ser realizado na assistência ao TP os profissionais acabam por não oferecer à mulher a atenção que ela precisa. Seja porque os médicos vão classificar a parturiente como “de risco” só para deixá-la fora da possibilidade de cuidados da enfermagem obstétrica, ou porque estas se recusam a atender uma mulher que se beneficiaria dos seus cuidados porque o médico obstetra interferiu em sua conduta,

Eu acho que existe uma disputa muito grande é quanto a uma hierarquia descabida, então passa-se muito tempo brigando por isso, ao invés de você estar dando uma assistência, ou estar todo mundo estar trabalhando para a finalidade de dar uma boa assistência a mãe, ao seu acompanhante, ao seu neném (obstetra 4).

A boa relação entre os profissionais é, na avaliação dos profissionais, um elemento que pode facilitar o processo de humanização,

O ambiente de trabalho. Uma boa equipe, estar todo mundo trabalhando ali, tentando se entender, tentando botar as diferenças de lado e tentando um ser amigo do outro, além do profissionalismo que também é muito importante e sabendo respeitar, eu acho que dá para gente viver bem, conviver bem e passar esse ambiente bom para os pacientes (agente de portaria 2).

O *espaço físico* do pré-parto, com a divisão em boxes individuais e as salas da banheira e de relaxamento para as parturientes foram apontados como fatores importantes na possibilidade de humanização. Valorizaram a possibilidade de uso destes espaços principalmente as enfermeiras obstetras já que os médicos obstetras, as outras enfermeiras e auxiliares de enfermagem não fazem uso destes locais no cotidiano de sua assistência,

Aquilo ali ajuda à beça, poxa, você ir para um ambiente mais tranqüilo, que te remeta um ambiente mais familiar, mais extra-hospital, com certeza te traz mais conforto no momento que você está parindo (enfermeira obstetra 2).

A idéia de um ambiente mais amigável, pintado com cores suaves e com menos aparência de um ambiente hospitalar para a assistência tem sido apontado como um dos fatores de humanização (Boaretto, 2003) e poderia contribuir para que o momento do nascimento fosse vivenciado mais como um acontecimento familiar e social do que médico. Parece haver concordância entre os profissionais que o espaço físico, o trabalho em equipe, a sensibilização e a capacitação seriam condições importantes para que acontecesse um atendimento humanizado.

Mas, neste cenário de múltiplos elementos contrários e favoráveis descritos pelos profissionais, uma enfermeira apontou em sua entrevista uma questão central nesta discussão. A possibilidade de estabelecer uma relação mais afetiva com as mulheres e de oferecer mais suporte durante o TP variava bastante entre os profissionais e mesmo entre aqueles com maior

disponibilidade foi possível perceber, durante o trabalho de campo, que esta podia variar em diferentes plantões,

O que favorece é a disponibilidade interna de cada um, né, assim, tem dia que a gente está melhor, está mais aberto, tem dia que a gente está menos né, é mesmo próprio do ser humano (enfermeira 1).

A condição ideal de humanização do atendimento.

Depois de apontar os fatores que dificultavam ou facilitavam a prática de um atendimento humanizado solicitamos aos profissionais que idealizassem as condições para que este pudesse acontecer na forma ideal. As sugestões poderiam englobar quaisquer aspectos relacionados à gestação, parto ou mesmo aqueles referentes às questões de estrutura ou processo de trabalho na maternidade.

Em consonância com o relato das dificuldades de cuidar de uma paciente mal orientada durante a gestação, uma primeira condição idealizada pelos profissionais foi a de um *pré-natal qualificado* que orientasse adequadamente a mulher sobre o que é o TP, o parto e também os cuidados que são oferecidos na maternidade. *Além do pré-natal, com muita orientação, rico na orientação, que ela chegue a maternidade já sabendo, do processo do parto, não é?* (obstetra 4)

O pré-natal além da orientação deveria garantir a vaga para internação da mulher na maternidade. Nesta idealização que vai ao encontro das expectativas das mulheres, que ao final da gestação saberiam aonde aconteceria o parto. Esta auxiliar resume sua idéia nesta fala,

Elas já estarem ali e saber que elas vão chegar na maternidade, saber qual é, se ela vai ganhar, em qual maternidade? Aí ela vai, já sabe que vem, ela já vem preparada e não existe o stress antes, de ficar. “-Será que eu vou?” Elas vem uma, duas ou três vezes no hospital antes delas serem internadas. Isso deixa elas muito nervosas. Eu acho que para humanizar mesmo isso, seria bom assim (auxiliar 3).

Completaria o benefício deste *pré-natal qualificado* e com garantia de vaga, o acolhimento necessário na hora da internação, já que este sempre é um momento de medo e tensão para a mulher. *Elas deveriam ser bem recebidas, o que não é. Muitas das vezes elas são barradas na entrada, até porquê não dá pra atender todo mundo* (auxiliar 4).

A recepção das mulheres e seus familiares poderia ser realizada em um espaço mais adequado, que tranquilizasse e oferecesse mais conforto para a clientela. Para uma agente de portaria, cujo cotidiano de atendimento na recepção da maternidade faz com que tenha que enfrentar muitas situações de stress dos usuários, o ideal seria,

Ah! Seria um conforto maior. Uma sala com ar condicionado, umas poltronas ali, ter aqui uma aguinha gelada, cafezinho, isso que eu estou falando, o que seria a nível privado. Você vai numa maternidade privada você encontra tudo isso, todo esse conforto, não é? Uma coisa assim, bem mais... um conforto, não é, porque o conforto ele gera paz, tranquilidade não é? Aí você chega num lugar público,

passando mal, estou me colocando no lugar da paciente, que é tudo assim é um calor terrível, as pessoas aglomeradas, aquele falatório, porque eu acho que o falatório perturba né, o silêncio é uma coisa boa como se fosse privada, de primeiro mundo, não é, quem sabe isso não esteja tão distante assim, não é”?
(agente de portaria 2)

Embora na prática a *presença do acompanhante* durante o TP seja mais freqüente por conta da rotina de cuidados da enfermagem obstétrica, na idealização do atendimento humanizado os profissionais colocam a importância desta presença como fator de tranquilidade para a gestante. Este acompanhante seria incluído desde a chegada da mulher na maternidade estando presente inclusive durante o exame na sala de admissão, atitude que embora ao alcance dos médicos não é realizada por eles,

Então a gente ia ter uma admissão tranquila, uma admissão que o acompanhante iria participar, ia tirar as dúvidas também, dali se ela ficasse internada o acompanhante iria acompanhar ela e dessa forma iria ajudar na evolução daquele trabalho de parto, com acompanhamento, mas esse acompanhamento de você orientar, de você conversar, de você esclarecer (obstetra 5).

Mesmo reconhecendo a importância do acompanhante para a mulher, uma pediatra afirma que não alteraria sua rotina de impedir a presença dele na sala

de parto. Esta não seria uma prerrogativa da mulher, mas uma possibilidade que estaria na dependência da concordância do profissional,

Na sala de parto eu já... eu sinceramente sou honesta, eu prefiro fazer sem o acompanhante. Porque às vezes acontece uma fatalidade do neném ter algum problema ou enfim, não nascer com as condições ideais, e a presença do acompanhante às vezes perturba um pouco porque fica perguntando e isso te atrapalha te desconcentra. Então não gosto (pediatra 2).

Ainda na perspectiva deste atendimento idealizado para oferecer as condições ideais para a mulher, o acompanhamento durante o TP e parto seria feito de forma tranqüila, por um mesmo profissional durante todo o tempo, o que permitiria a formação de uma relação profissional de saúde – cliente adequada,

Um atendimento não é que seja pessoal, mas uma coisa que você possa fazer com tempo. Você vai lá a mesma pessoa, sempre examinando essa paciente. Ela começando criar um certo vínculo com você, tendo confiança no que você está fazendo. Você ir lá, examinar a paciente aí depois você volta e você vê o que está evoluindo, o que não está evoluindo. É você conversar com ela, ter um tempo para você conversar, de repente até brincar, descontrair um pouco não é? (obstetra 2)

Na proposta do médico ele iria ao PP examinaria a mulher e depois voltaria ao seu ambiente de descanso, mas não ficaria ao lado dela durante todo o tempo

repetindo o que já acontece atualmente. A única diferença, nesta idealização, seria possibilidade de com mais tempo estabelecer uma relação mais próxima com a mulher, situação que não identificamos mesmo nos plantões em que havia esta disponibilidade. Vale ressaltar que este atendimento idealizado pelo profissional não modifica a questão do apoio permanente à gestante no TP, quando o profissional permanece todo o tempo ao lado da mulher e que traria melhores resultados perinatais (Hodnett, 2002).

Neste ambiente ideal de um PP mais tranquilo, as mulheres seriam cuidadas pelas enfermeiras e os boxes individuais seriam também as salas de parto evitando que as mulheres tivessem que se deslocar até o centro obstétrico no momento do nascimento. Na fala abaixo uma pediatra cita como ideais a importância de um espaço mais acolhedor e tranquilo para uma boa evolução do TP e de um cuidado mais presente e continuado, elementos que embora estejam em parte disponíveis na maternidade são efetivamente pouco utilizados,

Que se pudesse colocar num lugar onde elas pudessem ficar mais relaxadas, mais tranquilas, não aquele pré-parto assim, que entra e sai, não sei o quê, a paciente gritando o tempo todo. É a enfermagem também, eu acho que se tivesse maior número quantitativo, assim, uma enfermeira para cuidar daquela mãe não é, um local assim mais calmo que elas pudessem ter mais tranquilidade, não esse, vai com a cadeira correndo para lá, volta. Dali mesmo, já, como já acontece, já sai com o bebê no colo, a nível de estrutura mesmo da maternidade, eu acho que um lugar que por exemplo, tem

aquela ali aquela sala de relaxamento, tem uma música. Mas, nem sempre aquilo é usado, eu acho que isso seria bom para humanizar mais (pediatra 1).

Nova condição idealizada por outra pediatra entrevistada seria a de *ter tempo* e tranquilidade para conversar com as mães e não ter que fazer tantas perguntas na sala de parto na hora do nascimento, num momento bastante difícil para a mulher, como citado no capítulo anterior,

Um pré-parto adequado, a enfermagem cuidadosa, carinhosa, a maneira do médico falar com ela como ela que ela tem que se posturar ali na sala de parto. O próprio pediatra né, conversar com ela o quê que ela vai fazer , o quê que ela não vai fazer porque a gente tem tanta pergunta para fazer que eu acho que acaba até embolando o negócio (risos) (pediatra 3).

Se para alguns profissionais médicos as condições ideais para o atendimento incluiriam a presença das enfermeiras obstetras para acompanhar continuamente as gestantes, para elas o pré-parto idealizado teria maior número de *profissionais sensibilizados* que trabalhassem em equipe. Outra idéia sugerida foi a de um pré-parto separado para as pacientes de baixo risco que ficariam por conta apenas da enfermagem obstétrica sendo cuidadas sem a interferência dos médicos,

Seria construir aqui uma sala onde todas as clientes de baixo risco que ficasse aos cuidados da enfermagem obstétrica, elas ficariam ali separadas, reservadas e nós poderíamos dar

toda a assistência, intervir ou trabalhar esta cliente, dentro do nosso conceito, da nossa definição mesmo, de o quê é uma assistência humanizada. Porque aí nós teríamos mais autonomia (enfermeira obstetra 4).

Mas refletindo sobre as conseqüências da separação da equipe a mesma enfermeira aponta que talvez a solução para o conflito com os médicos seja convencer os mesmos sobre os cuidados que consideram adequados no cuidado humanizado,

Não que ainda continua isso aí, é um processo contínuo de discussão, o de separar profissionais, isso aí realmente não é uma solução. Então a solução é convencer todos os profissionais a pensarem da mesma forma. Tudo bem, que ninguém é obrigada a ser obrigado a nada, não é? Mas nós temos que acreditar nisso, então temos que procurar buscar convencer. E assim, aumentar a nossa parceria. Mas eu tenho esse sonho de fazer... de ter um espaço físico só para atender essa mulheres (enfermeira obstetra 4).

Embora desejem autonomia em relação à presença dos médicos na “supervisão” das suas condutas de acompanhamento das gestantes de baixo risco, a enfermeira obstetra entrevistada reconhece a importância de uma parceria com os médicos obstetras. Afinal, nos casos em que houvesse complicações seria importante contar com a colaboração médica que ao ser

acionada pelas enfermeiras assumiria a condução do caso e desta forma não deixaria que qualquer dano ocorresse com a mulher ou com o bebê.

Um dos obstetras aponta porque considera que é mais fácil pensar no atendimento humanizado, sem a utilização de intervenções desnecessárias, com a atuação das enfermeiras obstetras,

A obstetrícia ela, eu acho que ela foge um pouquinho da humanização. O serviço e os obstetras, a pediatria eu acho que ela é mais engajada, a enfermagem é mais engajada, mas a obstetrícia fica: - Ah! Não! Isso é muito humano pra mim (risos) porque eu quero dar meu plantão operar e ir embora não é? (obstetra 5).

No seu ponto de vista, os médicos obstetras são pouco sensíveis à proposta de humanização da assistência. Esta conclusão parece ser confirmada pela fala de outro obstetra que aponta como condição ideal o parto em que pudesse fazer a analgesia peridural para toda paciente. A analgesia tornaria mais fácil realizar todas as intervenções para acelerar o nascimento do bebê sem que ela sofresse demais e também ajudaria a mulher a manter um comportamento mais “adequado” e não gritar,

Uma analgesia peridural, isso aí ia diminuir muito o índice de cesárea, muito. Eu acho que deixar política (de humanização) de lado, todo mundo fala que: - Ah! Que faz. Não faz (atendimento humanizado). Eu acho que se fizer analgesia peridural com as indicações de analgesia peridural, eu acho que isso vai ser maravilhoso. Seria ideal. Você pode até

acelerar a contração que ela vai ficar tranqüila, ela não vai...(gritar) (obstetra 1).

Na verdade a condição ideal para a profissional é aquela em que mulher entrega seu corpo completamente aos cuidados médicos. Sob analgesia seu TP poderia ser tratado de acordo com a racionalidade médica na qual a tecnologia é mais segura e eficaz do que deixar que o próprio corpo (a natureza) conduza o processo.

Segundo a entrevista desta médica obstetra, nas condições ideais, para que a proposta de humanização da assistência acontecesse deveria haver *segurança e competência* no cuidado oferecido às mulheres. Cabe ressaltar que o equipamento de cardiocografia colocado como demanda em sua fala, segundo a literatura médica (Thacker et al, 2005), não deve ser utilizado de rotina no acompanhamento de gestantes de baixo risco porque poderia levar à realização de intervenções desnecessárias sem melhoria dos resultados perinatais,

Então eu acho assim, que pode ocorrer aqui, pode ocorrer? Pode. Mas aí a gente vai ter um aparelho de cardiocografia intra-parto para fazer, para ter essa segurança (com o parto natural), entendeu? Mas eu acho que é totalmente possível. Totalmente possível a humanização assim, em si, em todos os tempos, até dá para ser naturalista, sem dar analgesia, e tudo mais, pode-se fazer tudo. Mas é pessoas qualificadas não é. É isso aí (obstetra 2).

Dentre todas as falas sobre as condições ideais para um atendimento humanizado, um agente de portaria apontou uma questão importante. Na sua opinião seriam ideais as condições que garantissem aos profissionais a possibilidade de um atendimento que devolveria à mulher o protagonismo deste momento,

O médico falar prontamente: - Vamos lá. O teu neném vai nascer na banheira como a senhora quer. Porque temos uma banheira lá dentro, moderna. Então é só botar ela ali dentro ela teria o parto na banheira ou então querer... não quer desejar o parto sem dor... o parto, ou cesárea, não é? A vontade da paciente (agente de portaria 1).

Foi pensando na percepção dos profissionais sobre o que desejaria a mulher em TP ao ser atendida na maternidade que elaboramos uma pergunta que abordasse esta questão.

O que a gestante deseja da assistência: a visão dos profissionais.

Foi interessante observar que os profissionais pontuaram em suas respostas todos os elementos que faziam parte das expectativas das mulheres quando fossem atendidas na maternidade. Esta coincidência sugere que de alguma forma as mulheres estão sendo ouvidas por esta equipe, nem que seja pelo fato destas demandas serem tão antigas, que mesmo não sendo possível atendê-las, os profissionais já as identificaram.

Estiveram presentes nas respostas dos profissionais como desejo das mulheres “*ser bem atendida e bem acolhida*” (obstetra 4), “*...ela quer ser*

respeitada, ela quer ser compreendida” (enfermeira obstetra 2) enfim “Um bom atendimento, não é”? (agente portaria 2).

Um dos obstetras lamenta em sua fala a impossibilidade de dar o apoio emocional, que considera fundamental, para as mulheres em TP, o que conseguia fazer quando era acadêmico antes de assumir as “obrigações de médico”,

Mas um amparo, você sente que é um amparo emocional, eu lembro que quando eu era acadêmico, eu sentava com elas, eu conversava com elas. Eu sentia que elas tinham esse desejo. E aí depois que você se torna estável, se torna um médico, não tem muito tempo de fazer isso. Tem que ter as obrigações. Mas eu acho que o amparo emocional delas é essencial (obstetra 1).

Uma auxiliar de enfermagem declara que a mulher mesmo estando “predestinada” a sofrer no parto quer receber *atenção e carinho*, algo que nem sempre a equipe pode oferecer,

Querendo atenção, querendo carinho. Nós sabemos que o parto normal é uma coisa sofrida, já é uma coisa bíblica, não é, elas sabem disso, mas elas querem carinho, atenção e muitas das vezes elas não encontram isso. Eu observo aqui nos boxes, quando a gente chega perto delas, elas querem um bom dia, a senhora... nós estamos aqui para lhe dar atenção (auxiliar 3).

Os profissionais apontaram ainda que a mulher deseja *informação*, ter um profissional ao seu lado para não se sentir abandonada e ter menos dor durante o TP. Coincidem aqui os sentidos atribuídos pelos entrevistados sobre humanização da assistência já apresentadas anteriormente e as avaliações que fazem do desejo de atendimento das mulheres,

Ela quer sentir menos dor, ela não quer ficar sozinha. Eu acho que ela quer pessoas sensíveis que consigam identificar as necessidades dela e que se mostrem disponíveis a atender (enfermeira obstetra 4).

Ela quer atenção, o principal, que todas reivindicam, não é? No momento da dor você quer alguém do lado, você quer a atenção mesmo do profissional porque o medo acho que é maior do que outra coisa (enfermeira obstetra 3).

Uma semelhança entre a percepção dos profissionais sobre o que as mulheres querem da assistência e as expectativas delas em relação ao atendimento no parto é de que acima de tudo o bebê nasça com saúde. Um dos obstetras aponta que esta é a principal preocupação da gestante e que mesmo ela tendo complicações, o mais importante é a saúde do filho. Para garantir a saúde do seu bebê a mulher estaria disposta a “sofrer” quase todo tipo de violência,

Ela deseja ver o neném rosadinho, no colo dela com saúde. Eu sempre vejo isso. Quando a gente tem um trabalho de parto que a mulher fica com hematoma no olho, tem uma lesão até de reto, é um negócio, o neném nasceu bem para ela tudo está bem (obstetra 2).

O mesmo profissional, entretanto realça que existe um limite para o que a mulher pode agüentar para ter um bebê saudável e que alguns colegas ultrapassam este limite,

Agora, com certeza ela queria ter o filho dela com saúde, mas com o atendimento decente, não é? Não uma coisa, uma pessoa chega gritando, xingando, falando coisas que não tem nada a ver, tipo: – Eu quero a minha mãe! – Mas quando você estava fazendo o neném você não chamou a sua mãe e tal. Esse tipo de coisa que a gente vê que os colegas fazem, não é? É eu não tenho dinheiro para ir embora. – Mas não tem dinheiro para ir embora, como é que você fez filho? Então é uma coisa que realmente não tem cabimento. Tem colegas que exageram nesse tipo de conversa. Eu acho que, realmente a paciente quer ter o neném bem, com saúde mas, de preferência com atendimento humanizado, não é? (obstetra 2)

A fala deste profissional confirma, como apontado no capítulo anterior, que se justificam os receios das mulheres com a possibilidade de viver situações de violência institucional como as que escutam nas histórias contadas por outras mulheres.

Assim como uma das gestantes classificou suas expectativas de atendimento como “o básico, o necessário” em sua entrevista, um agente de portaria definiu como uma questão de ordem legal o que seria na sua concepção

o desejo das mulheres; *Rapidez, amor, respeito, acompanhamento, que ela tem direito por lei, não é?* (agente de portaria 1)

Condições ideais de trabalho: condições ideais de humanização?

Após questionar os profissionais sobre sua percepção do que as mulheres desejavam no atendimento que teriam na maternidade foi perguntado o que eles consideravam como condição ideal de trabalho na maternidade.

O aumento do quantitativo de pessoal é apontado pela grande maioria dos entrevistados como a solução para a melhoria das condições de trabalho. Novamente surge a ponderação de que ao diminuir a quantidade de tarefas que cada funcionário tem para executar seria possível trabalhar com mais qualidade, da forma ideal. Um obstetra aponta que se por um lado mais profissionais possibilitariam melhor atendimento, por outro lado abre-se a possibilidade de realização de esquemas de folga informal.

Que você possa atender menos pacientes. Uma coisa é você fazer correndo, outra coisa é você fazer com calma. Não adianta também eu colocar dez obstetras aqui e eles vão fazer um esquema de três, é uma coisa cultural também do médico achar que eles podem ficar enganando todo mundo e achar que pode fazer esquema. O problema também é do médico se engajar num, numa valorização da profissão dele. Não adianta nada - Ah! Eu queria mais médico aqui, a equipe fica com sete, mas aí só vem três porque os outros estão em casa. Teria que ter os sete aqui pra fazer um bom atendimento, tirar um pouco essa cultura do médico, de fazer tudo correndo, de fazer tudo

com pressa, isso é um aspecto que eu acho que iria melhorar o serviço (obstetra 4).

A “sobrecarga de trabalho” parece interferir mais com a possibilidade de humanização pelos transtornos da falta de espaço físico e de mobiliário hospitalar do que pela dificuldade da equipe em dispor de mais tempo para as parturientes. Cabe ressaltar que em diversas situações onde não havia excesso de tarefas para os diferentes profissionais e que era possível aos mesmos oferecer um atendimento mais personalizado ou feito de forma mais tranqüila, isto não acontecia. Por exemplo, durante o período do trabalho de campo não pude observar sequer uma oportunidade em que as pediatras entrevistassem as mulheres em TP quando ainda estavam no PP. Fica a dúvida se esta é uma questão ideológica ou de remuneração. A rotina do atendimento “mecanizado” parece sobrepor-se às diferentes possibilidades de cada momento ou das subjetividades de cada cliente. A atuação do profissional segue uma lógica que não lhe permite reavaliar sua atuação em diferentes situações.

Segundo os entrevistados, a equipe deveria ainda ganhar profissionais de outras categorias que pudessem estar contribuindo para a melhoria das condições de trabalho. *“Uma equipe, mais profissionais de outras áreas, que a gente às vezes aqui não tem assistente social, psicólogo não tem acesso. Uma equipe multidisciplinar”* (obstetra 3).

O aumento do quantitativo dos recursos humanos não é, entretanto a condição suficiente para alguns profissionais. Para os enfermeiros obstetras o respeito entre os membros da equipe e o reconhecimento profissional são fatores fundamentais para que as condições de trabalho sejam adequadas.

Um melhor reconhecimento por parte dos outros profissionais. Que ela (a enfermeira obstetra) seja... que ela tenha meios pra desenvolver o trabalho dela de uma forma integrada com outros profissionais, com os auxiliares, com os enfermeiros, com os médicos. (enfermeira obstetra 1)

Com o entrosamento entre os profissionais da equipe as enfermeiras obstetras não teriam que tomar conta de pacientes com situações de risco, o que segundo uma enfermeira obstetra acaba acontecendo por falta de bom senso dos médicos obstetras;

A gente vai deixar de se preocupar com os altos riscos que não são assinalados, os períodos expulsivos de pré-maturo que mandam para gente, para a gente fazer da admissão. A gente vai deixar de se preocupar com a falta de bom senso das pessoas, porque para mim isso é falta de bom senso. (enfermeira obstetra 2)

A fala desta entrevistada traz na verdade uma queixa das enfermeiras obstetras do comportamento dos médicos obstetras que tanto poderiam classificar erroneamente uma gestante como de risco no momento da internação apenas para não deixar que as enfermeiras assumissem o caso, como também não acompanhariam algumas situações em que haveria risco obstétrico que não teria sido assinalado devidamente no prontuário da mulher.

Segundo a percepção das enfermeiras obstetras, a sensibilização dos médicos obstetras para a proposta de humanização da assistência conseguiria

uma maior colaboração entre os profissionais das diversas áreas e melhoraria as condições de trabalho. Entretanto, para um dos obstetras, este parece um desafio difícil de ser atingido. Em sua fala aponta a resistência dos colegas em lerem artigos ou comparecerem a reuniões relacionadas ao tema da humanização.

Ah! Humanização já sei o quê que é isso, não me interessa, já sei para quê que vai ser, apagar a luz, não sei o quê, musiquinha né. Ah! Vou deixar esse artigo aqui pra você ler de humanização, não sei o quê. Sabe? Aí é geralmente eles olham um pouquinho, dão uma lidinha rápida não prestam muita atenção. Às vezes tem uma reunião ninguém vem porque é plantão então não tem um dia, não tem hora, não tem não é?
(obstetra 5).

Uma última condição de trabalho ideal apontada foi a questão da segurança dos profissionais no ambiente de trabalho. Como revela na entrevista uma obstetra, as condições de segurança acabam interferindo na relação com a clientela, pois o profissional se sente inseguro e ameaçado. A fala sugere que com mais segurança eles não teriam que tratar de forma dura a clientela, de nível baixo cultural que atendem, como fazem atualmente. Tendo mais segurança poderiam atender de forma mais gentil sem se preocupar que a clientela confundisse sua gentileza com fraqueza e que ameaçassem os profissionais.

E principalmente nos dias de hoje a segurança da maternidade. Porque aqui está terra de ninguém, nós estamos

sendo ameaçados por todas as pessoas né, quer dizer, principalmente externa, eu não sei se poderia ter uma segurança melhor a nível ali de portaria e tudo mais. Então eu acho que o profissional ficaria mais seguro e talvez sei lá, não é revidar mas você não estar assim tão duro para... você não é... não deixa de ser tão flexível, com (a cliente) no dia a dia até pelo nível cultural de cada um. (obstetra 4)

Nas conversas com os profissionais durante o trabalho de campo em diferentes ocasiões foram contadas histórias sobre momentos de violência contra os profissionais de saúde ocorridos, em especial, na recepção e sala de admissão da maternidade. Santos Jr. & Dias (2004), numa revisão sobre a violência no trabalho com foco especial no profissional de saúde apontam que esta questão vem se tornando cada vez mais objeto de estudos como um fenômeno de importância crescente. Os profissionais de saúde que atuam no atendimento em emergências (como as maternidades que mantêm as portas abertas as 24 h do dia) são as vítimas mais freqüentes desta violência. Os autores afirmam que a violência contra os profissionais não será diminuída enquanto entre outros fatores “o número de trabalhadores não for suficiente para o atendimento da demanda de usuários que procuram por assistência à sua saúde, enquanto esses usuários não tiverem um acolhimento adequado e uma resposta resolutiva a seus problemas e enquanto as condições de trabalho dos profissionais que atuam na área de assistência à saúde não forem adequadas...” (p.48).

Embora avaliem positivamente as condições de trabalho as questões relativas à falta de segurança na admissão da maternidade se repetem;

Eu acho que os obstetras que ficam ali na admissão, ficam muito vulneráveis porque a população muitas das vezes já vem de outros serviços, a gente sabe que por problemas sócio-econômico já vem querendo resolver e às vezes não tem vaga e quer resolver as coisas de uma maneira que não é o habitual, que não é o esperado. Se tivesse uma segurança melhor, ia melhorar bastante porque reflete muito no trabalho deles, que trabalha ali, com a linha direta do público. (Pediatra 1)

As condições de trabalho na maternidade também são consideradas boas, tanto no que se refere às condições estruturais quanto ao suprimento dos materiais utilizados na assistência. Essa avaliação é feita pelos funcionários levando em conta a realidade de funcionamento de outros serviços onde os mesmos atuam.

A (maternidade) hoje é muito melhor do que muita casa de saúde particular por aí. Para a mãe, para o neném, tudo entendeu”? (obstetra 1)

Não é ruim não. Posso dizer que é boa, é que eu avalio isso comparando com outros locais, entendeu? Eu até digo assim. Eu aqui eu estou no céu, apesar de algumas dificuldades. (auxiliar 4)

Os profissionais entrevistados apontaram também a necessidade de se humanizar as condições de trabalho. Uma relação humanizada entre a instituição e seu corpo de funcionários faria com que eles trabalhassem satisfeitos, em boas condições emocionais e, portanto aptos a realizar uma assistência mais humanizada;

Eu não só quero investir só na humanização da clientela é preciso investir também na humanização do funcionário, daquele que vai humanizar, ele vai estar emocionalmente em melhores condições de oferecer uma assistência humanizada do que um outro que está insatisfeito. (enfermeira obstetra 4)

As condições desfavoráveis de atendimento assim como outros problemas que surgem no cotidiano do serviço são comunicados às chefias pessoalmente ou através dos livros de plantão. Os profissionais relatam que existe boa interlocução com as chefias embora nem sempre tenham uma resposta da demanda apresentada, *“a gente é ouvida. A gente pode até não ser atendido, mas não existe essa coisa de não ser ouvido”* (enfermeira obstetra 2).

A dificuldade das chefias em resolver as demandas foi atribuída a uma questão estrutural de toda a assistência a saúde e, portanto demandando providências que o nível local não teria como tomar, *“Não é nem questão da... da estrutura do hospital não, mas da estrutura da saúde em si”* (Pediatra 1). São exemplos de problemas que fogem ao alcance das chefias da maternidade a carência de leitos, a possibilidade de contratação de pessoal, a contratação de segurança e as questões sociais da clientela.

Outra dificuldade que as chefias têm que enfrentar e que foi apontada nas entrevistas trata da estabilidade do funcionário público. Na visão de alguns profissionais este é um problema importante porque um mau funcionário não pode ser demitido e não há muito o que se fazer para melhorar o trabalho realizado por ele.

Infelizmente você vê isso, dentro de um serviço público. Ninguém mexe com aquele funcionário porque ele trabalha assim há quinze anos. (agente de portaria 2)

No serviço público, infelizmente todo mundo fala: - Eu não tenho patrão. Então não existe essa cobrança como é feita numa clínica particular, alguém pode dar uma queixa dele e ele vai ser chamado atenção ou até demite. E no serviço público não existe isso. Então seria bom que existisse. (auxiliar 3)

A motivação para o trabalho e a realização profissional: relação com a humanização da assistência.

A proposta de humanização da assistência ao parto traz para a equipe da maternidade desafios relacionados à modificação dos papéis profissionais, à adoção de novas rotinas institucionais, de utilização de um novo espaço físico para atuação e principalmente a necessidade de um novo olhar sobre o papel da mulher e da família neste evento. Considerando que tais fatores poderiam afetar a equipe da maternidade e sua adesão à proposta de humanização optei por avaliar sua motivação e realização profissional com o trabalho ali realizado.

A maioria dos profissionais relatou que tinha motivação para o trabalho apesar das dificuldades decorrentes do eventual excesso de demanda e de

condições de trabalho quase sempre desfavoráveis. As razões pelas quais sentiam-se motivados variou entre as diferentes categorias profissionais.

Para os agentes de portaria exercer bem sua função e poder contribuir para o funcionamento geral da maternidade seriam por si só elementos motivadores. Na entrevista abaixo um agente de portaria fala da importância do seu trabalho no conjunto da assistência:

Mas é isso, é você fazer o melhor a cada dia, sem esperar mérito, se realizar naquilo que faz. Por menor trabalho que seja eu sei que o meu serviço é um trabalho que é importante.
(agente portaria 2)

Os profissionais de enfermagem apontaram que exercer a função inerente à carreira escolhida, ajudar as mulheres e suas famílias, perceber o bom resultado da assistência e ter o reconhecimento do trabalho realizado seriam causas de sua motivação. Nesta entrevista uma auxiliar aponta o prazer relacionado à percepção de que com seu trabalho é possível ajudar as mulheres e seus bebês:

Aí eu gosto quando eu estou ali com a mãe, quando eu posso pô, ajudar, entendeu orientar. Quando eu vejo o nenenzinho ali eu acho legal, toda vez. E parece uma coisa, nos dias que eu estou mais assim, de baixo astral é que acontece as melhores coisas. Até fazer parto mesmo, eu já fiz muitos. (auxiliar 1)

Então a minha motivação vem em estar desempenhando a minha função. Então eu acho que esse é o ponto alto não é? É

você poder ver que você contribuiu de alguma maneira para a felicidade daquela família. (enfermeira obstetra 2)

Associado à motivação por estar ajudando à mulher e ao bebê no momento do nascimento soma-se o prazer de ter o seu trabalho reconhecido:

Porque a gente vê a satisfação da paciente, elas voltam para agradecer, elas saem daqui agradecendo, elas chamam pela gente o tempo todo. Não é o fato de você estar fazendo o parto em si, mas é de você estar trabalhando com essa parturiente, pelo menos é o que me motiva. E de você estar vendo o reconhecimento dela. (residente de enfermagem)

Em estudo sobre a satisfação profissional do enfermeiro, Cura e Rodrigues (1999), afirmam que há um consenso de que estes têm como fatores relacionados a esta condição os aspectos intrínsecos do seu trabalho, tais como reconhecimento, responsabilidade e autonomia.

Quanto aos profissionais médicos, o reconhecimento profissional e o sucesso no trabalho representado pelo resultado positivo após uma intervenção realizada teriam papel importante em sua motivação profissional. Este reconhecimento poderia vir na forma de um agradecimento no momento da assistência ou muito tempo depois quando num encontro ocasional o profissional é reconhecido pela cliente que se recorda dos cuidados que recebeu do mesmo;

Uma vez eu estava indo embora aí veio uma paciente correndo pelo corredor só para falar: - Obrigado o senhor me ajudou, tá. Isso é importante, não é? (obstetra 1)

Hoje eu cheguei aqui extremamente desanimada, eu estou muito desanimada com meus empregos em geral. (risos) Assim, com a crise. Mas hoje eu cheguei aqui, tinha uma mãe lá embaixo que me reconheceu. Ela teve o neném dela aqui, foi um neném prematuro, que foi internado na UTI durante muito tempo, essa criança está hoje com dois... está fazendo dois anos de vida, anda, fala é uma criança normal. Então, isso é uma motivação. Então isso é importante, de vez em quando ver o fruto do seu trabalho. Isso que me motiva muito me deu essa motivação hoje assim, como uma injeção de gás. (pediatra 2)

A expressão “ver o fruto do seu trabalho” reflete a realização da profissional ao poder materializar no encontro com o paciente curado o ideário maior de sua profissão ao ter ajudado a salvar a vida daquele que um dia foi um grave bebê prematuro. Bovier & Perneger (2003) em pesquisa sobre satisfação profissional entre médicos encontraram que no geral estes profissionais estavam mais satisfeitos com os aspectos do seu trabalho relacionados aos cuidados com o paciente, as relações profissionais e as recompensas pessoais tais como estimulação intelectual, oportunidades de educação continuada e o prazer no trabalho.

O fato de a maternidade fazer parte do serviço público, onde as condições de trabalho são quase sempre desfavoráveis, não significa que o mesmo não possa trazer realização ao profissional. Uma entrevistada coloca claramente em sua fala a concepção ideológica já incorporada de que por ser serviço público o mesmo já é deficiente ou ruim:

Eu trabalho bem, gosto de trabalhar aqui. Acho que o serviço é um serviço bom, apesar da deficiência de ser um serviço público, mas eu acho que é um serviço bom, não é?
(pediatra 1)

Para alguns profissionais a realização não está associada à remuneração recebida no serviço público, *“Então eu... se eu não sou realizada financeiramente, emocionalmente eu sou...”* (auxiliar 2). A questão da baixa remuneração não pode ser motivo para um mau atendimento da população segundo os mesmos, *“Então eu não posso chegar aqui, maltratar ninguém porque eu ganho pouco”* (agente de portaria 1).

A falta de motivação para o trabalho ou a não realização do profissional estavam associadas à desilusão com a especialidade escolhida, com a dificuldade em exercer a profissão da maneira desejada ou com problemas pessoais que associados às condições de trabalho desestimulavam os mesmos.

A dificuldade de exercer seu trabalho da forma desejada e de perceber a possibilidade de mudanças fez ao longo do tempo uma enfermeira obstetra sentir-se desmotivada especialmente quando envolvida por problemas pessoais;

No começo a gente tem muita esperança, muita garra, muita vontade né, mas depois as coisas vão se apagando porque você começa a ter um monte de problemas e dificuldades e vê que aquela coisa não vai muito, aí juntam os seus problemas pessoais com os profissionais e aquilo vai te deixando meio que desanimada, tipo: - Ah! Não adianta que é aquilo ali mesmo que eu vou ter. (enfermeira obstetra 3)

Também é fonte de desmotivação profissional encontrar situações em que o atendimento foi feito de forma inadequada comprometendo a qualidade do serviço. O desgaste produzido pelas dificuldades de comunicação entre os profissionais das diferentes equipes interfere na realização do trabalho:

E o que às vezes me desmotiva são casos que acontecem no dia-a-dia que é de descaso mesmo. Ah! A paciente é pariu assim, teve um filho assim é... abortou dessa forma e ficou lá no leito, não deram assistência. Umas coisas que não tinham necessidade de acontecer e acabam acontecendo e por mais que às vezes a gente oriente, que a gente conversa, acaba acontecendo. (obstetra 5)

Um médico obstetra relata como a questão dos processos judiciais tem interferido com sua motivação para o exercício da profissão, porque as condições de trabalho em sua opinião propiciam o acontecimento de erros pelos quais o profissional terá que responder;

Bem, eu não me sinto realizado, motivado, nem satisfeito. Eu acho que a gente trabalha aqui sob um estresse muito grande, é você atende muita gente. Obstetrícia hoje em dia no Brasil é uma coisa muito complicada. O pessoal está começando a não querer fazer GO porque junto com a ortopedia e anestesia são os que mais tem processo. E a obstetrícia, o final a gente nunca sabe o que vai acontecer. O ser humano não é máquina. O ser humano pode errar e o erro em obstetrícia muitas das vezes ele é difícil de se reverter, é difícil de se provar que não foi e tal, a medicina em geral e a particularmente a obstetrícia está muito complicada com essa parte judicial. (obstetra 2)

Poder em disputa: a dinâmica das relações de trabalho e a humanização da assistência na maternidade.

Segundo Helman (1994), o sistema de saúde em qualquer lugar “é a expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiu”. Seja qual for o tipo de sociedade ele vai refletir “não só os valores e ideologias básicos”, mas, também, ao mesmo tempo contribuir para formá-los e mantê-los (p.80)

No seu funcionamento cotidiano um hospital é considerado uma organização altamente autoritária. Ordens devem ser cumpridas rapidamente e sem questionamento porque vidas podem estar em jogo. Entretanto, esta hierarquia nem sempre é respeitada e muitas vezes o poder dos administradores do hospital entra em conflito com o poder dos médicos porque estes

profissionais têm a possibilidade de com a desculpa de que há uma “emergência médica”, desafiar as regras hospitalares (Foster & Anderson, 1978).

Os médicos possuem valores e conceitos próprios, que os definem como um grupo profissional. Esta categoria “Possui também um colegiado de iguais conceituais que existe para controlar os campos de especialidade, promover seus interesses comuns, manter seu monopólio de conhecimento, estabelecer as qualificações exigidas para admissão, proteger seus membros da incursão e concorrência de outros, além de controlar sua competência e ética” (Foster & Anderson apud Helman, 1994,p.83).

Carapinheiro (1993), afirma que no microcosmo em que se constitui cada unidade hospitalar, os médicos possuem uma posição dominante sobre as concepções da produção dos cuidados e na organização da divisão do trabalho. A partir destas concepções organizan-se as posições hierárquicas dos outros grupos profissionais e se estabelecem relações de trabalho formais e informais.

Quase que de forma concomitante à implantação da proposta de humanização da assistência se fez a contratação dos enfermeiros obstetras para atuar no cuidado à gestante de baixo risco. Com a chegada destes profissionais uma nova dinâmica de trabalho e de relações de poder se fez presente na maternidade.

O enfermeiro obstetra passou também a ser responsável pela atenção ao TP e parto o que antes era uma atribuição apenas dos médicos, passando a dividir com estes o papel central no cuidado das gestantes. Mesmo em relação à equipe de enfermagem como um todo, este grupo se diferenciava porque sua atuação estava toda voltada exclusivamente para o cuidado da clientela, sem

envolver-se com as questões administrativas ou outros cuidados que todos os outros enfermeiros têm como tarefa.

Estes profissionais trouxeram ainda com sua chegada novos elementos no cuidado com as gestantes que eram, até então, estranhos à maioria dos profissionais. O uso da banheira, de banquinhos, de bolas e de novas posições na hora do nascimento, além de uma conduta menos intervencionista no TP do que os médicos tinham usualmente como rotina foram motivo de tensão entre os profissionais.

Todas estas alterações poderiam influenciar as relações de trabalho na maternidade estudada e refletir nos cuidados oferecidos às gestantes ali atendidas. Tornou-se, portanto fundamental perceber como elas estavam acontecendo e suas repercussões na humanização da assistência.

O relacionamento entre os profissionais de uma mesma categoria foi apontado como harmonioso pela maioria dos profissionais. Os médicos obstetras e pediatras foram unânimes em apontar o bom relacionamento entre eles, embora todos tenham deixado de mencionar os anestesistas como se os mesmos não fizessem parte da equipe. Este entrosamento foi apontado como um fator benéfico para o cuidado das gestantes. No cotidiano da maternidade o relacionamento entre os profissionais deveria ser sempre respeitoso, mas eventualmente acontecem situações em que um colega “quebra o espírito de cooperação da classe” como fala um obstetra;

Bem, o relacionamento entre médicos é aquele relacionamento que está padecendo de um código de ética. Então muitas vezes um colega fala de um outro e tal, mas entre dentes, não diz quem é e tal. Mas é um relacionamento que

mesmo que você não goste de uma pessoa, você não deixa um outro é uma outra especialidade, uma outra profissão, falar mal de um colega seu. Existe um código de ética que a gente, mal ou bem, segue. Existe uma coisa em medicina que é “espírito de corpo” né, muitas vezes você encontra um “espírito de porco” no meio, mas sempre tem o “espírito de corpo”. Então a gente tem um grupo mais ou menos coeso. (obstetra 2)

Como aponta Deslandes (2002), “é também nas vivências de grupo que são criadas algumas das condições de produção de uma identidade profissional” (p.73). Compartilhando a condução de casos e principalmente enfrentando as mesmas dificuldades no cotidiano da assistência, estes profissionais estabelecem vários acordos tácitos dentro da própria equipe e também com outras equipes de plantão, que permitem uma negociação da divisão do trabalho.

Enfermeiros e auxiliares também colocaram não haver problemas de relacionamento entre eles que pudesse comprometer a assistência prestada às parturientes. Apenas uma vez durante as entrevistas desta categoria houve uma queixa do relacionamento entre estes profissionais. Um enfermeiro quando se referia ao comportamento de algumas enfermeiras obstetras queixou-se de que eventualmente elas agiam como se fossem mais importantes porque tinham um conhecimento diferenciado:

São uns que de repente se veste com determinada soberba. Eu não sou enfermeiro obstétrico eu fiz médico-cirúrgico. Mas quando eu me ponho como enfermeiro eu falo

assim: - Oh! Espera aí, você é enfermeiro igual a mim, então espera aí, você pode saber, não estou nem intervindo no que você está fazendo, mas eu sou igual a você. (enfermeiro 2)

A relação de profissionais de categorias diferentes pode ser conflituosa quando o trabalho de uma interfere com o bom andamento das atividades de outra categoria. Os agentes de portaria pressionados pela população devido à demora no atendimento pelos médicos plantonistas reclamam que algumas equipes médicas tem um comportamento pior do que outras:

Porque existe equipe difícil de trabalhar. E eu não estou criticando o trabalho deles, ele é que sabem do trabalho deles. Mas tem equipe que tem um ritmo. Agora, tem equipe que fica no estar e só vai atender quando tem três ou quatro fichas, quer dizer... Mas quem que sofre as reclamações? É o pessoal da portaria. Porque tem três, quatro, já esperando há meia hora mais ou menos, quarenta minutos e vê que a maternidade não está cheia, mas a equipe não gosta de atender um por um, o ritmo deles que vem a prejudicar o ritmo da portaria, não é? (agente de portaria 2)

A unanimidade apontada nas entrevistas como problema de relacionamento entre equipes diferentes foi a relação entre médicos, sejam eles obstetras ou pediatras, e a equipe de enfermeiras obstetras. Os conflitos na relação de trabalho entre estes profissionais foram apontados como elementos que interferem com a assistência prestada às gestantes:

Um conflito entre os profissionais, acho que isso só atrapalha a humanização, às vezes nem existe a humanização aí né, que aí é puxa dali, empurra daqui, faz aqui, força dali (na barriga da gestante).- Bota o paizinho lá fora! Não é? (para ele não presenciar o que está acontecendo) E aí acaba que você né, - Mãezinha faz força ! (obstetra 5)

Nesta fala o médico obstetra explicita a disputa pelo cuidado com a gestante em que muitas vezes os médicos interferem na conduta adotada pelos enfermeiros. Ela retrata o que ocorre quando médicos obstetras entram na sala de parto quando uma enfermeira obstetra esta assistindo um parto e começam a interferir na condução do mesmo. São exemplos desta interferência exigir a retirada do acompanhante da sala de parto e pressionar a barriga da parturiente para apressar o nascimento do bebê. As vezes esta interferência é feita apenas como uma provocação ou para demonstrar quem tem maior poder. Por exemplo, quando o obstetra “ordena” que a auxiliar de enfermagem coloque um soro com medicação para acelerar as contrações mesmo sabendo que a enfermeira optou por não fazer uso da mesma:

Interfere (na humanização) que muitas das vezes você age de uma maneira para provocar o outro, e o outro age de alguma maneira para provocar o outro e realmente acaba que a terceira pessoa que é a paciente entra de gaiato na história. (obstetra 2).

O relacionamento das enfermeiras obstetras com os pediatras fica comprometido segundo esta entrevistada porque elas não dão valor ao trabalho das pediatras nos partos de baixo risco em que os bebês nascem em boas condições de saúde. A queixa da pediatra se deve a uma rotina de quase todas as enfermeiras obstetras de ao pegarem no parto um bebê saudável colocam o mesmo no colo da mãe e apenas após este contato ele é entregue para a pediatra. Segundo a profissional o trabalho das pediatras só seria valorizado nas situações em que o bebê nasce com sua saúde comprometida:

E tem uma relação com o pediatra assim “Ah! Pediatra, pediatra!”, isso eu observo. Já os outros colegas médicos, os obstetras não, sabem da nossa importância no trabalho. Agora muitas das vezes o enfermeiro obstetriz, muitas das vezes não, a maioria, eu diria assim, noventa por cento das vezes não tem um bom relacionamento com a gente. Tratam a gente com descaso, não tem... não fazem muita questão assim, entre aspas, que a gente... quando o bebê nasce grave aí que fazem questão que a gente esteja lá. (pediatra 1)

Em sua fala a profissional aponta a importância do corporativismo médico como forma de união na disputa pela assistência ao parto. Porque da mesma forma que as enfermeiras obstetras passaram a assistir aos partos, uma vez que elas assumem que nos casos em que o bebê nasce em boas condições a presença do pediatra não seria necessária, estes também “perderiam seu lugar”. A relação é conflituosa porque formados para realizar a assistência ao parto e acostumados a perceber esta assistência como um ato médico estes

profissionais se sentem usurpados de seus direitos. Um obstetra, numa fala cheia de contradições, aponta que embora fisiológico o parto é “de sangue” , é um procedimento cirúrgico e que é difícil aceitar que um não médico assuma esta assistência;

A enfermeira que faz assistência ao parto, em especial, existe uma coisa, é o seguinte, o obstetra é... ele está... o parto é um ato cirúrgico, tem que dar ponto muitas vezes, tem que fazer manobras é de sangue. Então é um ato cirúrgico, por mais que não seja, ele é. É natural, é fisiológico, mas é um ato cirúrgico. E você vê uma pessoa que não médica fazendo aquilo ali é uma coisa que traz uma certa barreira, um certo bloqueio para a pessoa que fez uma faculdade e aprendeu que aquilo ali era feito por um médico. Então realmente, é uma coisa que para você quebrar isso é difícil. A proposta que tem de fazer parto, eu já estou entrando em outra coisa, estou deixando, você deixou a porta aberta, eu estou entrando.
(obstetra 2)

A fala do profissional termina com a insinuação de que agora que deixaram as enfermeiras obstétricas “entrarem” nesta assistência a “porta esta aberta” e será difícil fechar. Uma das acusações feitas aos enfermeiros obstetras é de que os mesmos estariam extrapolando suas funções e assistindo situações que deveriam estar sendo cuidadas por profissionais médicos. Os enfermeiros obstetras por sua vez acusam os médicos de não levarem em conta a

especificidade do cuidado que oferecem. Analisando a dificuldade do relacionamento entre estes profissionais um obstetra afirma:

Aqui na maternidade a gente tem um problema à resolver ainda em termos de enfermeiras obstétrica e em termos de médico. Porque você tem às vezes a enfermeira obstétrica que não aceita a orientação ou a ajuda do médico e você tem, ou o contrário também, médico que não liga pra o que a enfermeira obstétrica está dizendo e está falando o que está acontecendo, isso gera um conflito, às vezes o conflito passa despercebido porque o parto acontece, mas aí quando tem alguma complicação, aí isso vem à tona porque aí além do problema da gestante vai ter um conflito entre os dois ali e isso é um problema sério que às vezes a gente tem no pré-parto em alguns plantões. E fica essa coisa assim sem ter um companheirismo não é? (obstetra 5)

O conflito, como disse o profissional, passa despercebido quando não houve nenhuma complicação com a mulher ou com o bebê, mas quando algum resultado desfavorável acontece o conflito aflora porque aí, segundo a lógica da instituição seria necessário apresentar um culpado. Nestas situações em geral as chefias são chamadas para arbitrar a questão e tentar refazer os “acordos” de colaboração e de reafirmação dos limites de atuação de cada profissional.

Algumas vezes, segundo um obstetra, os próprios enfermeiros (não obstetras) apontam a dificuldade de manter um PP com o cuidado humanizado e sem muitas intervenções porque desta forma os leitos demoram a girar e a

demanda de internações continua a pressionar os plantonistas: *“Tem enfermeira aqui que chega para mim e fala: - Olha, resolve lá senão aquele pré-parto vai explodir. Aí a gente vem e resolve algumas coisas”* (obstetra 1). O sentido de “resolver” expresso na entrevista tem o significado da intervenção que vai acelerar o TP, seja ela a colocação do soro com ocitocina, seja a ruptura da bolsa ou a indicação de uma cesariana. A humanização em sua opinião dificulta o trabalho,

A única coisa que eu acho é que dificulta um pouco o trabalho da gente. Por exemplo, se eu botar seis pacientes de baixo risco aqui dentro eu tenho certeza que o plantão vai ficar arrastado com essas seis pacientes, a grande maioria (das enfermeiras obstetras), toque e escuta neném, toque e escuta neném. Não sabe o limite de... – Poxa vamos começar a agir, vamos romper uma bolsa, vamos pode ter algum problema. Eu acho que a humanização em si fica presa nisso. (obstetra 1)

Uma outra reclamação dos médicos obstetras em relação às enfermeiras obstetras é que as mesmas se recusariam a ajudar no cuidado “não obstétrico” quando existem situações de urgência no PP. O profissional considera injusta a opção que as enfermeiras obstetras têm de cuidar apenas das pacientes de baixo risco, não tendo que se envolver com outras questões da assistência. Os médicos não teriam esta opção e desejariam que as enfermeiras obstetras também interrompessem o que estivessem fazendo para ajudar:

Então eu não sei se eles não tem essa informação do que é uma urgência realmente, o médico, fazer o serviço da

faxineira, aqui é isso, eu posso fazer o serviço da faxineira, eu posso fazer o serviço da auxiliar, eu posso fazer o serviço da enfermeira obstétrica e o meu serviço, além de atender a minha admissão, além de fazer a minha visita. Mas e não se pode em nenhum momento a enfermeira obstétrica pegar uma veia né, raríssimas exceções a enfermeira obstétrica pegar e colocar a paciente numa sala de cureta enquanto todas as auxiliares estão ocupadas em partos, eu não posso com isso. (obstetra 4)

As queixas dos médicos em relação ao trabalho das enfermeiras estão muitas vezes voltadas para a pouca colaboração destas quando eles precisam de agilidade para resolver os casos internados,

A equipe de enfermagem é um problema, fazem coisas que eu não acho certo, por exemplo, eu não acho certo você estar de plantão e você tirar uma hora de almoço. Eu não tiro uma hora de almoço, eu vou almoço e volto correndo. Eu não acho justo por você estar... tua mão pegando fogo aqui, parto cesárea, não sei o quê. –Ah! porque eu vou almoçar. Aí fica um em cada sala e o negócio não anda, entendeu? (obstetra 1)

Por outro lado as enfermeiras e auxiliares reclamam que os médicos ficam no quarto de repouso e que apenas quando eles estão com disposição de trabalhar se movimentam para resolver os casos, independente da situação da equipe de enfermagem.

Segundo as enfermeiras obstetras o relacionamento entre a equipe de enfermeiras obstétricas e os plantonistas médicos era facilitado quando elas acompanhavam uma mesma equipe. Desta forma estabelecia-se uma maior parceria e confiança entre todos os profissionais criando um maior espírito de equipe. Entretanto, com a diminuição do quantitativo de enfermeiros obstetras foi necessário adequar o horário e estabelecer um novo esquema de plantão para a equipe de enfermeiras obstetras que a cada semana passou a trabalhar com equipes médicas diferentes. Isto se tornou um problema porque as equipes não seguem uma mesma rotina ou trabalham com as enfermeiras obstetras da mesma forma,

Antigamente quando a gente fazia vinte e quatro horas, eu achava que isso era muito mais fácil em relação ao nosso relacionamento com a equipe médica, porque nós mantínhamos duas equipes médicas, uma de dia e uma à noite. Então era uma equipe só para você, então você já conhecia, bem mais fácil do que você ter que passar por todos os plantões médicos, cada um tem um perfil, cada plantão trabalha de uma maneira. (enfermeira obstétrica 3)

Apesar das dificuldades no relacionamento apontadas muitas falas revelam que o clima de convivência entre as equipes já foi mais difícil e que atualmente os outros profissionais já estão mais “acostumados” com a presença dos enfermeiros obstetras e com seu trabalho,

Olha, já estive pior anteriormente, quando nós viemos pra cá o relacionamento era péssimo né, não só em relação à

equipe médica como equipe de enfermagem. Nós, enfermeiras obstétricas não fomos bem recepcionados aqui e eu não sei porque, até mesmo em relação à equipe de enfermagem. Mas com o tempo o nosso relacionamento ficou satisfatório, principalmente em relação à equipe de enfermagem, nos relacionamos satisfatoriamente e com a equipe médica também melhorou bastante. (enfermeira obstetra 1)

Uma enfermeira obstetra aponta que a dificuldade de relacionamento com os médicos é um problema de maiores proporções porque “*as pessoas não cooperam com seus próprios pares, com seus próprios colegas*”, o relacionamento interpessoal é difícil e complexo como “*... reflexo desse comportamento individualista do ser humano, da ... modernidade, eu acho que é isso*”. Esta profissional aponta que a medida que as enfermeiras obstetras foram amadurecendo tecnicamente e ganhando confiança na sua atuação, seu relacionamento com os médicos melhorou porque estes perceberam que elas poderiam ser aliadas na assistência e passaram a cooperar mais,

Eu acho que conforme as pessoas amadureceram tecnicamente, nós amadurecemos tecnicamente então nós nos tornamos mais tranquilas para lidar também porque eu acho que no momento que você está insegura você tem uma postura mais agressiva mesmo né, para se defender. É a própria equipe médica, eles também foram percebendo que nós não éramos loucas, inábeis, entendeu? (risos) É que nós tínhamos muita

contribuição a dar e o relacionamento melhorou por conta disso. (enfermeira obstetra 2)

As entrevistas apontam que, embora ainda hoje seja fonte de atrito, a proposta de humanização na assistência ao parto já foi motivo de maior controvérsia e tensão entre as equipes médicas e de enfermagem obstétrica. Em todas as falas percebemos que os profissionais são favoráveis à idéia de “humanização”, embora os médicos algumas vezes tenham idéias e comportamentos contraditórios diante da sua operacionalização. O centro das discordâncias parece ser a diferença entre a posição de intervir para acelerar o nascimento do bebê e diminuir o “tempo de sofrimento” da mulher na visão dos médicos e do ideal do parto natural onde o profissional respeita a fisiologia do TP, a autonomia da mulher e favorece a presença do acompanhante na visão das enfermeiras obstetras.

A fala abaixo de um médico obstetra é um exemplo das contradições que cercam esta questão. Ao mesmo tempo em que diz que a humanização, uma atribuição da enfermagem obstétrica, “é uma coisa boa porque deixa as mulheres muito mais tranqüilas para o parto”, ele afirma que atrapalha porque desta forma demora mais o bebê para nascer. Não importa o benefício que a mulher tenha com o atendimento humanizado, mas apenas a lógica de funcionamento hospitalar,

A única coisa que eu acho é que (a humanização) dificulta um pouco o trabalho da gente. Dá uma ajeitada, rompe uma bolsa, faz alguma coisa ali (não pode ser feito). Mas eu acho que elas (enfermeiras obstetras) só atrapalham nesse sentido

(de não deixar intervir). Você sente diferença, você sente diferença numa paciente que é acompanhada por uma enfermeira obstetra e por um médico obstetra. Quando ela chega para ganhar neném, são duas pacientes completamente diferentes. A que é acompanhada pelo médico é uma paciente mais pô, revoltada, grita mais, não sei o quê. E a outra não, a outra já é uma paciente mais tranqüila, não que não vai gritar que não vai atrapalhar, vai, do mesmo jeito. Mas emocionalmente mais estável, mais preparada. (obstetra 1)

Vale ressaltar a afirmação feita pelo profissional de que a mulher vai “atrapalhar” de qualquer maneira na hora do parto, seja ao manifestar sua dor ou por fazer qualquer outra demanda. Para este profissional, o desejável parece ser o controle absoluto do momento do parto, como no início do século passado quando o Dr. Joseph DeLee, num artigo em 1920, propôs que a mulher fosse sedada e submetida à uma episiotomia e ao parto à fórceps de forma rotineira (Wertz & Wertz, 1977), deixando o momento do nascimento completamente sob controle do médico.

A proposta de humanização é positiva segundo a entrevista deste outro obstetra e já deveria estar sendo implantada há mais tempo.

Eu acho só que é uma proposta boa, que devia ser feita há muito tempo. Que a gente não pode ficar tratando pessoas como uma coisa, não vou falar que nem bicho não, mas como se fosse. (obstetra 2)

Se por um lado a proposta de humanização vem vencendo barreiras e progressivamente envolvendo outros profissionais, por outro algumas questões ainda merecem atenção. É preciso, por exemplo, que esta proposta continue a ter apoio e incentivo dos níveis administrativos superiores e que os profissionais também sintam que recebem um tratamento humanizado da instituição:

É poder dizer que nós assim, profissionais que trabalhamos numa unidade também nós precisamos de um estímulo. As pessoas assim, responsáveis, que estão a frente dessa... de um grande grupo com relação a humanização para divulgar, para promover e apoiar essa questão de humanização, nós também precisamos de parcerias a nível superior, não é? (enfermeira obstetra 4).

Se o apoio institucional é apontado como algo importante para o sucesso do projeto de humanização da assistência, o apoio local da direção para que os funcionários também se sintam como alvos deste mesmo processo também é demandado. Uma reivindicação feita por profissionais da enfermagem de uma forma geral é um local para descanso, em especial nos plantões noturnos, próximo ao pré-parto, uma regalia que apenas os médicos possuem:

Pô, condições pra gente trabalhar, um local para descanso adequado, uma sala que você possa tirar uma hora e pouco, não é, está calminho, vou tirar um cochilo, descansar um pouquinho, então você não tem isso aqui. Pelo menos o pessoal da enfermagem não tem, até tem, mas é lá embaixo no segundo andar, tem que andar léguas e se acontece alguma

coisa aqui que você tem que vim logo, não dá tempo.

(enfermeira obstetra 4).

Deslandes (2004), em uma análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar afirma que “Outro aspecto fundamental e pouco explorado nos documentos diz respeito às condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito à uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (p. 13).

7 – Em busca de uma utopia? Conclusões sobre o processo de humanização da assistência ao parto em uma maternidade pública.

“Para mudar o mundo é preciso antes mudar a maneira de nascer” (Michel Odent).

Ao iniciar este capítulo com uma pergunta faço uma reflexão diante do enorme desafio desta proposta cuja maior dimensão repousa na perspectiva de mudança de atitude dos profissionais, ou seja, em última instância, do próprio ser humano. Um humano que não está isolado das múltiplas dimensões da vida em sociedade, de sua ordem cultural geral e das específicas de seu próprio grupo. As conclusões a que chego após percorrer um caminho metodológico foram certamente influenciadas pela minha trajetória pessoal de médico obstetra e talvez um dos limites deste estudo. No retrato que fiz do atendimento na maternidade pública estudada tentei mostrar para além do que seria facilmente visto no primeiro plano e que o senso comum já teria identificado. Meu trabalho quis evidenciar para o leitor também o que estava “escondido” nas relações de trabalho, nas disputas de poder entre os profissionais, nas suas relações com as mulheres e dar visibilidade ao que pensam sobre a humanização da assistência os personagens deste retrato.

Inicialmente é preciso registrar que é fundamental que uma política de humanização da assistência tenha como preceito “básico” um sistema de referência que garanta a vaga para o parto desde o momento em que a mulher inicia a gravidez. A insegurança de não ter uma vaga para internação no momento do parto e ter que peregrinar em busca da mesma é por si só uma condição desumana para a gestante. A garantia de acesso ao cuidado hospitalar é um elemento organizador da assistência como um todo e deve ser perseguida pelos gestores públicos como um objetivo primordial.

Como proposta que também preconiza uma “adequação do espaço hospitalar” para sua melhor implantação é preciso que gestores estejam atentos para a importância do espaço físico como elemento facilitador do processo de humanização. Entretanto, é preciso relativizar as dificuldades produzidas pelo espaço físico, já que em muitos momentos podem ser superadas pelo acolhimento e apoio oferecidos pela equipe. A qualidade da relação entre os profissionais de saúde e a clientela e o atendimento recebido foram sempre o principal motivo de satisfação ou queixa das usuárias.

As mulheres não conhecem a proposta de humanização da assistência ao parto ou mesmo a política municipal de saúde que engloba seus preceitos e a possibilidade de ter um acompanhante é a única inovação que algumas conhecem dentre os cuidados tradicionais oferecidos. As mulheres desconhecem alternativas aos cuidados oferecidos pelo modelo médico da maternidade. O estabelecimento de uma relação menos assimétrica entre profissionais e clientes poderia modificar este quadro. Ampliar o poder de escolha das usuárias não é, entretanto, uma característica do modelo de atenção medicalizado de nossas maternidades ou serviços de pré-natal. Ações (grupos de casais, cursos de preparação, visitas à maternidade) que levem a um maior envolvimento das mulheres com os serviços podem ser uma forma importante de modificar a visão do que é aceito e do que é relevante nas tecnologias de cuidados oferecidas pelos serviços de saúde facilitando a adoção de mudanças.

A importância do apoio do parceiro e da família na gestação referida pelas mulheres aponta a necessidade da definição de estratégias para que os serviços de pré-natal possam incluí-los neste atendimento. Neste sentido seria

produtiva a adoção sistemática de atitudes promotoras do direito com a formatação de informações (folders, folhetos, manuais e cartazes) para as mulheres, acompanhantes e profissionais de saúde com conteúdos mínimos de comunicação.

A discussão sobre os modelos de assistência ao parto e sobre sua excessiva medicalização parece ser uma questão apenas para as mulheres de maior nível econômico e cultural. Cresce, portanto, a importância de uma política de humanização da assistência ao parto que possa ao atingir as mulheres das camadas menos favorecidas ampliar seus direitos de usuárias dos serviços de saúde.

A presença do acompanhante de escolha da mulher durante o TP e parto não pode depender de preferências individuais dos profissionais. Não se pode falar em assistência humanizada ao parto se o companheiro ou qualquer outra pessoa de escolha da mulher não pôde estar presente apesar do desejo dela de que isso acontecesse. Com a recente aprovação da lei federal que garante à mulher a presença de um acompanhante de sua escolha no TP e parto (MS, 2005) cabe aos gestores e a própria sociedade um esforço na sua divulgação facilitando a apropriação deste direito pela população.

As rotinas médicas de assistência ao TP e parto da maternidade de uma forma geral impedem que a gestante seja sujeito do processo de parturição e têm como consequência a subtração de direitos das mulheres. Ao mesmo tempo possibilitam que violências de outras ordens sejam cometidas num processo de negação de sua cidadania. Para evitar estes abusos propomos que a assistência ao parto seja discutida nos diferentes espaços (universidades, serviços e na própria sociedade) em termos de direitos sexuais e reprodutivos

(Correa e Petchesky, 1994). Neste sentido ações afirmativas que promovam a equidade de gênero e o empoderamento das mulheres devem ser uma prioridade de formuladores de políticas e de gestores nos diversos níveis.

A tentativa de mudança de modelo de assistência com a contratação de enfermeiros obstetras para o cuidado das gestantes de baixo risco parece que começa a dar resultados embora ainda enfrente resistência de parte dos profissionais especialmente dos médicos. Aumentar a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto dando-lhes autonomia de atuação pode ampliar o processo de humanização da assistência. Uma questão que permanece é como resgatar a tradição da enfermeira obstetra em nosso país, diante de tantas resistências por grande parte dos médicos? Pesquisas sistemáticas dos resultados e da satisfação das mulheres com a assistência prestada por estes profissionais em nosso país são necessárias para subsidiar este resgate.

As histórias contraditórias sobre a qualidade do atendimento provocam a desconfiança das mulheres nos serviços públicos de saúde. Neste sentido uma preocupação dos gestores deve ser o acolhimento com uma escuta atenta e o tratamento respeitoso e educado por parte dos profissionais de saúde (principalmente no momento da admissão hospitalar) como parte da solução para melhorar as expectativas das mulheres. Quiçá elas poderão conceber que um bom atendimento não é uma questão de “*sorte*”, mas uma rotina do serviço e um direito que podem exigir.

As mulheres “aprovaram” o atendimento recebido na maternidade durante sua internação para o parto. Uma aprovação “conformada” e contextualizada na sua “compreensão” dos limites de funcionamento do serviço

público e de suas histórias discordantes da qualidade do atendimento. Com reclamações ou elogios pontuais, de quem recebeu o cuidado da forma “já esperada”, uma aprovação de quem teve a “sorte” de conseguir uma vaga e de não sofrer violências.

Para os profissionais entrevistados, como política ainda em construção, a humanização da assistência ao parto tem múltiplas propostas embutidas que vão do direito ao acompanhante à qualificação da assistência. Entendida como um “conjunto de melhorias” a proposta de humanização é bem-vinda pelos profissionais de saúde e já incorpora alguns elementos comuns a este grupo, permitindo que o debate sobre sua implantação seja feito a partir de alguns consensos em construção.

Os profissionais de saúde ainda não percebem, entretanto a humanização da assistência ao parto como uma política que engloba várias ações que constituem direito da mulher e não apenas uma possibilidade a ser ofertada. Os médicos de uma forma geral não se preocupam em incorporar os elementos da proposta de humanização à sua rotina. Eles estão presentes apenas ocasionalmente confirmando a idéia de *sorte* que permeia o imaginário das usuárias da maternidade. As contradições encontradas nas falas dos profissionais entrevistados e também entre estas e suas práticas cotidianas de assistência revelam a complexidade dos desafios embutidos nesta proposta. Os principais deles assegurar a utilização de rotinas baseadas em evidências científicas, o trabalho harmonioso em equipe e o estabelecimento de uma boa relação ente profissionais e gestante.

A divisão, segundo critérios de risco, do trabalho de assistência ao parto entre médicos e enfermeiras obstetras parece ser um caminho para garantir que

o “cuidado” mais adequado seja oferecido às gestantes, em especial aquelas de baixo risco. Se a legitimidade e o limite de competência dos profissionais de cada uma das categorias estiver bem definida de forma a garantir uma uniformidade de condutas teremos melhores resultados nos indicadores da saúde materna e perinatal. Neste sentido cursos com formação interdisciplinar para os profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento poderiam facilitar uma convivência harmoniosa ou mesmo de “conflitos produtivos” em substituição ao modelo hierárquico e fracionador do cuidado.

Para as enfermeiras obstetras a proposta de humanização significou um novo status profissional com uma ressignificação do seu trabalho, que as tem motivado e proporcionado a criação de uma “identidade” de grupo. Como categoria profissional sua atuação é a principal força que faz avançar o processo de humanização na maternidade.

Enfermeiras não obstétricas e auxiliares/técnicas de enfermagem não se sentem comprometidas com a proposta de humanização da assistência permanecendo numa confortável situação de que esta seria uma tarefa “técnica” exclusiva das enfermeiras obstetras. Os formuladores da política de humanização de assistência ao parto não podem esquecer do importante papel destes profissionais e deixar de sensibilizar e capacitar esta parte da equipe, pois correm o risco de não atingir seus objetivos, já que eles também atuam junto da mulher e da família nos diversos momentos da internação hospitalar.

Para os médicos a proposta de humanização trouxe desafios importantes como atuar em equipe com os enfermeiros obstetras que passaram a realizar tarefas até então exclusivas de sua categoria. Também são desafiadoras a necessidade de reavaliar algumas de suas práticas assistenciais e aceitar a

presença do acompanhante como um direito da mulher. Indecisos entre os “perigos do parto natural” e a sedução do uso da tecnologia e do domínio completo da cena do parto, suas resistências ao novo modelo têm sido um fator dificultador do processo de humanização.

As escolas médicas e de enfermagem, não podem deixar de enfrentar a dicotomia que hoje existe entre o modelo tecnocrático e o modelo humanizado, rediscutir o papel do profissional de saúde na assistência ao parto e nascimento e adequar seu processo de formação. Formados num modelo cartesiano os profissionais de saúde têm o desafio de estabelecer uma relação com a clientela que esteja centrada no sujeito e não na “doença”. Em especial esta demanda exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos (Caprara & Rodrigues, 2004). A formação médica inadequada para a assistência ao parto reforça a persistência dos “vícios” do mercado de trabalho tais como o excesso de intervenções e de cesarianas. Gestores, Conselhos da Categoria Médica e Sociedades de Especialistas têm o desafio de implementar medidas de educação médica continuada que possibilitem a estes profissionais conhecer os avanços da ciência relativos à sua formação incorporando-os de forma a poderem prestar sempre o melhor atendimento.

Seria utópico acreditar que no cenário atual da saúde pública no Brasil poderíamos em pouco tempo mudar uma realidade construída ao longo de dezenas de anos. Mas seria utópico acreditar que é possível mudar o triste cenário atual? Mesmo tendo todas as evidências científicas demarcando os caminhos a serem seguidos e os resultados negativos do atual modelo de assistência apontando a urgência de que isso seja feito? Quais seriam os meios

de romper com a submissão ao modelo médico que privilegia a visão de risco da gestação e do parto?

Há pouco mais de uma década os avanços que presenciei na maternidade estudada eram uma utopia para usuários de uma maternidade pública. Privilégios de quem podia pagar como usar salas de relaxamento com banheira, ter o marido para acariciar o ventre durante o TP ou a escuta de um profissional preocupado em enxergar a mulher para “além da barriga”, não fariam parte do presente da maternidade se uma utopia não tivesse sido perseguida no passado. Se ainda estamos longe do ideal, também já estamos longe do ponto de partida. O progresso é visível, foi lento, mas seguro, e a idéia da humanização da assistência ao parto tem estado cada vez mais presente nas políticas públicas, nas publicações científicas e no próprio debate que a sociedade faz sobre esta questão.

Não estamos mais diante de uma utopia, agora já falamos de um lugar concreto, de exemplos vivos, de locais, de cores, de lutas, de nomes e de desejos. Desejos que impulsionam a proposta de humanização da assistência ao parto. Uma proposta que encerra um projeto de felicidade. Uma proposta que acredita na possibilidade de mudança de um evento comum a todos os humanos: o nascimento. Momento de vulnerabilidade que pode marcar o resto de suas vidas. Esta é a utopia dentro deste desafio, melhorar o mundo, melhorar a vida porque foi modificada a maneira de nascer.

8 – Referências.

- ABRAPIA, 2001. *Aperibé ou Washington*. Disponível em http://www.abrapia.org.br/antigo/a_noticia_comentada/noticias_comentada_s/Aperib%E9%20ou%20Washington.htm. Acesso em 2003.
- Alves, PC. A experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, jul/set; 9(3): 263-271. 1993.
- Ayres, JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 549-60, 2005.
- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977.
- Barros, FC et al. Epidemics of caesarean sections in Brazil. *Lancet*, 338(20): 167-69, 1991.
- Bauer, MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In *Pesquisa qualitativa com Texto, Imagem e Som* (Bauer, M. & Gaskell, G., orgs), pp. 189-217. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Benoiel, JQ. The Realities of Work. In: *Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 175-183, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.
- Betto, F. Alteridade. In: *América latina em Movimento*. Disponível em <http://alainet.org/active/show_text.php3?key=3710>. Acesso em 2003.
- Biscaia, A. A Saúde é «um sector particularmente vulnerável à violência». 2004. http://www.medi.com.pt/medicom/entrevista_dentro.asp?id=21 acesso em janeiro / 2006.
- Boaretto, MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- Bovier PA & Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health*. Dec;13(4):299-305, 2003.
- Camargo Jr., KR. *Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro : UERJ, IMS. 1993.
- Campos, TP & Carvalho, MS. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cadernos de Saúde Pública* , ; 16: 411-20, 2000.
- Caprara, A & Franco, ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, vol.15, no.3, p.647-654. 1999.

Caprara, A & Rodrigues, J. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 139-146, 2004.

Carapinheiro, G. Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

Carroli, G, Belizan, J. Episiotomy for vaginal birth. From The Cochrane Library, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2005.

Chalmers I, Enkin M, Keirse MJ (eds.). Hospital policies and admission practices. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, vol. 1, pt 1-4. Toronto: Oxford University Press, 1989.

Chambers, E. Applied Ethnography. In: *Ethnography*, pp. 851-869. London and New York. Second Edition. Routledge. 1995.

Correa, S & Petchesky, R P. "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective." pp. 107-123 in Gita Sen, Adrienne Germain, e Lincoln C. Chen, eds., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies; and New York: International Women's Health Coalition. 1994.

CREMESP. *Prefeitura remunera mal os médicos. Estado, pior ainda*. 2003. Disponível em <http://www.cremesp.com.br/crmonline/jornalcrm/166/especial.htm> Acesso em 2003.

Cunningham, FG, Gant, NF, Leveno, KJ, Gilstrap III, LC, Hauth, JC & Wenstrom, KD. *Williams Obstetrics*. 21th edition. McGraw Hill. New York. 2001.

Cura, MLAD & Rodrigues, ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*, 7 (4); 21-28, 1999.

Davis-Floyd, RE. Obstetric Training as a Rite of Passage. In: *Obstetrics in the United States: Woman, Physician and Society* (R. Hahn ed.) Special Issue of the *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3);288-318. 1987.

Davis-Floyd, RE. The Rituals of American Birth. In: *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology* (D. Mc Curdy ed.), pp. 323-340. New York. Harper Collins. 1994.

Deslandes, SF. *Violência no Cotidiano dos Serviços de Emergência Hospitalar: Representações, Práticas, Interações e Desafios*. Tese de Doutorado ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2000.

Deslandes, SF. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2002.

Deslandes, SF & Assis, SG. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: *Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método*. Minayo, MCS & Deslandes, SF, Org. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

Deslandes, SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1):7-14, 2004.

Deslandes, SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 615-626, 2005.

Dias, MAB. *Cesariana: Epidemia Desnecessária? A Construção da Indicação da Cesariana em uma Maternidade Pública do Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado IFF / FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2001.

Dias, MAB, Deslandes, SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*; 20:109-118, 2004.

Dias, MAB & Domingues, RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 669-705, 2005.

Diniz, SG & Chacham, A. *Humanização do Parto: Dossiê*. Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - São Paulo. 2002.

Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-37, 2005.

Dimenstein, G. *Doença de médico é contagiosa*. 2003. Disponível em http://www.uol.com.br/aprendiz/colunas/gilberto_dimenstein/index02.html. Acesso em 2003.

D'Oliveira, AFPL. Violência Institucional - O caso da Assistência Obstétrica. In: *Anais do 2º Seminário sobre Nascimento e Parto no Rio de Janeiro*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 1997.

D'Oliveira, AFPL & Schraiber, LB. Violência de Gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: *Questões de Saúde Reprodutiva*. Giffin, K. & Costa, SH, org. pp.337-355, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 1999.

Domingues, RMSM. *Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: A experiência da Maternidade Leila Diniz*. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

Domingues, RMSM, Santos, EM & Leal, MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*; 20 (Supl.1): 552-62, 2004.

Enkin, M, Keirse, MJNC, Neilson, J, Crowther, C, Duley, L, Hodnett, E. & Hofmeyer, J.. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press. 2000.

Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Health Canada. Minister of Public Works and Government Services, Ottawa, 2000.

Faúndes, A & Cecatti, JB. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de saúde Pública* 7(2): 150-173, 1991.

Ferreira, ABH. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª. Edição. Nova Fronteira. Rio de Janeiro. 1986.

FOLHA ON LINE, 2002. *Crise faz Hospital São Paulo cortar atendimentos a partir de hoje*. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u63067.shtml>>. Acesso em 2003.

FOLHA ON LINE, 2002. Governo Federal libera R\$16 milhões para hospitais universitários. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u63081.shtml>>. Acesso em 2003.

Fontana,A & Frey,JH. The interview. From structured questions to negotiated text. In *Handbook of Qualitative Research* (Denzin, N.K. & Lincoln,Y.S., orgs.), 645-672. London:Sage Publications, 2000.

Foster, GM & Anderson, BG. *Medical Anthropology*. Nova York: Newbery Award Records, 1978.

Foucault,M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1979.

Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005.

Geiger, H J. The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization. In: *Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 11-36, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Gibbins, J & Thomson, AM. Women's expectations and experience of childbirth. *Midwifery*, 17: 302-13, 2001.

Giffin, K, D'orsi, E, Reis, AC, Barbosa, G.P et al. Fatores Associados à Realização de Cesárea e Qualidade da Atenção ao Parto em Duas Maternidades do Rio de Janeiro – Sumário de Resultados. Núcleo de Gênero e Saúde. ENSP-FIOCRUZ, 2000.

Good JB & Good MJD. *Learning Medicine: The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School* in *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Lindenbaum & Lock editors. University of California Press. Berkeley. 1997.

Green, JM, Coupland, VA, Kitzinger, JV. Great Expectations. A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth. England. Books for Midwives Press; 1988.

Green J, Coupland V & Kitzinger J. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*; 17(1): 15-24. 1990.

Green, JM & Baston, HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth*, 30: 235-47, 2003.

Hammersley, M. & Atkinson, P. The process of analysis. *In: Ethnography*, pp. 205-237. London and New York. Second Edition. Routledge. 1995.

Helman, C. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1994.

Herzlich, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilização no Campo da Doença. *PHYSIS*, 2(1): pp 23-26. 1991.

Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000.

Hodnett, ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. May;186(5 Suppl Nature):S160-72. 2002.

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol*. Aug;98(8):756-64, 1991.

Hofmeyr, GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Feb;19(1):103-15. 2005.

Hotimsky, S N, Rattner, D, Venancio, SI et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*; 18, pp.1303-1311, 2002.

Hotimsky, SN & Schraiber, LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):639-649, 2005.

Howard, J. Humanization and Dehumanization of Health Care: A conceptual view. *In: Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 57-102, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Howard, J & Strauss, A. *Humanizing Health Care*. (Howard, J. & Strauss, A. org.). New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Hundley, V, Ryan, M. Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by the model of care on offer? *BJOG*; 111: 550-560. 2004.

ISTOÉ. *Casa de Ferreiro ... Estudo da Universidade de Brasília revela que especialistas deixam a própria saúde de lado*. 2002. Disponível em http://www.terra.com.br/istoe/1716/medicina/1716_casa_de_ferreiro.htm. Acesso em 2003.

Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, Klein MC. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ*, Feb 5;166(3):315-23, 2002.

Jelin, E. *Cidadania e Alteridade: o Reconhecimento da Pluralidade*. 1989. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/oficinas/scdh/parte1/conceitos/alteridade.html>. Acesso em 2003.

Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. Jun 18;330(7505):1416, 2005.

Jordan, B. *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and United States*. Waveland Press Inc. Prospect Heights, Illinois. 1993.

JORNAL BREXÓ. *Dirigente da Rede Sarah de Hospitais explica sucesso*. 2003. Disponível em <http://www.jornalbrexo.com.br/entrev01.htm>. Acesso em 2003.

Kennedy, D A. Adaptations to More Humanizing Forms of Health Care. *In: Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 189-213, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Kennell J, McGrath S. Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatr*. Jun;94(6):775-7, 2005.

King, SL. The Humanization of Medicine. *JAMA*; 17 (23): 7; 738-9. 1975.

Kirkham, C, Harris, S & Grzybowski, S. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. April 1, 2005 □ Volume 71, Number 7 <http://www.aafp.org/afp> American Family Physician. Acesso em 2006.

Kroelinger CD, Oths KS. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*., Jun;27(2):112-9, 2000.

Leal, MC, Gama, SGN, Campos, MR, Cavalini, LT, Garbayo, LS, Brasil CLP et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*; 20 (Suppl. 1): 520-33, 2004.

Leavitt, JW. *Brought to Bed: Childbearing in América, 1750-1950*. Oxford University Press. New York, 1986.

Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician*, Sep 15;68(6):1109-12, 2003.

Levine, S. A Sociologist's Perspective. *In: Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 285-292, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Lieberman, AB. *Easing Labor Pain: the complete guide to a more comfortable and rewarding birth*. Boston: Harvard Common Press. 1992.

Lindheim, R. An Architect's Perspective. *In: Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 293-304, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Loustaunau, MO & Sobo, EJ. *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*. Bergin & Carvey, london, 1997.

Maldonado, MTP. *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério*. Petrópolis. Editora Vozes; 1984.

Martin, E. *The Woman in the Body*. Beacon Press: Boston. 1987.

Martins, MCFN. *Humanização na Saúde: Relação Médico Paciente no Microscópio*. 2002. Disponível em <http://ser1.cremesp.org.Br/revistas/sermedico/sermedico010203_2002/medico_foco.htm> . Acesso em 2003.

Matta, R. O ofício do etnólogo ou como ter "anthropological blues". *In: A aventura sociológica* (Nunes, E.O.O . , org.) Rio de Janeiro: Zahar, 23-35. 1978.

McMurray JE, Williams ES, Schwartz MD, et al. Physician job satisfaction: developing a model using qualitative data. *J Gen Intern Med*. 1997;12:711-714

McNiven P, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labour assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*; 25(1): 5-10. 1998

McNiven P, Hodnett E, O'Brien-Pallas LL. Supporting women in labour: a work sampling study of the activities of labour and delivery nurses. *Birth* 1992; 19(1): 3-9.

Mechanic, D. Introduction. *In: Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 1-5, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro*. Editora HUCITEC- ABRASCO. 1992.

Minayo, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):17-20, 2004.

Ministério da Saúde (MS). *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática*. Brasília. 1983.

Ministério da Saúde (MS). Oito Passos para a Maternidade Segura. Guia Básico para os Serviços de Saúde. Brasília. 1996.

Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 8 de agosto de 1999.

Ministério da Saúde (MS). Assistência Pré-Natal. Manual Técnico. Mimeo. Brasília. 2000.

Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília. 2000.

Ministério da Saúde (MS). Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Mimeo. Brasília. 2000.

Ministério da Saúde (MS). Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília. 2001.

Ministério da Saúde (MS). Método Mãe Canguru: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Brasília. 2002.

Ministério da Saúde (MS). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde (MS). Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Perinatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Brasília, 2005.

Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2418 de 02 de dezembro de 2005. Regula a presença do acompanhante durante o trabalho de parto. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005.

Molina, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: Questões da Saúde Reprodutiva. Giffin, K. & Costa, SH, org. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. 1999.

O ESTADO DE SÃO PAULO, 2003. Falta de verbas já se reflete nos hospitais. Disponível em <http://www.estado.estadao.com.br/editorias/2003/01/08/pol034.html>. Acesso em 2003.

OMS (World Health Organization) , 1996 . *Care in Normal Birth: a Pratical Guide*. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. Appropriate technology for birth. Lancet; 8452; pp.436–7. 1985.

OMS (World Health Organization). Care in Normal Birth: a Practical Guide. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra. 1996.

Pegoraro, O. O que é o ser humano? In: A Moralidade dos atos científicos. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1999.

Puccini, PT & Cecílio, LCO. A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde. Cad. Saúde Pública, vol.20 (5); 1342-53. 2004.

ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Carta de Campinas. Mimeo. 1993.

ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Carta de Fortaleza. Mimeo. 2003.

Rezende, J. Obstetrícia. Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 1982.

Rohden, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2001.

Santos Júnior, EA & Dias, EC. Violência no Trabalho: uma Revisão da Literatura. Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte • Vol. 2 • No 1 • p. 36-54 • jan-mar • 2004

Schraiber, LB. *O Médico e Seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC. 1993.

Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part 1. *Birth*; 18: 204-10. 1991.

Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*. May;186(5 Suppl Nature):S131-59. 2002.

Studt, E. Altering Role Relationships. In: *Humanizing Health Care* (Howard, J. & Strauss, A. org.) pp. 215-222, New York: John Wiley & Sons, Inc. 1975.

Tedlock, B. Ethnography and Ethnographic Representation. In: *Ethnography. Principles in practice* (HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. org.). London and New York: Routledge. 1996.

Telles, C. *UERJ em Questão*. 2002. Disponível em <http://www2.uerj.br/nemquest/emquestao78/crise.htm>. Acesso em 2003.

Thacker SB, Stroup D & Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4, 2005.

Thompson, J.B. Ideologia e Cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação em massa. Petrópolis; Vozes, 1998.

Tornquist, CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*; 19(Suppl.2): 5419-27, 2003.

Turbet, S. *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Ventos. 1996.

Ungerer, RLS. Começar de Novo: Uma Revisão Histórica sobre o Alojamento Conjunto. Dissertação de Mestrado IFF / FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1996.

Vaitsman, J & Andrade, GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência. *Ciência &Saúde Coletiva*, 10(3):599-613, 2005.

Velho, G. Observando o Familiar. *In: A aventura sociológica* (Nunes,E.O.O . , org.) Rio de Janeiro: Zahar, 36-46. 1978.

Wagner, M. Pursuing the Birth Machine. The Search for Appropriate Birth Technology. Camperdown, Australia: ACE Graphics. 1994.

Webster J, Linnane JWJ, Dibley, LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts J A. Measuring Social Support in Pregnancy: Can It Be Simple and Meaningful? *Birth* 27 (2);97-101,2000.

Wertz, RW & Wertz, DC. *Lying-In. A history of childbirth in America*. Yale University Press, New haven. 1977.

9 – Anexos.

Anexo 1 - Roteiro para entrevista com profissionais de saúde.

I - CARACTERIZAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A) ENTREVISTA Nº _____

- Idade: _____ - Sexo: _____ - Categoria profissional: _____.
- Atuação nesta maternidade: plantonista () profissional da rotina ()
- Tempo de formado? ____ Tem pós-graduação/especialização? _____
- Tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde? _____
- Tempo de trabalho nesta maternidade? _____
- Trabalha na iniciativa privada? _____
- Tem outro vínculo público? _____

II – REPRESENTAÇÕES ACERCA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

- Para você o que é a humanização da assistência ao parto e o que você acha mais importante nessa humanização?
- No dia a dia de seu trabalho na maternidade o que você acha que favorece e o que dificulta a humanização da assistência?

III – IDEALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

- O que você considera como condição ideal a ser oferecido na assistência à gestante e ao bebê para promover um parto humanizado?
- O que você acha que a gestante quer da assistência/atendimento como um todo?
- O que você considera como condição ideal de trabalho para alguém da sua categoria profissional promover um parto humanizado?
- Como você define sua motivação, realização e satisfação profissional com o trabalho que você realiza na maternidade?

IV – REPRESENTAÇÕES ACERCA DA VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

- Você tem oportunidade de sugerir melhorias para as condições de trabalho e de ser avaliado e reconhecido pelo trabalho que realiza? Isso interfere na possibilidade de humanização?

V – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO HOSPITAL PARA A QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

- Como avalia as condições de trabalho na maternidade e como elas interferem com a qualidade da assistência e na possibilidade de humanização?

VI – AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO DA EQUIPE DO PARA A QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

- Como você avalia o relacionamento da equipe de trabalho? Isso interfere com a humanização da assistência?

VII – OUTRAS CONSIDERAÇÕES A FAZER

Anexo 2

Roteiro de Observação de Campo

Recepção:

Espaço físico na recepção e sua adequação para a espera das mulheres e seus acompanhantes. Organização da informação visual e do espaço para a informação formal sobre os direitos das mulheres e sobre o atendimento prestado na Unidade. Presteza no atendimento. Relacionamento dos profissionais com as gestantes e seus acompanhantes. Condições da estrutura física e limpeza do ambiente. Condição de trabalho dos diversos profissionais que atuam neste espaço. Relacionamento interpessoal da equipe.

Sala de admissão:

Espaço físico e sua adequação para o exame das mulheres e da permanência de seus acompanhantes. Presença de informação visual. Possibilidade da presença de acompanhante na sala de exames, informações após o exame sobre as condições de saúde da mulher a ela própria e aos acompanhantes, orientações sobre a internação e procedimentos a serem adotados. Relacionamento dos profissionais de saúde com as gestantes e seus acompanhantes. Condições da estrutura física e limpeza do ambiente. Condição de trabalho dos diversos profissionais que atuam neste espaço. Relacionamento interpessoal da equipe.

Centro obstétrico e salas de parto:

Espaço físico e sua adequação para a permanência das mulheres e de seus acompanhantes. Possibilidade de deambulação, banho e liberdade de movimentação no pré-parto. Presença de informação visual. Orientação sobre as rotinas hospitalares e sua aplicação. Relacionamento dos profissionais de saúde com as gestantes e seus acompanhantes. Condições da estrutura física e limpeza do ambiente. Condição de trabalho dos diversos profissionais que atuam neste espaço. Relacionamento interpessoal da equipe.

Enfermarias de puerperio:

Espaço físico e sua adequação para a permanência das mulheres, seu bebê e de seus acompanhantes/visitantes. Presença de informação visual. Orientação sobre as rotinas hospitalares e sua aplicação. Relacionamento dos profissionais de saúde com as gestantes e seus acompanhantes. Condições da estrutura física e limpeza do ambiente. Condição de trabalho dos diversos profissionais que atuam neste espaço. Relacionamento interpessoal da equipe.

Anexo 2 - Continuação.

Outros elementos que farão parte da observação de acordo com o ambiente a ser observado.

Eixo 1- Qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos para o atendimento aos usuários.

- Como é a aparência do hospital?
- Equipamentos funcionando adequadamente para o atendimento?
- As instalações físicas adequadas?
- Há roupa de cama e banho adequados?
- O nível de ruído é adequado?
- Qual a qualidade das refeições?
- Há telefone para comunicação externa?
- Há espaço para atividades de recreação e convívio para os pacientes?

Eixo 2 – Acesso e presteza no atendimento aos usuários.

- Qual a agilidade e desburocratização no atendimento (número de vezes que foi ao hospital para ser atendida, tempo de espera e com quantas pessoas falou até ser atendida)?
- Facilidade na marcação de consultas.
- Presteza na marcação e realização dos exames.
- Facilidade de acesso de acompanhantes e adequação do horário de visitas.
- Facilidade de internação.

Eixo 3 – Qualidade da informação fornecida aos usuários.

- Identificação clara dos profissionais.
- Qualidade da informação na recepção.
- Qualidade da informação oferecida pelos médicos (diagnóstico, tratamento e pós-atendimento).
- Qualidade da informação oferecida pelos enfermeiros (tratamento e pós-atendimento).
- Oferta de informações sobre prevenção e educação em saúde.
- Oferta de informação sobre outros serviços de saúde disponíveis.

Anexo 3

Roteiro para entrevista com as mulheres no pré-natal.

Nº _____

Cabeçalho:

Nome _____ Apellido _____

Prontuário _____ Idade _____ telefones _____ / _____

Endereço _____

Situação marital _____

Grau de instrução _____ Renda familiar _____

Roteiro 1 (durante a gestação) - Dados sobre gestações anteriores e a percepção da humanização do atendimento.

1 - Vc já ouviu falar ou tem alguma informação sobre humanização da assistência ao parto e parto humanizado? (Chamamos humanizado o atendimento que garante os direitos da mulher e da família de serem acolhidos e tratados com educação, de serem respeitados como cidadãos, de serem informados sobre o diagnóstico e o tratamento, tendo o direito de questionar e de aceitar ou não as decisões da equipe de saúde).

2 - Como foi a experiência do atendimento ao parto na(s) gestação(es) anterior(es)?

3 - Vc pode estar acompanhada por alguém durante seu trabalho de parto e parto?

4 - Considera que teve um atendimento humanizado na internação para a assistência ao parto?

Dados sobre esta gestação.

5 - Como foi que aconteceu esta gravidez, ela foi planejada/desejada?

6 - Como foi o acesso ao pré-natal e o que vc está achando do atendimento recebido?

7 - Vc tem tido o apoio do companheiro e da família/outros? Como tem sido este apoio e qual sua importância?

8 - Porque escolheu esta maternidade para realizar seu pré-natal e ter seu parto?

Humanização e expectativas em relação ao parto.

9 - Como vc idealiza o momento da internação e do parto, o que desejaria que acontecesse?

10 - Como é que vc acha que vai ser na realidade este atendimento?

Anexo 3

Roteiro para entrevista com as mulheres no pós-parto.

Nº _____

Cabeçalho:

Nome _____ Apellido _____

Prontuário _____ Idade _____ telefones _____ / _____

Informações sobre o parto e a internação:

Como foi sua internação? Houve alguma dificuldade? Como foram a atenção e o tratamento que você e sua família receberam nesta hora?

Você se sentiu respeitada naquilo que diz respeito ao tipo de parto e cuidados que você desejava? Pediram sua opinião sobre o tratamento que estavam fazendo com você?

Você se sentiu informada sobre o trabalho de parto, procedimentos adotados, sobre o parto e sobre a saúde e cuidados com o bebê?

Como foi o seu relacionamento com a equipe da maternidade?

Você quis que alguém lhe acompanhasse no momento do parto? Qual a importância deste acompanhante para você?

Como foram os cuidados na enfermaria de alojamento conjunto? Te disseram alguma coisa sobre cuidados com você mesma e com o bebê? Como foi isso?

O que você achou das instalações da maternidade? O que você achou da limpeza e da alimentação?

Você teve acesso a telefone para se comunicar com quem quisesse?

O que mais a agradou? O que mais a desagradou?

Considera que seus desejos foram respeitos pela equipe de saúde?

O que você acha que poderia melhorar no atendimento?

Recomendaria a maternidade para alguém de sua família ou para uma amiga?

Porque?

Acha que o atendimento como um todo foi humanizado?

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ
DEPARTAMENTO DE ENSINO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA AS MULHERES

Humanização da Assistência ao Parto:
Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano da Assistência.

Pesquisador responsável: Marcos Augusto Bastos Dias

Instituição: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - 5º andar
Flamengo – Rio de Janeiro
Tel. e Fax: 2553 0052 – ramal 5501

Estamos realizando uma pesquisa aqui nesta maternidade sobre como melhorar o atendimento ao parto e para saber o que as mulheres e os profissionais de saúde entendem sobre a humanização do atendimento ao parto. A Sra. está sendo convidada a participar, voluntariamente desta pesquisa que é parte da tese de doutorado de Marcos Augusto Bastos Dias junto à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandez Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

A pesquisa consta de uma primeira entrevista durante o pré-natal e depois de cerca de 30 dias do parto de uma segunda entrevista que poder[á ser realizada na Unidade de Saúde ou em sua residência. Parte da entrevista será feita através de questionário e parte será gravada. Sua participação é voluntária, mas suas respostas e suas experiências podem ser importantes para outras mulheres e ajudá-las. Cada entrevista tem duração prevista de 40 minutos.

Se você concordar em participar da pesquisa o seu nome não vai aparecer em nenhum momento. Para identificar você usaremos um outro nome que você escolher (um nome falso).

Se você concordar em participar da pesquisa estará autorizando também se for preciso que consultemos sua ficha médica.

Se você não quiser participar da pesquisa não tem nenhum problema para você, que será atendida com a mesma atenção e cuidado pelos profissionais da maternidade.

A pesquisa só será realizada após aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira e autorizado pela Direção da Maternidade onde se realizará o trabalho de campo.

Os resultados da pesquisa serão publicados e/ou divulgados oralmente (congressos, mesas redondas, simpósios e etc.). Também serão mantidos em segredo os nomes de pessoas que, por acaso, a entrevistada faça referência durante a entrevista.

O registro dos depoimentos assim como as transcrições serão mantidas pelo pesquisador por um período de cinco anos.

Eu,

.....
abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador responsável.

_____/_____/_____
(entrevistada) (assinatura) (data)

_____/_____/_____
(pesquisador) (assinatura) (data)

Em caso de dúvida você pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone 2553 0052 ramal 5352.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ
DEPARTAMENTO DE ENSINO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Humanização da Assistência ao Parto:
Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano da Assistência.

Pesquisador responsável: Marcos Augusto Bastos Dias

Instituição: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - 5º andar
Flamengo – Rio de Janeiro
Tel. e Fax: 2553 0052 – ramal 5501

O Sr.(a) está sendo convidado a participar, voluntariamente da pesquisa de Marcos Augusto Bastos Dias, relativa a sua tese de doutorado junto à Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandez Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Pedimos encarecidamente que leia com atenção as informações a seguir antes de dar vosso consentimento.

1 – A pesquisa tem como objetivo entender as representações sociais sobre o conceito de humanização dos profissionais de saúde que prestam assistência à mulher em trabalho de parto e no parto, de que maneira incorporam este conceito à sua pratica e de que forma as condições de trabalho, as condições estruturais dos serviços e sua lógica organizacional interferem nesta proposta.

2 – O depoimento será gravado em fita cassete.

3 – A participação é voluntária, podendo o depoente interromper a entrevista a qualquer momento, ouvir o conteúdo das fitas gravadas, receber a transcrição das referidas fitas para fazer reparos que julgue necessário, solicitar que sejam retirados da gravação trechos não considerados desejáveis e, finalmente, receber e guardar consigo cópias das fitas quanto das transcrições destas.

4 – O sigilo sobre o que for falado será garantido.

5 – O depoente poderá fazer as perguntas que desejar antes, durante e após a coleta do depoimento.

6 – É importante ressaltar que o depoente só responderá ao que desejar e da maneira como achar mais conveniente, não sofrendo qualquer tipo de constrangimento. O depoente não terá nenhum problema institucional, legal ou sofrerá qualquer tipo de risco. A pesquisa só será realizada após aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira e autorizado pela Direção da Maternidade onde se realizará o trabalho de campo.

7 – A identificação do depoente será mantida como informação confidencial, isto é, em segredo. Os resultados serão publicados e/ou divulgados oralmente (congressos, mesas redondas, simpósios e etc.). Também serão mantidos em segredo os nomes de pessoas que, por acaso, o depoente faça referência durante o depoimento.

8 – O registro dos depoimentos assim como as transcrições serão mantidas pelo pesquisador por um período de cinco anos.

Eu,....., abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador responsável.

_____ / /
(entrevistado) (assinatura) (data)

_____ / /
(pesquisador) (assinatura) (data)

Em caso de dúvida você pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone 2553 0052 ramal 5352.

Modelo da Carta enviada à Diretora da Maternidade

Rio de Janeiro,

Ilmo. Sra.
Dra.
Diretora da

Eu, Marcos Augusto Bastos Dias, médico obstetra, funcionário do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, doutorando do curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ, tendo como orientadora a Prof. Dra. Suely Ferreira Deslandes venho por meio desta solicitar seu consentimento para realizar em vossa Instituição pesquisa qualitativa que é parte de minha tese. Esta pesquisa tem como objetivo entender as representações sociais sobre o conceito de humanização dos profissionais de saúde que prestam assistência à mulher em trabalho de parto e no parto, de que maneira incorporam este conceito à sua prática e de que forma as condições de trabalho, as condições estruturais dos serviços e sua lógica organizacional interferem nesta proposta. Da mesma forma pretendemos estudar o entendimento das mulheres sobre “parto humanizado”, quais as expectativas ainda durante a gestação sobre seu parto e o atendimento que irão receber na maternidade. Em um segundo momento, depois do parto avaliaremos como vivenciaram esta experiência e de que maneira suas expectativas foram preenchidas.

Será garantido o sigilo da Unidade assim como dos profissionais e mulheres entrevistados. Os dados e conclusões da pesquisa serão disponibilizados a qualquer momento que sejam solicitados.

O projeto de pesquisa detalhando seus objetivos e metodologia encontra-se em anexo e nos colocamos à disposição para responder quaisquer questionamentos que por ventura surjam e que não estejam detalhados no projeto.

Atenciosamente,

Marcos Augusto Bastos Dias