

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

CLARISSA NIEDERAUER LEOTE DA SILVA PEDROSO

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO CONTEXTO DO SUS A
PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DAS USUÁRIAS EM UMA MATERNIDADE DE
PORTO ALEGRE, RS**

SÃO LEOPOLDO

2015

Clarissa Niederauer Leote da Silva Pedroso

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO NO CONTEXTO DO SUS A
PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DAS USUÁRIAS EM UMA MATERNIDADE DE
PORTO ALEGRE, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Laura Cecilia López

São Leopoldo

2015

P372h Pedroso, Clarissa Niederauer Leote da Silva.
Humanização do parto e do nascimento no contexto do SUS a partir das experiências das usuárias em uma maternidade de Porto Alegre, RS / Clarissa Niederauer Leote da Silva Pedroso. – 2015.
142 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.
“Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laura Cecilia López.”

1. Humanização do parto – Porto Alegre (RS). 2. Mulher - saúde. 3. Assistência perinatal 4. Médico e paciente. I. López, Laura Cecilia. II. Título.

CDU 618.4(816.5)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Raquel Herbcz França – CRB 10/1795)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu refúgio, fortaleza e sustento em cada dia dessa jornada.

Ao meu esposo Fabiano, pelo incentivo, apoio, carinho e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais Vlademir e Zuleica, por serem meus exemplos de fé e perseverança, e por sempre acreditarem que eu era capaz de chegar até aqui.

Aos meus irmãos Jéssica e Gabriel, que mesmo nas correrias da vida, sempre foram meus companheiros e torceram pelas minhas conquistas.

Aos meus sogros, Cláudio e Elena, por terem sido compreensivos em todos os momentos que precisei estar ausente.

Aos meus colegas e amigos Cristiane, Denise, Gabriela, Graziela, Janaína, Jocinei, Mariani, Tissiani e Vaneza, por terem compartilhado todos os momentos de alegrias, tristezas, ansiedades e preocupações. Com certeza uma turma unida faz toda a diferença.

À minha orientadora, Laura Cecilia López, por todo o auxílio, pelo afeto e paciência nos meus momentos de angústia.

À minha amiga Roniele, que vivenciou comigo momentos de aprendizado no decorrer dessa caminhada.

À todas as mulheres que aceitaram participar do estudo, contribuindo com suas experiências e sendo grandes protagonistas deste trabalho.

Às fisioterapeutas Carina, Carmen e Cristiane, pela amizade e paciência, e por terem confiado na proposta do meu trabalho.

À todos os profissionais que me receberam na instituição e permitiram que eu pudesse experimentar um pouco do que é a complexidade de uma maternidade.

Aos professores do PPG de Saúde Coletiva por terem me dado essa oportunidade e compartilhado seus conhecimentos.

À CAPES, por ter me concedido a bolsa e me possibilitado de estar realizando o curso de mestrado.

À UNISINOS, por oferecer um curso de grande reconhecimento e qualidade.

Muito obrigada!

RESUMO

Com os processos de medicalização da vida das populações e a institucionalização da assistência ao parto, esse passou a ser visto apenas como um evento puramente biológico, desconsiderando sua complexidade, individualidade e inserção sociocultural. Esse processo veio acompanhado pela perda de autonomia da mulher e pela transferência de algumas decisões aos profissionais da saúde quanto a condutas sobre o corpo feminino e o parto. No Brasil, esse modelo de atenção ao parto levou a necessidade de criar estratégias que visem modificar e melhorar a assistência à saúde da mulher e da criança, entre elas, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diante disso, torna-se pertinente a problemática de questões que permeiam a transição paradigmática dos modelos de atenção ao parto e nascimento. Por isso, esta pesquisa teve o objetivo de analisar as experiências das mulheres em relação à assistência ao parto e nascimento numa maternidade de Porto Alegre, RS, tentando captar se as mudanças institucionais referentes à humanização do parto e nascimento estão refletindo nessas experiências. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo, de abordagem etnográfica. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de novembro de 2014 e janeiro de 2015. Participaram deste estudo 25 mulheres puérperas, com idades entre 17 e 38 anos que receberam assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto nessa maternidade. Os relatos das participantes e as anotações do campo foram examinados por meio da análise de discurso. Os resultados mostraram que existe uma movimentação institucional na tentativa de implantar as políticas de humanização do parto e nascimento, que foi reconhecida pela maioria das participantes e contribuíram para que elas tivessem uma boa percepção da assistência recebida. No entanto, também foi observada uma abundância de práticas tecnocráticas de atenção ao parto, onde persiste o uso rotineiro de intervenções obstétricas. Dessa maneira, as práticas consideradas humanizadas vêm acontecendo de forma muito fragmentada, como se fosse apenas mais um protocolo de rotina que precisa ser cumprido. Sendo assim, percebemos que ainda é necessária uma transformação profunda da lógica de assistência, da relação dos profissionais da saúde com as mulheres gestantes e parturientes, (re)criando uma intersubjetividade que favoreça o protagonismo da mulher no processo de parto/nascimento e seu bem-estar para além do cumprimento de normativas, protocolos e metas institucionais.

Palavras-chave: Parto humanizado. Saúde da mulher. Assistência perinatal

ABSTRACT

The medicalization processes of people's life and the institutionalization of childbirth care turn this event as a purely biological occurrence, ignoring its complexity, individuality and socio-cultural integration. This process was accompanied by the loss of autonomy of women and by the transfer of some decisions to health professionals, concerning procedures related to female body and childbirth. In Brazil, this model has led to the need to create strategies to modify and improve the health care of women and children, as the Program for Humanization of Antenatal Care and Childbirth. In this context, becomes worthwhile the problematic of issues that permeate the paradigmatic transition of care models to childbirth. Therefore, this study aimed to analyze the experiences of women in relation to childbirth and birth assistance in a public hospital at Porto Alegre, RS. In addition, it tries to capture if institutional changes related to the humanization of childbirth are reflecting in those experiences. In this sense, it was conducted a qualitative study of ethnographic approach. For data collection participant observation techniques and semi-structured interviews was used. The fieldwork has occurred between November 2014 and January 2015. The study included 25 puerperal women, aged 17 to 38 years who have received assistance in that maternity. The reports of the participants and field notes were examined by means of discourse analysis. The results showed that there is an institutional movement in attempt to deploy the childbirth humanization politics, which was recognized by most participants and contributed to a good perception of the care received. However, it was also observed an abundance of technocratic practices of childbirth care, where persists the routine use of obstetric interventions. Thus, the practices considered humanized are happening in very fragmented way, as if it were just another routine protocol that needs to be fulfilled. Thus, we realize that is still required a profound transformation concerning assistance procedures and the relationship between health professionals and pregnant women/parturients, (re) creating an inter-subjectivity that favors the role and well-being of women in childbirth/birth process beyond compliance with regulations, protocols and institutional goals.

Keywords: Humanizing Delivery. Women's Health. Perinatal Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
CO	Centro Obstétrico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
MS	Ministério da Saúde
NTAHA	Norma Técnica de Atenção Humanizada do Abortamento
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHN	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PNHAH	Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar
RC	Rede Cegonha
REHUNA	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada de acordo com as diretrizes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Por isso encontra-se subdividida da seguinte forma:

I - Projeto de Pesquisa

Apresenta a temática da pesquisa, o referencial teórico, a sua justificativa, os seus objetivos, a proposta metodológica, os aspectos éticos, cronograma do desenvolvimento do estudo e o orçamento. Este projeto foi aprovado pela banca de qualificação e pelos comitês de ética e pesquisa da presente universidade e da instituição coparticipante no segundo semestre de 2014.

II – Relatório de Campo

Descreve toda a trajetória percorrida pela pesquisadora desde a elaboração do tema de pesquisa até a análise dos resultados obtidos.

III – Artigo Científico

Contempla os principais resultados e análise do estudo, por meio de dois eixos analíticos: “*À margem da ‘humanização’*” e “*A humanização nas ‘margens’*” no formato de um artigo, o qual se pretende divulgar em uma revista científica.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 MODELOS DE NASCIMENTO, MEDICALIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	13
2.2 HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	18
2.2.1 Conceito de Humanização	18
2.2.2 Contextualização das políticas de humanização da saúde no Brasil	21
2.3 A PRÁTICA DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	28
2.4 ESTUDOS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	33
3 JUSTIFICATIVA	37
4 OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS	39
4.1 OBJETIVO GERAL.....	39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4.3 QUESTÕES NORTEADORAS.....	40
5 PERCURSO METODOLÓGICO	40
5.1 DELINEAMENTO.....	41
5.2 DEFINIÇÃO DO UNIVERSO EMPÍRICO.....	42
5.3 PARTICIPANTES.....	44
5.3.1 Seleção e recrutamento dos participantes	44
5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	45
5.4.1 Instrumentos	45
5.4.2 Análise dos dados	47
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	49
8 CRONOGRAMA	49
9 ORÇAMENTO	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A	61
APÊNDICE B	62
APÊNDICE C	64
APÊNDICE D	65
RELATÓRIO DE CAMPO	66
1 INTRODUÇÃO	67
2 INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA	70
3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	71
4 CAMPO DE PESQUISA	72
4.1 EMERGÊNCIA.....	73
4.2 CENTRO OBSTÉTRICO.....	74
4.3 ALOJAMENTO CONJUNTO.....	74
5 CONTEXTO DAS OBSERVAÇÕES	74
5.1 EMERGÊNCIA.....	75
5.1.1 Ritual de atendimento	75
5.1.2 Atendimento sim, acolhimento não	76
5.1.3 Queixas dos profissionais	77
5.1.4 A Relação verticalizada entre os médicos e as pacientes	77
5.1.5 Percepção da gestante quanto à assistência	78

5.1.6 O preconceito de classe social na relação do médico com a paciente.....	79
5.1.7 Reflexões da pesquisadora	80
5.2 CENTRO OBSTÉTRICO	80
5.2.1 Sala de pré-parto	81
5.2.2 Salas de parto	86
5.2.2.1 <i>Parto normal</i>	87
5.2.2.2 <i>Cesariana</i>	89
5.2.2.3 <i>Sala de pós-parto</i>	91
5.3 ALOJAMENTO CONJUNTO	92
6. CONTEXTO DAS ENTREVISTAS E PARTICIPANTES.....	94
6.1 SISTEMÁTICA DAS ENTREVISTAS	94
6.2 OBSERVAÇÕES DAS ENTREVISTAS.....	95
6.2.1 Dados do prontuário	96
6.2.2 Entrevista com Joana	96
6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	100
7 ANÁLISE DOS DADOS	102
8 QUESTÕES ÉTICAS	103
ARTIGO CIENTÍFICO	104

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Em diferentes sociedades, o período gestacional e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos fisiológicos, já que são integrantes do importante papel social que é tornar-se mãe. Nesse sentido, entende-se como um fenômeno cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (SIMKIN, 1996; DOMINGUES, SANTOS E LEAL, 2004; morais, 2010). Historicamente, a assistência ao nascimento era uma atividade exclusivamente feminina, em que a parturiente chamava uma parteira de sua confiança ou uma mulher próxima para lhe ajudar a ter seus filhos (HELMAN, 2009; MORAIS, 2010). No Brasil do século XIX, os partos eram realizados tradicionalmente pelas "aparadeiras" ou "comadres" que prestavam uma assistência domiciliar durante toda a gestação, parto e puerpério. Essas mulheres detinham um saber empírico decorrente de sua experiência de vida, principalmente por terem tido muitos filhos (BRENES, 1991).

Desse modo, o parto não era considerado uma atividade da medicina, ficando apenas a cargo das parteiras. Somente quando havia complicações graves é que os cirurgiões da época eram chamados a intervir. Nesses casos, era comum que eles realizassem o procedimento para retirar o feto já com a mãe morta (DOMINGUES, 2002; MAIA, 2008). Todavia, no final do século XVIII e primeira metade do século XIX, o parto começou a se tornar uma prática controlada pelas ciências médicas. Foi nesse período que se configurou e legitimou a medicina que se conhece hoje. Essa nova configuração consistiu em outra maneira de olhar o corpo e seu funcionamento, assim como a saúde e a doença. Iniciou-se a redefinição da prática médica dentro do contexto emergente do capitalismo, o que ampliou a necessidade de regulamentar os nascimentos, a demografia da população e a garantir a força de trabalho (VIEIRA, 2002).

Juntamente com o declínio do papel das parteiras, a figura do corpo feminino como uma máquina defeituosa construiu a base filosófica da obstetrícia moderna. Configurou-se o que a antropóloga Robbie Davis-Floyd denomina de "modelo tecnocrático de nascimento", predominante no mundo ocidental. Dentro desse modelo, a gravidez e o parto têm sido vistos cada vez mais como condições médicas e, portanto, indicados para diagnóstico e tratamento (HELMAN, 2009).

Com os processos de medicalização da vida das populações e a institucionalização da assistência ao parto, esse passou a ser percebido como um evento puramente biológico, desconsiderando sua complexidade, individualidade e inserção sociocultural (VIEIRA, 2002; PIRES et al., 2010). Esse processo foi acompanhado pela perda de autonomia da mulher e pela transferência de algumas decisões aos profissionais da saúde e a instituição hospitalar quanto a condutas sobre o corpo feminino (DINIZ e CHACHAM, 2002; GRIBOLSKI e GUILHEM, 2006; DINIZ, 2009).

Alguns autores como Aguiar (2010), apontam que as dificuldades encontradas nesse novo panorama de assistência ao parto, englobam vários fatores que vão desde a precariedade do sistema de serviço de saúde até o desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Dentro desses fatores estão incluídos os profissionais com condições desfavoráveis de trabalho, o sucateamento da saúde, a falta de recursos e a restrição ao acesso e serviços oferecidos, fazendo com que a mulher em trabalho de parto passe, muitas vezes, por uma jornada em busca de vaga na rede pública, correndo riscos para ela e para o bebê.

Esse contexto de atenção ao parto levou a necessidade de criar estratégias de ações e práticas que contemplem esse tema no Brasil. Atualmente, existem diversos programas e políticas tais como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (2000); a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2004); o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) e a Agenda de Atenção Integral a Saúde da Criança (2005). Todos esses esforços na tentativa de melhorar a assistência à saúde da mulher e da criança visam à redução das taxas de mortalidade materna e infantil, além da humanização do cuidado (BRASIL, 2000a).

As ações governamentais que estão sendo feitas, conseqüentemente acabam lançando um olhar crítico sobre o modelo de assistência ao parto no Brasil, que apresenta um quadro de amparo à saúde predominantemente curativo e hospitalar (MAIA, 2008). Porém, cabe destacar que a humanização do parto não é um tema discutido apenas no âmbito governamental, mas também pela sociedade civil, que está se mobilizando pelos direitos da mulher em ter acolhimento e atendimento garantido desde o pré-natal até o pós-parto e de que seus anseios sejam ouvidos e respeitados (RATTNER et al., 2010).

Portanto, baseado nesse cenário, torna-se pertinente a problemática de questões que permeiam a transição paradigmática dos modelos de atenção ao parto e nascimento. Por isso, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar as experiências das mulheres em relação à assistência ao parto e nascimento numa maternidade pública de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), tentando captar como as mudanças institucionais que estão sendo realizadas referentes à humanização estão refletindo nessas experiências. Por meio das observações da rotina da maternidade e das falas das mulheres será possível constatar elementos que demonstrem a forma como está ocorrendo a assistência e as interações estabelecidas entre essas mulheres e a equipe que a assiste, apreendendo a complexidade do processo de humanização a partir dos desdobramentos das vivências das parturientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será apresentada uma revisão bibliográfica que abordará questões referentes aos modelos de nascimento, aos diferentes movimentos direcionados ao caminho da humanização do parto e do nascimento, conceitos sobre humanização da saúde, contexto sociopolítico em torno dos programas de humanização da saúde e humanização do parto, além de questões envolvendo a medicalização do corpo feminino, violência obstétrica, evidências científicas e as relações intersubjetivas nos cuidados com a saúde.

2.1 MODELOS DE NASCIMENTO, MEDICALIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO

De acordo com a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001), a medicina apresenta paradigmas de cuidados com a saúde, entre eles, o modelo tecnocrático e o modelo humanístico, que são os mais presentes e têm uma forte influência no direcionamento de condutas na assistência ao parto. O modelo tecnocrático enfatiza a separação de corpo e mente. Dentro desse modelo, a medicina é fundamentada na cultura tecnológica. Os indivíduos passam a ser divididos em partes componentes, o sistema reprodutor em elementos constituintes e o parto visto apenas como um fluxo de vida.

O corpo humano passa ser simplesmente uma máquina, sendo o corpo feminino uma máquina imperfeita, que necessita do uso da tecnologia e de ferramentas durante o período de gravidez e do parto. A medicina obstétrica surge baseada nesses conceitos. A partir dessa ideia de mecanização e medicalização do corpo, o indivíduo é compreendido como um objeto, em que o sujeito fica em segundo plano. A medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações da reprodução humana, baseada principalmente em sua biologia (condições orgânicas), e através dela a sua condição feminina será naturalizada como objeto da medicina (DAVIS-FLOYD, 1994; DAVIS-FLOYD, 2001; VIEIRA, 2002).

Devido a essa concepção, o corpo humano é submetido a diagnósticos, monitoramentos e intervenções para manter-se sadio. Desse modo, a mulher grávida/parturiente passa por procedimentos rotineiros como múltiplas ultrassonografias, uso de ocitocina, uso de fórceps, episiotomia, cesarianas eletivas, entre outros, que são vistos frequentemente como essencial para manter a boa saúde da mulher e do bebê (DAVIS-FLOYD, 2001; DOMINGUES e RATTO, 2008). Porém, trata-se de uma utilização maciça de tecnologias que acabam não oferecendo espaço para que a mulher seja respeitada como um sujeito e não como um objeto que precisa ser manipulado a fim de garantir um processo de gestação e nascimento perfeitos (DAVIS-FLOYD, 2001).

Imersos nesse sistema, os profissionais exercem um papel de autoridade em relação à mulher gestante, que é inserida em um contexto hospitalar normatizado, com uma linha estrutural hierarquizada, onde a posição mais confortável para a paciente acaba sendo a de abdicar sua preferência pessoal para aceitar a escolha do profissional que lhe está prestando atendimento. Essa relação que se estabelece entre o profissional e o paciente está fortemente associada com o medo da morte, tanto por parte do paciente quanto por parte do profissional, construindo assim uma ilusão de segurança, optando por procedimentos que aparentam ter menos riscos, quando na verdade podem ocasionar mais problemas do que solução. Embora isso aconteça, nas duas últimas décadas é possível perceber uma movimentação em busca de mudanças diante dessa situação (DAVIS-FLOYD, 2001).

Assim, surge o modelo humanístico da medicina como uma reação aos excessos tecnológicos presentes entre os profissionais e os usuários. Trata-se do esforço de alguns profissionais da saúde em investir numa reforma interna do sistema tecnocrático. É o desejo de transformar essa medicina técnica em uma

medicina mais humanizada, baseada na construção de relações, mais compassiva e responsiva. A abordagem humanística não separa a mente do corpo e sim reconhece que a mente tem influência sobre o corpo e que ambos estão em constante comunicação. Portanto, o paradigma humanístico insiste que não há como cuidar o corpo físico sem ponderar os componentes psicológicos (DAVIS-FLOYD, 2001).

Considerando esse pensamento, sabe-se que no momento do parto a mente afeta profundamente aquilo que está acontecendo no corpo. Assim, a medicina humanística permite a possibilidade de que o trabalho de parto seja conduzido pelas emoções da mulher, o que ajuda no progresso do processo. Além disso, tendo o devido apoio emocional por parte dos profissionais, alguns problemas que podem surgir durante o trabalho de parto são superados de forma mais efetiva do que apenas a realização de uma intervenção tecnológica (DAVIS-FLOYD, 2001; DOMINGUES e RATTO, 2008).

Os profissionais humanistas procuram estabelecer uma conexão humana real com o paciente, interessados em conhecê-lo como um sujeito bio-psico-social, tratando com consideração, respeito e bondade (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesse modelo, a comunicação entre os profissionais e os usuários enfatiza que o saber ouvir é tão essencial quanto saber o que falar. As habilidades de escuta são cruciais, permitindo que o usuário tenha o melhor senso de autonomia, sendo, portanto, importante ouvir a sua voz (DAVIS-FLOYD, 2001; OSTERMANN e MENEGHEL, 2012).

O atendimento humanista contrabalança com o modelo tecnocrático, buscando alternativas de transformar a sala de parto em um ambiente mais suave, em que as máquinas e ferramentas não se destaquem tanto, proporcionando espaços mais flexíveis para que as mulheres parturientes possam se movimentar e escolher como querem seu trabalho de parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

Esses profissionais também podem utilizar as mesmas técnicas e utensílios em seus procedimentos. A diferença é que estão mais dispostos a esperar o momento certo para usá-los. Mesmo que façam uso da tecnologia que está à disposição, é enfatizado o cuidado e procurado manter uma relação de proximidade com a mulher, buscando o diálogo para estabelecer acordos de forma consciente. Desse modo, o modelo humanista da medicina é baseado principalmente em

evidências científicas que mostrem caminhos contrários do modelo conservador intervencionista (DAVIS-FLOYD, 2001; JONES, 2008).

A ascendência do modelo tecnocrático de atenção à saúde no ocidente está vinculada com a medicalização da sociedade, que transformou as particularidades da vida cotidiana em objetos da medicina, garantindo a adequação às normas sociais, de acordo com o exercício de poder do Estado. Dessa forma, o Estado utiliza-se da medicina como um dispositivo para o controle social, o qual Foucault (1982) denomina de estratégia biopolítica. Esse controle social acaba abordando a sexualidade e a reprodução. Dentro desse contexto, aparecem as especialidades clínicas de obstetrícia e ginecologia nas faculdades médicas europeias, onde a mulher passou a ser vista como alvo de interesse médico (VIEIRA, 2002).

Portanto, a medicalização do corpo feminino emerge da concepção de sua natureza relacionada à reprodução, juntamente com a necessidade da sociedade controlar suas populações. O controle sobre o corpo feminino relaciona-se com a busca pela resolução de problemas determinantes para a sobrevivência de mulheres e crianças (VIEIRA, 2002). Assim, no findar do século XIX, campanhas foram realizadas por obstetras com o intuito de dominar o evento do parto e limitá-lo às instituições hospitalares. Essa prática se edificou a partir da metade do século XX (VIEIRA, 2002; MAIA, 2008).

Como consequência dessa ascendência do modelo tecnocrático, passou-se a observar, no período pós-segunda guerra, uma migração dos partos para os hospitais, um avanço da medicalização da saúde como um todo e, no Brasil, a popularização da cesariana (TORNQUIST, 2004). Nesse contexto, começaram a surgir críticas dentro do campo biomédico. Assim, há quase três décadas a formação de um movimento internacional passou a questionar o uso irracional da tecnologia no parto. Trata-se de um movimento que prioriza o uso apropriado da tecnologia disponível e a qualidade da interação entre a parturiente e os profissionais da saúde, desincorporando as tecnologias danosas (TORNQUIST, 2002; DINIZ, 2005).

O desdobramento inicial dessa organização teve como perspectiva as ideias vindas da Europa quanto ao parto sem dor, parto sem medo e parto sem violência, proposto por profissionais, destacando-se entre eles, o inglês Dick-Read e o francês Lamaze. Na década de 1950, esses eram obstetras preocupados em proporcionar o parto num momento mais prazeroso, em que se pudesse utilizar de técnicas

comportamentalistas para o controle da dor, mostrando que as mulheres poderiam dar a luz de forma mais ativa, com menores intervenções (TORNQUIST, 2002; 2007).

Esse movimento passou a ser chamado de vanguarda obstétrica porque trazia um novo pensamento, uma nova forma de vivenciar o parto, disputando o seu lugar de legitimidade no campo bimédico. Na década de 1960, mais sucessores desse movimento de vanguarda deram prosseguimento nessa conquista de espaço. Surge a vertente do parto natural. É uma geração que traz valores relacionados à sexualidade da mulher, participação do pai no processo, valorização do feto e do bebê como um sujeito individualizado. É dentro desse universo que se incentiva técnicas não ocidentais de cuidados com o corpo e saúde e a inclusão de outros profissionais na equipe de atendimento (TORNQUIST, 2002).

O Brasil é um dos países que sofreu fortes influências do movimento da vanguarda obstétrica. Embora tudo tenha começado na Europa e depois chegado aos EUA, desde o início, o Brasil era visto como rota por esses profissionais. Lamaze esteve no país em 1955, Leboyer em 1974. Esses, o obstetra Michel Odent, juntamente com o paranaense Moysés Paciornik, desenvolveram experiências concretas de preparação ao parto, divulgando-as a um público de classe média intelectualizada (TORNQUIST, 2002).

Essa corrente de movimento no país passou inicialmente a ser conhecida como humanização do parto (DINIZ, 2005). Hoje, dando continuidade aos pensamentos da vanguarda obstétrica, também se tem buscado a medicina baseada em evidências. Porém, antes dessa corrente de humanização do parto no Brasil, até os anos 1980, não se tinha uma preocupação pública em relação a essas condutas e experiências. Não havia iniciativas por parte das instituições públicas que buscassem modificar o tipo de assistência no âmbito da saúde coletiva. Eram experiências restritas a medicina privada, realizadas por médicos “alternativos” inspirados no método de Lamaze, método Leboyer e Michel Odent, entre outros, que seguiam este caminho (TORNQUIST, 2004).

O percurso que o movimento pela humanização do parto fez convergiu com as iniciativas da reforma sanitária na década de 1980, assim como com a formulação da constituição federal de 1988. No momento em que o Estado começa a reconhecer seu dever frente à saúde da população e do indivíduo inserido nessa população, é que ganham força as organizações já existentes em relação à

humanização do parto. Na década de 1990, surge a Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), na busca de mudanças na assistência ao parto e no âmbito da saúde pública, que será discutido posteriormente ao longo deste trabalho (TORNQUIST, 2007). Porém, foi necessária primeiramente a elaboração de programas e políticas que incentivassem a humanização da saúde de uma maneira geral, para que posteriormente pudessem ser incluídos programas como o de humanização do parto e nascimento, já idealizado na época da vanguarda obstétrica. Portanto, é importante buscar compreender o conceito de humanização e o processo de humanização da saúde no Brasil.

2.2 HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

2.2.1 Conceito de Humanização

Atualmente, o termo humanização tem sido abordado frequentemente nas publicações científicas da área da saúde coletiva e tem sido objeto de interesse nas políticas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, torna-se pertinente buscar entender o seu conceito e como tem sido aplicado na saúde.

Perante o olhar filosófico, a humanização origina-se do Humanismo, que reconhece o valor e a dignidade dos seres humanos, considerando sua natureza, suas limitações, interesses e potencialidades (RIOS, 2009). A corrente humanística acredita na intersubjetividade, ou seja, na constante relação que as pessoas estabelecem umas com as outras. Também exercita a compreensão, em que para entender o universo do outro, é preciso observar que a sua história e realidade social é cercada de significados. O humanismo aceita a racionalidade e a intencionalidade do outro, enxergando sua capacidade de planejar a vida (MINAYO, 2008).

No entanto, quando o termo humanização é vinculado às práticas de saúde, suas origens filosóficas costumeiramente são esquecidas. É possível observar a dificuldade de se encontrar um único conceito, pois, muitas vezes, mostra-se vago e incerto. Os autores Puccini e Cecílio (2004), dizem que essa dificuldade acaba induzindo a concepções muito distintas, gerando múltiplas propostas de humanização que acabam se inter-relacionando somente pelo que eles denominam

de “*slogan* de propaganda”. Já Deslandes (2004), diz que o conceito de humanização da saúde necessita de uma definição mais esclarecedora, pois se mantém como uma diretriz de trabalho, um movimento de apenas uma parcela de profissionais e gestores, não tendo atribuições teórico-práticas. A autora faz questionamentos como: Se a prática em saúde é (des) humanizada então não é feita por e para humanos? E, o que realmente significa humanizar?

Como se pode observar, o conceito de humanização no campo da saúde necessita de uma melhor elucidação para que possa ser incorporado de forma consciente e efetiva nas práticas em saúde. Para isso, acredita-se que é preciso retornar as raízes da filosofia. Portanto, neste trabalho, será adotada a perspectiva desenvolvida por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, que tem buscado descrever a dimensão da humanização na saúde a partir de aspectos filosóficos.

Ayres (2001), inspirado na filosofia de Kant, Heidegger e Jürgen Habermas, diz que a humanização na saúde deve se fundamentar na intersubjetividade, por permitir a partilha de experiências e conhecimentos pessoais de forma mutuamente cognoscível. Nesse contexto, se a intersubjetividade é ignorada no relacionamento estabelecido entre o profissional e o paciente, conseqüentemente, haverá um descomprometimento quanto às representações e significados a respeito da saúde que permeiam os contextos sociais desses atores.

Por meio desse pensamento, pode-se concluir que quando há a disposição do indivíduo em reconhecer-se no outro, existirá uma maior facilidade do intersubjetivo sobressair dessa aproximação e assim se estabelecerá o cuidado humanizado em saúde. A desconsideração dessas questões e suas implicações pelos profissionais da saúde dificulta o exercício de escuta e de diálogo com o sujeito que o procura, resultando em um imenso vazio entre dois mundos desconhecidos (AYRES, 2001).

Portanto, a produção efetiva do cuidado com o outro, só acontecerá quando o profissional olhar o seu paciente como um sujeito. O sujeito tem qualidades, exerce ações e não se restringe a um simples objeto, visível de fora e delimitado por contornos lógicos. Ele é dotado de necessidades e valores próprios, é um ser que produz histórias e que é responsável pelo seu próprio “tornar-se” (AYRES, 2001; LALANDE, 1993). No momento em que o significado de sujeito é assimilado pelo profissional, as consultas marcadas passarão a ser encontros. O encontro propicia a possibilidade de se surpreender pela falta de sentido que é exercer mecanicamente o papel de médico e paciente segundo uma lógica puramente curativista e tecnicista

para o controle de risco e normalidade funcional. Ao se desfazer dessa lógica, o paciente passa a participar ativamente das tomadas de decisões em relação à sua saúde e assim a prática de humanização acontecerá naturalmente (AYRES, 2004).

No entanto, considerar a dimensão tecnocientífica também faz parte do desafio da humanização. Compreende mecanismos de gestão, intervenções clínicas, disponibilidade de infra-estrutura e equipamentos. O reconhecimento dos resultados positivos das tecnociências na saúde deve se aliar às experiências e relações construídas entre todos os atores envolvidos nesse contexto. Dessa forma, a humanização na saúde está ligada ao âmbito das relações pessoais entre pacientes e profissionais, entre profissionais e gestores, assim como ao pragmatismo tecnocientífico, exigindo uma organização técnica e o comprometimento gerencial das instituições, para fornecer meios e estratégias que promovam a apropriação de medidas mais humanizadas, através de um projeto existencial de caráter político (AYRES, 2005).

Dessa maneira, é possível dizer que:

A humanização pode ser vista como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, p. 558, 2005).

Em síntese, acredita-se que a humanização na saúde deve ter como alicerce principal a intersubjetividade. Assim, a humanização transcende o conceito clássico de que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, pois, muitas vezes, a concepção de saúde de um indivíduo é diferente da concepção de saúde de outro. Portanto, não pode seguir uma única normativa. A humanização em saúde busca cuidar do sujeito através do compartilhamento de saberes e vivências, para que, na construção de um senso comum, os cuidados com a saúde realmente sejam efetivos (AYRES, 2004a). Ayres traz a reflexão de que humanizar na saúde envolve tanto a utilização de ferramentas técnicas e científicas, quanto as de diálogo e escuta, valorizando a intersubjetividade. Com isso, esforços devem ser feitos com o intuito de conseguir alcançar um bem comum, a felicidade das pessoas. O autor associa a humanização com a noção de felicidade:

A noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização (AYRES, p.19, 2004a).

Desse modo, aspectos como, projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são indispensáveis para a compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes, além de serem fundamentais para a reconstrução ética, política, técnica e humanística do cuidado em saúde (AYRES, 2004a). Como se pode perceber, a humanização é um desafio, que tem a perspectiva de um olhar mais ampliado sobre o cuidado, por meio da renovação das práticas de saúde, no qual a presença do outro se dá de forma ativa e as relações intersubjetivas são ricas e dinâmicas (AYRES, 2004b.)

2.2.2 Contextualização das políticas de humanização da saúde no Brasil

Apesar de o termo humanização estar associado a reflexões e demandas mais recentes, a temática da humanização da saúde já vinha sendo debatida há bastante tempo e tal termo utilizado há mais de quarenta anos (DESLANDES, 2005). Estudos de revisão bibliográfica como o dos autores Casate e Correa (2005), mostram a produção de artigos científicos no âmbito da saúde desde o fim da década de 1950. Nessa época, a humanização era atribuída a um atendimento caridoso, de doação ao próximo. Nas décadas de 1960,70 e 80 a humanização é enfocada nas questões administrativas das instituições, praticamente dos hospitais, não demonstrando nenhum tipo de articulação com as dimensões político-sociais do sistema de saúde.

No decorrer dos anos 1980, com os movimentos da reforma sanitária e a formulação da Constituição Federal de 1988, começa o delineamento de uma nova estratégia no campo da saúde, sendo a saúde vista como um direito de todos e um dever do Estado. Já no início da década de 1990, com a estruturação do SUS, por meio da Lei 8.080/90, regulam-se as ações dos serviços de saúde no Brasil e a

humanização passa a ser vista no discurso dos direitos do cidadão em ter acesso a um atendimento de qualidade e inserida no contexto político da Saúde Pública (CASATE e CORREA, 2005).

O SUS pode ser entendido como uma grande política de humanização a assistência à saúde, pois traz consigo a proposta da universalidade, gratuidade e da integralidade. O conceito de integralidade está diretamente interligado com o conceito de humanização, assim como o de acolhimento e cuidado. Tem a finalidade de fornecer uma assistência ampliada, centrada no indivíduo, sem aceitar a redução do mesmo apenas a doença ou aos aspectos biológicos. Busca uma atenção direcionada ao sujeito em sua totalidade, trabalhando com a concepção ampla de saúde e de cuidado. Para isso, não se admite um atendimento integral se o acolhimento não for humanizado. Não é possível realizar ações integrais sem levar em consideração o ser humano, prezando a subjetividade, a singularidade e os direitos de cidadania (FONTOURA; MAYER, 2006).

Dessa forma, os questionamentos que até então eram refletidos apenas internamente no campo da saúde, começam a fazer parte dos princípios e diretrizes que fundamentarão o escopo de vários programas e políticas no país no decorrer dos anos 90. Algumas Secretarias de Saúde municipais e estaduais foram pioneiras desse processo, que mais tarde teve uma abrangência nacional (DESLANDES, 2005).

No entanto, a legitimidade da humanização atinge maior prestígio nas políticas de saúde pública somente no ano 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) lança o projeto do Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH), Portaria GM/MS nº 881 (DESLANDES, 2004). A humanização também foi abordada na 11ª Conferência Nacional da Saúde com o tema: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social” (PINHEIRO, WESTPHAL e ARKEMAN, 2005). O PNHAH é criado com o objetivo de trazer uma nova cultura no atendimento à saúde no país, aprimorando as relações entre os profissionais, entre os profissionais e os usuários; e entre a comunidade e o hospital. Além disso, o PNHAH se propõe a valorizar a subjetividade humana, que está presente em todo o ato de assistência à saúde, buscando uma requalificação dos hospitais públicos para melhores condições de atender às expectativas de seus gestores e dos usuários (BRASIL, 2000a; DESLANDES, 2004).

Posteriormente, no ano de 2003 o PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), com o propósito de uma perspectiva transversal, de uma política voltada para assistência e não mais apenas um programa específico, passando do patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS (RIOS, 2009). A PNH é conhecida como Humaniza SUS, o “SUS que dá certo”. Ela surge para reafirmar o SUS, devido à análise da própria configuração e funcionamento da política pública, envolta por diferentes interesses, muitas vezes antagônicos, em relação aquilo que é objetivo e prioridade (DESLANDES, 2005; PASCHE, 2009). Além disso, a PNH propõe a valorização da linguagem, da interação e do diálogo no processo de humanização (OSTERMANN e MENEGHEL, 2012).

Já quanto aos programas e políticas voltados particularmente para a humanização do parto e nascimento, é possível observar que estes, somente começaram a ser estabelecidos pelo MS no ano 2000, embora o movimento social por esta causa tenha começado fortemente no final da década de 1980. Essa movimentação tem como base o primeiro documento de recomendações para assistência ao parto da Organização Mundial da Saúde (OMS): o *Appropriate Technology for Birth*, de 1985, que trazia o incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, a presença do pai ou acompanhante no processo do parto, entre outros. (TORNQUIST, 2002; PRISZKULNIK e MAIA, 2009).

Nesse contexto foi que surgiu, em 1993, na cidade de Campinas, a REHUNA, um movimento formado por profissionais da saúde da mulher e demais pessoas da sociedade civil que buscavam modificar a forma de assistência ao parto e nascimento. Essas pessoas se reuniram para debater o tema: “a situação atual do nascer em nossa sociedade” e, a partir das discussões levantadas, chegou-se ao diagnóstico de que as condições de assistência à mulher e à criança no momento do parto eram de constrangimento e pouco humanizadas. Além disso, constataram que a taxa de cesariana representava uma das maiores taxas mundiais. A cesárea ficou caracterizada como um método normal de parir, invertendo a naturalidade da vida (RATTNER et al., 2010). Assim, a criação da REHUNA veio com o objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias e promover o cuidado da mulher e do bebê baseado na compreensão do processo natural e fisiológico (TORNQUIST, 2007).

Desde então, a REHUNA tem organizado simpósios, seminários e conferências internacionais com o propósito de buscar novos parceiros nesse

movimento e divulgar estudos e estratégias utilizadas internacionalmente, conforme as recomendações baseadas nas evidências científicas e pela OMS. Além disso, tem sido um movimento de bastante luta pela concretização da assistência ao parto e nascimento humanizado. Participou da organização de novas estruturas para um melhor acolhimento da mulher parturiente, como os Centros de Parto Normal (CPN) e o Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte, que recebeu o prêmio Galba Araújo da Humanização de Assistência a Partos e, atualmente, é referência nacional sobre humanização, reconhecido pelo MS. Outras conquistas obtidas com a Rede foram as leis estaduais a fim de garantir o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto nos hospitais públicos municipais, que mais tarde resultou na Lei 11.108, publicada pela Presidência da República em junho de 2005 (RATTNER et al., 2010).

No decorrer dessa mobilização pela humanização do parto, o MS lançou o PHPN. Esse programa foi instituído pela Portaria/GM nº 569, em junho de 2000, tendo como principal finalidade atender as necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e a mulher no pós-parto, a fim de diminuir as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Ademais, tomar medidas que assegurem a melhora do acesso, da cobertura e da qualidade de todo o acompanhamento da gestante e do bebê no pré-natal, parto e puerpério. Esse programa traz como um de seus princípios básicos o direito da gestante receber uma assistência humanizada e segura (BRASIL, 2000a). Essas estratégias foram complementadas pela produção de diretrizes técnicas, como os manuais: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método mãe canguru (2000) e Parto, aborto e puerpério - Assistência humanizada à mulher, de 2001 (BRASIL, 2000b; 2001b).

O PHPN veio aprimorar a rede de atenção básica para a mulher gestante durante o pré-natal nos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que a partir de 2006, passaram a fazer parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FIGUEIREDO e ROSSONI, 2008). A atenção básica tem como principais ferramentas o vínculo, o acolhimento e o diálogo. O diálogo favorece uma convivência e uma interação, com troca de saberes, costumes, crenças, afetos, expectativas e necessidades (BRASIL, 2009). No estudo de metassíntese realizado por Nora e Junges (2013), foi constatado que a comunicação é indispensável para uma assistência em saúde humanizada. O vínculo do usuário com o serviço e com

os profissionais aumenta a eficácia das ações de saúde, facilitando a participação do usuário no processo de cuidado.

Sabe-se que esse acolhimento adequado e a oferta de um pré-natal seguro na rede de atenção básica contribui para uma menor morbi-mortalidade materno-infantil, pois, a quantidade de consultas no pré-natal está relacionada a um melhor resultado gestacional, com controle dos fatores de risco e detecção de complicações e tratamento oportuno. Portanto, é essencial que haja uma continuidade no acompanhamento da mulher gestante na rede de atenção básica e o estabelecimento de uma relação longitudinal entre o profissional e a usuária (CESAR et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014).

No entanto, apesar da implementação do PHPN, os índices estatísticos mostram uma insuficiente diminuição da mortalidade materno-infantil, principalmente materna. A mortalidade materna tem se mantido estável desde 1996, com cerca de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos (MARTINELLI et al., 2014). Devido a essa situação, o governo federal criou no ano de 2011, mais um programa voltado para a assistência pré-natal, a Rede Cegonha (RC), Portaria nº 1.459, com o intuito de complementar o PHPN (BRASIL, 2011a). A RC vem para reorganizar a rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e reduzir os indicadores maternos e infantis do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) (MARTINELLI et al., 2014).

Trata-se de uma proposta para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança, desde o período gestacional até a criança completar 24 meses de vida (MARTINELLI et al., 2014). Segundo o MS:

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, p.3 , 2011b).

Para isso, presume-se ações mais adequadas por meio da vinculação da gestante à sua unidade de referência e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Essas ações estão integradas aos quatro componentes da RC: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à

Saúde da Criança; e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação) (BRASIL, 2011b; CAVALCANTI et al., 2013).

A RC tem como diagnóstico que as taxas de mortalidade materno-infantil estão elevadas e que a medicalização do nascimento e uso das tecnologias sem evidências científicas são predominantes (CAVALCANTI et al., 2013). Um dos fatores associados a esse uso indiscriminado da tecnologia é o elevado índice de cesarianas. A cesariana é um procedimento notável de evolução das técnicas na assistência obstétrica, podendo ser, às vezes, a melhor alternativa para um bom prognóstico materno e perinatal. Porém, como todo ato cirúrgico, não é isenta de riscos estando diretamente relacionada à morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal (BARBOSA et al., 2003; PÁDUA et al., 2010; OSAVA et al., 2011).

No Brasil a cesariana tem sido realizada, muitas vezes, sem benefícios evidentes para mulheres e recém-nascidos (BARBOSA et al., 2003; PÁDUA et al., 2010; OSAVA et al., 2011). Este ano foi divulgado resultados de um estudo coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, denominado Nascer no Brasil, onde se constatou que o percentual de cesarianas no país é de 52% do total de partos ocorridos no setor privativo e público (LEAL et al., 2014; GAMA et al., 2014). Lembrando que a recomendação da OMS é de que o percentual de cesarianas aceitável é de até 15% (WHO, 1985).

Nesse sentido, a estratégia da RC propõe boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com a instituição de novos dispositivos de atenção para a saúde materna e infantil, como as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera. Também se dispõe a investir nos CPN, reorganizando a atenção direcionada à assistência humanizada e centrada na mulher, no bebê e no pai. Além disso, visa privilegiar o parto normal, a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher em um ambiente acolhedor e confortável, com a presença de um acompanhante de sua escolha. (BRASIL, 2011b). De forma a contemplar essas práticas, em maio deste ano foi publicada a Portaria nº 371, com diretrizes em relação à atenção integral e humanizada ao recém-nascido que assegura, por exemplo, o contato imediato pele a pele entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2014a).

Na pesquisa Nascer no Brasil, o estudo de coorte de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, revelou que o panorama da rede de atenção básica do pré-natal no país obteve uma melhora da cobertura do serviço, atingindo 99% a nível nacional e

que 61% das gestantes realizou a primeira consulta nas primeiras 12 semanas de gestação. Ademais, constatou-se que 73% realizaram seis ou mais consultas durante o pré-natal e que cerca de 75% das gestantes utilizaram o sistema público de saúde (VIELLAS et al., 2014). No Rio Grande do Sul, alguns estudos apontam que nos últimos anos com a criação da ESF, as UBS passaram a oferecer uma cobertura pré-natal mais adequada, procurando seguir o recomendado de pelo menos seis consultas pré-natais antes do 5º mês gestacional, de acordo com os autores Takeda (1993) e Silveira, Santos e Dias da Costa (2001). No estudo de Anversa et al. (2012), que verificou a qualidade da assistência no processo pré-natal nas ESF do município de Santa Maria, foi encontrado uma cobertura de 96%. Além disso, observou-se que nas unidades aderidas a ESF, os procedimentos de exames e orientações indicados nos manuais técnicos disponibilizados pelo MS, são realizados com maior frequência quando comparadas à UBS tradicionais.

Porém, embora haja resultados satisfatórios, ainda existe uma iniquidade de assistência entre as gestantes usuárias da rede de atenção básica. Pois, mesmo que exista uma maior cobertura, nem todas as mulheres conseguem realizar o pré-natal de forma desejável. Seja por situação socioeconômica, falta de informação ou um assessoramento de pouca qualidade por parte das equipes de saúde (RASIA e ALBERNAZ, 2008; ANVERSA et al., 2012).

A implementação da RC é uma forma de tentar mudar esse quadro de iniquidade e déficit de qualidade. No RS, a RC está em processo de abrangência e ainda não há estudos conclusivos que quantifiquem a cobertura e a qualidade do programa. Mas, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) notificou que até maio de 2012, 369 municípios aderiram ao programa, totalizando 75% das cidades do estado, incluindo 93% das gestantes atendidas pelo SUS. Todavia, a RC vem sendo desenvolvida juntamente com o Primeira Infância Melhor (PIM), que consiste em um programa institucional, sócio-educativo, focado nas famílias com crianças de zero a seis anos de idade e gestantes, que estão em situação de vulnerabilidade social, criado pelo governo estadual no ano de 2003, que se tornou a Lei Estadual nº 12.544 em julho de 2006 (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - SES, [2006?]). A diretora do Departamento de Ações em Saúde afirmou que a estratégia de unir a RC ao PIM resultou em importante melhora nas taxas de mortalidade materna, com redução de 25% já em 2011 (SES, 2012).

Essa integração da RC com o PIM, conforme divulgado pela Secretária da Saúde do Estado, tem metas estratégicas como: a previsão de que até o final de 2014 estejam habilitados 21 ambulatórios de alto risco na RC; atendimento de 45 mil gestantes; a assistência a 300 mil gestantes no pré-natal de risco habitual; a habilitação de 180 leitos neonatais na RC e de 830 leitos obstétricos na macrorregião Metropolitana (SES, [2011?]). No entanto, para que essas metas possam ser concretizadas, muitas medidas ainda precisam ser efetuadas. No ano em que foi criado o programa da RC, o estado do RS elaborou um plano de ação regional inicial. A partir da rede integral de saúde do Estado, conhecida como a Rede de Chimarrão, foi possível discutir as ações que precisavam ser desenvolvidas, com a participação da SES, a Associação Brasileira das Enfermeiras Obstetrias (ABENFO), da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), (SES, 2011).

Conforme as orientações da estratégia da RC, um dos objetivos, por exemplo, é a implantação dos CPN. O Estado possui apenas um CPN, 13 Casas de Gestante e 22 leitos Canguru. Foi apontado como perspectiva o incentivo de investimento na construção de mais 20 CPN, sendo listados os possíveis hospitais que poderiam aderir ao plano, entre eles, o hospital foco dessa pesquisa (SES, 2011). Porém, não existe nada concretizado, permanecendo ainda apenas um CPN por todo território estadual. Desse modo, é possível perceber que há uma movimentação para mudanças na assistência ao parto e nascimento, mas por diversos entraves e disputas de poder em jogo, as ações ainda são muito incipientes e o processo relativamente lento.

2.3 A PRÁTICA DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

No Brasil, foi visto que, há dados que demonstram que houve uma significativa melhora da cobertura de assistência pré-natal no território nacional, assim como tem sido intensificada as estratégias para as práticas de humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2011; VIELLAS et al., 2014; MARTINELLI et al., 2014). Por outro lado, também se observa a insistência de condutas desnecessárias, sem uma explicação justificável de suas implicações. Esse comportamento no manejo de atenção ao parto e nascimento contribui para a persistência de altas

taxas de mortalidade materna e perinatal, mostrando que somente as iniciativas governamentais não estão sendo suficientes para reverter esse contexto (DOMINGUES e RATTO, 2008; LEAL et al., 2014).

Atualmente, existe uma acumulação de evidências científicas mostrando que diversas práticas na assistência à gestação e ao parto são grandes aliadas de melhores resultados obstétricos e da redução de complicações perinatais. Muitas das adversidades que ocorrem durante o trabalho de parto e parto podem ser restringidas através de um cuidado apropriado, com o uso adequado da tecnologia disponível. Mas, se a sua utilização é inadequada e houver uma padronização de intervenções desnecessárias, poderão trazer malefícios tanto para mulher gestante quanto para o seu filho (LEAL et al., 2014).

Na década de 1980, conferências promovidas pela OMS relacionadas ao uso apropriado da tecnologia na assistência ao parto culminaram em várias recomendações específicas. Dentre as recomendações já se encontrava o estímulo à presença de um acompanhante; o estímulo à deambulação e movimentação da gestante durante o trabalho de parto; a rejeição de práticas rotineiras, como a tricotomia; a restrição para algumas intervenções obstétricas como o parto cesariano, indução de parto, amniotomia e administração de medicamentos analgésicos e anestésicos durante o parto; o estímulo a partos vaginais após cesárea anterior, a limitação no uso de episiotomia; permanência do bebê junto à mãe sempre que possível e o início do aleitamento materno logo após o nascimento (WHO, 1985).

Desde então, muitas pesquisas, principalmente, de revisão sistemática e epidemiologia clínica, vem sendo realizadas com o intuito de preencher lacunas entre o que é científico e o que é considerado como prática correta na assistência ao parto e nascimento. Essa busca pela evidência científica pode ajudar a reverter à atenção obstétrica predominantemente tecnicista do Brasil (BRÜGGEMANN; PARPINELLI e OSIS, 2005). Neste capítulo serão apresentados alguns resultados da pesquisa publicada *Nascer no Brasil* que, entre outros dados, ilustram a situação atual dos serviços de assistência ao parto e nascimento do país.

Um dos estudos dessa pesquisa buscou descrever as boas práticas de atenção ao parto (alimentação, movimentação durante o trabalho de parto e parto, medidas não farmacológicas para alívio da dor...) e as intervenções obstétricas (episiotomia, ocitocina, amniotomia, manobra de Kristeller, cesariana...) realizadas em

uma amostra representativa de mulheres de risco habitual que pariram nos hospitais brasileiros no período de 2011 a 2012 (LEAL et al., 2014).

Nesse estudo, foi constatado que as boas práticas no trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, que amniotomia e ocitocina foi utilizada em 40% dos casos, a posição de litotomia em 91,1%, a episiotomia em 56,1%, a manobra de Kristeller em 37,3% e a cesariana em 45,5% das mulheres de risco habitual incluídas no estudo. Entre as conclusões da pesquisa, está que as frequências de intervenções praticadas nas mulheres de risco habitual demonstraram ser desnecessárias na maioria das vezes, denunciando a rotina de procedimentos que aparentemente não consideraram nem a demanda clínica das parturientes e muito menos as evidências científicas existentes no campo (LEAL et al., 2014).

Essas condutas excessivamente intervencionistas, como a episiotomia, posição de litotomia, amniotomia e cesarianas eletivas não são apoiadas em estudos internacionais (DOMINGUES e RATTO, 2008). A prática de episiotomia como uma conduta rotineira na assistência ao parto deveria ser mais bem avaliada quanto aos seus reais riscos e benefícios. Um estudo controlado mostrou que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal, de infecção e hemorragia, o risco de dor em longo prazo e a probabilidade de incontinência urinária e fecal. Assim, essa prática tem sido desestimulada como um uso padronizado (RÄISÄNEN et al., 2011). A OMS recomenda que os percentuais de episiotomia estejam entre 10% e 30% (WHO, 1996).

Já quanto à posição de litotomia, essa tem sido utilizada como uma norma no manejo do parto, por permitir uma melhor visualização do períneo e a realização de manobras obstétricas. Porém, não está sendo considerada a escolha da mulher parturiente pela posição mais confortável. A movimentação e a troca de posição da gestante devem ser encorajadas, auxiliando no controle da dor, favorecendo o trabalho de parto (WHO, 1996; GUPTA, HOFMEYR e SMYTH, 2007; DOMINGUES e RATTO, 2008).

Em relação à amniotomia, essa é comumente utilizada para acelerar o trabalho de parto. Mas uma pesquisa de revisão que avaliou a efetividade e segurança desse procedimento quando usado de forma isolada, identificou 14 estudos, com um total de 4.839 mulheres, concluindo que não é recomendado o uso rotineiro de amniotomia no manejo do trabalho de parto, já que não há benefícios

associados a esse tipo de conduta. Respostas benéficas quanto ao uso da amniotomia foram encontrados somente em gestantes que apresentaram rotura espontânea das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto, mesmo assim, agregada ao uso de ocitócitos (DARE et al., 2006; SMYTH, ALLDRED e MARKHAM, 2007; DOMINGUES e RATTO, 2008).

No que diz respeito à cesariana, quando é realizada em mulheres de baixo risco e sem indicação plausível, pode levar a complicações maternas e neonatais. As infecções puerperais pós-parto, por exemplo, são um dos riscos mais importantes ligados ao parto cesáreo (PETTER et al., 2013). Estudos como os dos autores Souza et al. (2010), que investigam as consequências da cesariana sem indicações clínicas em diversos países, mostram que essa cirurgia está associada a morbidades maternas mais graves em curto prazo quando comparada aos partos por via vaginal. Evidências semelhantes também foram encontradas em um estudo longitudinal retrospectivo do Canadá, que identificou a associação do risco de morbidade materna severa com a cesariana ao ser comparado com o parto normal planejado (LIU et al., 2007).

Além das complicações maternas existentes na realização de cesarianas eletivas, há riscos de morbidades neonatais. Revisões como as de Viswanathan et al. (2006) e Hansen et al. (2007), identificaram altos riscos de morbidade respiratória neonatal nos casos de cesariana eletiva quando comparados à uma cesárea indicada ou ao parto vaginal espontâneo. Esse risco é menor conforme o avanço da idade gestacional, porém, não deixa de estar presente em recém-nascidos a termo. Já o estudo de Villar et al. (2007) realizado na América Latina durante o ano de 2005, buscou verificar os riscos e benefícios da cesárea, considerando de forma separada a apresentação fetal cefálica e pélvica. Os resultados mostraram que a mortalidade em fetos em posição cefálica foi maior quando realizadas cesarianas de forma eletiva e intraparto. Apenas quando havia o risco eminente de morte para o bebê é que se encontrou uma associação positiva com a cirurgia cesárea. Nos casos de posição pélvica do feto, também foi evidenciado relação de proteção do parto cesariano com a mortalidade neonatal.

Quanto às evidências científicas de práticas benéficas na atenção ao parto, é possível identificar o uso de técnicas não invasivas que podem ser aplicadas em todos os serviços de assistência. Entre essas técnicas estão o suporte no parto, o tipo de ambiente para o seu manejo, a posição materna durante o trabalho de parto

e medidas não farmacológicas para analgesia (WHO, 1985; 1996; DOMINGUES e RATTO, 2008). O suporte no parto tem sido pouco valorizado. Mas estudos como a meta-análise realizada por Hodnett et al.(2007), mostram que esse suporte ajuda na menor duração do trabalho de parto, maior proporção de partos espontâneos por via vaginal, menos uso de analgésico e maior contentamento da mulher. O suporte pode ser oferecido tanto por um profissional que não pertence à equipe de assistência, quanto por um acompanhante de livre escolha da parturiente.

O suporte no parto exercido por um familiar ou alguém próximo escolhido pela gestante pode ser um forte facilitador do trabalho de parto e parto. Sabe-se que o suporte é altamente recomendado, pois tem como função o apoio emocional contínuo, medidas de conforto físico, controle da evolução do parto a fim de poder facilitar a sua evolução e uma melhor interlocução entre a mulher e a equipe que a assiste. Essa recomendação pode ser plenamente executada, sendo assegurada pela lei que permite o direito da mulher de ter um acompanhante nesse momento tão importante de sua vida (BRÜGGEMANN; PARPINELLI e OSIS, 2005; DOMINGUES e RATTO, 2008).

Com relação ao tipo de ambiente, a modificação da sala de parto em um local mais acolhedor, garante um espaço mais confortável, com privacidade, proporcionando maior segurança e tranquilidade para a gestante. Essas mudanças ambientais favorecem a evolução do trabalho de parto (DOMINGUES e RATTO, 2008). Na pesquisa de Hodnett et al. (2005) numa revisão de seis ensaios clínicos que comparavam a assistência ao parto em locais convencionais e ambientes hospitalares modificados, foi encontrado um menor uso de analgesia, menor ocorrência de episiotomia e lacerações e uma maior satisfação da mulher com a assistência quando realizado nos ambientes diferenciados.

Essas mudanças na estrutura hospitalar estão diretamente relacionadas com as práticas benéficas de movimentação da gestante e da liberdade de posição durante o parto. Ao considerar os aspectos fisiológicos envolventes no parto, a posição verticalizada pode ser um bom facilitador da saída do feto. Não existe nenhum tipo de evidência que comprove que a posição de litotomia deve ser a única posição adotada (WHO,1996). No estudo de Gupta, Hofmeyer e Smyth (2007), verificou-se que mulheres que pariram em posição vertical ou lateral tiveram um menor tempo de período expulsivo, menor realização de episiotomia, menor percepção da intensidade da dor e menor alteração dos batimentos cardíacos do

feto quando comparadas as mulheres que tiveram parto na posição de litotomia. Pode haver mais laceração e perda sanguínea, mas mesmo assim, há mais benefícios associados à posição verticalizada que na posição de litotomia.

O manejo para o alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto inclui a liberdade de posição da mulher na evolução desse processo. Mas outras medidas não farmacológicas como o banho de imersão, massagens, técnicas de relaxamento e uso de bola pilates, também proporcionam um maior bem-estar para a mulher (SMITH et al., 2006). Revisões sistemáticas não mostram nenhum efeito negativo na utilização dessas técnicas não invasivas, podendo ser até mais seguras para mãe e o bebê do que o uso rotineiro de analgesia epidural, podendo ser uma alternativa eficaz, já que a epidural exige mais recursos tecnológicos, que, muitas vezes, estão disponíveis apenas em hospitais bem equipados (DOMINGUES e RATTO, 2008; LEAL et al., 2014)

Diante dessas evidências e dos achados da pesquisa Nascer no Brasil, está claro que é necessário enfatizar mais as estratégias de atenção ao parto e nascimento, além de priorizar as recomendações baseadas em evidências científicas. É preciso que o modelo de assistência intervencionista passe a ser menos vislumbrado pelos profissionais e instituições, para que assim o parto humanizado, seja mais valorizado nos serviços públicos e privados do país (DOMINGUES e RATTO, 2008; LEAL et al., 2014).

2.4 ESTUDOS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Apesar dos estudos baseados em evidências científicas, algumas condutas consideradas desnecessárias persistem como protocolos nos atendimentos prestados pelos serviços obstétricos do país (DOMINGUES e RATTO, 2008). Muitas dessas práticas podem ser acompanhadas de atitudes autoritárias e desrespeitosas, que acabam se tornando uma violência contra a mulher. Essa violência é denominada como violência obstétrica ou ainda violência institucional (AGUIAR, 2010).

A violência obstétrica constitui a imposição de normas depreciativas por parte dos profissionais ou da instituição, interligadas com as práticas discriminatórias quanto ao gênero, classe social e etnia em que a paciente fica numa situação de

inferioridade, potencializando a relação de domínio e obediência (DINIZ e CHACHAM, 2002; AGUIAR, 2010; SALGADO, 2012). Trata-se de uma objetificação da mulher parturiente, que não é reconhecida como sujeito na relação estabelecida com o profissional da saúde, sendo tratada apenas como um objeto de intervenção para se chegar a um fim (AGUIAR, 2010).

Entre as características da violência obstétrica destacam-se as de caráter físico, psicológico, sexual e institucional. A primeira se refere a ações sobre o corpo da mulher que causem dor ou dano físico sem recomendação científica. A de caráter psicológico diz respeito às ações verbais ou comportamentais que causem à mulher sentimentos de medo, inferioridade, desprezo, entre outros. Quanto à de caráter sexual, trata-se de atitudes impostas à mulher que viole a sua intimidade e pudor. E a de caráter institucional, engloba as formas de organização da instituição que dificultam e retardam o acesso da mulher aos serviços de saúde ao qual ela tem direito (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002; CIELLO et al., 2012).

No Brasil, estudos têm identificado atitudes arbitrárias e insensíveis por parte dos profissionais em relação ao corpo feminino, fazendo com que a mulher parturiente fique vulnerável fisicamente, emocionalmente e socialmente (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006). Neste trabalho, serão descritas algumas pesquisas que tinham o intuito de conhecer qual a experiência da mulher em relação à assistência recebida durante a gestação, trabalho de parto e puerpério oferecida pelo SUS.

Na pesquisa guiada por Aguiar (2010), foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas com mulheres puérperas atendidas nas maternidades públicas do município de São Paulo em um período de até três meses após o parto. Foram coletados relatos sobre a experiência de partos e os maus-tratos vivenciados dentro dos serviços de saúde. Embora as falas das mulheres refletissem questões de ameaças, represálias, tratamento hostil, desvalorização da dor, desqualificação das suas queixas e discriminação racial, os relatos apontaram uma banalização do sofrimento por parte da parturiente, visto como um destino natural. Essa banalização do sofrimento acaba interferindo no reconhecimento do que é violência, ocorrendo uma banalização da própria violência, pois o uso de jargões ofensivos é entendido pelas mulheres como uma brincadeira.

No estudo de Griboski e Guilhem (2006), foram entrevistadas 29 mulheres no pós-parto. Foi percebida uma situação de vulnerabilidade, pois, todas elas se submeteram aos procedimentos dos profissionais passivamente, acatando tudo que

lhes fosse condicionado. Mas, o estudo chegou à conclusão de que a vulnerabilidade das mulheres ocorreu principalmente devido ao desconhecimento sobre o tipo de assistência que deveriam receber de acordo com as políticas e diretrizes do PHPN. Além disso, a falta de informação das mulheres sobre os seus direitos, sobre o seu próprio corpo e o seu papel no momento do parto contribui para que algumas condutas desnecessárias dos profissionais sejam vistas como normais no processo de parturição. As parturientes consideram o profissional como a pessoa responsável por tirar a sua dor, por isso, na angústia de resolver o seu sofrimento acabam obedecendo aquilo que lhes é ordenado. Para alcançarem a satisfação e o sucesso do nascimento de seu filho permitem todas as intervenções como um acontecimento natural (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006). O que também poderia explicar os achados do estudo de Aguiar (2010), quanto à banalização da violência.

Já o estudo de Dias e Deslandes (2006), teve como um de seus objetivos explorar a atenção que mulheres grávidas receberam em partos anteriores. Elas eram usuárias das maternidades públicas do município do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 14 mulheres que prestaram informações quanto à experiência sobre a assistência ao trabalho de parto e parto. Foi constatado que as mulheres não conheciam a proposta de humanização da assistência ao parto. A presença do acompanhante foi a única inovação que algumas delas relataram conhecer. Isso mostrou que precisa se estabelecer uma relação diferente entre as usuárias e os profissionais, ou a mulher continuará em conformidade com o cuidado “tradicional” hegemonicamente oferecido, sem exigir seus direitos, sem ser cidadã.

Na pesquisa de Santos e Pereira (2011) foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com 19 puérperas de um alojamento conjunto em um hospital público do município de Feira de Santana-Bahia, na Bahia. Neste estudo, as entrevistas mostraram a atenção recebida durante o processo de parto. Foi observado que as mulheres permaneceram sozinhas na sala de parto, sendo acompanhadas pela equipe de saúde somente no período expulsivo ou no período pós-parto. As vivências mostraram a falta de humanização e tratamentos traumáticos. Os relatos referenciavam uma assistência fria e indiferente, distante do que idealizavam receber no momento do parto. Elas mostraram sentimentos de dor intensa, aflição, solidão e abandono.

O dossiê sobre violência obstétrica elaborado pelas autoras Ciello et al. (2012), traz uma série de relatos obtidos de vários estudos em que mulheres

contaram suas vivências de violência no atendimento recebido durante o parto. Abaixo, alguns dos depoimentos colocados no dossiê:

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo, de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico.” *Rio de Janeiro* (CIELLO et al. p. 107, 2012).

“Eles gritavam comigo assim: ‘Faz força direito!’, ‘Faz força de fazer cocô’, ‘Você vai matar seu filho! É isso que você quer?’, ‘Pára de gritar se não seu filho vai morrer!’.” *Vila Velha, Espírito Santo* (CIELLO et al. p. 138, 2012).

Já quanto às questões que envolvem a classe social e a etnia, foi possível observar atitudes de preconceito por parte dos profissionais na assistência ao parto e nascimento. No dossiê, foi apontado que a discriminação e o racismo de alguns profissionais atrasam a decisão da mulher em procurar uma assistência e dificulta o acesso ao serviço de saúde, assim como o direito a um atendimento adequado. Em um dos casos relatados, uma adolescente negra sofre agressões verbais preconceituosas de um médico anestesista, que foi chamado para fazer uma cesárea de emergência, pois, a adolescente estava apresentando um quadro de eclampsia. Sabe-se que a eclampsia é bastante frequente nas mulheres negras, sendo uma das principais causas de mortalidade dessas mulheres (CIELLO et al., 2012). Mesmo assim o profissional foi hostil como pode ser constatado na sua fala:

“Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga!” – *Maternidade Pór-Matre, Vitória-Espírito Santo* (CIELLO et al. p. 135, 2012).

Discriminação em relação à mulher indígena e mulher migrante nordestina também aparecem nas falas dos profissionais:

“Muitas pacientes são migrantes, tem sotaque do nordeste. Vêm do nordeste ter filhos e depois voltam. São muito ignorantes!” (CIELLO et al. p.135, 2012).

“Que absurdo! O que é isso aqui? Ascende essa luz! Isso não é toca de índio! Ei! (dando tapinhas em sua perna), acorda! Assim você não vai parir nunca! Colabora!” *Hospital Escola UFRJ* (CIELLO et al. p. 139, 2012).

Assim, diante desses estudos realizados em diferentes regiões do território nacional, foram identificadas várias similaridades referentes à violência nas maternidades públicas. Preconizou-se a falta de informação das mulheres; a grosseria, a impaciência, o preconceito, o discurso autoritário, o desprezo, o desamparo, a violência física e a falta de escuta dos profissionais (TORNQUIST, 2003; DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004; TEIXEIRA e PEREIRA, 2006; AGUIAR, 2010). Portanto, faz-se necessário tirar a mulher da condição de objeto e torná-la consciente do seu papel de protagonista e sobre a sua capacidade de decidir as situações que envolvam o seu parto. A mulher precisa se empoderar de seu corpo e de seus direitos, assim como detectar e denunciar atitudes de violência obstétrica, para então poder exigir um tratamento adequado e humanizado, que respeite a sua dignidade. É importante a qualidade ética das interações de cuidado, onde o uso da tecnologia e as medidas de suporte estejam em harmonia com um bom acolhimento, que valorize a mulher como sujeito na relação estabelecida entre ela e o profissional da saúde. (SANTOS e PEREIRA, 2008; AGUIAR, 2010; AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011; PULHEZ, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

No cenário atual, em que vigora o modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento no país, conforme visto em alguns resultados da pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014; VIELLAS et al., 2014 e GAMA et al., 2014), é necessária uma série de estratégias para provocar mudanças institucionais e práticas nos modelos de atenção e cuidado da saúde materno-infantil. Entre essas estratégias encontra-se o PHPN, a favor de uma atenção menos intervencionista, com maior valorização da participação da mulher durante todo o período gestacional e parto, dando ênfase aos aspectos sociais e afetivos relacionados à parturição (BRASIL, 2000; DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004).

Assim, cabe recapitular também algumas das leis e portarias que estão diretamente relacionadas ao PHPN, pois são consideradas essenciais nesse processo de transição. Primeiramente, em 2005, a Lei nº11.108 que garante a gestante o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Posteriormente, em 2011, a instituição da RC, pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de garantir uma

melhor qualidade no pré-natal, para diminuir os óbitos maternos evitáveis e permitir que a mulher e o bebê vivenciem uma gestação, parto e nascimento com segurança, dignidade e respeito (BRASIL, 2011). E, recentemente, a Portaria nº 371 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS. Entre essas diretrizes está recomendado assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo com a mãe, aleitamento na primeira hora de vida e a postergação de procedimentos de rotina nessa primeira hora (BRASIL, 2014a).

No entanto, apesar dessas conquistas, a atenção à saúde materno-infantil continua rodeada de uma excessiva medicalização, sendo que existe uma gama de evidências científicas acumuladas que propõe uma revisão dos procedimentos obstétricos rotineiros, mostrando que nem todas as condutas realizadas no momento do parto são justificáveis (DOMINGUES e RATTO, 2008; FONSECA, DIAS e DOMINGUES, 2008). Segundo a OMS (1996), a assistência mais adequada é aquela onde a mulher e o seu bebê estão seguros, com o mínimo de intervenção, fazendo-se o possível para facilitar a fisiologia natural do parto e do nascimento (WHO, 1996). Todavia, mesmo com as recomendações da OMS e do reconhecimento do MS, tem-se observado uma aderência ainda muito incipiente por parte das instituições e de alguns profissionais na busca por adequações estruturais e práticas para uma abordagem humanizada. As mulheres e o bebê permanecem como coadjuvantes, ao invés de serem protagonistas na cena do parto (SILVA, CHRISTOFFEL e SOUZA, 2005; VICTORA et al., 2011).

Esse contexto está sendo um importante motivador de discussões e debates sobre humanização do parto em pesquisas, simpósios, seminários, congressos e meios de comunicação. No que diz respeito às pesquisas, estudos estão sendo realizados a fim de conhecer quais as representações sociais e a percepção das mulheres quanto à vivência do momento da parturição. Porém, a produção de estudos relacionada aos modelos de atenção ao parto e nascimento necessita ser mais ampliada.

Dessa forma, justifica-se o presente tema de pesquisa, pois é importante dar visibilidade às mulheres parturientes para que essas possam expressar as suas percepções quanto à assistência recebida durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, independente do profissional que lhe prestou atendimento. E assim, contribuir para uma melhor qualidade de serviços de atenção à saúde materno-infantil, na

perspectiva de propiciar uma vivência positiva e gratificante, evitando agravos à saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

A instituição escolhida para realização do estudo encontra-se num processo de transformação do seu espaço físico e das condutas profissionais, com o intuito de atender as recomendações propostas nos programas de humanização do parto e nascimento. Por isso, é pertinente conhecer o contexto estrutural e as práticas rotineiras da maternidade, assim como as vivências das mulheres que recebem assistência no seu trabalho de parto e parto dentro dessa instituição. Através das observações da rotina da maternidade e das falas das mulheres, será possível constatar elementos que demonstrem de que forma estão ocorrendo as práticas implicadas na assistência e as interações estabelecidas entre essas mulheres e a equipe que a assiste, captando a complexidade do processo de humanização a partir dos desdobramentos das experiências dessas parturientes.

4 OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências das mulheres em relação à assistência ao parto e nascimento numa maternidade de Porto Alegre, RS, tentando captar se as mudanças institucionais referentes à humanização do parto e nascimento estão refletindo nessas experiências.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender como se dá a assistência ao parto e nascimento na perspectiva das mulheres usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre.
- Compreender as expectativas e significados que essas mulheres atribuem ao parto e nascimento.
- Examinar as práticas de humanização a partir das observações das usuárias com os profissionais da saúde.

4.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Diante dos primeiros contatos com os profissionais da instituição definida para esta pesquisa, observou-se a existência de iniciativas que visam atender políticas de humanização vigentes no Brasil. Nesse sentido, elaboraram-se as seguintes questões norteadoras:

- Como estão acontecendo as práticas de assistência ao parto e nascimento na maternidade?
- Quais são as perspectivas das mulheres quanto ao atendimento no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto?
- Qual o conhecimento que as mulheres puérperas possuem a respeito das políticas de humanização do parto e nascimento?
- Como se estabelece a relação entre as mulheres e os profissionais da saúde?

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O interesse inicial em conhecer como se encontra o cenário atual das práticas de humanização do parto e nascimento no Estado do RS e a familiarização com o seu contexto histórico-político é o que direciona a problemática da presente pesquisa. Hoje se sabe que a política voltada para a humanização do parto e nascimento no Estado está em processo de implementação. As maternidades públicas tem recebido incentivo financeiro do MS para se adequar a essa política. Profissionais da área da saúde estão participando de discussões, por meio de fóruns perinatais e seminários, com o apoio das secretarias de saúde municipal e estadual, a fim de promover as práticas de humanização dentro das instituições hospitalares.

Além disso, a proximidade com as notícias, informações, participação em congresso e os depoimentos de mulheres nas redes sociais sobre essa temática, contribuíram fortemente para que a escolha do objeto de estudo fosse focada nas experiências e percepções das mulheres que vivenciaram o processo de gestação e parturição. Dessa forma, surgiram inquietações em relação ao atendimento e acolhimento da mulher parturiente que vem sendo oferecido nas instituições públicas da cidade de Porto Alegre. Assim, escolheu-se uma instituição hospitalar com uma maternidade totalmente vinculada aos SUS e iniciaram-se os contatos com os

profissionais que trabalham nessa unidade hospitalar para poder viabilizar a pesquisa de campo.

Com essa aproximação, houve a possibilidade de visitar algumas instalações da instituição, entre elas, o alojamento conjunto onde ficam as mulheres puérperas. Por meio dessas visitas, percebeu-se que está havendo um empenho do hospital em procurar fazer as adequações necessárias para um atendimento mais humanizado e também o desejo dos profissionais que foram contatados em proporcionar esse tipo de assistência. Acredita-se que esse contexto emergente é enriquecedor para atender o tema dessa pesquisa.

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem etnográfica. A pesquisa fundamentada em métodos qualitativos é construída para fornecer uma visão de dentro do contexto pesquisado, pela ótica de seus sujeitos. Dessa forma, caracterizam-se por estudar pequenos grupos de pessoas, selecionados de acordo com os critérios previamente estabelecidos conforme os objetivos do estudo, buscando um entendimento aprofundado sobre o contexto onde ocorre algum fenômeno, o que possibilita a compreensão das práticas e significados do ponto de vista dos sujeitos. (VÍCTORA, KNAUHT e HASSEN, 2000).

A abordagem etnográfica abrange a descrição de eventos da vida de um grupo, com especial atenção para as estruturas sociais que ocorrem ao seu redor. Para isso, o pesquisador deve manter a mente aberta em relação ao fenômeno que está estudando e descrevê-lo da forma mais ampla possível, pois parte do princípio de que a descrição e a compreensão do significado de um evento social ocorrem em função da compreensão das inter-relações que surgem a partir de uma determinada situação (GODOY, 1995).

Assim, esse tipo de delineamento permitirá uma análise aprofundada das experiências das mulheres inseridas em um cenário de transformações institucionais e de diversas práticas dos profissionais que atendem em uma maternidade de POA, sob a ótica das mulheres e da observação etnográfica.

5.2 DEFINIÇÃO DO UNIVERSO EMPÍRICO

O universo empírico deste estudo é uma maternidade pública da cidade de Porto Alegre, RS. Trata-se de uma maternidade incluída em um grupo hospitalar totalmente dedicado ao SUS. Esse hospital oferece serviços direcionados à saúde nas áreas de ginecologia, obstetrícia e oncologia, além do acompanhamento pré-natal para gestantes de alto risco, e puerpério (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC, [2014?]). É o maior hospital dedicado à saúde feminina do Estado, apresentando o mais elevado número de partos do RS. Segundo dados disponibilizados no site do GHC (2014), 27% dos partos realizados em Porto Alegre acontecem nessa maternidade, com aproximadamente 500 partos mensais. Em 2013 foram registrados 6.983 internações obstétricas na maternidade. Já quanto às taxas de cesarianas, a meta estabelecida pela instituição é uma média de 40% do total dos partos anuais. No ano de 2013 a média alcançada foi de 41% (GHC, 2013).

Baseada no MS, a instituição afirma ter como uma das suas políticas de humanização a qualidade do acolhimento, sendo visto como uma das formas de intensificar o vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde. O acolhimento implantado na emergência da maternidade está dentro do Programa QualiSUS, que tem por objetivo qualificar a atenção à saúde na emergência e elevar o nível de assistência prestada pela população do SUS (GUSMÃO-FILHO, CARVALHO e ARAÚJO JUNIOR, 2010; GHC, [2014?]) .

Dentre os serviços prestados pela instituição ressalta-se o banco de leite humano, a reprodução assistida e o hospital-dia. O banco de leite faz captação e pasteurização do leite materno para ser consumido pelos bebês internados na própria maternidade, cuja mãe não pode amamentar, e também para ser distribuído nas demais regiões do estado pertencentes à rede do SUS. O serviço de reprodução assistida recebe gratuitamente casais com dificuldades de ter filhos, fornecendo todo o apoio e tratamento dentro da unidade hospitalar. E o hospital-dia é uma linha de cuidado que prevê o atendimento integral às gestantes infectadas pelo vírus HIV, facilitando a adesão ao tratamento e profilaxia da transmissão vertical (GHC, [2014?]).

Além desses serviços, trabalha com a proposta do parto regionalizado, integrada à gestão municipal, sendo uma referência nas áreas ginecológica e obstétrica para as UBS das regiões de sua abrangência. Para proporcionar uma

maior efetividade desse trabalho, a maternidade está incluída no Programa da RC (GHC, [2014?]). Desde o ano de 2010, a maternidade vem passando por reformas estruturais com o intuito de disponibilizar um maior bem-estar para a mulher gestante, ao recém-nascido e sua família. Conforme o jornal local Zero Hora (ZH), do dia 24 de abril de 2010, as obras realizadas foram destinadas a alterar o ambiente dos leitos de pré-parto, as salas de parto e os leitos pós-parto. Segundo o então diretor superintendente Neio Lúcio Fraga Pereira, do GHC, a ampliação dos ambientes é uma forma de humanizar mais o atendimento, permitindo que as mulheres possam ter uma companhia de sua escolha durante todo o processo da parturição. Foi uma busca para a readequação às normas do MS, que começou a estimular a presença do acompanhante ao lado da parturiente no momento do parto. A instituição afirmou que mesmo antes dessas primeiras reformas já havia medidas sendo tomadas que cobrissem essas normas.

Atualmente, a instituição está recebendo mais recursos do MS, a fim de poder melhorar o espaço físico e adquirir equipamentos que possam se adequar as propostas estratégicas da RC, PHPN e Método Mãe Canguru. Isso foi possível de ser constatado em uma das visitas feitas na maternidade, onde uma das profissionais que está fazendo o acompanhamento para realização dessa pesquisa mostrou alguns equipamentos que já foram adquiridos, como berçários para o Método Mãe Canguru e poltronas retráteis mais confortáveis para as mães poderem ficar o tempo todo perto do seu filho nas situações de internação. Também foi relatado que reformas estarão sendo feitas no ambiente do centro obstétrico (CO) a fim de facilitar mais a aproximação mãe-bebê logo após o nascimento.

Toda essa movimentação para novas instalações foi noticiada em uma reportagem jornalística do dia 24 de maio de 2014, sendo destacado que os recursos disponibilizados pelo MS são uma forma de incentivar os hospitais que possuem o título de Hospital Amigo da Criança, que é o caso da maternidade do presente estudo (ZH, 2014). O Hospital Amigo da Criança é uma iniciativa do Fundo das Nações Unidas pela Infância – UNICEF e da OMS, lançado no início da década de 1990, com credenciamento de hospitais do mundo todo, com o objetivo principal de promover o aleitamento materno (UNICEF, [1990?]). Agora, além do aleitamento, o Ministério garantiu auxílio financeiro para os hospitais que também cumprirem mais práticas de parto humanizado (ZH, 2014). Essa medida veio juntamente com as novas diretrizes estabelecidas esse ano pela Portaria nº371 (BRASIL, 2014a).

Para que os hospitais mantenham seu credenciamento na rede de Hospitais Amigo da Criança, precisarão atender mais critérios, além daqueles relacionados aos cuidados para o sucesso do aleitamento materno, entre eles, a garantia da mulher escolher um acompanhante; alternativas não medicamentosas para alívio da dor; oferecer alimentos leves para a mulher durante o trabalho de parto; procurar reduzir as chances de procedimentos mais invasivos durante o parto e fornecer um ambiente tranquilo, com mais privacidade (BRASIL, 2014b).

5.3 PARTICIPANTES

Tendo como base inicial o panorama descrito acima, o universo empírico terá como sujeitos participantes as mulheres puérperas que receberam assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto nessa instituição. Serão incluídas tanto as puérperas de uma gestação de alto risco, quanto às de risco habitual que estiverem internadas no alojamento conjunto da instituição, permitindo um aprofundamento do olhar sobre essas experiências em diferentes contextos de interação com os profissionais da saúde.

5.3.1 Seleção e recrutamento dos participantes

Será previsto a seleção de dez mulheres puérperas que estejam internadas no alojamento conjunto da maternidade hospitalar. É importante salientar que na pesquisa qualitativa o universo empírico prevê um número de pessoas, porém, este número não é rígido. Ele é definido pela própria saturação ou recorrência de dados, ou seja, pelo momento no qual se observa que a busca por mais sujeitos não acrescenta informações novas à investigação (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Os critérios para a seleção das pessoas a serem entrevistadas serão elaborados no contexto da observação, a fim de captar sujeitos que possam expressar uma diversidade de situações, para contemplar o objeto de pesquisa (FLICK, 2009). Nesse sentido, não serão determinados a priori critérios de escolha das mulheres. A escolha desse procedimento está baseada na literatura científica sugerida por pesquisadores como Flick (2009); Victora, Knauth e Hassen (2000),

que privilegia a experiência de campo como base para a construção de relações com os sujeitos pesquisados.

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.4.1 Instrumentos

A coleta de dados será realizada por meio da observação participante, de entrevistas etnográficas e do diário de campo. Segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), o uso de técnicas combinadas, permite suprir lacunas e tornar mais completa a coleta das informações de campo. Dessa forma, a inserção no campo de pesquisa começará por meio da observação. A **observação participante** é uma técnica de produção de dados essencial em uma pesquisa de caráter etnográfico, utilizando-se de ferramentas como percepção, memorização e anotação (BEAUD e WEBER, 2007). Além disso, proporciona uma maior aproximação do pesquisador com o contexto investigado. O pesquisador fará parte desse universo para melhor apreender o contexto das ações e dos aspectos simbólicos que o rodeia. Porém, também é necessário manter certo distanciamento do objeto observado. Isto implica em conseguir estar imerso no ambiente e em interação com os observados, mas ao mesmo tempo, mantendo certo afastamento para que sua presença não afete na naturalidade das atitudes e comportamentos dos sujeitos (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Quanto ao tempo para execução da observação participante, é característico desta técnica não ser exigido uma limitação de tempo para sua realização, já que o consumo de tempo está associado à necessidade de absorver os significados de fatos e comportamentos. O tempo deve ser determinado pelo próprio objetivo do estudo, assim como pela saturação dos dados (QUEIROZ et al., 2007). Na presente pesquisa, pretende-se observar o campo desde a inserção no ambiente da instituição, passando por toda a coleta de dados das entrevistas e acompanhamento da rotina da maternidade até o encerramento de imersão no campo, conforme a acumulação satisfatória dos dados. A inserção inicial acontecerá a partir da aproximação e interação com os profissionais que atuam nos setores da emergência, do CO e do alojamento conjunto, já que é por meio desses setores que as puérperas recebem a assistência.

Neste sentido, as observações participantes serão realizadas de acordo com os seguintes aspectos: estabelecimento de uma relação de confiança com os sujeitos; ter sensibilidade com as pessoas; saber escutar; familiaridade com as questões apresentadas; flexibilidade diante de situações inesperadas; serenidade na busca de padrões ou significados para os fenômenos observados e verificação e controle dos dados obtidos, relacionando-os aos conceitos e teorias científicas. Além disso, realizar leitura de jornais, revistas, redes sociais, artigos, entre outros, que forneçam dados para a contextualização social do tema da presente pesquisa. Isso porque a observação participante refere-se a sujeitos sociais, o que torna fundamental a valorização desses elementos no processo de pesquisa, resultando assim na construção do *corpus* de conhecimento para a análise (QUEIROZ, et al., 2007).

Em um segundo momento da pesquisa será realizado as **entrevistas etnográficas**. As mulheres puérperas selecionadas para participar da entrevista serão contatadas a partir da aproximação iniciada por meio da observação, estabelecendo-se uma relação flexível em que as participantes se sintam acolhidas e realmente envolvidas com a temática do estudo. Para as mulheres que concordarem em realizar a entrevista será apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice B) e se explicará o objetivo e o processo da pesquisa. A entrevista de caráter etnográfico é interativa, de natureza aberta, o que possibilita novas rotas de investigação que inicialmente não tinham sido idealizadas pelo pesquisador. Além do mais, é feita em profundidade, ou seja, tem o intuito de sondar significados, explorar nuances e apreender as áreas mais obscuras, onde normalmente passam despercebidas em questões fechadas de múltipla escolha. Para isso, o entrevistador se prepara, formulando tópicos gerais sobre o que deseja saber. Esses tópicos são apenas um *script* para manter a entrevista fluindo em direção aos objetivos da pesquisa, porque várias outras questões surgirão no decorrer da conversa que contribuirão com a investigação (FLICK, 2009).

Baseado nesse modelo, será usada uma **entrevista semi-estruturada** (Apêndice A), com perguntas abertas que servirão como guia, dando liberdade para que tanto o pesquisador quanto o sujeito pesquisado possam expressar suas ideias em torno do objeto de estudo. Será realizada de forma individual, estimando um tempo de 40 minutos, onde se utilizará um gravador de áudio para obter as

informações através da fala, que transmitirá as experiências e significados dos sujeitos participantes da pesquisa (GOLDIM, 2000). Pretende-se realizar as entrevistas dentro da instituição hospitalar, no leito do alojamento conjunto ou em uma sala disponibilizada previamente pelo setor, caso as mulheres consigam se deslocar e prefiram essa possibilidade.

A entrevista etnográfica se diferencia por não ser uma técnica "isolada". Por isso, a entrevista e a observação se complementam e se relacionam de forma harmoniosa, dando sentido aos fenômenos (BEAUD e WEBER, 2007). O pesquisador deve ser capaz de reconhecer ou inferir padrões significativos em comportamentos que foram observados. Todavia, acabam surgindo indagações do que esses comportamentos significam precisamente. Assim, as entrevistas são uma extensão lógica da observação (FLICK, 2009).

Mesmo não seguindo o modelo de uma etnografia clássica, será incorporado um olhar etnográfico, destacando-se a importância dos processos de contextualização realizados na pesquisa. Segundo Knauth (2010), a etnografia está implicada na contextualização das falas (por entrevistas informais ou semiestruturadas), na contextualização dos atores sociais, na consideração das dimensões não verbais e no dinamismo da realidade social, observando a interação das relações, as respostas em frente a certos eventos, entre outros. Todos são princípios essenciais para se alcançar a profundidade que a pesquisa qualitativa propõe.

Por fim, para o registro de dados também será utilizado o **diário de campo**, com o propósito de fazer anotações do contexto das entrevistas e das observações. De acordo com Victora, Knauth e Hassen (2000), o diário de campo é um instrumento de registro pessoal, onde o pesquisador escreve suas observações, experiências, sentimentos, sensações e impressões de forma cronológica, procurando detalhar o mais fielmente possível tudo o que foi observado, pois muitas vezes serão as informações do diário de campo que fornecerão os subsídios para analisar os dados sob uma perspectiva diferente.

5.4.2 Análise dos dados

Com base no que propõe Knauth (2010), após a realização do trabalho de campo, a próxima etapa consistirá em organizar e analisar todas as informações

coletadas (preparação do *corpus*) a fim de que essas informações estejam em diálogo com as categorias teóricas, para que possam ser comparadas entre si e com a literatura. Para isso, será utilizado o método da análise de discurso. A análise de discurso trabalha com a interpretação da linguagem como meio de compreensão dos processos sociais. Dessa forma, o transcurso da análise discursiva tem a intenção de interrogar os sentidos estabelecidos por diferentes maneiras de produção. Podem ser produções verbais ou não verbais como séries textuais, imagens ou linguagem corporal, desde que sejam materiais possíveis de serem interpretados. Portanto, entende-se que analisar o discurso não significa trabalhar com a forma e conteúdo, mas em buscar efeitos de sentidos que podem ser apreendidos por meio da interpretação (CAREGNATO e MUTTI, 2006). Nessa perspectiva, o papel do pesquisador como analista é muito importante na visão da análise de discurso, pois:

(...) Existem inúmeros contextos que são apropriados a uma determinada peça de discurso, e a maneira como damos sentido a uma função discursiva é um reflexo do contexto ou da configuração dos contextos já pressupostos analiticamente (IÑIGUEZ, p. 146, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi pensado e estruturado sempre levando em consideração os aspectos éticos. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unisinos e da instituição responsável pelo hospital onde se pretende realizar a pesquisa.

O estudo não causará prejuízos aos sujeitos participantes e a instituição. Primeiramente, a pesquisa será realizada somente após a divulgação do projeto para o hospital e mediante a aprovação dos CEPs. Ademais, as mulheres participantes que concordarem em entrar voluntariamente na pesquisa, assinarão o TCLE e serão informadas dos objetivos e de todo o processo da mesma. A presente investigação será permeada pelo direito do anonimato, privacidade e confidencialidade das participantes e da possibilidade de desistência dessas em qualquer momento da pesquisa.

9 ORÇAMENTO

Tabela 2. Orçamento dos custos dispensados para execução da pesquisa

MATERIAL	VALOR (R\$)
Material de Escritório	100,00
Material de Informática (Computador, impressora, softwares)	5.000,00
Material Bibliográfico	300,00
Gravador de Áudio	449,00
Transporte – Trabalho de Campo	300,00
Custos Adicionais (Revisão de texto, Congressos, publicações)	1.500,00
Custos Totais	7.649,00

Obs.: Os recursos necessários para a realização do estudo serão de inteira responsabilidade da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques. **Violência institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, Janaína Marque; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**. São Paulo, v.15, n.36, p.79-91, 2011.
- ANVERSA, Elena Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p.789-800, 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, 2004a
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**. São Paulo, v.8, n.14, p.73-92, 2004.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, 2005.
- BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1611-1620, 2003.
- BEAUD, Stephane; WEBER, Florence. Interpretar e redigir. In: BEAUD, S. e WEBER, F. **Guia para a Pesquisa de Campo**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569/GM em 1 de junho de 2000**. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 27 mai. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000a. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 693/GM em 5 de julho de 2000b**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm>>. Acesso em 12 de ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001a. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à Mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2014.

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014a. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.86, 8 mai. 2014. Seção 1, p.50. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=08/05/2014>>. Acesso em: 9 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014b**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 set. 2014.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela, OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1316-1327, 2005.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino, MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do Atendimento em Saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.1, p. 105-111, 2005.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1297-1316, 2013.

CESAR, JURACI A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2106-2114, 2012.

CIELLO, Cariny et al. **Violência Obstétrica** "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 188f. 2012.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. **Social Science & Medicine**. v.38, n.8, p. 1125-1140, 1994.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v.75, p. 5-23, 2001.

DARE, Mariana R. et al. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). **The Cochrane Library**: John Wiley & Sons, Ltd., 2006.

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

DESLANDES, Suely Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.615-626, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. Dossiê Humanização do Parto. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 40 f. 2002.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

D'OLIVEIRA, Anna Flávia Pires de Lucas; DINIZ, Grilo Simone; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**. v. 359, p. 1681-1695, 2002.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; RATTO, Kátia Maria Netto. II. Favorecendo parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. 2002. 212 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 52-62, 2004.

FIGUEIREDO, Paula Pereira; ROSSONI, Eloá. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica: a saúde sob a ótica das gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.29, n.2, p. 238-245, 2008.

FLICK, Uwe. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FONSECA, Sandra Costa; DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. III. Estratégias de redução de cesarianas desnecessárias: evidência científica acumulada. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.59, n.4, p.532-537.

FREITAS, Wesley R.S.; JABBOUR, Charbel J.C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n. 2, p.7-22, 2011.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Unicef Brasil. [1990?]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

GAMA, Silvana Granado Nogueira et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl., p.117-127, 2014.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.3, p.20-29, 1995.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e Profissionais de Saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 1, p. 107-114, 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Serviços**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: < http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=atencao_saude#2287> . Acesso em:16 set. 2014.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Relatório e Gestão 2013**. Porto Alegre: GHC, 2013.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). **The Cochrane Library**: JohnWiley & Sons, Ltd, 2012.

GUSMÃO-FILHO, Fernando Antônio Ribeiro; CARVALHO, Eduardo Freese; José JÚNIOR, Luiz do Amaral Correia de Araújo. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1. p.1227-1238, 2010.

HANSEN, A.K. et al. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v.86, n.4, p. 384-399, 2007.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HODNETT, E. Home-Like versus conventional institutional settings for birth. **The Cochrane Library**: JohnWiley & Sons, Ltd, 2005.

HODNETT, E.; GATES, S; HOFMEYER G.J.; SAKALA, C. Continuous Support for Woman During Childbirth. **The Cochrane Library**. v.18, n. 3, 2007.

KNAUTH, Daniela. Etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre : UFRGS, 2010.

JONES, Ricardo Herbert. IV. Atenção humanizada ao parto e nascimento. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, supl., p.17-47, 2014.

LIU, Shiliang et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. **CMAJ**, v.176, n.4, p.455-460, 2007.

MAIA, Mônica Bara. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. 2008. 190 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades, Pontifícia Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MARTINELLI et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.36, n.2, p. 56-64, 2014.

MARTINS, Gilberto Andrade. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 9-18, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa. **Revista Kairós**. São Paulo, v.11, n.2, p.49-58, 2008.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado. **A Humanização no Parto e no Nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira**. 2010. 273 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.47, n.3, p. 1186-1200, 2013.

OSAVA, Ruth Hitomi et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.6, p.1036-1043, 2011.

OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PÁDUA, Karla Simônia et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.44, n.1, p.70-79, 2010.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface**. São Paulo, v.13, n.1, p.701-708, 2009.

PETTER, Catarina Escosteguy et al. Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v.23, n.1, p. 28-33, 2013.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.449-458, 2005.

PIRES, Denise et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 12, n. 2, p. 191-197, 2010.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo Carrera. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.33, n.1, p.80-88, 2009.

PUCINI; Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-1353, 2004.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v.12, n.35, p.544-564, 2013.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. Observação participante na Pesquisa qualitativa: conceitos e Aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.276-283, 2007.

RÄISÄNEN, Sari et al. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. Irlanda, v. 115, p. 26-30, 2011.

RASIA, Isabel Cristina Rosa Barros; ALBERNAZ, Elaine. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v.8, n.4, p. 401-410, 2008.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v.1, n.4, p. 215-228, 2010.

RIOS, Isabel Cristina. Caminho na Humanização da Saúde: Prática e Reflexão. São Paulo: Áurea, 2009.

SALGADO, Heloísa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012.** 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.77-97, 2012.

SECRETÁRIA ESTADUAL DA SAÚDE (SES). **Primeira Infância Melhor (PIM)**. Porto Alegre, [2006?]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/243/?Rede_Cegonha-_Primeira_Inf%C3%A2ncia_Melhor>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. **Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor**. Porto Alegre, [2011?]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/282/Rede_Cegonha_e_Primeira_Inf%C3%A2ncia_Melhor>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. SES contabiliza 369 municípios que já aderiram ao programa Rede Cegonha no RS. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.estado.rs.gov.br/conteudo/39301/ses-contabiliza-369-municipios-que-ja-aderiram-ao-programa-rede-cegonha-no-rs>>. Acesso em: 18 set. 2014.

_____. Plano de Ação Regional Inicial: Região de Saúde Macrometropolitana de Porto Alegre, Porto Alegre: Secretário da Saúde, 2011.

SILVA, Leila Rangel; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleide Ventura. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.4, p.585-593, 2005.

SILVEIRA, Denise Silva, Santos Iná Silva, Dias-da-Costa Juvenal Soares. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.1 p. 131-139, 2001.

SIMKIN, Penny. The Experience of Maternity in a Woman's Life. **Jornal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nurses: Clinical Issues**. v. 25, n. 3, p. 247-252, 1996.

SMITH, C.A. et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **The Cochrane Library**, 2006.

SMYTH, R.M.D.; ALLDRED, S.K., MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). **The Cochrane Library**: JohnWiley & Sons, Ltd., 2008.

SOUZA, J.P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v.8, n.71, p.1-10, 2010.

TAKEDA, Sílvia. **Avaliação da qualidade do pré-natal: programa para gestantes em unidade de atenção à saúde**. 1993. 82f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1993.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. **Revista Estudos Feministas**. Santa Catarina, ano 10, p.483-492, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 429f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana. **O parto humanizado e a REHUNA. In: seminário nacional - movimentos sociais, participação e democracia**, Florianópolis. Anais eletrônicos...Florianópolis. Núcleo de Pesquisa em Movimento Sociais, 2007.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**. v.377, n.9780, p.1863-1876, 2011.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

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

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, supl., p.85-100, 2014.

VILLAR, José et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**. v.367, p.1819-29, 2006

VISWANATHAN, Meera et al. Cesarean Delivery on Maternal Request. **Evid Rep Technol Assess**. v.133, p.1-138, 2006.

VOSS, Chris; TSIKRIKTSIS, Nikos.; FROHLICH, Mark. Case research in operations management. **International Journal Of Operations & Production Management**. Londres, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Série Safe Motherhood. Geneva, 1996. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 mai. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v.2, p.436-467, 1985.

ZERO HORA. **Maternidade do Hospital Fêmea reabre renovada nesta quinta-feira**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: < <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia>

/2010/04/maternidade-do-hospital-femina-reabre-renovada-nesta-quinta-feira-2880667.html>. Acesso em: 16 set. 2014.

ZERO HORA. **Partos humanizados ganham incentivo do SUS**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: < <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2014/05/partos-humanizados-ganham-incentivo-do-sus-4512595.html>>. Acesso em: 16 set. 2014.

APÊNDICE A

Roteiro para entrevista semiestruturada com as mulheres puérperas

Caracterização das mulheres:

Nome: _____ Data do parto: _____
Idade: _____ Companheiro: _____
Ocupação: _____ Escolaridade: _____
Número de filhos: _____ Número de partos/cesáreas: _____

Perspectivas das mulheres sobre a assistência recebida durante a gestação:

- Como foi a sua gestação e o pré-natal?
- Como te sentiste durante a gestação?
- Quais as expectativas com a chegada do filho?

Perspectivas das mulheres sobre a assistência no trabalho de parto e o momento do parto:

- Como foi sua chegada ao hospital? Como estava se sentindo?
- Com quantas semanas de gestação você estava?
- Conta-me como foi o trabalho de parto, o parto e o nascimento do teu filho.
- Nesses momentos você se sentiu ajudada? Algo te atrapalhou?
- Você ficou com algum acompanhante? Quem?
- Como aconteceu seu deslocamento até a sala de parto?
- Qual foi o teu sentimento logo que terminou o parto?
- Como foi o primeiro contato com seu filho?
- Tem alguma coisa que você queria ou esperava que fosse diferente?

Questões finais:

- Agora, como está sendo o atendimento? Como se sente?
- Recebeste algum tipo de orientação para amamentação do bebê?
- O que é acolhimento para você? Você sentiu ou se sente acolhida?
- Você gostaria de fazer mais algum comentário sobre o que foi conversado ou acrescentar algo que ainda não foi mencionado?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa acadêmica do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), intitulada: "Humanização do Parto e Nascimento no Contexto do SUS a partir das Experiências das Usuárias em uma Maternidade Pública de Porto Alegre, RS", que tem como objetivo analisar as experiências das mulheres em relação à assistência recebida no parto e nascimento em uma maternidade pública. O tema escolhido se justifica pela importância de dar visibilidade às mulheres gestantes para que elas possam expressar as suas percepções quanto ao acolhimento e cuidado oferecido pelos profissionais durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Assim, o estudo poderá contribuir com a melhora dos serviços de atenção à saúde materna e infantil, levando em consideração o olhar das mulheres atendidas.

O trabalho está sendo realizado pela mestrandia do PPG em Saúde Coletiva Clarissa N. L. da Silva Pedroso, e sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Laura Cecilia López.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 40 minutos, na qual você irá responder um roteiro de perguntas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal Clarissa N. L. da Silva Pedroso e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora Clarissa N. L. da Silva Pedroso, telefone (51)9927-7262, email cclarissa.fisioterapeuta@gmail.com, e endereço Av. Inconfidência n. 81, bairro: Nossa Senhora das Graças, Canoas.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

Nome:

Nome da pesquisadora:

Clarissa N. L. da Silva Pedroso

Versão Aprovada em
12 NOV 2014
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador

Este formulário foi lido para _____ em
_____/_____/_____ por Clarissa N. L. da Silva Pedroso enquanto eu estava presente.

Assinatura da Testemunha

Nome:

Data: ___/___/___

Versão Aprovada em

12 NOV. 2014

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 153/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/144 **Versão do Projeto:** 28/10/2014 **Versão do TCLE:** 28/10/2014

Coordenadora:

Mestranda Clarissa Niederauer Leote da Silva Pedroso (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Humanização do Parto e Nascimento no Contexto do SUS a partir das Experiências das Usuárias em uma Maternidade Pública de Porto Alegre, RS.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 28 de outubro de 2014.

Prof. Dra. Cátia de Azevedo Fronza
Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

APÊNDICE D



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trézin, 596
CEP 91260-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3337.2000
CNPJ: 02.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhoreira da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91450-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3337.4100
CNPJ: 92.787.126/0061-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Moisés de Sá, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 12 de novembro de 2014, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 14221

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

LAURA CECILIA LÓPEZ

CLARISSA NIEDERAUER LEOTE DA SILVA PEDROSO

Título: Humanização do parto e do nascimento no contexto do SUS a partir das experiências das usuárias em uma maternidade pública de Porto Alegre, RS.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 13 de novembro de 2014.


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Este relatório tem o intuito de apresentar a trajetória da presente pesquisa, descrevendo todas as etapas percorridas desde as motivações para a escolha do tema até a execução e os resultados finais deste estudo. Os primeiros passos dessa caminhada iniciaram no segundo semestre de 2013, a partir da minha inserção no mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Após a definição da professora Laura Cecília López como minha orientadora, alguns encontros foram realizados a fim de discutir a linha de pesquisa que seria seguida. A proximidade com a mestrandia Roniele Costa Sarges, colega desde a graduação no curso de Fisioterapia, e o meu interesse pela saúde materno-infantil influenciaram na delimitação da temática deste estudo.

A mestrandia Roniele e a professora Laura estavam trabalhando em uma linha de pesquisa relacionada à humanização do parto e nascimento, no qual o foco era direcionado às transformações institucionais referentes a modelos e práticas de cuidado na assistência ao parto sob a perspectiva dos profissionais participantes desse contexto. Com o intuito de ampliar essa discussão, surgiu a ideia de criar mais um eixo de estudo para o assunto, tendo como foco principal as mulheres usuárias do sistema público de saúde. Desse modo, o objetivo geral da minha pesquisa visou analisar as experiências das mulheres em relação à assistência ao parto e nascimento numa maternidade pública de Porto Alegre, RS, tentando captar como as mudanças institucionais referentes à humanização do parto e nascimento estão refletindo nessas experiências.

Para a construção do projeto de pesquisa, primeiramente, precisei estudar intensamente sobre o assunto, pois, apesar de já conhecer o termo humanização, eu não tinha familiaridade a respeito das políticas e programas de humanização do parto e nascimento. Portanto, poder trabalhar com esse tema me deu a oportunidade de experimentar algo novo, que me provocou sentimentos de ansiedade, mas também fez com que eu ficasse entusiasmada pela ideia de lutar, como mulher e profissional da saúde, pela transformação no modo de parir e de nascer.

Inicialmente, a primeira proposta era realizar este estudo na mesma instituição onde foi desenvolvida a pesquisa focada nos profissionais. Sendo assim, em outubro de 2013 ocorreu uma reunião com a coordenadora da enfermagem

obstétrica da instituição. No mesmo dia da reunião, a professora Laura, a Roniele e eu também pudemos conhecer os diferentes ambientes do centro obstétrico. Porém, devido a alguns impasses relacionados ao comitê de ética do hospital e a falta de abertura da equipe médica obstétrica, optou-se por procurar outra maternidade para executar o presente eixo de pesquisa. Enquanto pensávamos em outros campos de estudo, fomos lapidando o nosso projeto.

No decorrer da construção do projeto de pesquisa, também foi possível participar do Congresso Internacional de Humanidades e Humanização em Saúde, organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Hospital de Clínicas – FMUSP, que ocorreu na cidade de São Paulo, em março de 2014. Nesse congresso, a colega Roniele e eu, fizemos exposição de pôsteres compartilhando a ideia do nosso trabalho e tivemos acesso a diferentes palestras e discussões relacionadas à humanização da saúde como um todo, assim como, à saúde da mulher e do recém-nascido. A participação nesse evento me abriu novos horizontes, fez com que eu percebesse que existe um grande movimento, de diferentes profissionais, tentando colocar a humanização em prática, no dia-a-dia. Trata-se do envolvimento de várias pessoas, que advêm de diversas regiões do país e do mundo, todos motivados pelo mesmo interesse, que é o de reconstruir a relação do profissional de saúde com o sujeito que vem ao seu encontro.

Essa experiência do congresso me fez refletir e levantar questões como: o que é humanização de fato? É possível (re) humanizar o ser humano? Como se estabelece a relação entre o “eu” e o “tu”, quando os atores desse relacionamento são, respectivamente, o profissional de saúde e o paciente? Qual é o modelo de formação do profissional de saúde? Como tudo isso influencia na assistência ao parto e nascimento? São alguns questionamentos que procurei levar em consideração durante a formulação do projeto, a fim de justificar a relevância da problemática desse estudo.

Passado alguns meses do congresso, na contínua busca por uma maternidade onde pudesse ser realizada a pesquisa, conheci uma fisioterapeuta que trabalha na área da saúde da mulher e que estava ajudando na coordenação de um projeto relacionado à reabilitação do assoalho pélvico dentro de um hospital público. Ao relatar para ela sobre o tema do meu projeto de dissertação, a fisioterapeuta gentilmente se prontificou a auxiliar e me perguntou se eu não tinha interesse em tentar submeter meu projeto para esse hospital. Aceitei sua indicação e prontamente

ela me concedeu o contato de outras duas fisioterapeutas, funcionárias da instituição.

Com os contatos em mãos, logo liguei para uma das fisioterapeutas, me apresentei e falei sobre a proposta do trabalho. Dessa forma, fui convidada a ir até o hospital para nos conhecermos e podermos conversar sobre os detalhes do estudo. A primeira reunião aconteceu em julho de 2014. Como outra colega do mestrado tinha o pai que trabalhava no mesmo hospital, ela também se disponibilizou a ajudar e me acompanhou em algumas reuniões. Nessa primeira reunião, ao chegar à instituição conheci primeiramente o pai da minha colega, o qual se colocou a disposição sempre que fosse preciso. Ele me levou até a sala da fisioterapia onde então conversei com a fisioterapeuta que havia marcado o encontro. Expliquei os objetivos do projeto e com muita receptividade a fisioterapeuta solicitou que eu encaminhasse o projeto escrito para ela, a fim de dar uma olhada e iniciar o encaminhamento de submissão do trabalho para o comitê de ética do hospital.

Em concordância com a orientadora Laura e o auxílio da fisioterapeuta, foram compilados todos os documentos necessários da instituição coparticipante do estudo para submissão do projeto na plataforma Brasil, assim como para a qualificação, ocorrida no dia 04 de novembro de 2014, onde os componentes da banca foram, além da orientadora, a professora Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves e a professora Dra. Ana Cristina Ostermann. Após a aprovação do projeto por essa banca, nesse mesmo mês ainda consegui participar da terceira edição do Fórum Perinatal do Rio Grande do Sul. Nesse fórum houve espaço para discussões em nível de gestão, movimentos sociais, acadêmico e profissional.

Entre os assuntos abordados no fórum, destacaram-se: a necessidade urgente de CPN e de casas gestante e puérperas no RS e os dados da Pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz. Além do mais, foi ressaltada a importância da participação das mulheres diante da assistência ao parto e nascimento, pois é visto que o relato das mulheres é a matéria-prima para os profissionais e gestores saberem como trabalhar e o que precisa ser feito politicamente. Junto a isso, foi concluído que é preciso buscar o entendimento do que é humanização para o gestor e para a mulher, quais são os desejos envolvidos e quem são os responsáveis nesse processo. Dessa forma, tive acesso a informações referentes ao panorama de assistência à mulher e ao recém-nascido tanto no país, quanto no Estado. Depois

desse evento, com a aprovação dos comitês de ética e com o projeto pronto, dei início a minha inserção ao campo de estudo.

2 INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA

Minha inserção no campo iniciou, efetivamente, em novembro de 2014. Realizei uma reunião com a fisioterapeuta que me assessorou dentro da instituição e com a enfermeira chefe, responsável pela equipe de enfermagem do hospital. O motivo desse encontro foi expor os objetivos do meu trabalho e tornar cientes os procedimentos que seriam realizados para a coleta de dados.

Esse primeiro contato com a enfermeira chefe foi um pouco tenso, porque percebi certa preocupação dela com o que seria investigado. Tive que responder perguntas sobre o que exatamente eu pretendia buscar e quais eram as minhas intenções com esse tipo de pesquisa. Fui instigada sobre a importância de já ter atuado em uma maternidade, pois a falta dessa vivência poderia ser um viés na minha pesquisa. Havia uma inquietação relacionada aos problemas estruturais do hospital, as condutas dos profissionais, as queixas dos funcionários e a incipiente adesão às políticas de humanização. A enfermeira manteve uma postura defensiva ao me explicar que nem tudo o que o MS recomenda pode ser concretizado, já que depende muito da realidade de cada instituição, pois existem situações que exigem manejos que nem sempre estão de acordo com as políticas propostas. Porém, ao final da nossa conversa, procurei deixar claro qual era o foco do estudo e o fato de que estaria atenta para compreender os aspectos negativos e positivos, a fim de contribuir em todos os âmbitos desse cenário. Consegui, assim, o seu consentimento e a sua disponibilidade para ajudar no que fosse necessário.

No mesmo dia também fui apresentada pela fisioterapeuta ao enfermeiro responsável pelo setor da emergência e pelo médico, pai da minha colega, para a equipe que trabalha no CO. Na emergência fui bem recebida pelo enfermeiro. Durante o tempo que permaneci nesse setor acabei dialogando com um médico obstetra que, por curiosidade, queria saber do que se tratava o meu estudo. Comentei rapidamente que iria acompanhar a dinâmica do hospital na assistência ao parto e então surge a seguinte fala:

“É interessante. Já estava pensando que tu ias fazer sobre parto humanizado! Essa história de parto humanizado é uma baboseira. Pra mim, parto humanizado é parto com anestesia! Todas tinham que poder fazer, porque a dor é complicada, a mulher sofre. Tendo anestesia, não precisa de mais nada. Isso já é humanizar” (Médico obstetra).

Nesse momento fiquei sem reação. Mantive-me neutra e procurei não dar continuidade ao assunto, a fim de não gerar desconfortos desnecessários no ambiente onde recém tinha iniciado minha inserção.

Depois de ser apresentada na emergência fui ao CO, onde conheci alguns profissionais da equipe médica, que ficaram a par das minhas futuras observações no setor. Nesse setor, percebi olhares de desconfiança em relação a minha presença, mas como o pai da minha colega estava junto e disse que estaria me auxiliando, procuraram demonstrar empatia. Mesmo assim, ouvi comentários audaciosos em relação à área da saúde coletiva como, *“mas o que é saúde coletiva?”* e ao que teria de interessante em ver *“mulheres gritando”*.

Depois dessas apresentações, combinei com a fisioterapeuta e o médico que me deram suporte, os dias que eu iria ao hospital para começar a coleta de dados. Despedi-me das pessoas que me acolheram e me retirei do hospital. Voltei pra casa refletindo sobre as barreiras que teria de enfrentar e que realidade eu iria encontrar daqui para frente. A partir desse dia dei início aos procedimentos para a coleta de dados.

3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados dessa pesquisa utilizei como técnicas principais a **observação participante** e a **entrevista semi-estruturada** de caráter etnográfico. Assim foi possível uma aproximação com o campo a ser investigado e uma contextualização das falas, das dimensões não verbais, da realidade social e das interações nas relações. Todas as observações que realizei e impressões sobre as entrevistas foram registradas em um **diário de campo**.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e janeiro de 2015. Primeiramente, realizei quatro dias não consecutivos de observação na emergência e no centro obstétrico, onde utilizei um bloco de notas para fazer anotações sobre tudo que era constatado. Posteriormente, no alojamento conjunto, fiz as

observações concomitantemente com as entrevistas, durante o turno da tarde, em oito dias intercalados.

Nesse setor, também houve a possibilidade de acrescentar informações contidas nos boletins de atendimento dos **prontuários** das participantes da pesquisa, algo que não estava previsto no projeto. Isso, porque a enfermeira responsável pelo alojamento conjunto sugeriu e permitiu que eu os utilizasse, a fim de enriquecer mais os dados da pesquisa. Sendo assim, observei o número dos quartos e leitos onde as mulheres estavam internadas para que, após as entrevistas, os prontuários de cada participante pudessem ser consultados.

As entrevistas aconteceram de forma individual, dentro dos quartos do alojamento. Para cada puérpera foi concedida a livre escolha de gravar a entrevista em uma sala disponibilizada pela equipe de enfermagem do alojamento ou no próprio leito, com a opção de permanecer com o acompanhante. Foi utilizado um gravador de áudio para obter as falas das participantes. O roteiro para a entrevista (Apêndice A do projeto de pesquisa) continha questões-chave que abordavam a percepção das mulheres quanto ao período gestacional, à assistência no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, ao acolhimento e à experiência em relação ao tipo de parto vivenciado. Todas as mulheres que participaram da pesquisa leram e assinaram o TCLE. No total, entrevistei vinte e cinco mulheres, incluindo tanto as puérperas que tiveram uma gestação de alto risco, quanto às de risco habitual, com o propósito de abranger experiências em diferentes contextos de interação com os profissionais da saúde.

4 CAMPO DE PESQUISA

A instituição desse estudo faz parte de um grupo hospitalar totalmente dedicado ao SUS que fica localizado no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. É uma instituição que tem como missão desenvolver ações de atenção integral à saúde da mulher e ao recém-nascido, com excelência e eficácia, através de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a sua função social.

Trata-se de um hospital que oferece serviços na área de oncologia, ginecologia e obstetrícia, que atende mulheres desde o pré-natal até o pós-parto. Por ser um dos maiores hospitais públicos dessa ordem, é responsável por uma

grande quantidade de partos realizados no estado. Segundo dados disponibilizados no site da instituição, 27% dos partos realizados em Porto Alegre acontecem nessa maternidade, com aproximadamente 500 partos mensais. Entre os serviços relacionados com a maternidade desse hospital, destaca-se a UTI neonatal, o banco de leite humano, a unidade de reprodução humana, que realiza inseminações artificiais gratuitamente, e o hospital-dia, que é uma linha de cuidado que prevê o atendimento integral às gestantes infectadas pelo vírus HIV, facilitando a adesão ao tratamento e profilaxia da transmissão vertical.

Além disso, trabalha com a proposta do parto regionalizado, integrada à gestão municipal, sendo uma referência para as UBS das regiões de sua abrangência. Para isso, a maternidade está incluída no programa da RC. Atualmente, o hospital está recebendo recursos do MS, a fim de poder melhorar o espaço físico e adquirir equipamentos que possam se adequar as propostas estratégicas da RC, PHPN e Método Mãe Canguru. Na primeira visita feita à maternidade, a fisioterapeuta que me recebeu para a realização da pesquisa, me mostrou alguns equipamentos adquiridos, como berçários para o Método Mãe Canguru e poltronas retráteis para as mães poderem ficar o tempo todo perto do seu filho nas situações de internação. Também foi relatado que reformas serão feitas no ambiente do CO a fim de facilitar mais a aproximação mãe-bebê logo após o nascimento.

No período em que fiquei fazendo o trabalho de campo no hospital, pude perceber que ainda não havia iniciado as mudanças estruturais no CO. Porém, em diálogo com uma das profissionais de fisioterapia que me auxiliou no hospital, foi mencionado que será construído um prédio onde fica o estacionamento e o setor administrativo. Um dos objetivos dessa obra é fazer um novo espaço para o CO, o pré-natal, o alojamento conjunto e a UTI neonatal, visto que o prédio atual está inapropriado para fazer esse tipo de reforma. Parte dos recursos materiais para esse novo empreendimento já foram adquiridos.

4.1 EMERGÊNCIA

O setor da emergência fica situado no térreo. Possui uma sala para administração de medicamentos, quatro consultórios médicos com espaço preparado para realização de exames ginecológicos e obstétricos, uma sala de

espera, uma sala de triagem e uma sala para cuidados intensivos com equipamentos para suporte em casos graves. A equipe desse setor é composta de quatro técnicos de enfermagem, dois enfermeiros e quatro médicos das áreas de ginecologia e obstetrícia.

4.2 CENTRO OBSTÉTRICO

Fica localizado no sétimo andar do hospital e contém salas de observação, pré-parto, parto e pós-parto. A sala de pré-parto possui seis leitos separados por divisórias e dois banheiros. A equipe que fica nessa sala é formada por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e médicos obstetras. Já a sala de observação apresenta cinco leitos para as gestantes que ficam em monitoramento. Quanto às salas de parto, essas são divididas em: duas salas de parto normal, uma sala de cesariana equipada com materiais cirúrgicos, uma sala que pode ser usada tanto para parto normal, cesariana ou outros procedimentos obstétricos e um berçário. Por fim, a sala de pós-parto imediato, que contém seis leitos e conta com a assistência de duas técnicas de enfermagem.

4.3 ALOJAMENTO CONJUNTO

O alojamento conjunto encontra-se no sexto andar da instituição e recebe mulheres com seus bebês após o parto, assim como mulheres em gravidez de alto risco. O espaço físico dispõe de doze quartos com três leitos cada um, totalizando trinta e seis leitos. Desses leitos, metade é destinada para as puérperas e a outra metade para as gestantes de alto risco. Atuam nesse setor cinco técnicos de enfermagem e uma enfermeira-chefe.

5 CONTEXTO DAS OBSERVAÇÕES

As observações na emergência ocorreram durante duas tardes e uma manhã. No centro obstétrico foram duas tardes e no alojamento conjunto nas tardes em que aconteceram as entrevistas. Durante esse período consegui captar como funcionava a dinâmica de atendimento, como era a relação entre os profissionais e

as pacientes e como era a assistência prestada às mulheres na chegada ao hospital, no trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.1 EMERGÊNCIA

Nesse setor, primeiramente, procurei entender como acontecia a dinâmica de atendimento desde a emergência até a internação no alojamento. Para isso, conversei com um enfermeiro que me passou a seguinte sequência:

I – Chegada ao hospital.

II – Triagem na emergência e classificação de risco Manchester (vermelho – emergência; laranja – muito urgente; amarelo – urgente; verde – pouco urgente e azul – não urgente)

III – Encaminhamento para o médico.

IV – Sem trabalho de parto e sem nenhum sinal de risco, a paciente é liberada/ Em trabalho de parto ou risco, interna.

V – Internação: exames de toxoplasmose, hepatite, teste rápido HIV, hemograma, VRdL, entre outros.

VI – Encaminhamento para o CO.

VII – Fica na sala de pré-parto em observação com acompanhante.

VIII – Sala de parto ou cesárea com acompanhante.

IX – Sala de recuperação dentro do CO, sem acompanhante.

X – Encaminhamento para o alojamento conjunto até a alta, com acompanhante.

Após essa constatação, passei a observar o fluxo das pacientes que eram chamadas para as consultas e a acompanhar alguns atendimentos. Dentre as situações que pude presenciar na emergência, destacarei as que mais me chamaram a atenção.

5.1.1 Ritual de atendimento

Assistência a uma gestante com 38 semanas, em início de trabalho de parto. Ela chegou à emergência e passou pela triagem, porém, a enfermeira esqueceu-se de mensurar a sua pressão arterial. Uma médica chamou a paciente. Essa, entrou no consultório e depois de já estar lá dentro foi mandada de volta para a triagem, devido à falta de dados da pressão arterial. A paciente acabou retornando para sala

de espera tendo que aguardar ser chamada para a consulta novamente. Nesse caso, percebi que a atuação dos profissionais é regida pelo cumprimento de protocolos, mesmo nas situações em que seria mais sensato tomar medidas que priorizassem o acolhimento e o bem-estar da paciente.

5.1.2 Atendimento sim, acolhimento não

Uma paciente chegou angustiada e com dor. Minutos depois que a paciente foi chamada para o consultório, a médica que lhe atendia abriu a porta e solicitou auxílio de um dos técnicos de enfermagem. Sem nenhuma delicadeza em preservar a privacidade daquela paciente, a médica anunciou em tom alto e de forma grosseira que era um caso de abortamento. Fiquei em estado de choque, pois eu estava sentada ao lado da porta do consultório. Enquanto o técnico de enfermagem ajudava a paciente a tirar sua roupa e colocar o avental do hospital, a médica estava friamente condenando a mãe por ter deixado acontecer o aborto, por não ter feito uma ultrassonografia. A paciente por sua vez, chorando, afirmou que tinha feito consulta com outro médico que disse que estava tudo bem com o bebê, que não precisava fazer mais um exame porque já havia feito a ultrassonografia há pouco tempo. Por isso, confiou no médico mesmo não sentindo os mesmos movimentos na barriga como sentia antes. Mas como começou a sentir muita dor, resolveu vir então para o hospital. Porém, a médica pouco demonstrou interesse em ouvi-la, continuou grosseiramente falando que era claro que não sentia nenhum movimento, pois o bebê estava morto e que agora não tinha mais o que fazer, apenas, tirar.

Assim que o técnico terminou de arrumar a paciente, esta se sentou em uma cadeira próxima a mim e a médica voltou para o seu consultório. Como a paciente ia ficar baixada no hospital para retirada do feto, foi orientada a chamar o seu familiar para avisá-lo e pegar seus pertences. As roupas da paciente foram entregues pelo técnico de enfermagem dentro de um saco plástico preto, como um saco de lixo. Ao chegar o familiar da paciente, acredito que devia ser sua filha, a paciente avisou que teve um aborto e que ia precisar ficar para fazer curetagem. Nesse momento pensei que sua filha fosse ficar de acompanhante, mas não foi permitido. Observei diante desse cenário, que não houve por parte dos profissionais nenhuma medida de conforto, de um acolhimento humanizado em frente a uma situação tão frágil. Mais

uma vez, a atenção dos profissionais está centrada nos protocolos e não no paciente, como deveria ser.

5.1.3 Queixas dos profissionais

Ao estar na presença de um grupo de profissionais, pude testemunhar comentários entre os médicos a respeito dos problemas do sistema de saúde. Apresentaram queixas por se sentirem ameaçados pelos pacientes estarem exigindo seus direitos, porém, questionam até onde vão esses direitos, sendo que existem muitos déficits nos serviços de saúde que não permitem que sejam cumpridas todas as necessidades ao paciente que busca atendimento. Os profissionais queixam-se que a demanda é muito intensa e que muitos casos que chegam ao setor de emergência são casos que poderiam ser resolvidos em outros serviços de saúde. Por isso, alegam que as pacientes que realmente precisam de uma assistência hospitalar, acabam tendo que aguardar por mais tempo para conseguir uma consulta.

Diante desse contexto, ao acompanhar os atendimentos médicos, observei, primeiramente, que os médicos reclamam que as mulheres chegam ao hospital buscando assistência por diversos motivos, inclusive os que seriam de competência das UBSs. Para os médicos, isso atrapalha a assistência e irritados transferem a culpa dos corredores superlotados para as pacientes. Percebi que os profissionais acabam culpabilizando as mulheres por não procurarem os postos de saúde para fazerem suas consultas.

5.1.4 A Relação verticalizada entre os médicos e as pacientes

Acompanhando as consultas observei que não houve uma postura de escuta por parte do profissional. A paciente não teve a vez de expressar suas queixas sem ser interrompida. Se a paciente fazia um questionamento, a resposta era hostil, sem preocupação em ser compreensível. É notável que os profissionais sentiam-se incomodados com as pacientes em condições clínicas triviais, pois para eles não deveriam estar na emergência. Contudo, como eu já vinha detectando, as mulheres não demonstram insatisfação por não serem plenamente ouvidas, nem exigem uma

explicação mais esclarecedora sobre o seu diagnóstico. Apenas desejam ser atendidas, não importando de que forma.

Das consultas que estive presente, pude observar que a mulher acaba sendo sempre questionada por não saber procurar o serviço de assistência adequado e por não saber os seus direitos em exigir um atendimento nas UBS. Além disso, a postura de indiferença é comum, tendo como consequência uma distância física e social entre o profissional e a paciente. Existe uma falta de interesse em escutar com calma as queixas que a paciente possui. O médico tem como base para o atendimento apenas a queixa principal que foi relatada no momento da triagem, que está registrada no boletim de atendimento. Os detalhes ou as demais queixas que a paciente gostaria de relatar na consulta são desvalorizadas, mesmo quando conseguem ser ditas. Não há preocupação do profissional em investigar mais sobre o caso por meio do que a paciente traz consigo.

5.1.5 Percepção da gestante quanto à assistência

Gestante em início de trabalho de parto. Na consulta, foi identificada que sua idade gestacional era de 38 semanas. Na sua carteirinha de pré-natal havia um registro de seis consultas realizadas sempre no mesmo posto de saúde. Observei na carteirinha que a paciente estava na sua 4ª gestação, sendo que anteriormente teve um parto normal, uma cesárea e um aborto. A gestante estava referindo contração e dor. Então surgiu o seguinte diálogo:

-Médico: *De onde você é?*

-Paciente: *Sou de Cachoeirinha.*

-Médico: *Mas então o que você está fazendo aqui? O posto onde tu fazes o pré-natal não te encaminhou para o hospital da tua cidade?*

-Paciente: *Sim, era para eu ganhar no Hospital xxxx, só que a maternidade do hospital não 'tá' funcionando por causa de uma bactéria. Daí eu vim pra cá.*

-Médico: *E quem que mandou você vir pra cá?*

-Paciente: *Eu vim pra cá porque uma amiga minha já ganhou aqui e ela disse pra ir 'no' xxxx que não iam deixar de me atender, que era bom.*

-Médico: *É por isso que a gente fica sobrecarregado porque vocês não fazem o que é pra fazer! Tem que ir ao posto pra ver para onde vão te encaminhar! Depois reclama que o hospital está lotado, que tem gente na maca pelos corredores. Assim é fácil.*

Fiquei observando as reações da paciente durante a conversação. Ela estava constrangida e ria ao mesmo tempo. Apresentava um semblante de tranquilidade por acreditar que realmente ali ela ia ser atendida e internar se fosse preciso. Sem demora, o médico requisitou para que ela se deitasse para ser avaliada. Assisti ao exame de toque, em que foi constatado 3cm de dilatação. Depois se auscultou os batimentos cardíacos do bebê.

Terminado a inspeção clínica, o médico se dirigiu a sua mesa e disse que ela já podia se levantar. A mulher se vestiu e levantou com dificuldade. Depois foi sentar-se na cadeira em frente ao médico. Esse, solicitou a internação da paciente. Uma técnica de enfermagem entrou no consultório, trocou a roupa da paciente e preencheu um formulário com algumas perguntas referentes à última hora de alimentação e ingestão de líquido, fumo, existência de alguma doença e, por fim, se a paciente teria acompanhante.

5.1.6 O preconceito de classe social na relação do médico com a paciente

Uma gestante foi criticada pelos profissionais por ter vários filhos e estar grávida novamente. Comentaram que certamente ela era dependente de algum tipo de auxílio do governo. A reação da paciente foi sorrir e afirmar que ultimamente ela tem tido problemas pra receber o auxílio. Nesse momento eu fiquei extremamente constrangida, olhei para a paciente que, humildemente, entendeu tudo como brincadeira. O meu desejo era de que ela tivesse reagido de outra forma, porém, ela pareceu não se sentir ofendida. Por um determinado momento estive sozinha com essa gestante. Então resolvi perguntar como se sentia. Ela afirmou que sentia um pouco de dor, mas disse que a dor valeria a pena para ter o filho nos braços, que é assim mesmo. Também acrescentou que se sentia segura ali no hospital porque sabia que estava cercada de pessoas que iriam cuidá-la. Nesse instante fiquei pensando: como pode, mesmo depois de ter sido julgada, ainda sentir que está sendo bem cuidada? Para mim ficou claro o preconceito de classe social dos profissionais diante da paciente. Situações que causem qualquer constrangimento à

mulher gestante, como, por exemplo, cor, etnia, escolaridade ou condição financeira e número de filhos, como foi nesse caso, violam o direito da mulher de receber um atendimento de qualidade e com dignidade, podendo até ser caracterizado como um tipo de violência obstétrica.

5.1.7 Reflexões da pesquisadora

Perante todas as minhas vivências no setor de emergência, constatei alguns pontos-chaves. Primeiro, as pacientes são muito passivas nas consultas. Provavelmente por não se sentirem capazes de questionar o profissional, por enxergarem o profissional como alguém muito superior a elas e por terem falta de conhecimento em relação ao sistema de saúde e de seus direitos. As mulheres, independente de serem gestantes, não procuram o posto de saúde para atendimentos habituais. Quando grávidas, não compreendem a proposta da RC, indo ao hospital por indicação de conhecidos e não conforme o programa recomenda. Óbvio que a peregrinação em diferentes hospitais não é justificada apenas sob esse aspecto. Existe uma deficiência por parte do programa RC, que está sendo displicente quanto a acompanhar e orientar as mulheres usuárias do sistema público de saúde nas unidades de atenção básica.

Todavia, como já mencionado, os profissionais da saúde pertencentes à instituição hospitalar também precisam transformar suas condutas e adotar um acolhimento mais humanizado. Pude perceber, mais de uma vez, os funcionários na emergência falando das pacientes. Comentando que muitas pacientes chegam fazendo de conta que estão com dor e em trabalho de parto para serem atendidas rapidamente. Vejo que há julgamento demais e humanização de menos. No entanto, quero enfatizar que conheci profissionais que também querem fazer diferente.

5.2 CENTRO OBSTÉTRICO

Quanto às observações no centro obstétrico, pude acompanhar na sala de pré-parto como funciona e como é o processo de trabalho de parto; como é a assistência ao parto normal e a cesariana e o que acontece no pós-parto imediato. Para realização das observações, fui apresentada para os profissionais do setor pelo médico que me acompanhava no hospital. Foi de comum acordo que eu pudesse

ficar duas tardes dentro do setor, observando o ambiente e a dinâmica de atendimento. Fui orientada a colocar uma vestimenta apropriada para poder circular pelo setor.

5.2.1 Sala de pré-parto

Na primeira tarde que fiquei na sala de pré-parto, observei primeiramente a estrutura, os recursos materiais e como as mulheres estavam em seus leitos. A sala de pré-parto é pequena, contendo seis leitos separados por divisórias, com cortinas na entrada de cada um deles, o que permite um pouco de privacidade. Há dois banheiros, sendo um somente para banho. As janelas do local são pequenas basculantes, não tendo uma agradável circulação de ar. Como estava calor, era possível sentir a sensação de abafamento no ambiente. O ar central não era eficiente pra trazer conforto, nem para as gestantes, nem para os profissionais. Como recursos terapêuticos não medicamentosos para alívio da dor, percebi que não havia nada, pelo menos nada que estivesse exposto. A única alternativa que verifiquei foi o banheiro com o chuveiro, o qual os profissionais afirmaram utilizá-lo para banho terapêutico. Neste dia, os seis leitos estavam ocupados e todas as gestantes tinham acompanhantes (maridos, pai ou mãe). Percebi que as parturientes mais novas estavam com seu pai e sua mãe.

Além disso, consegui observar alguns procedimentos dos profissionais, suas condutas e postura perante as parturientes. Uma residente de medicina me chamou em um dos leitos. Meio constrangida fui até o leito. Para que a residente e eu pudéssemos ficar ali, o marido da gestante teve que sair, pois não cabíamos os três. Ao entrar vejo a seguinte situação: uma mulher deitada e a residente sentada na beira do leito pedindo para a gestante relaxar para que fosse realizado o exame de toque. A gestante aparentava um pouco de dor, mesmo assim, o exame de toque foi feito e na sequência uma amniotomia, pois, segundo a explicação da residente, era necessária porque foram horas de trabalho de parto sem dilatação suficiente. A paciente não fez nenhuma pergunta, nenhuma queixa, somente expressão de dor durante o procedimento. Assim que acabou a amniotomia, a residente comunicou que agora ia “*acelerar*” o trabalho de parto e se retirou do leito deixando a paciente na mesma posição. Então ajudei a paciente a se recompor e perguntei se estava tudo bem. Ela afirmou que sim e então resolvi me retirar para deixar o marido entrar.

Ao lado desse leito que eu havia entrado, ouvi uma gestante chorando e com gritos de dor cada vez que vinha uma contração. Uma das técnicas de enfermagem comentou com sua colega que a paciente tinha apenas 2cm de dilatação. Mas devido à intensidade da dor, elas chamaram uma médica para avaliar. A médica entrou no box e pediu para que o marido se retirasse para poder examiná-la (exame de toque). De onde eu estava consegui enxergar o que acontecia. A mulher estava sentada na beira do leito e a médica pediu para que se deitasse. A gestante com medo disse que não dava porque estava doendo. Entretanto, a médica insistiu. Ao terminar o exame, a médica disse que estava no começo da dilatação e que era preciso se acalmar. Depois se retirou. O marido voltou para o leito e a parturiente, chorando, queixou-se que não aguentava mais. Ele disse que era para se acalmar e parar de chorar. Então, ela pediu-lhe para segurar sua mão. Nesse instante identifiquei o quanto poder contar com alguém próximo num momento como esse é importante.

Em menos de meia hora veio outro médico, dessa vez um homem, para realizar outro exame de toque na mesma paciente. Quando ele entra no box, faz a mesma coisa que a outra médica, pede para que o esposo se retire. O médico pergunta como ela está se sentindo e ela responde que está com muita dor. Ele pede para que se deite para ver. A gestante diz: *“ah doutor, vai doer!”* O médico disse a ela para ficar calma e que era preciso ver, mas que seria rápido. Então ela permite novamente o exame de toque. Depois de examinar, o médico a instrui a relaxar, a usar a respiração para ficar tranquila e diz que vai prescrever um remédio para aliviar dor. A mulher agradece pela medicação e comunica que não sabe se vai aguentar até o fim porque seu primeiro filho já foi cesárea. Mas a resposta foi de que ia ser tentado o parto normal, pois, havia condições. Quando o médico saiu do box, se aproximou de mim e explicou porque resolveu dar o medicamento para dor. Disse que o caso era de uma segunda gestação, sendo que fazia pouco mais de um ano que a paciente tinha realizado cesárea e a cicatriz aderida estaria aumentando a intensidade da dor. Justificou que não é costume ficar medicando para dor no trabalho de parto. Que são incentivadas duchas terapêuticas, massagem, entre outros métodos. Somente era prescrito quando necessário. Todavia, terminou sua explicação com o seguinte comentário:

“Mas ela também está fazendo uma ‘ceninha’ pra ver se fazem cesárea nela, isso já reconheço há anos” (Médico obstetra).

Mais tarde, essa gestante continuou com gritos até que uma técnica de enfermagem foi em seu leito e com tom ríspido mandou que parasse com os gritos e fiasco. Além disso, falou:

“A dor do parto não é nenhum segredo, todo mundo sabe disso. Dói mesmo e tem que aguentar, é normal. Se não fosse, a mulher morria. Então é melhor se acalmar, respirar, pensar que pra ti ter o filho nos braços tu tem que ajudar. O bebê está fazendo a parte dele e tu tens que fazer a sua. Se tu ficar gritando, não vai ajudar em nada, só vai gastar energia e te cansar.” (Técnica de enfermagem)

A mulher disse que não dava para não gritar porque a dor vinha. A técnica disse que era só se concentrar, que ninguém estava fazendo fiasco, somente ela.

Estando a parturiente mais calma, a técnica voltou e orientou-a a se deitar de lado pra ficar mais confortável e pediu para que seu esposo fizesse uma massagem nas costas dela, pois ele também tinha que ajudá-la. Durante essa situação, percebi que os profissionais tentam prestar um auxílio, mas não sabem acolher a mulher. Há uma falta de preparo para passar orientações e falta de paciência. A mulher que está sendo atendida, por sua vez, também não sabe o que tem que fazer e não se sente no direito de pedir ou exigir algo. Essas mulheres aceitam o sistema de serviço que lhes é oferecido, sem questionar. É tão enraizado o sistema de atendimento, que o silêncio das mulheres que não estavam gritando é porque algumas delas, mesmo sentindo vontade de gritar, têm medo e já sabem que vão ser recriminadas pelos profissionais, por já terem vivenciado experiências anteriores.

Por exemplo, uma das gestantes que estava com 4cm de dilatação, acompanhada de seu pai falou que estava resistindo para não gritar quando viu a outra mulher aos gritos. Ela disse que achava feio, que era um fiasco fazer isso. Mesmo tendo vontade de gritar, ela preferia ficar quieta e aguentar chorando para “*não incomodar*”. Consegui pegar esse depoimento porque resolvi me aproximar um pouco mais do leito em que essa gestante estava, pois havia uma técnica de enfermagem por ali conversando com a paciente de forma descontraída. Essa aproximação que fiz foi positiva, visto que assim, essa técnica começou a interagir comigo. Perguntou de que área profissional eu era e o que estava pesquisando. À

medida que ela foi relatando suas experiências, perguntou se eu já tinha lido a respeito da humanização do parto, que ela estava se formando em enfermagem e os professores estavam trazendo esses assuntos em aula. Disse que seria interessante que eu procurasse, já que poderia estar relacionado com o assunto do meu trabalho.

Após um tempo conversando com a técnica de enfermagem, ela disse que eu precisava conhecer uma enfermeira que está tentando trazer uma assistência mais humanizada para as gestantes e, por isso, participou de um evento sobre humanização do parto e RC exigido pelo MS. Por coincidência, essa enfermeira apareceu na sala de pré-parto durante a conversa. Ela entrou e perguntou como estava a situação por ali. A técnica afirmou que estava sob controle e logo me apresentou e falou sobre a minha pesquisa. A enfermeira expressando um olhar surpreso comentou:

“Se tu vieste ver boas práticas na assistência ao parto, infelizmente veio no hospital errado porque aqui está complicado, não vai achar quase nada do que tem que ter.” (Enfermeira)

Ela também comentou que muito terá que ser transformado na instituição, desde o ambiente até alguns pensamentos. Mas agora, com o curso que foi realizado, o MS cobrará as mudanças necessárias nos hospitais e se for verificado que as ações a favor da humanização não estão em vigor, verbas destinadas aos hospitais serão cortadas. Porém, afirmou que seria possível começar com pequenas mudanças, como, por exemplo, colocar bolas terapêuticas em todos os boxes, deixar o ambiente mais acolhedor, colocando o nome das gestantes na entrada de cada boxe e iluminação que permita uma maior tranquilidade. Por fim, antes de ela sair da sala, disse que pesquisas como a que estou fazendo contribuem para enfatizar a importância dessa política de humanização, mas ao mesmo tempo, me fez um alerta de que talvez alguns profissionais não fossem gostar da minha intenção, então o melhor seria evitar falar muitos detalhes, para não perder o campo.

Nas demais observações, vi outros procedimentos de amniotomia com a mesma justificativa de que era para acelerar o trabalho de parto, por não haver progressão de dilatação. Percebi que todas as pacientes tinham acesso venoso e algumas estavam recebendo medicação. Por estarem com essa via de acesso no braço, apresentavam dificuldade para se deslocarem até o banheiro, pois era

necessário carregar o suporte do soro junto. Assim, a liberdade de movimento ficava limitada. Ao mesmo tempo, os profissionais também não estimulavam as mulheres a caminhar e a mudar de posição. As gestantes ficaram praticamente o tempo todo deitadas ou sentadas em seus leitos, com seu acompanhante sentado ao lado em uma cadeira de plástico.

Na segunda tarde de observações na sala de pré-parto, me atentei a acompanhar alguma gestante que estivesse no final do trabalho de parto para que eu pudesse assistir o momento do parto. Quando cheguei à sala de pré-parto me deparei logo com algo que não havia na primeira vez que entrei lá. Colocaram duas bolas terapêuticas. Provavelmente são iniciativas dos enfermeiros participantes da formação relacionada à RC e humanização do parto.

Após fazer essa constatação, olhei como estava a dinâmica dos profissionais com as mulheres. No diálogo entre as técnicas e a enfermeira do setor, ouvi que havia uma parturiente com 9cm de dilatação e outra com 8cm de dilatação. Essas gestantes estavam no leito, com os acompanhantes (amiga e mãe). Uma tinha 18 anos (1ª gestação) e a outra 20 anos (3ª gestação). As duas estavam sendo monitoradas de perto, pois o parto iria acontecer a qualquer momento. Como o trabalho de parto das duas pacientes estava bem avançado, uma médica veio avaliar a situação do que seria feito. A médica chegou rapidamente e resolveu ir primeiro até a mulher que estava demonstrando mais sensibilidade à dor:

- **Médica:** *Vamos fazer um toque pra ver como tá a dilatação?*

- **Paciente:** *Ai, mas é que tá doendo, não dá!*

- **Médica:** *Tá. Mas tu já estás sentindo que tem que fazer força pra sair?*

- **Paciente:** *'Tô'!*

- **Médica:** *Tá. Então tu não podes ficar gritando. Tem que ficar mais calma, respirar fundo e fazer força. Quando vier a contração tu faz força que vai dar certo.*

Assim, a médica fez o toque pra ver se a cabeça do bebê estava coroando e orientou a paciente a puxar as pernas em direção ao peito dizendo:

“Quando tu sentir a contração tu faz força, que nem de fazer ‘cocô’. Tenta não gritar, tenta colocar toda a tua energia na força.” (Médica obstetra).

A paciente então procurou seguir as orientações que foram dadas e fez força. A cada força que fazia, a médica incentivava afirmando que estava muito bom, que ela ia conseguir. Com intuito de ajudar a parturiente na força, a médica solicitou para uma técnica de enfermagem um lençol. Pediu para que o lençol fosse enrolado e falou para a mulher segurar uma ponta e a técnica a outra ponta do tecido. Orientou a paciente para que a cada força que ela sentisse vontade de fazer, segurasse com as duas mãos o lençol e puxasse como se fosse um *“cabo de guerra”*. No decorrer do processo, a médica percebeu que precisava posicionar melhor a cabeça da criança pra encaixar e solicitou que outra médica viesse para fazer o manejo. Quando essa médica chegou, a obstetra que estava assessorando até o momento foi atender a outra mulher que estava em final de trabalho de parto.

Apesar dessa segunda parturiente não parecer estar com tanta dor, verificou-se que a cabeça do bebê já estava coroadando. Agilmente a médica ordenou que as duas pacientes fossem levadas para as salas de parto. Nesse momento, perguntei para uma residente de medicina se eu podia acompanhar. Ela afirmou que sim, que não tinha problema. Assim, segui, junto com os profissionais e as parturientes para as salas de parto.

5.2.2 Salas de parto

Nas salas de parto, consegui assistir do início ao fim um parto normal e uma cesariana. Também foi possível acompanhar os procedimentos iniciais no recém-nascido logo após o nascimento. Nessa parte do CO, como já foi mencionado, encontram-se duas salas pequenas para parto normal, uma sala para cesariana, uma sala para realização de parto normal, cesariana ou outras cirurgias, uma sala para avaliar o recém-nascido e uma sala com berços, onde os recém-nascidos ficam sob cuidados da equipe de enfermagem até serem levados para suas mães. São salas sem janelas, com iluminação apenas por luzes internas. O ambiente tinha uma grande movimentação de profissionais, de estagiários e residentes de medicina. As salas eram equipadas e preparadas com o foco apenas para a atuação do profissional, não proporcionando um ambiente acolhedor para a parturiente.

5.2.2.1 Parto normal

Quando segui com os profissionais e as parturientes da sala de pré-parto para a sala de parto, os acompanhantes das mulheres foram juntos e permaneceram o tempo todo no parto. Cada mulher foi encaminhada para uma sala de parto normal. Tive que optar em ficar em uma delas, pois, queria poder assistir um parto do início ao fim. Acabei assistindo o parto da parturiente de 18 anos, por ser o seu primeiro parto. Ao entrar com a parturiente na sala, tiveram que deslocá-la da maca em que estava para a maca de parto. Para fazer essa transferência foi bastante complicado, pois ela já estava quase ganhando o bebê e não conseguia ter muito equilíbrio para sair de uma maca para a outra. Quando finalmente terminaram de transferi-la, colocaram-na na posição clássica de litotomia (pernas para cima, abertas, afastadas e flexionadas). A amiga que era a acompanhante ficou na cabeceira, próxima da parturiente. A médica sentou-se na frente da paciente e disse:

“Tá, agora é tudo contigo. Eu ‘tô’ aqui, é só tu fazer força. Quando vier a contração, respira fundo e empurra! Pode segurar aqui no ‘ferrinho’ da cadeira para fazer força.” (Médica obstetra).

O parto teve início às 16h04min e a criança nasceu às 16h11min. Foi um parto muito rápido e a parturiente na maior parte do tempo estava tranquila e concentrada. A cada força que ela fazia a médica incentivava-a falando que estava ótimo o trabalho dela. Mesmo assim, houve uma intervenção desnecessária. Um pouco antes do momento final da expulsão do bebê a médica solicitou para a residente que estava auxiliando-a para realizar a manobra de Kristeller (força aplicada na parte superior do abdômen). A residente imediatamente se posicionou e começou a fazer a manobra. Enquanto era pressionado o abdômen da mulher, a médica pediu-a para que fizesse mais força. Nesse momento, olhei para a parturiente e enxerguei uma expressão de muita dor. A dor natural do parto era perceptível em seu rosto, mas também transparecia a tranquilidade e o controle da situação. Esse transparecer se apagou no instante em que foi feita a intervenção.

Contudo, durante essa cena, entra na sala outra obstetra. Quando ela entrou e viu a residente fazendo a manobra, exclamou:

“Não, não, não! O que tá fazendo? Não faz isso! Não pode fazer isso. Não se faz essa manobra, isso só piora a situação porque pode causar uma contração do útero.” (Obstetra).

A residente parou o procedimento e ficou sem reação por alguns segundos, já que ela havia seguido uma orientação da médica que estava acompanhando o parto sem ao mesmo questionar. Pouco tempo depois desse ocorrido a criança nasceu. Logo já foi colocada em contato pele a pele com a mãe. A mãe chorou de emoção e ao mesmo tempo tremia o corpo todo de fadiga e cansaço. É realmente um momento único, comovente e envolvente.

Enquanto o recém-nascido foi colocado sob o peito da mãe, a médica imediatamente cortou o cordão umbilical. Posteriormente, foi visto uma laceração perineal espontânea que necessitava de uma sutura. Então, a obstetra comunicou a mãe a respeito do procedimento que precisava ser realizado. Enquanto isso, o bebê foi avaliado pelo pediatra, ali mesmo, na frente de sua mãe. A acompanhante em seguida foi chamada para pegar a criança e colocá-la no colo da mãe. Não houve uso de colírio e aspiração no bebê, somente a realização de testes de avaliação. Quando ficou tudo pronto, a parturiente foi levada para a sala de pós-parto em uma maca. O recém-nascido foi junto. Porém, a partir desse momento a acompanhante recebeu orientação para se retirar do setor enquanto a mãe e o bebê ficaram na sala de pós-parto.

Depois de acompanhar esse evento, passei a pensar nos detalhes que presenciei. Olhando a dinâmica do parto, me dei conta do número de profissionais que circulam na sala durante esse momento. É um fluxo de pessoas entrando e saindo o tempo todo. Não tem uma preocupação em manter um ambiente calmo e acolhedor. Até a minha presença contribuiu com a falta de privacidade que essa parturiente merecia. Mas, ao mesmo tempo é possível perceber que nesse parto a mulher foi uma figura participativa no nascimento da criança. A médica na maior parte do tempo realmente fez o seu papel, que é o de assistir ao parto. Como foi relatado antes, houve uma intervenção (manobra de Kristeller), mas logo foi repreendida.

Cabe destacar que não teve uma episiotomia, que é um procedimento bastante frequente no parto normal. Além disso, se propiciou o contato imediato mãe-bebê, embora o cordão tenha sido cortado assim que a criança nasceu. É possível afirmar que algumas medidas estão sendo tomadas para melhorar a

assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto das mulheres. O problema é que essas medidas acontecem de forma isolada. Assim, observaram-se ações voltadas para humanização que estão inseridas num contexto fundamentalmente biomédico.

5.2.2.2 Cesariana

Para poder assistir à cesárea, fui convidada por uma médica obstetra, indicada pelo médico que me acompanhava no trabalho. Coloquei os acessórios para poder entrar na sala de cirurgia. Adentrei na sala e observei que as enfermeiras e técnicas de enfermagem estavam preparando o campo cirúrgico para receber a paciente. A obstetra estava lavando as mãos e colocando avental esterilizado e o anestesista também já se encontrava presente aguardando a gestante. Tratava-se de uma mulher nova, de 21 anos, estatura pequena, primeira gestação, com 37 semanas. Ela parecia estar tranquila. Veio caminhando até o local acompanhada de uma técnica de enfermagem. Assim que entrou na sala, o anestesista a cumprimentou e pediu para que se sentasse na maca. A enfermeira colocou os acessos de monitoramento e o anestesista então preencheu uma ficha com os sinais vitais identificados na tela do monitor e perguntou como a gestante estava se sentindo. Em seguida, o anestesista posicionou a paciente sentada com as costas curvadas para aplicar a anestesia raquidiana. Terminada a aplicação, a enfermeira ajudou a paciente a deitar-se na maca. Os braços da parturiente foram posicionados estendidos e amarrados pelo pulso nas braçadeiras da maca cirúrgica.

Com a paciente arrumada nessa posição, as enfermeiras iniciaram o processo de assepsia, passando gaze com álcool iodado na região das pernas, genitália, virilha e abdômen. Foi colocada uma sonda vesical de demora para esvaziar a bexiga e, por fim, o campo de visão da parturiente ficou limitado com um lençol. Os profissionais que participaram da cirurgia se organizaram em suas funções: duas enfermeiras próximas aos instrumentos cirúrgicos, duas obstetras para realizar a cesariana e o anestesista, que fica sentado próximo aos monitores, observando a paciente, podendo conversar com ela. Quando tudo estava preparado foi autorizado que o acompanhante da parturiente entrasse. Nesse caso, o acompanhante era o marido. Orientaram-no para que sentasse ao lado de sua esposa, de modo que não obstruísse a movimentação dos profissionais na mesa

cirúrgica. Assim que o marido sentou-se, sua mulher pediu para que lhe segurasse a mão.

Eu não pude ficar muito perto, mas permitiram que eu ficasse posicionada junto com as enfermeiras para que eu conseguisse enxergar todos os procedimentos. A cirurgia iniciou de fato às 14h48min. Observei que muitas camadas teciduais são cortadas cuidadosamente até a retirada do bebê. Quando chega o momento de pegar o recém-nascido é preciso aplicar muita força para posicioná-lo e removê-lo da barriga. As obstetras tiveram dificuldade para tirar o bebê, necessitaram da ajuda do anestesista, que do lugar onde estava, auxiliou-as empurrando a parte superior do abdômen da paciente para baixo. Assim que pegaram o recém-nascido, cortaram o cordão umbilical e comunicaram o nascimento para a mãe, já que ela não estava visualizando o acontecimento.

A mãe se emocionou quando ouviu o primeiro choro do filho, porém, ela não teve o contato imediato com o bebê. Logo após o nascimento, um residente de pediatria entrou na sala e ele foi orientado de como pegar o bebê e levá-lo para o local em que a criança seria examinada. Acompanhei a avaliação que fizeram no recém-nascido. Colocaram-no em um berço e começaram a realizar testes. Os testes foram repetidos três vezes, uma para cada residente e uma pela pediatra que chegou depois para explicar como se avaliava. Contudo, constatei que não houve aspiração das vias aéreas, nem aplicação de colírio de nitrato de prata como protocolo. Somente quinze minutos depois o pai foi chamado para pegar seu filho e mostrá-lo para sua esposa. A parturiente já estava no término da cirurgia. Pude ver a realização de cauterização dos tecidos e dos pontos. Todo o processo terminou às 15h10min. Nesse instante mãe e filho ficaram separados, pois, foi solicitado que o pai levasse o bebê para os cuidados da enfermagem.

Analisando esse cenário, percebi que a mulher teve um papel de coadjuvante durante todo o momento. Não houve uma interação das obstetras com a paciente, nem com o acompanhante. O anestesista apenas fez as perguntas padrões para saber se estava tudo bem. Acredito que poderiam ter conversado com ela pelo menos no final, para tranquilizá-la de que tinha ocorrido tudo como previsto. Mas a sensação que eu tive é de que a atenção estava voltada apenas para cirurgia e que as ações eram padronizadas e automáticas. Tratava-se de um atendimento impessoal. Observei que quando o recém-nascido foi retirado do ventre, a obstetra que tinha me convidado para assistir o parto pegou a criança e disse que era uma

menina. No entanto, quando acabou a cirurgia, a mesma médica que tinha dito o sexo do bebê, questionou para a enfermeira se o nascimento foi de um “*macho*” ou de uma “*fêmea*”. Essa postura mostrou que tudo é feito de maneira tão mecânica que logo se esquece do que se fez. Além da falta de sensibilidade no uso dos termos.

Antes de a paciente ser levada para a sala de pós-parto, as enfermeiras precisaram transferi-la da maca cirúrgica para outra maca. Primeiramente, as enfermeiras limparam a paciente e depois foi colocado um equipamento nas costas da parturiente, como se fosse uma esteira, a fim de auxiliar no momento da transferência. Foi possível verificar que as enfermeiras foram bastante cuidadosas para fazer a transferência da paciente. Orientaram-na a melhor posição para não se machucar e como ia ser feito o movimento. Para se deslocar até a sala de pós-parto, auxiliei na condução da maca a pedido das enfermeiras.

5.2.2.3 Sala de pós-parto

Na sala de pós-parto, tive a oportunidade de conversar um pouco com a paciente que acompanhei na cesariana. Quando entrei, observei que tinham mais cinco macas, todas ocupadas por mulheres que já haviam realizado o parto e estavam amamentando seu filho. Havia duas técnicas de enfermagem auxiliando. As duas técnicas me receberam muito bem. Questionei quais mulheres ficavam ali naquela sala, se era somente cesariana, ou também parto normal. Uma das técnicas me respondeu que ambas ficavam nessa sala, inclusive casos de abortamento em que a mulher precisou fazer algum procedimento, como a curetagem. Ao ouvir isso, logo veio a minha mente o sofrimento da mulher que sofreu um aborto em estar no mesmo ambiente de outras mulheres que acabaram de parir. É uma situação delicada que pode causar mais sofrimento ou trauma.

Ao me aproximar da paciente que acabara de fazer a cesariana, perguntei como estava se sentindo após a cirurgia. Ela disse que estava bem, só que não sentia as pernas ainda. Segundo a gestante, ela não chegou a entrar em trabalho de parto. Foi uma decisão médica realizar a cesariana na 37^o semana, visto que o quadro apresentava uma situação de risco para o bebê. Durante a conversa, também perguntei como ela estava se sentindo após a cesárea. A resposta foi a seguinte:

“Me sinto bem. ‘Tô’ aliviada que a minha filha nasceu bem. Eu não via a hora desse momento chegar porque ‘tava’ bem complicado de segurar a gestação. Nos últimos meses minha rotina era da casa para o hospital e do hospital pra casa. Até pensei em parto normal no início da gravidez, mas daí tudo foi ficando difícil. Os médicos falavam que era arriscado e eu nem cogitei mais.” (Paciente).

No tempo que fiquei na sala de pós-parto, percebi que essa paciente ficou longe de sua filha. Não haviam colocado ainda a mãe em contato com o bebê desde o término da cirurgia. Percebi que a paciente perguntou para as técnicas quando que seu bebê ia vir ficar com ela. E a resposta foi de que a criança ainda estava com o pediatra, mas que assim que o pediatra liberasse iriam trazê-la. A puérpera estava ansiosa. Quando ouvia o choro de um bebê, ela perguntava se era da filha. A técnica de enfermagem que estava ali chegou a responder que não tinha como saber, pois eram vários bebês, mas ela podia ficar tranquila que estava tudo bem.

As mulheres que estavam nessa sala de observação pós-parto aguardavam pelo leito no alojamento conjunto. Enquanto não é liberado o leito, as pacientes ficam recebendo medicação, soro e, às vezes, dependendo do tempo que precisam ficar ali recebem uma refeição. Depois de ter ficado esse período dentro dessa sala, resolvi ir embora. Despedi-me da puérpera com quem havia conversado e agradecei as técnicas de enfermagem.

5.3 ALOJAMENTO CONJUNTO

Nesse setor do hospital, as observações foram sendo feitas na medida em que eram realizadas as entrevistas com as puérperas. Pude estar em contato com a equipe de enfermagem, conhecer os quartos e me aproximar das puérperas. No que diz respeito à estrutura, percebi que todos os quartos possuem três leitos, mas que não são separados por nenhum tipo de divisória, limitando a privacidade das puérperas com seus bebês e acompanhantes. Também vi que não há ventiladores ou condicionadores de ar, nem nos quartos, nem no corredor. Como estava muito quente, era perceptível o calor intenso, mesmo com as janelas dos quartos abertas. Para os acompanhantes ficarem junto das puérperas é disponibilizada uma cadeira de plástico.

Quanto ao atendimento dos profissionais, algumas situações presenciei durante as anotações dos prontuários e outras dentro dos quartos das pacientes. Pude constatar que no setor do alojamento a equipe trabalha em harmonia e unida. Todos são prestativos e atenciosos em relação às pacientes. Inclusive, isso foi relatado pelas próprias puérperas quando questionadas sobre a relação delas com esses profissionais. Também pude identificar que quando a paciente recebe alta hospitalar, ela já sai com a primeira consulta pós-natal do filho agendada no posto de saúde de sua referência. Além disso, recebe orientações para fazer o teste do pezinho e é salientada a importância de não faltar nas primeiras consultas. A partir disso, foi possível perceber que existe uma vinculação entre as unidades básicas de saúde e a instituição. O próprio hospital entra em contato com o posto de saúde onde a gestante foi cadastrada e faz a marcação da primeira consulta para manter a continuidade do acompanhamento dessa mãe durante o puerpério e os primeiros anos de vida da criança.

Também pude presenciar as orientações referentes ao aleitamento materno. Uma das enfermeiras do banco de leito é responsável por orientar e acompanhar as puérperas no alojamento conjunto. A enfermeira conversa individualmente com cada puérpera e também verifica a evolução do recém-nascido, quanto ao seu peso e o desempenho ao se adaptar ao peito. Outro fato que observei é que a equipe de enfermagem do CO tem uma boa relação com a equipe do alojamento. Quando chega uma mulher pós-parto encaminhada do CO, o enfermeiro desse setor já passa, pessoalmente, todas as informações em relação aos cuidados com a paciente. Há uma boa comunicação entre os profissionais de enfermagem. Além disso, pude ouvir a enfermeira-chefe do alojamento falando sobre os direitos das gestantes conforme as recomendações do MS e a própria legislação. Comentou que tanto no CO quanto ali no alojamento, a mulher pode ficar por tempo integral com um acompanhante de sua escolha e isso é um direito dela.

É possível constatar que no alojamento esse direito vem sendo cumprido e não observei objeções por parte dos profissionais que estão prestando atendimento nesse ambiente. Pelo contrário, percebo um diálogo entre os familiares, as puérperas e os enfermeiros e técnicos de enfermagem.

6. CONTEXTO DAS ENTREVISTAS E PARTICIPANTES

6.1 SISTEMÁTICA DAS ENTREVISTAS

Inicialmente a proposta era conversar com cada mulher em uma sala reservada, localizada no mesmo corredor dos quartos. Mas, ao me aproximar das puérperas, elas preferiram gravar as entrevistas no leito, pois se sentiam mais a vontade para ficar com o bebê e o acompanhante. Apesar de ter sido prevista a seleção de dez mulheres para o estudo, no final, foram entrevistadas vinte e cinco puérperas. Isso porque não houve uma saturação de dados quando se alcançaram as dez entrevistas. Reconheceu-se que eram necessários mais relatos para enriquecer os objetivos da pesquisa.

Realizei as entrevistas no período de oito dias intercalados. Em cada dia gravei três entrevistas e, no último dia, quatro. Procurei esclarecer para cada mulher qual era a intenção do meu estudo e assim elas foram entrevistadas conforme o seu consentimento e assinatura do termo. A aproximação com as puérperas aconteceu de forma aleatória, tendo apenas o cuidado de não ir aos quartos onde ficavam internadas as gestantes de alto risco. Quando alguma puérpera não tinha interesse de participar, procurei não insistir e respeitar a sua vontade.

Como algumas participantes estavam com acompanhante durante a gravação da entrevista, familiares ou amigos também acabaram falando sobre o assunto em determinados momentos. Preferi os deixar falar porque percebi que as mulheres queriam compartilhar a conversa diante de certos questionamentos que foram feitos. E acredito que ficou mais enriquecedor porque alguns acompanhantes trouxeram suas experiências de vida. Experiências essas que influenciavam diretamente na percepção e nas escolhas das puérperas, o que ampliou a visão do contexto onde elas estão inseridas.

Por fim, para complementar as informações dos relatos, após a gravação de cada dia, consultei os prontuários de cada puérpera entrevistada.

6.2 OBSERVAÇÕES DAS ENTREVISTAS

Na realização das entrevistas pude perceber que algumas mulheres, mesmo aceitando participar, demonstraram timidez para falar e/ou dificuldade para se expressar o que, conseqüentemente, resultou em respostas muito breves e de pouca profundidade. Mesmo assim, esses relatos também foram considerados na análise. No entanto, a maioria das puérperas foi bastante receptiva, referindo ter gostado de conversar e contar suas experiências. Consegui relatos ricos em detalhes e sentimentos. Conheci mulheres com diferentes contextos de vida e histórias, mas que expressavam percepções muito semelhantes a respeito da assistência.

No geral, a maioria delas considerou boa a assistência recebida, mesmo que tenha ocorrido algo inconveniente por parte de alguns profissionais. Elas enxergaram que todas as intervenções médicas realizadas no trabalho de parto e parto foram necessárias, demonstrando que os profissionais fizeram tudo o que podiam para que o parto acontecesse da melhor maneira possível. A seguir, algumas falas que trazem alguns aspectos sobre o olhar das puérperas em relação ao atendimento:

“Mas eu fui confiando né, não no hospital em si, mas nas pessoas que a gente que a encontra pela frente né. Os funcionários aqui mesmo, os médicos, as pessoas que tu encontra pela frente. Eu graças a Deus encontrei pessoas boas eu acho porque eu me dei bem e a maioria das pessoas dizem que quando tu faz pelo SUS é complicado porque não tem anestesia e eles deixam até o último pra fazer parto normal e tudo mais, todo mundo me falava isso aí. Meu medo era esse né. Mas como eu cheguei aqui ontem e não sei se Deus colocou no caminho essas pessoas, mas eu cheguei aqui e fui bem atendida [...]” (Veridiana, 31 anos).

“Claro que tem sempre aquela pessoa que é(...)não que é mais educada porque todos me tratam bem, mas tem aquela que é mais brincalhona, que tu gosta de tá perto, que tem mais afinidade. Eu não tenho do que reclamar, eu gostei de todo mundo. Tá muito bom toda a estrutura aqui. Pro SUS? Bah, tá muito bom”. (Juliana).

“Lá [outro hospital] eu não tava tendo o recurso que eu tive aqui. Eu nem imaginei que seria tão bom sabe? Porque a gente acha que todo o hospital é igual. Eu tava esperando o ruim. Mas é bom a gente esperar o ruim porque quando a gente chega aqui a gente acha que é o paraíso daí (risos). Mas foi muito bom”. (Camila, 18 anos).

Todavia, de todas as vivências que tive durante a gravação das entrevistas, houve uma situação que acredito que mereça ser destaca com mais detalhes, que é a conversa com a puérpera Joana:

6.2.1 Dados do prontuário

- Nome da paciente: Joana (pseudônimo)
- Idade: 20 anos
- Cidade: Viamão
- Data da internação: 15/01/2015
- Pré-natal: Registrado na carteirinha pré-natal um total de oito consultas.
- Boletim de atendimento na emergência: Idade gestacional de 34 semanas e dois dias. Chega ao atendimento com aumento da pressão arterial, escotoma, vômitos e tontura. TA: 166/113 – Pré-eclâmpsia. Feto com gastrosquise. Primeira gestação. Tratamento para sífilis gestacional. Solicitação de parto normal. Parto espontâneo cefálico.
- Boletim do centro obstétrico: Cesárea com bloqueio epidural. Ascite materna, placenta anterior, incisão placentária. RN com gastrosquise. Bloco cirúrgico. UTI neonatal.
- Amamentação: Sem condições para amamentação.

6.2.2 Entrevista com Joana

“[...] Por que tu não pensas em desligar? Vamos desligar as ‘aparelhagem’, vamos botar no caixão e enterrar? E tu faz outro já que tu é nova”. Ela [a médica] te passa isso entendeu? Como se ela não tivesse se importando: ‘ai, eu já fiz tudo que eu podia’. É esse o ponto [...]”.

Entrei em um quarto onde havia apenas uma puérpera. Ela era bem jovem, estava com uma acompanhante, mas sem o seu bebê. Sentada no leito próximo a janela, conversava com a acompanhante. Aproximei-me e me apresentei. A puérpera Joana foi muito receptiva. Sem pensar muito, ela rapidamente aceitou participar da pesquisa e assinou o termo de consentimento. Na hora em que iniciamos a gravação, Joana comentou que pretendia ser bem sincera com a sua opinião. Conforme a conversa foi se desenvolvendo, senti que a puérpera estava desabafando, pois, percebi a sua angústia e alteração emocional nas falas. Muitas

vezes ela demonstrou uma preocupação por se sentir presa ali dentro e não poder fazer nada. Os seus relatos foram extensos e com muitos detalhes. Havia sorriso na sua expressão, mas era um sorriso triste devido à situação de sua filha. Conforme Joana relatou, seu bebê tinha uma má formação congênita, o que levou a uma gravidez de risco, a uma cesariana e a muitas complicações pós-nascimento. Sua filha estava na UTI neonatal, já havia passado pelas primeiras cirurgias para reconstituição visceral. Porém, seu estado era extremamente grave.

Durante a nossa entrevista, entraram no quarto dois médicos, um era cirurgião e o outro pediatra, para falar a respeito do recém-nascido. Nesse momento, parei a gravação e perguntei se a puérpera gostaria que eu me retirasse. Joana respondeu que não, que gostaria que eu ficasse ali, porque ela ia continuar a entrevista e não tinha problema em eu ouvir a conversa. Presenciei um diálogo formal, com termos técnicos e postura fria, principalmente da médica pediatra. Essa afirmou mais de uma vez que a equipe estava fazendo tudo que estava ao alcance para a recuperação do bebê, mas que as chances eram poucas. Iriam realizar mais um procedimento cirúrgico. Depois dos médicos informarem a situação da criança, eles questionaram se Joana estava com alguma dúvida. A puérpera respondeu que não, apenas queria saber o horário em que poderia ir ver sua filha novamente.

Quando os profissionais foram embora, Joana olhou para mim e comentou que não gostava da atitude da médica, que era insensível demais. Pediu para continuarmos a entrevista. Em seguida, a acompanhante comunicou que tinha que ir embora e que a avó da puérpera estava chegando para ficar com ela. No entanto, antes de se despedir, ela me surpreendeu me perguntando se também poderia comentar sobre sua percepção a respeito do que achava necessário ter no hospital. Sem impedi-la, deixo que coloque sua opinião. Então ela traz a questão do aporte psicológico que é escasso na instituição e que é muito importante, pois, Joana estava passando por uma situação delicada em sua vida, em que há períodos de crise e desespero e não tem um psicólogo acompanhando, fornecendo um auxílio. Observei que sua preocupação continha grande valor e era muito evidente o sofrimento que a puérpera e sua família estavam vivenciando.

Terminada a colocação, a avó de Joana já estava no quarto. Sua amiga acompanhante se despediu e foi embora. Nesse instante, Joana pediu para eu aguardar um momento, pois precisava ir ao banheiro. Enquanto espero, sua avó começa a falar comigo e conta um pouco sobre a vida da neta. Revela que sua neta

foi criada por ela, porque foi abandonada pela mãe quando bebê. O pai de sua neta, filho dela, estava envolvido com drogas e não quis assumir também. Por causa da pouca estrutura familiar, sua neta tinha problemas de comportamento e era muito teimosa. Passado algum tempo, Joana retorna ao leito, mas logo percebeu que sua avó estava falando dela e a questionou querendo saber do que se tratava. Mas o assunto se encerrou. Então termino de fazer as últimas perguntas para a puérpera, que com a mesma determinação responde com segurança suas percepções.

Saio dessa entrevista admirada com a força e a garra dessa mãe que aguarda pela filha. Mesmo angustiada ela ainda conseguia manter a esperança. Antes de sair do quarto eu dei um abraço apertado em Joana e disse que ela tinha que continuar perseverante. Joana agradeceu e se emocionou. Avisei que no outro dia eu iria voltar para visitá-la e ela esboçou um sorriso, expressando agradecimento e desejou que desse tudo certo na minha pesquisa. Dessa forma, encerro as entrevistas de mais um dia de trabalho.

Por último, vou ao posto de atendimento pegar informações dos prontuários. Como o posto fica próximo do último quarto que estive, escutei Joana chorando com sua avó, falando de como estava difícil de enfrentar toda a situação. Observei que após um tempo, a enfermeira do setor foi até o quarto e tentou fazer com que ela procurasse ficar calma. Em seguida, seu choro cessou.

Encerro minhas observações e anotações às 17h30min. Esse foi um dia que me abalou emocionalmente. Saí do hospital preocupada com a Joana. Senti-me impotente, mas ao mesmo tempo, percebi que ter conversado com ela foi importante, pois, essa puérpera precisava de alguém que olhasse para ela, mas não apenas olhasse, parasse para ouvi-la também. Sua necessidade em poder falar e se expressar era imensa. Com essa experiência ficou nítido para mim o valor de um trabalho humanizado e integral, com uma equipe multi e interdisciplinar. O apoio psicológico que a puérpera precisava não existia e isso era uma falha muito grande. Volto pra casa refletindo sobre qual o olhar que a equipe médica e os psicólogos estavam direcionando para esse caso. Afinal, eu sabia que a instituição possuía profissionais de psicologia atuando dentro dos setores.

No outro dia de entrevistas, comentei com as fisioterapeutas a respeito da situação do recém-nascido da puérpera Joana. A fisioterapeuta que realiza atendimentos na UTI neonatal comentou que havia visto um recém-nascido em que o caso era extremamente grave, pois já estava com sepse. Falou também que havia

ocorrido um óbito na UTI neonatal no dia anterior, mas não sabia se era desse recém nascido, pois este não estava recebendo atendimento de fisioterapia. Como eu tinha o interesse de acompanhar o caso de perto relatei o estado emocional da mãe e, assim, a fisioterapeuta se prontificou a entrar em contato com a equipe da UTI neonatal para saber informações sobre a saúde do bebê. Passei os dados da criança para ela e logo foi feita a ligação para a equipe. Infelizmente, a notícia foi de que o bebê realmente tinha falecido na noite anterior. Dessa forma, a puérpera já não se encontrava mais internada no alojamento conjunto.

Saber dessa notícia foi algo que me deixou bastante chateada. Fiquei pensando na dor da mãe que estava buscando esperança a cada minuto que sua filha respirava. Pensei em como deve ter sido passada essa notícia. Que profissionais acompanharam esse momento, pois, o que eu tinha constatado até então, era a falta de aporte emocional por parte dos psicólogos da instituição. Esses pensamentos permaneceram comigo durante esta tarde de observação e entrevistas.

Perguntei para a fisioterapeuta como funcionava no hospital o acompanhamento psicológico para as pacientes que necessitavam um amparo mais individualizado. Tive como resposta que as pacientes só recebem auxílio psicológico se o médico que está responsável pelo caso entender como conveniente e solicitar no prontuário. Os profissionais de psicologia acabam muitas vezes nem sabendo que algumas situações existem. E quando há uma solicitação do médico, nem sempre a assistência é eficaz, pois o encaminhamento pode acabar sendo tardio como no caso da puérpera Joana. Segundo a acompanhante de Joana, ela teve uma conversa com uma psicóloga durante a internação hospitalar. Todavia, foi apenas em uma ocasião, não sendo observado um cuidado por parte da equipe médica em permitir que a psicóloga pudesse estar junto aos familiares logo após o nascimento ou nos momentos de visita ao recém-nascido na UTI neonatal. Essa foi uma das queixas mencionadas pelos familiares e também pela própria Joana.

O contato que tive com essa puérpera fez com que eu refletisse sobre o entendimento que os profissionais da saúde têm em relação à humanização do parto e nascimento. E assim, percebo que as práticas de humanização estão sendo vistas apenas no âmbito do parto normal, desconsiderando toda a complexidade que envolve a maternidade, como as cesarianas necessárias, abortamentos e os casos

em que o recém-nascido apresenta um estado clínico grave, podendo chegar a óbito, como foi a presente situação.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo vinte e cinco mulheres com idade média de 27 anos que receberam assistência no trabalho de parto, parto e pós-parto na maternidade do presente estudo. Todas as participantes tinham companheiro, sendo esse o pai da criança recém-nascida. A maioria das mulheres (68%) morava na cidade de Porto Alegre, eram de cor branca (52%), possuíam em média 1,96 filhos ou mais e exerciam uma atividade profissional (54%). Em relação ao nível de escolaridade, 36% possuíam ensino fundamental completo, outras 16% ensino médio completo e 4% ensino superior completo.

Tabela 3- Perfil sociodemográfico e tipos de partos das puérperas

Participantes*	Idade	Ocupação	Nº filhos	Parto	Cidade
Antônia	19	Do lar	1	1C**	Porto Alegre
Ângela	19	Do lar	1	1 PN***	Porto Alegre
Adriana	22	Atendente de restaurante	1	1C	Porto Alegre
Catarina	33	Auxiliar de serviços gerais	1	1C	Porto Alegre
Cássia	33	Do lar	2	2C	Porto Alegre
Daniela	31	Auxiliar de serviços gerais	3	3PN	Porto Alegre
Inês	32	Cozinheira	2	2PN	Gravataí
Elisabete	24	Do lar	2	2PN	Guaíba
Helena	31	Vendedora	3	1PN /2C	Porto Alegre
Juliana	31	Cuidadora de idosos	3	3C	Porto Alegre
Joana	20	Do lar	1	1C	Viamão
Camila	18	Auditora de telemarketing	1	1PN	Gravataí
Luzia	26	Manicure	3	3PN	Porto Alegre
Lídia	37	Doméstica	4	4PN	Sapucaia do Sul
Margarida	36	Auxiliar de almoxarifado	1	1PN	Barra do Ribeiro
Mônica	24	Auxiliar de serviços gerais	2	2 PN	Porto Alegre
Maria	34	Diarista	2	2C	Eldorado do Sul

Continua

Conclusão

Participantes*	Idade	Ocupação	Nº filhos	Parto	Cidade
Madalena	26	Do lar	1	1C	Porto Alegre
Paulina	22	Estudante	2	2PN	Porto Alegre
Rafaela	31	Do lar	4	2PN/2C	Tapes
Flávia	18	Estudante	1	1PN	Porto Alegre
Marta	38	Do lar	2	1PN/ 1C	Porto Alegre
Teresinha	17	Estudante	1	1PN	Porto Alegre
Verônica	22	Operadora de caixa	1	1 PN	Porto Alegre
Veridiana	31	Técnica de enfermagem	3	1PN/ 2C	Porto Alegre

*Pseudônimos, **C=cesariana, ***PN=parto normal

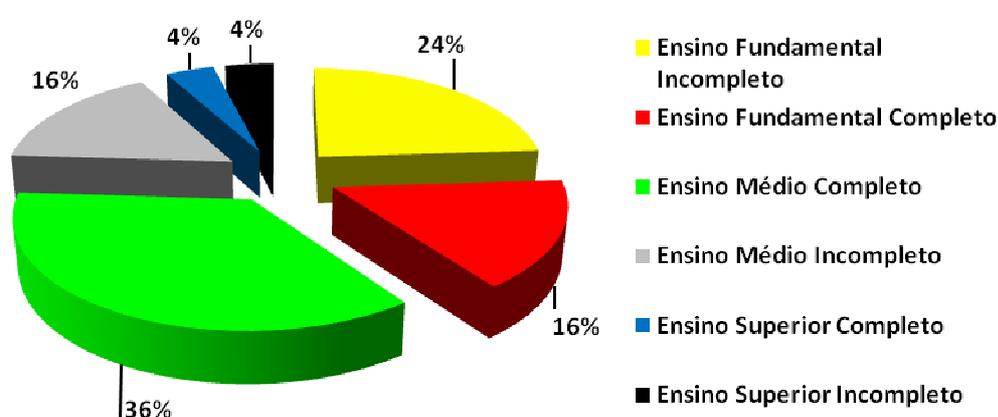


Figura 1. Nível de escolaridade das puérperas participantes.

Já no que diz respeito à gestação e ao parto, todas realizaram o pré-natal, onde 92% realizaram cinco consultas ou mais. A média de semanas de gestação foi de 38 semanas e dois dias. Mais da metade das puérperas realizou parto normal (52%). Das cesarianas realizadas, uma já estava previamente agendada (eclâmpsia), quatro foram intraparto e sete ocorreram por motivos como: pré-eclâmpsia, apresentação pélvica com diminuição da movimentação fetal, diabetes, placenta prévia, má formação congênita, bolsa rota e descolamento prematuro da placenta. Quanto às intervenções médicas no trabalho de parto e parto, houve três episiotomias, cinco lacerações espontâneas seguida de sutura, onze induções por ocitocina sintética e quatro amniotomias relatadas (não continha essa informação nos prontuários).

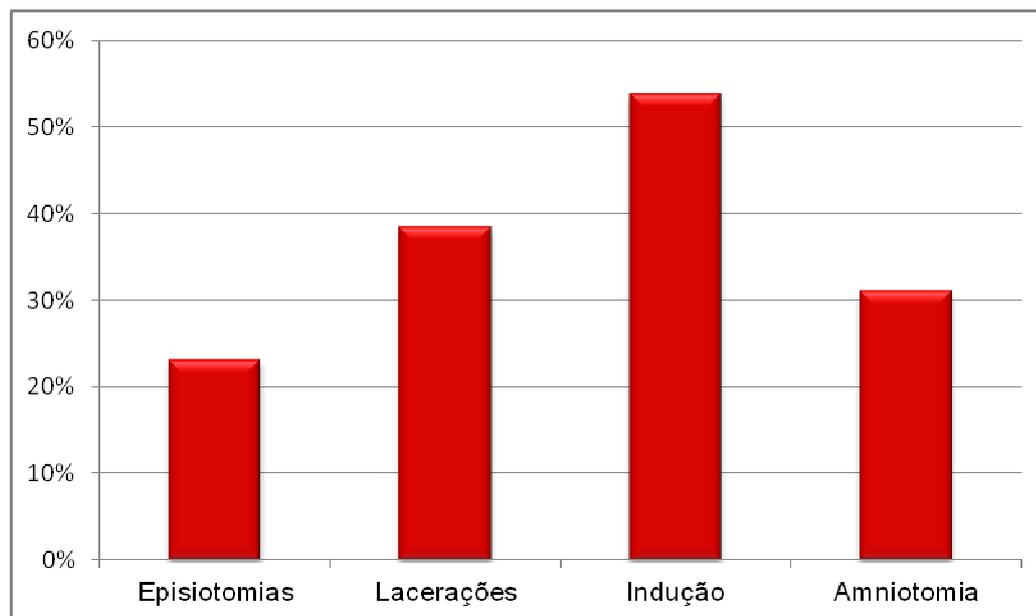


Figura 2: Intervenções e intercorrências no parto normal das puérperas participantes

7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi feita a partir da transcrição literal das entrevistas e das observações anotadas no diário de campo. Devido a grande quantidade de falas das participantes demorei cerca de dois meses para concluir o processo de transcrição. Após esse processo, todo material textual coletado a partir da transcrição, dos prontuários médicos e do diário de campo foi organizado a fim de que essas informações ficassem em diálogo com as categorias teóricas e pudessem ser comparadas entre si e com a literatura.

Para a construção das categorias foi feito uma leitura detalhada e exaustiva das entrevistas e das anotações do diário de campo. A partir disso, realizou-se uma categorização vertical dos dados que possibilitou a identificação do perfil dos sujeitos participantes. Depois, através de uma releitura horizontal das entrevistas com as observações, criou-se uma categorização fundamentada na comparação das respostas de todos os sujeitos com as informações do diário de campo. Dessa forma, foi possível estabelecer duas categorias de análise mais delimitadas e de acordo com o aporte teórico da literatura. A categoria chamada “*À margem da “humanização”*”, que buscou discutir os aspectos relacionados ao modelo tecnocêntrico na assistência ao parto e nascimento e a implantação das práticas de

humanização; e a categoria “A humanização “nas margens””, que trouxe uma reflexão sobre a humanização da assistência nas diferentes dimensões que englobam a maternidade, sendo representado por dois casos que fizeram parte das experiências de campo dessa pesquisa e que não podem ser esquecidos.

Nota:

Durante a transcrição das entrevistas participei, no mês de março (2015), do IV Fórum Perinatal no Rio Grande do Sul, que aconteceu na cidade de Esteio, no Hospital São Camilo. Foram abordadas as experiências com o pré-natal e fluxo materno-infantil em Esteio, Alvorada e Gravataí, e o panorama do pré-natal na Atenção Básica no Rio Grande do Sul.

Já no decorrer do processo de análise de dados recebi o convite da fisioterapeuta que me indicou o hospital de pesquisa para dar uma palestra para as alunas do curso de reabilitação do assoalho pélvico do programa de Pós-Graduação da Faculdade Inspirar de Porto Alegre, onde tive a oportunidade de falar um pouco a respeito de alguns resultados preliminares do estudo e sobre a humanização do parto. Este momento me proporcionou mais afinidade com os meus dados de campo e uma troca enriquecedora de ideias. Esse evento ocorreu no mês de abril de 2015.

8 QUESTÕES ÉTICAS

Conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta normas e diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos, essa pesquisa foi aprovada pelo CEP da UNISINOS sob o parecer N°847.593 e pelo CEP da instituição Coparticipante sob o parecer N° 869.574. Todas as mulheres puérperas que concordaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo manteve o direito do anonimato e da confidencialidade das participantes, através do sigilo das entrevistas gravadas e da utilização de pseudônimos.

ARTIGO CIENTÍFICO

HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO CONTEXTO DO SUS A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DAS USUÁRIAS EM UMA MATERNIDADE DE PORTO ALEGRE, RS

Clarissa Niederauer Leote da Silva Pedroso¹

Laura Cecilia López²

RESUMO: Este artigo tem como objetivo principal analisar as experiências das mulheres em relação à assistência ao parto e nascimento numa maternidade pública de Porto Alegre, RS, tentando captar se mudanças institucionais referentes à humanização do parto e nascimento estão refletindo nessas experiências. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo de abordagem etnográfica. Foi utilizada a técnica de observação participante e a entrevista semi-estruturada. Participaram 25 mulheres puérperas, com idades entre 17 e 38 anos que receberam assistência nessa maternidade. Os relatos das participantes e as anotações do campo foram examinados por meio da análise de discurso. Os resultados mostraram que existe uma movimentação institucional na tentativa de implantar as políticas de humanização do parto e nascimento, que foi reconhecida pela maioria das participantes e contribuíram para que elas tivessem uma boa percepção da assistência recebida. No entanto, também foi observada uma abundância de práticas tecnocráticas de atenção ao parto. Dessa maneira, as práticas consideradas humanizadas vêm acontecendo de forma fragmentada, como se fosse apenas mais um protocolo de rotina que precisa ser cumprido. Sendo assim, percebemos que ainda é necessária uma transformação profunda da lógica de assistência, da relação dos profissionais da saúde com as mulheres gestantes e parturientes, (re)criando uma intersubjetividade que favoreça o protagonismo da mulher no processo de parto/nascimento e seu bem-estar para além do cumprimento de normativas, protocolos e metas institucionais.

Palavras-chave: Parto humanizado. Saúde da mulher. Assistência perinatal

ABSTRACT: This article aimed to analyze the experiences of women in relation to childbirth and birth assistance in a public hospital at Porto Alegre, RS. In addition, it tries to capture if institutional changes related to the humanization of childbirth and birth are reflecting in those experiences. In this sense, it was conducted a qualitative study of ethnographic approach. For data collection participant observation techniques and semi-structured interviews was used. The study included 25 puerperal women, aged 17 to 38 years who have received assistance in that maternity.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

² Dra. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

The reports of the participants and field notes were examined by means of discourse analysis. The results showed that there is an institutional movement in attempt to deploy the childbirth and birth humanization politics, which was recognized by most participants and contributed to a good perception of the care received. However, it was also observed an abundance of technocratic practices of childbirth care. Thus, the practices considered humanized are happening in fragmented way, as if it were just another routine protocol that needs to be fulfilled. Thus, we realize that is still required a profound transformation concerning assistance procedures and the relationship between health professionals and pregnant women/parturients, (re) creating an inter-subjectivity that favors the role and well-being of women in childbirth/birth process beyond compliance with regulations, protocols and institutional goals.

Keywords: Humanizing Delivery. Women's Health. Perinatal Care.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos fisiológicos, já que são integrantes do importante papel social que é se tornar mãe. Nesse sentido, entende-se como um fenômeno cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (SIMKIN, 1996; DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004; MORAIS, 2010).

Historicamente, a assistência ao nascimento era uma atividade exclusivamente feminina, em que a parturiente chamava uma parteira de sua confiança ou uma mulher próxima para lhe ajudar no nascimento de seus filhos (HELMAN, 2009; MORAIS, 2010). Todavia, no final do século XVIII e primeira metade do século XIX, o parto começou a se tornar uma prática controlada pelas ciências médicas. Foi nesse período que se configurou e legitimou a medicina obstétrica que se conhece hoje (VIEIRA, 2002).

Essa configuração consistiu em uma nova maneira específica de olhar o corpo e o seu funcionamento. Configurou-se o que a antropóloga Robbie Davis-Floyd denomina de “modelo tecnocrático de nascimento”, predominante no mundo ocidental. Dentro desse modelo, a gravidez e o parto têm sido vistos cada vez mais como condições médicas e, portanto, indicados para diagnóstico e tratamento (HELMAN, 2009).

Dessa forma, o processo de medicalização e de institucionalização da assistência ao parto, fez com que esse evento passasse a ser percebido como algo puramente biológico, desconsiderando sua complexidade, individualidade e inserção

sociocultural (VIEIRA, 2002; PIRES et al., 2010). Esse processo foi acompanhado pela perda de autonomia da mulher e pela transferência de algumas decisões aos profissionais da saúde e a instituição hospitalar quanto a condutas sobre o corpo feminino e o parto (DINIZ e CHACHAM, 2002; GRIBOLSKI e GUILHEM, 2006; DINIZ, 2009). Assim, a gestante passou a ser tratada como uma paciente e o profissional tornou-se o responsável por auxiliá-la. Porém, a supervalorização e a utilização maciça de tecnologias a favor da segurança da parturiente e do bebê, acabaram colocando em segundo plano os significados e os sentimentos que as mulheres atribuem à experiência da gravidez e do parto (DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004).

Entendemos por humanização do parto o movimento contemporâneo que teve início na Europa no período do pós-guerra, quando ocorreu a maior migração dos partos para os hospitais e a medicalização da saúde como um todo. Esses movimentos e seus sucessores foram denominados de *vanguarda obstétrica* porque traziam um novo pensamento, uma nova forma de vivenciar o parto e que, conseqüentemente, disputava o seu lugar de legitimidade no campo biomédico (TORNQUIST, 2004). É dentro desse universo que se estabelece a crítica à medicalização da saúde, o incentivo de técnicas não-ocidentais de cuidados com o corpo e saúde e a inclusão de outros profissionais na equipe de atendimento (TORNQUIST, 2002).

No Brasil, a assistência ao parto e nascimento é fortemente orientada por uma lógica tecnocrática. Em contrapartida, nos últimos anos, há a proposta de humanização do parto a fim de garantir uma assistência menos intervencionista, baseada em evidências científicas sobre riscos e benefícios de determinadas práticas para a saúde da mulher e do bebê, na participação ativa da mulher e com maior ênfase nos aspectos sociais e emocionais da parturição (DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004; SEIBERT et al., 2005). Assim, existem diversas estratégias na tentativa de qualificar a assistência à saúde da mulher e da criança. Entre elas, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), a Lei nº11.108/05 que garante a presença do acompanhante, a Portaria nº1.459/11 que instituiu a Rede Cegonha e a Portaria nº371/14 para atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

A humanização do parto e nascimento vai além do âmbito governamental, sendo discutida também na sociedade civil, que tem se mobilizado na busca pelos

direitos da mulher e do recém-nascido desde o pré-natal até o pós-parto (RATTNER et al., 2010). Aliado a isso, estudos vêm sendo realizados a fim de conhecer quais as representações sociais e a percepção das mulheres quanto à vivência do momento da parturição. Nos últimos anos, estão sendo ampliados os trabalhos científicos que investigam a implantação dessas práticas e a percepção das mulheres em relação às mesmas (DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004; NASCIMENTO et al., 2010; VOGT et al., 2011; SANTOS e PEREIRA, 2012).

Diante desse contexto, o presente artigo traz uma discussão referente às problemáticas que permeiam a transição/justaposição de práticas e lógicas de assistência ao parto e nascimento no cenário contemporâneo. Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar as experiências das mulheres usuárias de uma maternidade pública em relação à assistência ao parto e nascimento, tentando apreender como as mudanças institucionais que estão sendo realizadas referentes à humanização estão refletindo nessas experiências.

Procurou-se conhecer o contexto estrutural e as práticas rotineiras da maternidade, assim como as vivências das mulheres que receberam assistência no seu trabalho de parto e parto dentro da instituição. Desse modo, foi possível constatar elementos que demonstraram de que forma estão ocorrendo as práticas na assistência e as interações estabelecidas entre as mulheres e a equipe profissional, captando a complexidade do processo de humanização a partir dos desdobramentos nas experiências dessas parturientes.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo teve um delineamento de pesquisa qualitativa, de abordagem etnográfica, cujo universo empírico foi uma maternidade pública da cidade de Porto Alegre, RS. Para que a pesquisa pudesse ser feita na instituição, buscou-se um contato inicial com profissionais que trabalham nesse hospital-maternidade. Foi por meio de fisioterapeutas e de um médico que houve a possibilidade de visitar alguns ambientes da maternidade e se aproximar do campo de estudo e dos demais profissionais. Após essas visitas, da aprovação do projeto pela instituição e de uma reunião com a enfermeira coordenadora da equipe de enfermagem, começou-se a inserção no universo de pesquisa.

A maternidade pertence a um hospital totalmente dedicado ao SUS, que oferece serviços nas áreas de ginecologia e obstetrícia, além do acompanhamento pré-natal para gestantes de alto risco, e puerpério. Aproximadamente, 500 partos mensais são realizados nessa instituição. Além disso, trabalha com a proposta do parto regionalizado, que é a sua integração à gestão municipal, sendo referência nas áreas ginecológica e obstétrica para as unidades básicas de saúde das regiões de sua abrangência. Ademais, vem passando por transformações estruturais com o intuito de disponibilizar um maior bem-estar para a mulher parturiente, o recém-nascido e a sua família.

Foi realizada observação participante nos setores de emergência, CO e alojamento conjunto da instituição. O espaço físico da emergência dispõe de uma sala para administração de medicamentos, de quatro consultórios médicos com espaço preparado para realização de exames ginecológicos e obstétricos, uma sala de espera, uma sala de triagem e uma sala para cuidados intensivos com equipamentos para suporte em casos graves. A equipe atuante nesse setor é composta de quatro técnicos de enfermagem, dois enfermeiros e quatro médicos.

O CO possui uma sala de pré-parto, contendo seis leitos separados por divisórias e dois banheiros. A equipe que fica nessa sala é formada por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e médicos obstetras. Também apresenta uma sala de observação, com cinco leitos para as gestantes que ficam em monitoramento, duas salas de parto normal, uma sala de cesariana equipada com materiais cirúrgicos, uma sala para a realização de parto normal, cesariana ou outros procedimentos obstétricos e um berçário. Por fim, possui uma sala de recuperação pós-parto imediato, que contém seis leitos e conta com a assistência de duas técnicas de enfermagem. Já o alojamento conjunto recebe mulheres com seus bebês após o parto, assim como mulheres em gravidez de alto risco. O espaço físico dispõe de doze quartos com três leitos cada um. Atuam nesse setor cinco técnicos de enfermagem e uma enfermeira-chefe.

Os sujeitos participantes do estudo foram 25 mulheres puérperas, com idades entre 17 e 38 anos que receberam assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto nessa maternidade. Quanto às características sociodemográficas, todas tinham relacionamento estável, 68% residiam na cidade de Porto Alegre, 52% eram brancas, 54% exerciam alguma atividade profissional, 12% eram estudantes e 32% eram do lar. Em relação à escolaridade, 16% das puérperas possuíam o ensino

fundamental completo, outras 36% o ensino médio completo e apenas 4%, o superior completo. Dessas mulheres, 11 eram primíparas e 14 múltíparas (50% acima de dois filhos). Já quanto ao tipo de parto, 52% das mulheres participantes realizaram o parto normal. Foram incluídas as puérperas tanto de alto risco, quanto de risco habitual, a fim de abranger diferentes contextos de interação.

A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de novembro de 2014 e janeiro de 2015. Para isso, foram utilizadas as técnicas de observação participante (para acompanhar a rotina de assistência), entrevista semiestruturada (para aprofundar o diálogo com as puérperas) e a pesquisa documental (para indagar nos prontuários médicos dessas mulheres). Foi realizado um diário de campo para o registro de todo o processo de pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente dentro do alojamento conjunto, utilizando-se um gravador de áudio para captar as informações das falas. Para cada puérpera que aceitou participar, foi concedida a livre escolha de gravar a entrevista em uma sala disponibilizada pela equipe de enfermagem do alojamento ou no próprio leito, com a opção de permanecer com o acompanhante. Todas optaram em permanecer no leito.

A entrevista semi-estruturada, de natureza aberta, deu liberdade tanto para a pesquisadora quanto para o sujeito participante expressar suas ideias em torno do objeto de estudo (GOLDIN, 2000). O roteiro utilizado para a entrevista continha questões-chave que abordavam a percepção das mulheres quanto ao período gestacional, à assistência no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, ao acolhimento e à experiência em relação ao tipo de parto vivenciado. Já o diário de campo, foi utilizado para registrar o contexto das entrevistas e das observações, a fim de documentar as experiências, sentimentos e impressões de forma cronológica, procurando detalhar o mais fielmente possível tudo o que foi observado (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Após o trabalho de campo, iniciou-se a etapa de preparação do *corpus* de análise. Assim, todo material textual coletado a partir da transcrição literal das entrevistas, dos prontuários médicos e das anotações do diário de campo foi organizado a fim de que essas informações estivessem em diálogo com as categorias teóricas e pudessem ser comparadas entre si e com a literatura. Para isso, foi utilizado o método de análise de discurso, que trabalha com a interpretação de linguagem de produções verbais e não verbais para compreensão dos processos

sociais estabelecidos nos diferentes contextos do universo de pesquisa (CAREGNATO e MUTTI, 2006; KNAUTH, 2010).

A construção das categorias se deu com base na leitura detalhada e exaustiva das entrevistas e das anotações do diário de campo. Primeiramente, realizou-se uma categorização vertical de dados que possibilitou a identificação do perfil dos sujeitos participantes. Depois, com uma releitura mais horizontal das entrevistas e observações, criou-se uma categorização fundamentada na comparação das respostas de todos os sujeitos com as informações do diário de campo (AGUIAR, 2010). Dessa forma, foi possível estabelecer eixos de análise mais delimitados e de acordo com o aporte teórico da literatura. Durante todo o andamento da pesquisa os aspectos éticos foram considerados e respeitados conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde¹. Todas as puérperas que concordaram participar do estudo foram informadas dos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, o presente estudo manteve o direito do anonimato, a privacidade e a confidencialidade das participantes, através do sigilo das entrevistas gravadas e da utilização de pseudônimos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

À margem da “humanização”

Nesta categoria, propomos refletir sobre as práticas e as lógicas de assistência que perpassam o processo de cuidado com as gestantes na instituição pesquisada. Adotamos uma estratégia de escrita que abarca o processo de assistência desde o pré-natal até o pós-parto, embora o pré-natal não tenha sido realizado por todas as mulheres nessa instituição, para apontar nós problemáticos nos diferentes momentos da assistência.

Dentro do que se discute atualmente sobre um *modelo humanizado* de assistência ao parto, pode-se destacar a proposta da antropóloga Davis-Floyd (1994), que analisa os processos contemporâneos de parto e nascimento, a partir de

¹ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Rio Grande do Sul – UNISINOS sob o parecer N°847.593 e pelo CEP da instituição coparticipante sob o parecer N° 869.574.

modelos e rituais dessa assistência. Segundo a autora, o *modelo tecnocrático* de nascimento se tornou hegemônico no ocidente com a institucionalização do parto nos hospitais, correspondente a uma sociedade industrial cada vez mais caracterizada como tecnocrática, na medida em que supervaloriza e se organiza de maneira hierarquizada em torno das suas tecnologias. Nessa via, o paradigma dominante de nascimento transformou a gravidez e o parto em condições médicas e, portanto, indicados as intervenções e tecnologias médicas.

O modelo humanizado surge então como um movimento de reação aos excessos da tecnocracia, cujas crenças se baseiam na conexão corpo e mente, levando em conta que a dor e as emoções são manifestações naturais e que influenciam no trabalho de parto. Desta forma, os defensores deste modelo acreditam que o suporte emocional, através do afeto e vínculo são práticas tão ou mais importantes que as intervenções tecnológicas, produzindo uma nova intersubjetividade não abarcada pelo modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

Esta nova intersubjetividade traz a ideia de *conexão*, da mulher gestante com múltiplos aspectos de si mesma, do seu corpo, família, sociedade, saúde e com o profissional de saúde. Essa concepção ressalta a importância da interação parturiente-profissionais da saúde, da responsabilidade partilhada entre ambos e da empatia, como habilidade de compreender a experiência do outro, mesmo quando não se teve a mesma experiência, reforçando desta forma a busca pela autonomia feminina no momento do parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

Mais do que modelos, no nosso caso, buscamos entender as lógicas que perpassam as práticas dos profissionais. Nossa hipótese é que, embora possamos perceber certas práticas de humanização, a lógica que as orienta ainda continua sendo a tecnocrática.

Neste estudo, foi visto que desde o pré-natal, as mulheres, ao buscarem os serviços de saúde, permanecem em torno de conseguir consultar com o médico, realizar exames clínicos, laboratoriais e ultrassonografias. Essa preocupação das mulheres pode ser entendida dentro da lógica tecnocrática que coloca a gravidez como uma patologia que precisa de diagnóstico e monitoramento. Dentro dessa lógica são supervalorizadas todas as informações derivadas da tecnologia, considerada pela medicina moderna como algo essencial para garantir a boa saúde da mãe e do bebê (DAVIS-FLOYD, 2001). Entende-se que a inovação de equipamentos e técnicas gerou grandes progressos na assistência à saúde, porém,

em contrapartida, gerou também tanto no profissional quanto na gestante uma total dependência desse aparato tecnológico, onde os aspectos naturais do processo fisiológico da gestação e do parto acabam sendo esquecidos (SALGADO, 2012).

Identificamos nas falas das mulheres que as que foram classificadas como gestantes de alto risco e realizaram o pré-natal dentro do hospital, se sentiram melhor atendidas durante a gestação do que as mulheres que foram acompanhadas pelos profissionais da unidade básica de saúde, já que, segundo as primeiras, o hospital ofereceu uma assistência médica mais criteriosa. Nas unidades básicas de saúde eram frequentes os atrasos nas consultas, a falta de médicos e a postergação de exames, o que refletiu numa maior insatisfação:

“[...] a doutora não vem, daí elas querem remarcar pra quando tu já ‘tiver’ ganhado. [...] o pré-natal foi horrível mesmo. Porque como eu não conseguia fazer os exames, tinha que remarcar só pra outro mês”. (Mônica, 24 anos).

Situações como essa, motivaram uma puérpera a não realizar o pré-natal no posto de saúde:

“Fiz todo o pré-natal numa clínica. Até porque no meu posto onde eu moro não tem médico, aí tu ‘faz’ o pré-natal com as enfermeiras, aí é complicado”. (Lídia, 37 anos).

Diante disso, foi possível perceber que a concepção de uma boa assistência para uma gravidez saudável está fortemente ligada à presença constante do profissional de medicina. A busca da mulher por esse ideal de atendimento está enraizada na percepção de que o sucesso gestacional é responsabilidade exclusiva desse profissional, fazendo com que as mulheres se deparem com a dificuldade de reconhecer que elas também são sujeitos ativos nesse processo e de que outros profissionais da saúde, como os enfermeiros, possuem competência para auxiliá-las.

A lógica tecnocrática é orientada por uma hierarquia profissional, presente entre os próprios profissionais e entre estes e o paciente, onde a autoridade é investida no médico e nas instituições de serviços de saúde. A autoridade permite que o profissional assumira um status de retenção de informações técnicas que não estão ao alcance das pacientes que o procuram. Assim, se o médico é a autoridade, a paciente não tem responsabilidade. O pré-natal torna-se para as gestantes um ato

normativo, prescritivo e centralizado nas mãos desses profissionais (DAVIS-FLOYD, 2001; DUARTE e ANDRADE, 2008).

Poucas puérperas relataram ter feito questionamentos referentes à gestação, ao trabalho de parto, parto e pós-parto durante as consultas, inclusive puérperas primigestas. Esse comportamento, possivelmente, não se deve ao fato de que elas não tinham dúvidas, mas ao fato de se sentirem incapazes ou intimidadas em expressar tais interrogações quando estiveram na presença do profissional. Pois, da minoria que referiu ter conseguido tirar suas dúvidas, houve aquelas que fizeram isso através de pesquisas na internet, ao invés de levá-las para a consulta:

“Ah, sim na internet (risos). Eu só pesquisei como era o parto, como é que podia ser o nenê, aquilo tudo né que a gente é curiosa [...] Porque a gente tem muitos medos né. Imagina mil e uma ‘coisa’ que pode acontecer, tudo, e esclarece muita coisa pesquisando”. (Verônica, 22 anos).

Portanto, as mulheres parecem não se sentir autorizadas a interpelar a equipe que a acompanha, a fim de sanar suas dúvidas e ansiedades e de participar intensamente de todas as fases da gravidez. A falta de vínculo com os profissionais que as assistem e a predominância do diálogo verticalizado entre esses profissionais e as pacientes reforça ainda mais essa lógica tecnocrática. O poder atribuído ao profissional faz com que esse se sinta no privilégio de definir o que será conversado e quais as perguntas que serão feitas. Sendo assim, é ele que determinará a pauta da consulta. Essa atribuição dada ao profissional gera o estereótipo de uma paciente passiva, sem a capacidade de agir por si e de reivindicar pelo seu direito de falar, de interagir e de decidir (OSTERMANN e RUY, 2012).

Quanto à assistência recebida no trabalho de parto, parto e pós-parto, observou-se que a maioria das mulheres considerou boa a assistência prestada pela instituição, indiferente do tipo de parto vivenciado. Praticamente todas relataram terem sido bem atendidas desde o setor de emergência até o setor do alojamento conjunto. Algumas puérperas levaram esses aspectos em consideração pelo fato de que antes de chegarem à instituição já haviam procurado atendimento em outra maternidade, onde enfrentaram a demora na sala de espera e a decisão do médico de encaminhá-las de volta para sua residência, como pode ser observado no relato a seguir:

“Olha, primeiro, 8h00min da manhã eu fui pra xxxx. Achei que ia acontecer tudo lá ‘né’. Cheguei lá, estava só com dois dedos de dilatação, me mandaram caminhar [...] voltei, continuou os dois dedos e me mandaram meio dia pra casa. E eu com dor. Tá, fui pra casa. 5h00min da tarde eu voltei, o tampão tinha descido [...]. Tá com três dedos só, duas horas de caminhada [...]. Voltei às 8h00min da noite: ‘não tem o que fazer, tu continua com três dedos. Ou tu vem amanhã ou semana que vem’. [...] Meu marido e minha mãe disseram: ‘não, vamos te levar pro xxxx’. Aí chegamos aqui e imediato ‘né’, vai ficar pra ganhar nenê. Não deu meia hora eu tava ganhando o nenê!”. (Verônica, 22 anos).

A institucionalização do parto criou a necessidade do nascimento acontecer dentro do ambiente hospitalar. Portanto, a procura pelo hospital é um momento crítico para as mulheres, pois elas se sentem apreensivas em relação a sua sobrevivência e a de seu filho. As mulheres ficam preocupadas com o que pode acontecer caso não seja efetivada a sua internação na maternidade. A busca pelo hospital é impulsionada pelo desejo de encontrar uma assistência que lhe ofereça acolhimento e segurança (ARPELLINI e LUZ, 2003).

Outra situação que contribuiu com a percepção positiva do atendimento está relacionada com as vivências das puérperas de partos anteriores. Participantes do estudo que tiveram uma experiência de parto muito negativa em outro hospital ou bastante favorável, segundo elas, nesta maternidade revelaram uma posição mais otimista da assistência:

“Ai, eu gosto. Tanto que eu não queria o xxxx eu queria o xxxx [...] É que eu tive um, aí eu perdi com seis meses por culpa dos enfermeiros de lá. Faz sete anos (...) aí eu não conseguia mais estar lá. Daí eu vim pra cá”. (Catarina, 33 anos).

Essas circunstâncias, juntamente com a opinião de diferentes pessoas da rede de relações das puérperas, também acabaram refletindo na escolha por esse hospital, pois, das vinte e cinco mulheres participantes, quatorze buscaram o atendimento motivadas por questões pessoais e não pela adesão à estratégia de regionalização dos postos de saúde com seus hospitais de referência:

“[...] O posto me indicou pro outro, pro Presidente, mas daí achei melhor aqui. [...] mais pela minha mãe porque ela já teve um aqui e um lá no Presidente e ela preferiu esse. Daí eu fui na opinião dela”. (Madalena, 26 anos).

Nesse caso, é perceptível que a organização da proposta da RC não está sendo plenamente eficiente. A estratégia da RC tem como um de seus aspectos centrais a vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto desde o pré-natal. É função das equipes das unidades básica de saúde informar a gestante a instituição de referência e mediar a visita da mesma a esse serviço (BRASIL, 2011).

Porém, para essas mulheres tem muito mais significado o relato de experiências das amigas e familiares na hora de optar por qual maternidade realizará seu parto do que as orientações que são ministradas pelas unidades básicas de saúde durante o acompanhamento pré-natal. Em uma pesquisa realizada em sete municípios do país foi identificado que há fatores subjetivos relacionados à escolha pelo local de assistência, que envolve a percepção da qualidade do serviço prestado no pré-natal e a necessidade de segurança no momento do parto. E entre esses fatores encontra-se a experiência relatada por um familiar ou conhecido que foi atendido previamente neste mesmo local (ALMEIDA e TANAKA, 2009; PEREIRA e NICÁCIO, 2014).

No entanto, o fato da maioria das puérperas terem gostado da assistência recebida não faz com que todos os atendimentos tenham sido plenamente adequados. Nas observações realizadas na emergência, identificaram-se práticas pouco acolhedoras por parte dos profissionais. A mulher muitas vezes não é ouvida e acaba sendo culpabilizada e questionada de maneira hostil pela sua “irresponsabilidade” (termo utilizado pelos profissionais) em relação aos cuidados com sua saúde. As queixas trazidas pelas pacientes eram desvalorizadas, não sendo investigada pelo médico. Prevalencia o olhar técnico, com avaliação clínica e física, como o exame de toque ginecológico, onde existe uma preocupação com a higiene e controle de infecção na hora de fazer o procedimento, porém, sem o cuidado com a sensibilidade da mulher na hora de tocá-la.

Essas práticas vão ao encontro da lógica tecnocrática, sendo que o profissional possui uma formação onde o corpo é visto como uma máquina em funcionamento, o que torna a paciente um objeto do seu trabalho. Nessa lógica, os profissionais muitas vezes não enxergam a necessidade de se envolver emocionalmente com a pessoa que habita esse “corpo-máquina”, havendo uma tendência em objetivar o atendimento e uma recusa em ouvir e discutir os detalhes do caso com a paciente. Os médicos ficam “alienados” diante dos sentimentos da

paciente, a fim de proteger seus próprios sentimentos (DAVIS-FLOYD, 2001; MENDONÇA, 2013).

Verificou-se que os profissionais estão excessivamente orientados a seguir protocolos, mesmo quando o mais importante seria simplesmente acolher a gestante, sanando os anseios existentes nesse momento de sua vida e orientando-a de acordo com a sua condição clínica. Muitas vezes, uma visão rotineira de atendimentos, acaba levando ao mau uso das tecnologias disponíveis e desvalorizando as recomendações da medicina baseada em evidências, podendo gerar práticas desnecessárias no atendimento à gestante (WHO, 1996).

No boletim de atendimento da emergência, verificaram-se anotações médicas como: queixas das pacientes, idade gestacional, número de gestações, conclusão diagnóstica e indicação de procedimento. Com base nesses dados constatou-se que sete puérperas procuraram o atendimento por estarem entre 40 e 42 semanas de gestação. O profissional avaliou as pacientes, viu que estava “tudo bem”, mas solicitou internação e indução por pós-datismo (gestação que ultrapassa 40 semanas), sendo que poderia ter sido decidido junto com a mulher a alternativa da espera espontânea do trabalho de parto (MATTHES, 2010).

Em relação à percepção das mulheres quanto à assistência durante o trabalho de parto e o parto, a maioria relatou que os profissionais foram atenciosos nos momentos de dor, por meio de palavras de conforto e apoio, por prescrever um medicamento ou orientá-las na respiração, mostrando que há profissionais que atuam em harmonia com as políticas de humanização:

“[...] Eu ‘tava’ muito nervosa e em nenhum momento eles me deixaram lá sabe? Todos os médicos que estavam no momento atendendo ali, eles vieram e conversaram comigo, pediam pra ‘mim’ respirar [...] Foram bem companheiros assim mesmo [...]”. (Camila, 18 anos).

Todavia, para essas mulheres todas as intervenções médicas foram consideradas parte da boa assistência, pois, acreditaram que essas ações realizadas pelos profissionais tiveram o intuito de auxiliá-las da melhor forma possível, fazendo com que o momento do trabalho de parto e parto acontecesse mais rapidamente, diminuindo o sofrimento e não trazendo riscos para ela e o recém-nascido:

“[...] Mas é tudo pro bem gente, nada é pro mal, se fosse pro mal não iam fazer [...]”. (Daniela, 31 anos).

Dentro da lógica tecnocrática, a mulher absorve a ideia de que todos os procedimentos e tecnologias utilizadas pelo profissional são necessários e adequados para que o parto seja perfeito (AGUIAR, 2010, DAVIS-FLOYD, 2001). Com base nos dados dos prontuários e dos relatos das entrevistas, verificou-se que onze mulheres passaram pela indução de parto (inclui-se as diagnosticadas por pós-datismo), através da administração de ocitocina por via intravenosa ou por comprimido via vaginal. Todas afirmaram que a indução fez com que as contrações e a dor ficassem mais intensas, difíceis de serem toleradas. Mesmo assim, as puérperas entendem que a indução faz parte do trabalho de parto, ajudando quando as contrações não acontecem naturalmente. Compreendem como algo doloroso, mas necessário para a saída do bebê:

“[...] Ai, essa [a indução] foi a pior parte! Eu tenho que lembrar mesmo? (risos). [...] sinceramente ela é horrível, ninguém merece ela. Essa tal de indução ninguém merece. Eu sei que é pra ajudar a gente, eu entendo, mas, ai, é muito complicado. [...] deixa a gente exausta, muito cansada”. (Inês, 32 anos).

Intervenções como episiotomia², amniotomia³ e exame de toque, também foram encontradas nos prontuários e nas entrevistas. Constataram-se três episiotomias do total de treze partos normais realizados. A amniotomia foi relatada por quatro puérperas e o exame de toque foi feito em todas as mulheres participantes, sendo, logicamente, mais frequente nas que tiveram parto normal:

“[...] eles botam os dedos lá pra ver quantas ‘dilatação’ tu tá. Eu ‘tava’ com quatro. Aí furaram a minha bolsa [...]”. (Elisabete, 24 anos).

Esses procedimentos também foram interpretados como um olhar cuidadoso dos profissionais. O uso de tantas técnicas na assistência ao parto parece trazer uma ilusão tanto para o profissional quanto para as parturientes de que quanto mais intervenções forem feitas maior será a segurança e menor será o risco de complicações (DAVIS-FLOYD, 2001). Embora tenham ocorrido poucas episiotomias, houve cinco lacerações espontâneas com suturas, sendo interessante observar que

² Incisão cirúrgica realizada na região do períneo para abrir o canal do parto.

³ Ruptura artificial das membranas que envolvem o feto.

duas episiotomias e três lacerações ocorreram entre as mulheres que haviam passado pela indução de parto. Além disso, cinco dessas mulheres que receberam indução tiveram parada de progressão⁴ e acabaram realizando uma cesárea.

Estudos mostram que a parada de progressão ou distócia de progressão, é muitas vezes diagnosticada quando o tempo do trabalho de parto não é respeitado (DIAS et al., 2008). Recentemente, a *American College of Obstetricians and Gynecologists*, publicou dados a respeito da curva de evolução de trabalho de parto, considerando que a constatação de distócia de progressão só deve ser feita quando houver mais de 6cm de dilatação, sem mudança cervical após quatro horas de contrações efetivas ou seis horas de contrações ineficazes e sem utilização de ocitocina (AARON et al., 2014). Portanto, o que se percebe é que as intervenções do modelo tecnocrático geram um efeito cascata, ou seja, os médicos adotam intervenções que podem levar a complicações, desencadeando mais intervenções subsequentes e mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea. (FOGAÇA, SHNECK e RIESCO, 2007; MAIA, 2008).

Desse modo, observa-se que as mulheres que chegaram ao hospital apresentando poucas contrações ou a ausência dos sintomas do trabalho de parto estiveram mais submetidas a intervenções e tiveram mais lacerações quando comparadas às mulheres que chegaram ao atendimento já em trabalho de parto ativo. Pesquisas como a de Oliveira et al. (2008) e de Schneck e Riesco (2006) mostram que idealmente, mulheres com gestações de baixo risco e que não estão na fase ativa do trabalho de parto (≤ 5 cm de dilatação) não deveriam ser admitidas na área de pré-parto, pois correm o risco de passarem por procedimentos desnecessários. Não compreender as particularidades de cada mãe e bebê pode levar a uma aceleração no trabalho de parto, quebrando o delicado equilíbrio da parturição fisiológica.

Além disso, é uma situação que aumenta o estresse da mulher, tornando a sensação de dor e o toque intoleráveis. Essas práticas realizadas indiscriminadamente podem provocar uma visão negativa da mulher em relação ao parto normal, fazendo com que ela tenha uma ideia de que a dor no trabalho de parto é insuportável:

⁴Quando as contrações uterinas durante o trabalho de parto não estão sendo eficientes para aumentar a dilatação cervical.

“Eu pedi ajuda. [...] pedi só pra ganhar cesárea. A dor ‘tava’ terrível demais. [...] A dor vinha mais por causa do soro. Se tivesse tirado o soro eu não tinha sentido tanta dor [...] estouraram a minha bolsa e botaram os dois soros e ela disse que não era pra tirar”. (Elisabete, 24 anos).

A experiência negativa de um trabalho de parto influenciou uma puérpera a não se sentir capaz de passar por essa experiência novamente, preferindo dessa vez fazer a cesariana:

“[...] prefiro cesárea, porque parto normal é complicado.[...] Por medo da dor. Porque eu senti a dor do parto normal sem dilatar ‘né’ pra ela nascer (...) é, pela dor. Mais pela dor. [...] Eu acho que eu não ia conseguir fazer parto normal. Acho que eu ia gritar errado, eu ia fazer a força errada, acho que eu não ia conseguir. Tem que ser valente mesmo para fazer parto norma”. (Juliana, 31 anos).

Estudos como o de Domingues et al. (2014), mostram que experiências anteriores negativas com o parto vaginal têm sido apontadas como fator de forte associação com a demanda por cesariana. Isso indica a necessidade de mudanças no modelo de atenção ao parto, tornando-o uma experiência menos dolorosa e mais gratificante. Nesses casos, a oferta de apoio psicológico, orientações sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor e formas de favorecer o parto normal, são particularmente importantes para essas mulheres (WEAVER, STATHAM e RICHARDS, 2007).

No entanto, houve uma opinião singular de uma das participantes em relação a ausência de uma intervenção, o enema⁵, que deixou de ser uma prática rotineira:

“Não gostei. Preferia que tivesse. Uma coisa mais higiênica. Eu preferia que continuasse a lavagem. Porque é higiênico tanto pra nós quanto pra criança, [...] não fica aquela bagunça em cima da maca [...] é uma nojeira! [...] Do primeiro eu fiz e adorei, foi muito bom! Se eles quisessem fazer em mim eu faria”. (Daniela, 31 anos).

Esse relato propõe uma reflexão a respeito das ações de humanização do parto e nascimento, onde há o incentivo do abandono de algumas práticas por serem consideradas desnecessárias e desconfortáveis para as mulheres no momento do parto, sendo o enema uma delas. Faz pensar que não basta apenas estimular ou abandonar condutas na assistência ao parto, mas sim conseguir fazer

⁵ Procedimento de lavagem intestinal

com que a mulher se sinta acolhida e que ela e os profissionais tenham a compreensão dos benefícios e malefícios das intervenções e o porquê são feitas ou deixam de ser realizadas. Conforme diz Tornquist (2004), a humanização não é simplesmente um conjunto de práticas impostas verticalmente para romper com a medicalização do processo do parto e do nascimento. Quando a participação ativa e o respeito às decisões das mulheres não existem, o ideal de humanização não está sendo atingido.

Questões referentes a outros procedimentos realizados durante o parto, aos sentimentos após terminar o parto e como foi o primeiro contato com o filho também foram analisados. Para as mulheres que tiveram parto normal, o mais complicado na hora do parto para elas foi se deslocar da maca em que estavam na sala de pré-parto para a maca da sala de parto e ter que ficar na posição de litotomia⁶ para conseguir parir:

“Oxente’! Aí foi complicado. [...] Por causa da dor. Aí no intervalo de uma contração pra outra a gente passou pra outra maca”. (Lídia, 37 anos).

“[...] A perna adormeceu de ficar daquele jeito. Mas tem que fazer força ‘né”. (Margarida, 36 anos).

Diante dessas falas, é possível perceber características da lógica da hospitalização do parto, pois as mulheres são transferidas de leito em leito durante o trabalho de parto como se fosse uma linha de montagem. Ficam na sala de pré-parto até o final da dilatação e durante o momento de transição para a fase expulsiva, são transferidas para a sala de parto e colocadas em posição de litotomia. Trata-se de um movimento feito de acordo com a conveniência do serviço prestado, porém, que atrapalha a fisiologia natural do parto⁷ (DAVIS-FLOYD, 2001; DINIZ, 2001).

Algumas mulheres afirmaram que sentiram vontade de se movimentar enquanto faziam força, no entanto, acreditaram que a posição em que ficaram

⁶ Posição em que a parturiente fica deitada, de barriga para cima, com as pernas afastadas e flexionadas, apoiadas em uma perneira.

⁷ Uma das propostas da Rede Cegonha é a criação de salas “PPP” (Pré-parto, Parto e Puerpério) nos hospitais maternidade, garantindo um espaço de cuidado que favoreça a participação ativa das mulheres, a realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e que todo o processo de parturição aconteça em um mesmo ambiente.

deveria ser a melhor, pois, havia sido orientada pelos profissionais e é a utilizada por todos os hospitais:

“Com certeza! [...] é muito complicado ficar de perna pro ar [...]. Mas sinceramente eu acho que eu não vejo outra. É uma posição desconfortável, mas acho que não tem outra melhor pra ganhar nenê. Acho que é essa mesmo, não existe outra. Até porque se já existisse já teria sido usada ‘né’? Mas não, não existe. A melhor mesmo pra gente e pro nenê é aquela ali mesmo”. (Inês, 32 anos).

“Sim. Mas aí não pode ‘né’ [mudar de posição] porque em todos os hospitais é do mesmo jeito, então onde um mudar os outros vão mudar também, mas enquanto isso não acontecer vai continuar a mesma coisa, o que é bem complicado. Tu sai da maca pra enfiar as perna lá em cima, aí meu Deus”. (Daniela, 31 anos).

Desse modo, verificou-se que as mulheres que vivenciaram o parto normal sentiram no próprio corpo que outras posturas poderiam facilitar ou serem mais confortáveis na fase expulsiva. Todavia, também entenderam que os profissionais são quem sabe o melhor a ser feito. Esse pensamento está vinculado à falta de informação das mulheres sobre o processo fisiológico do parto, juntamente com a ideia de que o seu papel diante dos profissionais tem que ser passivo, onde não há espaço para que ela possa se expressar e ter liberdade de conduzir o parto de acordo com sua vivência do corpo (DIAS e DESLANDES, 2006).

Já para as puérperas que realizaram cesariana, o que foi mais destacado no momento do parto foi o fato de elas não poderem visualizar o que estava acontecendo e a sensação da anestesia:

“Ah, é horrível a sensação. É horrível. Fiquei nervosa porque eu não sabia o que tava acontecendo”. (Catarina, 33 anos).

“[...] Passei um pouco mal por causa da injeção. [...] Eu senti enjojo e tontura [...] Tu não enxerga nada ali. Não tá vendo nada. Então tu não sabe como é que tá o bebê [...]”. (Cássia, 33 anos).

Pode-se perceber então que, independente do tipo de parto, as mulheres expressaram o desejo de participar do que está acontecendo. As puérperas que acabaram realizando a cesárea passaram pela angústia de não poder ver nada, tendo que esperar o momento em que o filho iria dar o primeiro choro e seria mostrado para ela. As que fizeram o parto normal podiam ver tudo, mas também

tinham que esperar para serem conduzidas pelos profissionais sobre qual seria a próxima etapa. Consequentemente, o sentimento das puérperas mais citado no desfecho do parto foi o de alívio. Para as que vivenciaram o parto normal, o sentimento de alívio estava ligado ao fim da dor e para as que passaram pela cesárea o alívio estava associado ao fato do filho ter nascido bem.

Quanto ao primeiro contato das puérperas com o bebê, todas referiram sentimentos de carinho, afeto e muita emoção:

“[...] Vem aquele sentimento ‘né’? Nossa! Muito bom, muito bom. Ai, imaginar que aquela pessoinha ali saiu de dentro de ti. Que é um milagre ‘né’! Que é um milagre de Deus. A gente nasce de novo depois que tem. Compensou tudo”. (Verônica, 22 anos).

Porém, o contato pele a pele imediato da mãe com o recém-nascido ocorreu predominantemente entre as mulheres que tiveram parto normal. Algumas comentaram que logo que o filho foi para os seus braços, deu a primeira mamada. As mulheres de parto cesariano relataram que viram o filho, mas só puderam ficar perto dele depois de ser examinado pelos pediatras. Quem teve o primeiro contato com o filho foi o pai ou o acompanhante:

“Eles levaram pro banho e depois ele (olhando pro marido) trouxe pra mim”. (Cássia, 33 anos).

“[...] Ele (marido) sempre fica mais com ela que eu. Ainda mais cesárea ‘né’, que tem que ficar costurando, ficar ali até terminar tudo”. (Veridiana, 31 anos).

As observações realizadas nas salas de parto se aproximam com o que foi relatado pelas puérperas. Conseguiu-se acompanhar tanto o parto normal quanto a cesariana e identificou-se que as boas práticas de manejo no parto acontecem de forma fragmentada. No parto normal, predomina a posição de litotomia, em um ambiente equipado com diferentes tipos de ferramentas e cercado por profissionais. Sabe-se que essa posição dificulta o trabalho de parto. Mesmo assim, tem sido utilizada como uma regra, a fim de favorecer a visualização do profissional, sem levar em consideração o que seria mais confortável para a mulher (MAIA, 2008; DOMINGUES e RATTO, 2008). Foi visto a realização da Manobra de Kristeller⁸ por

⁸ Aplicação de força na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

uma residente, a pedido de uma obstetra, e o corte imediato do cordão umbilical. Contudo, práticas de humanização também foram observadas como: a presença do acompanhante ao lado da parturiente; o incentivo da obstetra com afirmativas positivas de que a paciente iria conseguir; o contato imediato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido e a advertência de uma médica obstetra a respeito da Manobra de Kristeller que tinha sido realizada. Entende-se que essa manobra não possui evidências científicas sobre seu benefício e pode apresentar riscos potenciais como ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou danos cerebrais (LEAL, et al., 2014).

Na cesariana, verificou-se que a mulher é monitorada constantemente pelo anestesista e que na sala ficam vários profissionais assessorando a cirurgia. Não houve diálogo entre os obstetras e a gestante. As conversas eram somente entre os profissionais, sem qualquer relação com o que estavam fazendo. Depois que a criança foi retirada do ventre, somente informaram que havia nascido e que estava tudo bem. Não mostraram o bebê para a parturiente, entregando-o direto para o pediatra que rapidamente retirou-se da sala. Portanto, não houve contato imediato pele a pele da mãe com o bebê. Quando estava quase terminando a sutura dos cortes da cesárea é que o pai da criança apareceu com o filho no colo e o mostrou para a mãe.

Nos procedimentos realizados com os bebês pôde-se ver que não teve nenhum tipo de aspiração, nem aplicação de colírio de nitrato. Porém, foi interessante notar que no parto normal, o bebê foi examinado na mesma sala em que a mãe se encontrava e na cesariana, o bebê foi retirado da sala, sem que a mãe pudesse acompanhar o que estava sendo feito. Essa conduta propiciou para que o bebê nascido por meio da cesárea fosse examinado mais de uma vez por diferentes residentes.

Cabe destacar que os procedimentos com uma criança que nasceu por meio da cesárea, sem nenhuma intercorrência, devem ser os mesmos ao da criança que nasceu por parto normal. Isso é garantido pela portaria nº 371/14 que visa estimular entre outras práticas, o contato pele a pele imediato, o aleitamento materno e a postergação de exames físicos na primeira hora de vida.

Algumas cesarianas realizadas nas puérperas deste estudo tiveram motivos reais para sua indicação como, por exemplo, o descolamento prévio da placenta (SOUZA, AMORIN e PORTO, 2010). Outras, talvez, pudessem ter sido evitadas,

caso não houvesse tantas intervenções, o que aponta uma falha nas práticas de humanização. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o parto por cesárea, quando bem indicado e realizado, também é um parto humanizado na medida em que a indicação visa minimizar agravos à mãe e ao feto.

Verificou-se que as mulheres reconheceram as práticas que podem ser consideradas humanizadas, conforme orientações do Ministério da Saúde, ao referirem que receberam uma boa assistência. Nesse sentido, a presença do acompanhante no momento do trabalho de parto e parto foi vista como um diferencial no atendimento, já que para algumas delas, isso não foi permitido em partos anteriores. Todas relataram que poder ter um acompanhante trouxe mais confiança e fez com que elas se sentissem mais seguras e a vontade nesse momento:

“É muito bom. Te passa mais segurança ‘né’. Saber que tu não tá sozinha ‘né’. O conforto do familiar sempre é especial”. (Margarida, 36 anos).

Apenas três puérperas não conseguiram estar com um acompanhante, porque os maridos não chegaram a tempo. De qualquer forma, elas alegaram terem sido amparadas mesmo sem a presença deste, pois, os profissionais deram todo o suporte que precisavam:

“[...] Não deu tempo de ele vim. Eu queria mais não deu ‘né’. Mas foi ótimo sabe? Me senti bem segura, porque eles me deram segurança [...] não precisava ter medo. [...] Então eu fiquei bem segura”. (Rafaela, 31 anos).

No entanto, uma das puérperas que ficou sem acompanhante, preferiu ficar sozinha porque não queria a companhia de um familiar ou amigo que não fosse seu esposo:

“Eu queria, mas do meu marido. Porque eu não queria que ninguém mais assistisse o meu parto. Tenho vergonha! Não queria ninguém da minha família assistindo. Eu tava fazendo escândalo daí eu preferi ficar sozinha mesmo”. (Elisabete, 24 anos).

Além disso, foi interessante notar que tiveram duas puérperas que contaram com a presença do acompanhante, mas uma preferiu ficar sozinha no momento do parto e a outra disse que só achou bom porque era uma cesárea:

“Eu prefiro passar por isso só com o pessoal médico sinceramente. É a primeira vez que ele me acompanha. Eu nunca gosto! [...] Acho que é uma hora que é mais da gente, do bebê e dos médicos. Não gosto muito de acompanhante. [...] Mas ele não assistiu o parto. Daí eu já não deixei. Aí já é demais pra mim”. (Lídia, 37 anos).

“[...] eu acho que às vezes, dependendo, tipo, parto normal, eu acho que atrapalha mais ter acompanhante do que cesárea. Eu não sei, no meu ver ‘né’. Mas cesárea eu acho que é tranquilo. Tu te ‘sente’ mais amparada”. (Helena, 31 anos).

Sendo assim, é importante considerar que a assistência humanizada ao parto e nascimento deve abranger todas as diversidades de escolhas da mulher parturiente que, nesse caso, vai além da garantia de ter a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, pois, pode ser que a sua vontade seja estar somente na companhia dos profissionais. Por isso, é preciso ter um olhar peculiar para cada mulher a fim de compreender verdadeiramente quais são os seus desejos e as suas necessidades. Dias e Deslandes (2006) ressaltam que deve haver um cuidado para não se adotar uma perspectiva normativa da humanização da assistência, pois se corre o risco de provocar a imposição da presença do companheiro. Para as puérperas do presente estudo, a instituição teve esse cuidado.

Outro diferencial valorizado pelas participantes foram as práticas de manejo de dor, como uso de bola e o banho terapêutico. Muitas relataram terem usufruído desses métodos e elogiaram ter essas alternativas, pois sentiram que as auxiliou na dilatação e nos momentos de dor durante as contrações no trabalho de parto:

“É, doía bastante. Tive bastante dor, mas aí assim que eu digo né, foi bom também que ela me deu banho, botava na bola, sempre atenciosa. Foi uma forma bem melhor de ficar ali, confortável mesmo. Ela disse que fizeram tudo que foi possível, foi ótima. A minha mãe ficou comigo o tempo todo”. (Madalena, 26 anos).

A alimentação durante o trabalho de parto também foi apontada como algo positivo, pois, várias puérperas afirmaram terem sentido sede ou fome durante esse momento e que os profissionais foram zelosos ao oferecer alimentos leves e água para elas:

“[...] me deram uma gelatina, meio dia eu também comi uma canja. Eles foram bem atenciosos”. (Margarida, 36 anos).

“Da outra vez quando acabou eu acho que sequei um rio quando eu pari. Sinceramente. E aqui não, eu tomei água, eu comi, tudo normal. [...] Eu me senti até mais forte porque no outro eu fiquei tão fraca, mas tão fraca que eu achei que eu nem ia viver sinceramente [...]”. (Inês, 32 anos).

Através dos registros dos prontuários, foi possível constatar que alguns profissionais referiram ter utilizado a bola e o banho para alívio da dor no trabalho de parto. Nas observações realizadas, identificou-se que todas as parturientes estavam com seus acompanhantes. Porém, os acompanhantes apenas ficavam ao lado delas. Segundo Domingues e Ratto (2008), o suporte no parto, quando exercido por um conhecido da gestante, pode facilitar o trabalho de parto e o parto, pois tem a função de proporcionar medidas de conforto físico e emocional, e facilitar a interlocução entre a mulher e a equipe que a assiste. No entanto, mesmo que os acompanhantes não tenham exercido plenamente o seu papel, ter a sua presença já foi visto como uma medida de conforto pelas puérperas.

Na assistência pós-parto, as puérperas avaliaram que os profissionais da enfermagem ajudaram nos cuidados com o bebê e estiveram sempre por perto perguntando se precisavam de alguma coisa. Algumas puérperas ressaltaram a possibilidade de poder ficar em tempo integral com acompanhante no alojamento conjunto, inclusive com o marido, pois, em alguns hospitais isso não é permitido:

“Tá sendo bom. Eles deixam a gente ficar com acompanhante no quarto. Minha mãe passou o dia comigo e o meu esposo dorme comigo”. (Adriana, 22 anos).

As observações realizadas no alojamento conjunto mostraram que este foi o setor que mais buscou fornecer um atendimento acolhedor, apresentando uma relação afetiva com as puérperas perante os cuidados com elas e com os bebês. Há uma grande preocupação dos profissionais em incentivar o vínculo mãe-bebê e o aleitamento materno, por meio do serviço oferecido pelo Banco de Leite do hospital. O sistema do alojamento conjunto foi criado para estimular uma melhor interação e participação ativa dos pais nos cuidados com o bebê. Por isso, nesse sistema, todo o bebê que nasce sadio deve permanecer vinte e quatro horas por dia ao lado da

mãe, visando incentivar a amamentação e permitindo que os pais recebam orientações que os tornem capazes de cuidar do filho (BRASIL, 1993).

Contudo, apesar da perspectiva das mulheres ter sido predominantemente positiva, queixas também foram apresentadas, trazendo em evidência as falhas de uma humanização fragmentada. Mesmo assim a maioria das puérperas relevaram as situações inconvenientes, por entenderem que se tratava de questões pontuais que ocorreram a partir de algum profissional em específico e não da instituição como um todo:

“Eu acho que o atendimento em si tá bom, claro que tem profissionais que às vezes tu olha que não estão nos seus dias, não estão nas suas horas ‘né’, mas isso acontece [...] Leva muito a ponta de faca quem quer. Às vezes tu ‘vê’, olha, e tem tanta coisa pra se preocupar no momento que não dá tempo de tu ‘considerar’”. (Luzia, 26 anos).

Durante as observações na sala de pré-parto foi possível presenciar uma das técnicas de enfermagem falando com uma das parturientes de forma ríspida para que ela parasse de gritar, alegando que a dor não era nenhum segredo e que ela deveria se acalmar, pois, gritar não ajudaria em nada. A técnica terminou sua fala dizendo que era possível não gritar, visto que nenhuma das outras mulheres estava fazendo fiasco. Nos relatos das puérperas uma situação semelhante foi mencionada por uma delas, que ficou irritada com o modo que a trataram, mas enfatizou que foi somente uma profissional que teve essa atitude:

“[...] Só foi ruim quando tava aumentando as ‘contração’. Eu não conseguia não gritar, daí a mulher falava: ‘se tu continuar gritando a gente não vai te atender porque tu não tá escutando a gente [...]. Senti muita raiva porque eu não tinha como não gritar. Tava doendo demais! Daí falavam: ‘não faz fiasco que eles não te atendem direito’. [...] E ela não vinha mesmo atender. Foi uma enfermeira, mas foi só uma”. (Ângela, 19 anos).

Questões como essa são características de uma violência obstétrica ou institucional, que nada mais é do que a imposição de normas depreciativas por parte dos profissionais ou da instituição em que a paciente fica numa situação de inferioridade (DINIZ e CHACHAM, 2012). Porém, como foi visto em um estudo realizado por Aguiar (2010), as mulheres consideram isso normal e até esperam ouvir comentários desse nível em uma maternidade pública.

Apesar de esse tipo de postura profissional ter sido verbalizado por somente uma das mulheres entrevistadas, a maioria das puérperas deixou transparecer a ideia de que o gritar é algo que deve ser evitado, porque incomoda, porque é escandaloso e pode resultar num mau atendimento dos profissionais. Trata-se de um conceito baseado nas experiências de mulheres próximas das puérperas ou nas vivências de partos anteriores:

“Sempre me diziam em casa assim ó: ‘olha não faz fiasco que elas te deixam por último ‘né’. É o que a gente sempre escutava lá em casa. [...] Da outra vez, no outro hospital, eu tava com aquele soro já, que começa a dilatar ‘né’, senti a dor. [...] Mas eu tava tranquila, porque a gente tem aquela preparação com as amigas que dizem: ‘não faz fiasco que elas não gostam’”. (Janaína, 31 anos).

Aguiar (2010) traz em sua tese que a rejeição ao ato de gritar não acontece apenas por causa de uma reprodução da ideologia de naturalização da dor do parto, mas também pelo medo de sofrer represália dos profissionais. Além disso, trata-se de um pensamento comum, que é passado entre as mulheres da família, amigas e outras mulheres de uma comunidade de que fazer escândalo gera mais sofrimento no momento de receber a assistência.

Foi possível observar que as mulheres esperam pelo mau atendimento no SUS. Elas possuem uma perspectiva de que no sistema público de saúde o normal é os profissionais não tratarem bem e que a estrutura seja precária. Então, qualquer tipo de apoio, seja por palavras ou condutas dos profissionais, faz com que elas valorizem a assistência que estão recebendo, independentemente da postura indiferente e arrogante de alguém da equipe médica.

“Lá no outro hospital eu não tava tendo o recurso que eu tive aqui. Eu nem imaginei que seria tão bom sabe? Porque a gente acha que todo o hospital é igual. Eu tava esperando o ruim. Mas é bom a gente esperar o ruim porque quando a gente chega aqui a gente acha que é o paraíso. Mas foi muito bom”. (Camila, 18 anos).

Dias e Deslandes (2006) mostram que mulheres que são atendidas em hospitais públicos tendem a ter um menor nível de exigência em relação ao que poderia ser considerado um atendimento de qualidade. Por isso, é comum que essas mulheres não esperem um tratamento diferenciado ou uma atenção mais carinhosa mesmo no momento do parto.

Diante desse cenário de observações e relatos, percebeu-se uma fragmentariedade das práticas de humanização, parecendo mais orientadas a alcançar certas metas exigidas pelo Ministério da Saúde do que para uma mudança de lógica de assistência. A humanização aparece atrelada a (novos) protocolos de procedimentos no manejo do parto e a inflexibilidade frente a eles, como se percebeu no contraexemplo do enema (a mulher tivesse gostado de realiza-lo já que formava parte de um pudor em relação ao seu corpo que a deixaria mais confortável com a situação do parto).

Entendemos estas situações como à margem da “humanização” no sentido de que a lógica da assistência parece ser ainda a tecnocrática.

A humanização “nas margens”

Esta categoria surgiu a partir de duas situações singulares que foram vivenciadas durante a inserção no campo de pesquisa: um aborto e a perda de um filho recém-nascido. São casos que nos convidam a pensar sobre a humanização dos cuidados com situações que envolvem perdas, mortes, que parecem ficar “à margem” das discussões públicas sobre os processos de humanização.

O caso de Rosa:

A situação do aborto foi presenciada ao longo das observações realizadas no setor de emergência da instituição. Rosa chegou à emergência para receber atendimento, passando primeiramente pela triagem. Ao ser liberada da triagem, ela ficou aguardando na sala de espera para ser chamada ao consultório médico. Nesse momento foi possível observar a sua expressão de angústia e de dor. Depois de certo momento aguardando o atendimento, uma médica saiu de sua sala e chamou Rosa para dentro de seu consultório e fechou a porta. Transcorrido alguns minutos, a profissional saiu novamente de sua sala para pedir auxílio a uma técnica de enfermagem. Neste instante, sem nenhuma preocupação ética com relação a paciente, a médica a expôs, pronunciando em voz alta pelo corredor, a sua situação. Imediatamente os técnicos de enfermagem iniciaram o ritual de trocar a roupa própria da paciente por um avental hospitalar.

Pôde-se ouvir Rosa tentando explicar que havia consultado na mesma semana com o médico que a acompanhava no pré-natal e, que este, tinha lhe informado que estava tudo bem com o seu bebê. Por isso, ela não entendia o que estava acontecendo. No entanto, a médica não demonstrou nenhum interesse no relato de Rosa. Apenas afirmou que o bebê estava morto e que não havia mais nada a ser feito. Em seguida, orientaram-na a chamar um familiar para pegar seus pertences e realizar os documentos de baixa hospitalar. Não foi permitido acompanhante durante todo o processo de espera e de realização do procedimento de curetagem. Rosa teve que passar por todo esse momento sozinha. Assim, evidenciou-se que não houve nenhuma medida de conforto. A atenção dos profissionais ficou centrada nas normas institucionais e não na paciente.

Diante desse contexto, torna-se oportuno enfatizar que quando uma mulher chega ao hospital apresentando um quadro de aborto, ela tem o direito de receber uma assistência que respeite sua dignidade. Alguns estudos têm mostrado que há a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais para oferecer uma assistência mais adequada às mulheres em situação de abortamento, no sentido de que ao profissional que cuida, não cabe opinar ou julgar, mas priorizar o bem-estar dessas mulheres (BAZOTTI, STUMM e KIPSHER, 2009; MEDEIROS et al., 2013).

No Brasil, existem políticas como o Programa Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (2004), a cartilha Parto, Aborto e Puerpério (2002) e a Norma Técnica de Atenção Humanizada do Abortamento - NTAHA (2005). Todas buscam melhorar a qualidade da assistência à saúde da mulher de acordo com o seu ciclo de vida e com os seus direitos sexuais e reprodutivos. Mas a NTAHA é o instrumento mais específico e elucidativo elaborado pelo Ministério da Saúde em relação às condutas dos profissionais e da instituição perante o abortamento, buscando evitar situações de julgamento moral ou de culpabilização (BRASIL, 2004; 2005b).

Contudo, o que se viu no caso de Rosa é que os profissionais e a instituição não conseguiram desempenhar o seu papel. Percebe-se que o hospital tinha todos os recursos materiais para uma assistência técnica, mas não tinha nenhum preparo para oferecer um acolhimento humanizado, pois Rosa também precisava de um suporte emocional. É comum a equipe de saúde ignorar ou desconhecer o que é recomendado pela NTAHA. Os próprios gestores das instituições de saúde negligenciam sua função de promover formação e passar informações aos

profissionais sobre o tema (AQUINO, 2012). Entretanto, diante do que foi presenciado no trabalho de campo e das leituras de normas e políticas existentes, chama a atenção o fato de não haver uma menção explícita quanto ao ambiente onde é prestada a assistência.

O caso de Joana:

Trata-se da história e das vivências de uma das puérperas que foram entrevistadas, Joana. A puérpera passou por uma gestação de alto risco. Seu bebê tinha o diagnóstico de gastrosquise, que é uma malformação congênita caracterizada pelo não fechamento da parede abdominal associado à exposição de órgãos intra-abdominais, principalmente o intestino fetal (SANTOS, 2010).

Joana iniciou seu pré-natal no posto de saúde próximo de sua residência, mas assim que recebeu o diagnóstico foi encaminhada para o serviço de pré-natal de gestantes de alto risco da instituição coparticipante deste estudo. Segundo a puérpera, o médico que a acompanhou durante a gravidez procurou lhe orientar e passar todas as informações necessárias para que ela se preparasse no momento do parto:

“[...] Eu preparei o meu psicológico quando eu estava grávida. Ela tem o intestino pra fora, ela tem que fazer cirurgia, não posso ganhar de parto normal. Ela nasceu com 43cm. O peso também ela não pegou. Então tudo isso o doutor já me deixava bem ciente. E eu fui preparando meu psicológico [...]. Mas eu sempre ouvi assim: ‘Vai dar tudo certo’. Porque ele me transmitia que ia dar tudo certo [...]”. (Joana, 20 anos).

Porém, o quadro clínico de Joana se agravou e foi preciso interromper a sua gestação com apenas 34 semanas. Foi então que a puérpera começou a ficar com muito medo do que poderia acontecer, pois mesmo estando consciente dos riscos, ela esperava que a gravidez fosse se prolongar até as últimas semanas:

“[...] Já sabia que ela tinha um probleminha ao nascer [...]. Mas não sabia que eu ia ficar com pressão alta [...] e que ela ia vim de 34 semanas. Eu tava esperando lá por 38 semanas. Foi bem de emergência mesmo [...]”. (Joana, 20 anos).

Diante disso, Joana precisou internar. Passando rapidamente pela emergência, ela foi encaminhada para o CO para fazer uma cesárea de urgência. A

partir daí começaram a aparecer as falhas no serviço de assistência prestado pela instituição. A puérpera apresentou queixas em relação ao CO e ao alojamento conjunto. No CO, referiu que houve muita demora, visto que teve que esperar mais de doze horas para fazer a cirurgia devido à ausência do cirurgião pediatra. Além disso, na preparação do parto, alegou que nenhum profissional teve paciência em explicar como seriam os procedimentos e de serem indiferentes diante do que ela estava sentindo:

“[...] Pensa numa pessoa que nunca fez cirurgia. [...]. Querem te dar uma anestesia lá na espinha. Só que eu já tava meio que assim nervosa porque eu não sabia como é que era. Eu disse: ‘espera aí que eu to passando mal, que eu vou vomitar’. E ele dizendo que não podia demorar. [...] Claro que eu vomitei na hora ali. [...]. Depois me mandaram três, quatro gurias ficar me segurando pra botar a agulha [...]. Eu fui praticamente amarrada ali. Eu não gostei. Ele podia ter esperado. Eu esperei todo aquele tempo!”. (Joana, 20 anos).

Joana também não gostou da presença de muitos profissionais dentro da sala cirúrgica e do fato de que logo que sua filha nasceu não pôde vê-la, conseguindo informações sobre ela somente no dia seguinte:

“Quando ela nasceu, chamaram só ele [o pai], não me mostraram ela [...]. Ela disse assim: ‘vem cá vê pai. E o vem cá vê pai, a porta bateu, e o pai foi, foi ela junto e eu fiquei. Fiquei sozinha! Depois eu apaguei. [...] Eu não fiquei sabendo se ela tinha feito a cirurgia [...] Não sabia com quantos quilos ela tinha nascido, quantos centímetros, se ela era branca, preta, ruiva ou morena. Eu não tinha visto ela! Em resumo, eu pari uma boneca e a boneca foi passear”. (Joana, 20 anos).

Já no alojamento conjunto, não se sentiu bem em ter que dividir o quarto com outras puérperas que estavam na companhia de seus filhos, enquanto a sua recém-nascida estava na UTI neonatal, em estado grave:

“[...] A gente tinha que tá num corredor só com mães que tinham filho na neo e só para as grávidas. [...] se tu ‘for’ no corredor tu vai ver mães com bebê no colo, passeando ou ganhando alta. É estranho, isso tinha que ser separado. Porque tu fica assim ó: ‘ai, ‘pô’, porque o meu filho também não tá chorando?’ ‘por que eu não ‘tô’ com o meu filho nos braços?’ [...] eu não tenho nem a alta, nem o meu bebê. É chato”. (Joana, 20 anos).

Durante a gravação da entrevista, foi possível perceber que Joana procurou manter a esperança diante da situação da filha, que desde o primeiro minuto de vida

passou por vários procedimentos cirúrgicos. Cada dia dentro do hospital foi um dia de luta, tanto para mãe quanto para a filha. No entanto, a puérpera referia que se sentia sozinha nessa luta, como se os profissionais que estavam acompanhando a situação estivessem desistido de investir na vida da recém-nascida:

“[...] essa moça, a médica, eu não gosto dela. Eu a engulo porque tá tratando minha filha [...]. Ela falou no caso assim ó: ‘tu sabe que tem risco de óbito’. Eu sei que o problema dela é real, realmente é muito grave. Só que a maneira que ela fala é muito seca. Dá uma notícia tipo assim: ‘Por que tu não ‘pensa’ em desligar? Vamos desligar a aparelhagem, vamos botar no caixão e enterrar? E tu ‘faz’ outro já que tu é nova’. Ela te passa isso entendeu? Como se ela não tivesse se importando [...]”. (Joana, 20 anos).

Diante dessa fala e das demais registradas na entrevista, constatou-se o desespero dessa mãe em encontrar forças para enfrentar um momento que deveria ser de alegria, mas que estava sendo de sofrimento e incertezas. Contudo, observou-se que desde a entrada da puérpera na instituição até a sua internação no alojamento conjunto não foi disponibilizado nenhum tipo de suporte psicológico que pudesse estar auxiliando-a nessa caminhada. Como sua gravidez era de alto risco esperava que os profissionais tivessem sido mais atenciosos, acolhedores e compreensivos. A única vez que um profissional de psicologia procurou Joana pra conversar foi no mesmo dia da entrevista. A falta desse apoio foi destacada pela puérpera e por sua acompanhante:

“Uma das coisas que eu senti falta aqui e em vários outros na verdade, é a questão psicológica. Desde os primeiros dias que ela soube da situação, cada vez que ela ia visitar a neném ela ficava pior. Eu acho que a questão psicológica faz parte desse processo. Hoje foi o dia que ela conversou com a psicóloga. Primeiro dia. [...] eu acho que eles esperam, infelizmente, casos extremos pra agir [...]”. (Fala da acompanhante de Joana).

“Às vezes eu sinto falta disso. Porque eu tenho muita vontade de chorar. Só que daí eu não quero chorar com eles, vó, pai... Ou eu choro com o meu marido ou eu choro com alguém diferente”. (Joana, 20 anos).

Todavia, infelizmente, o caso de Joana apresentou um desfecho muito triste e delicado, pois, o seu bebê faleceu dois dias depois que a entrevista foi realizada. Nas conversas realizadas com fisioterapeutas compreendeu-se que o acompanhamento psicológico do hospital só é oferecido se o médico responsável

pelo caso acreditar que é conveniente solicitá-lo. Os profissionais de psicologia algumas vezes nem chegam a ter conhecimento da situação. Não obstante, quando a solicitação é feita, a assistência pode ser ineficaz, devido ao encaminhamento tardio, como no caso de Joana.

Quando uma gravidez está associada a uma condição de risco para a gestante e para o recém-nascido, desde o pré-natal até o pós-parto os serviços de saúde são orientados pelo Ministério da Saúde a oferecer uma assistência especializada, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar preparada. Casos como esse, de gastrosquise, são possíveis de serem diagnosticados durante a gestação. Portanto, o pré-natal se torna o momento propício para incluir o apoio familiar e o planejamento adequado do nascimento com a equipe obstétrica, cirúrgica e neonatal. Essa equipe precisa estar atenta nos momentos de avaliar os riscos e possibilidades de ações (SANTOS, 2010). Porém, a comunicação entre os profissionais que acompanharam a gestação de Joana e os profissionais do centro cirúrgico e pediátrico não foi eficiente, ainda que as consultas pré-natais tenham sido realizadas no mesmo hospital onde ocorreu a cesariana e os cuidados intensivos com o recém-nascido.

Segundo o Ministério da Saúde, a gestante de alto risco precisa de uma abordagem diferenciada por parte dos profissionais devido à maior probabilidade de complicações, tanto para a mulher, quanto para o bebê. No Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, criado desde 1991, também é enfatizado os cuidados referentes aos aspectos psicossociais e emocionais, onde institui a presença de profissionais de diversas áreas no acompanhamento a mulher, inclusive de um psicólogo. Porém, muitas vezes os aspectos emocionais são negligenciados. (BRASIL, 2012). Isso foi claramente observado ao constatar que não houve suporte psicológico e que este só foi concedido a partir de uma solicitação médica. A equipe não dialoga, funciona baseada na hierarquia do modelo tecnocrático de assistência.

Para humanizar a assistência é preciso dispor um atendimento individualizado, de acordo com as necessidades do recém-nascido e de seus pais, priorizando um cuidado de qualidade, independente da sobrevivência do bebê (FRAGA e PEDRO, 2009). Neste caso, o olhar humanístico deve-se estender desde o momento do parto, onde a mãe tem direito de ser informada sobre o que está acontecendo e o apoio psicológico durante todo o processo de contato da mãe com o recém-nascido na UTI neonatal e no momento em que acontece o óbito do bebê.

Assim, essa mãe poderá ter um acolhimento que a ajuda assimilar psicologicamente a situação que está vivendo (ARRAIS e MOURÃO, 2013).

Nos dois casos, percebemos, para além das normativas existentes, que a chave da humanização estaria em contemplar de maneira abrangente as vivências das gestantes em situações de perda/morte, uma discussão que parece às margens da humanização do parto. Nas situações presenciadas em campo a mulher parece ser desfocada no processo de assistência, como se ao perder sua condição de “mãe” seja pelo abortamento ou pela morte do bebê, não tivesse o mesmo valor sua vida e seu bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível constatar que existe uma movimentação institucional na tentativa de implantar as políticas de humanização do parto e nascimento. A partir dos relatos das puérperas e das observações realizadas, verificou-se a adesão a “boas práticas de assistência” recomendadas pelo Ministério da Saúde como o uso da bola e do banho terapêutico no manejo da dor, a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, o contato pele a pele imediato da mãe com o bebê nos partos normais e o abandono de algumas intervenções desnecessárias nos recém-nascidos. Essas medidas foram reconhecidas pela maioria das participantes entrevistadas e contribuíram para que elas tivessem uma boa percepção da assistência recebida, o que mostra a importância de promover tais práticas.

No entanto, também foi observada uma abundância de práticas tecnocráticas de atenção ao parto. Persiste o uso rotineiro de intervenções obstétricas, entre elas, a amniotomia e a indução do parto por ocitocina sintética. As mulheres continuam exercendo um papel passivo diante do processo de parturição e os profissionais mantendo o seu status de autoridade, estabelecendo assim uma relação verticalizada e despersonalizada. Dessa maneira, as práticas consideradas humanizadas vêm acontecendo de forma muito fragmentada, como se fosse apenas mais um protocolo de rotina que precisa ser cumprido. As práticas de alguns profissionais e as falas de algumas puérperas denunciaram uma assistência que ainda é tecnicista e intimidadora. Exemplos disso foram as queixas trazidas por algumas mulheres, o fato de elas compreenderem que todas as intervenções

realizadas faziam parte do processo normal do trabalho de parto e parto, e que “gritar” durante esses momentos causa incômodo, não sendo aconselhável.

Outras situações que apontaram a ausência de uma lógica de humanização foi a falta de sensibilidade diante do caso de uma mulher que vivenciou um aborto e de uma puérpera que teve que enfrentar a dor da perda de seu filho recém-nascido, depois de dias internado em estado grave na UTI neonatal. Nesses casos, não houve preparo nem da instituição, nem dos profissionais em oferecer uma assistência diferenciada e cuidadosa.

Diante desse contexto, questiona-se: o que realmente é humanizar? Qual o significado que os profissionais e as gestantes/parturientes atribuem a esse termo? Percebe-se que há uma fragilidade no entendimento desse conceito. Assumimos, neste artigo, que a humanização exige uma transformação profunda da lógica de assistência, da relação dos profissionais da saúde com as mulheres gestantes e parturientes, (re)criando uma intersubjetividade que favoreça o protagonismo da mulher no processo de parto/nascimento e seu bem-estar para além do cumprimento de normativas, protocolos e metas institucionais.

Enquanto as práticas de humanização seguirem fragmentadas, tal como pequenas “brechas” de um modelo de atenção tecnocrático, a assistência continuará inerte a situações que necessitam de uma atenção diferenciada e cuidadosa, não contemplando todos os aspectos referentes à complexidade que é a maternidade. As mulheres continuarão passivas e as histórias e vivências de algumas delas continuaram às margens da humanização.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.1, p. 98-104, 2009.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 5, n. 2, p.152-164, 2013.

ARMELLINI , Cláudia Junqueira; LUZ, Anna Maria Hecker . Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.24, n.3, p.305-315,2003.

AQUINO, Elaine Lopes. **Atenção a saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde**. 2012. 193 f. Dissertação (Mestre em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BAZOTTI, Kellen Daiane Valandro; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KIRCHNER, Rosane Maria. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.18, n.1, p.147-54, 2009.

BRASIL. Portaria nº. 1016, de 26 de agosto de 1993. Dispõe sobre as normas básicas de alojamento conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ee8d0e80474591da9a2dde3fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+1.0161993.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 29 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à Mulher**. Brasília, 2001. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.>

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005a**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento. Norma Técnica**. Brasília, 2005b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco. Manual Técnico**. Brasília, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf >. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.86, 8 mai. 2014. Seção 1, p.50. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=08/05/2014>>. Acesso em: 9 mai.2014.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CAUGHEY, Aaron et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric care consensus. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**. Washington, v.123, n.1, p.693-711, 2014.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. **Social Science & Medicine**. v.38, n.8, p. 1125-1140, 1994.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v.75, p. 5-23, 2001.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2647-2655, 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1521-1534, 2008.

DINIZ, Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001.264 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. Dossiê Humanização do Parto. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 40 f. 2002.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 52-62, 2004.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; RATTO, Kátia Maria Netto. II. Favorecendo parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 Sup.101-116, 2014.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de campo grande, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FRAGA, Iara Teresinha Gama; PEDRO, Eva Néri Rubim. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.25, n. 1, p. 89-97, 2004.

FOGAÇA, Vanessa Dias; SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. **Cogitare Enferm**. São Paulo, v.12, n.3, p.296-305, 2007.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e Profissionais de Saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 1, p. 107-114, 2006.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KNAUTH, Daniela. Etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, supl., p.17-47, 2014.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. 2008. 190 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades, Pontifícia Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MATTHES, Ângelo do Carmo Silva. Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa. **Femina**. Rio de Janeiro, v.38, n.8, p. 395-400, 2010.

MEDEIROS, Ana Lúcia et al. Interpersonal relations among professional care and women with experience of abortion in hospital environment. **Journal of Nursing UFPE**. Recife, v.7, n.2, p.452-459, 2013.

MENDONÇA, Sara Sousa. **Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto**. 2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado. **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira**. 2010. 273 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

NASCIMENTO, Natália Magalhães et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.14 n.3, p.456-461, 2010.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.5, p.895-902, 2008.

OSTERMANN, Ana Cristina; RUY, Renata. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth (Org.). **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; NICÁCIO Marina Caldas. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v.4, n.3, p. 546-555, 2014.

PIRES, Denise et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 12, n. 2, p. 191-197, 2010.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v.1, n.4, p. 215-228, 2010.

SALGADO, Heloísa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.** 2012. 157f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, Halley Calcagnotto. **Gastrosquise: diagnóstico pré-natal, seguimento e análise de fatores prognósticos para óbito em recém-nascidos.** 2010. 87 f. Dissertação (Mestre em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.77-97, 2012.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v.13, p. 245-251, 2005.

SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem.** São Paulo, 2006.

SIMKIN, Penny. The experience of maternity in a woman's life. **Jornal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nurses: Clinical Issues.** v. 25, n. 3, p. 247-252, 1996.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIN, Melania Maria Ramos; FEITOSA, Ana Maria. Indicações de cesariana baseada em evidências: parte II. **Femina.** Rio de Janeiro, v.38, n.9, p. 460-468, 2010.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. **Revista Estudos Feministas.** Santa Catarina, ano 10, p.483-492, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil.** 2004. 429f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

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

VOGT, Sibylle Emilie et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1789-1800, 2011.

WEAVER, Jane J.; STATHAM, Helen; RICHARDS, Martin. Are There “Unnecessary” Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications. **Birth**. UK, v.34, n.1, p.32-41, 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Série Safe Motherhood. Geneva, 1996. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 mai. 2014.