

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**LUZINÉA DE MARIA PASTOR SANTOS FRIAS**

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AS VIVÊNCIAS DE MULHERES EM UMA  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

**SÃO LUÍS**

**2013**

LUZINÉA DE MARIA PASTOR SANTOS FRIAS

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO E AS VIVÊNCIAS DE MULHERES EM UMA  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do grau de doutor.

**Orientador: Prof. Dr. Antonio Augusto  
Moura da Silva**

SÃO LUÍS

2013

LUZINÉA DE MARIA PASTOR SANTOS FRIAS

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO E AS VIVÊNCIAS DE MULHERES EM UMA  
INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Aprovada em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Antonio Augusto Moura da Silva  
Universidade Federal do Maranhão – orientador

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Lourdes Maria Leitão Nunes Rocha  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Liberata Campos Coimbra  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Livia Janine Leda Fonseca  
Universidade Estadual do Maranhão

SÃO LUÍS

2013

Aos meus filhos, André, Ana, Carlos e Diego, por darem significado à vida; a meu neto Yan Lucas, pela esperança na vida; aos irmãos e irmãs, Salviana, Nelson, Amparo, Marluze e Itaan e à minha mãe Loimar Pastor Santos e a todos os meus familiares que me fazem perceber a cada dia que mais importante que saber para onde ir é ter certeza que se tem para onde voltar...

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Antonio Augusto Moura da Silva, que me orientou, pela atenção, total disponibilidade e competência, que foram fundamentais para que este trabalho fosse realizado;

A Carlos Alberto da Silva Frias Júnior, por toda ajuda dispensada para a finalização do trabalho;

Às professoras, professores e funcionários do Programa Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, em especial a professora Salviana de Maria Pastor Santos Souza, por todo o incentivo;

Às colegas de disciplina, Lena Barros Fonseca, Rita Carvalhal e em especial Claudia Teresa Frias Rios, pelo apoio, amizade e carinho;

Às professoras do Departamento de Enfermagem, em particular a professora Arlene de Jesus Mendes Caldas, pela colaboração e confiança;

Às professoras Teresa Seabra pela acolhida e contribuições e Liberata Campos Coimbra por seus comentários e sugestões;

Às mulheres que participaram comigo e se dispuseram a compartilhar as histórias de seus partos, e permitiram dividir momentos de tristezas, dúvidas, alegrias e esperanças;

Às profissionais entrevistadas, pela boa vontade e generosidade, expondo suas dificuldades e experiências;

À minha família que ajudou de todas as maneiras na confecção deste trabalho, e a atenção especial das minhas noras, Laura Carneiro e Daniela Santos;

A Deus pela permissão da vida.

*“ Ninguém é igual a ninguém. Todo o ser humano é um estranho ímpar.”*

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

A Humanização do Parto como movimento busca mudanças nas práticas de atenção ao parto, discutindo entre outras questões o uso abusivo da tecnologia e o espaço da mulher na cena do parto. Como política pública se propõe a garantir o acesso à assistência ao parto nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Este estudo teve como objetivo geral: Analisar o significado das ações de humanização propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento no Hospital Universitário Materno Infantil em São Luís-Ma, tendo como suporte empírico discursos de mulheres sobre a experiência vivida no parto e de dirigentes institucionais sobre a viabilização do processo de humanização na Maternidade. Para tanto, foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou as técnicas de grupo focal com 28(vinte e oito) mulheres no período de pós-parto e a uma entrevista semiestruturada com 5(cinco) mulheres responsáveis na Instituição. A análise do material foi realizada através da técnica de análise de conteúdo, e evidenciou as seguintes categorias: A violência na Assistência ao Parto e Humanização do Parto e seus significados. Os dados revelaram que as mulheres vivenciam o parto como um evento perpassado por situações de violência, as quais se evidenciaram pela busca por leito, desvalorização da dor do parto, exames de repetição, e restrições ao acompanhante. As usuárias significam a humanização como ambiência, presença do pai no parto e direito à cesárea. Para as responsáveis, a humanização significa redução da dor através de analgesia, ser empático e cuidar do cuidador. O despreparo dos acompanhantes e falta de envolvimento dos profissionais foram as principais limitações para a humanização e a estrutura física e o preparo profissional um dos principais facilitadores. A gestão centralizada, a pouca participação das usuárias e servidores nas tomadas de decisão, a violência institucional nas práticas de atenção ao parto, tornam conflituosa e contraditória, e mesmo empecilhos para a viabilização do atendimento humanizado ao parto na maternidade de ensino.

Descritores: Humanização do Parto, Direitos da Mulher, Violência Institucional

## ABSTRACT

The childbirth humanization as a movement searches for changes on the childbirth attention practices, discussing among other questions the abusive use of technology and the woman space in childbirth scene. As a public policy intends to ensure the access to assistance to childbirth in the services of the health unique system (HUS/SUS) and improve the maternal health indicators and neonatal. This study had as goal: Analyze the meaning of the humanization actions proposed by the Childbirth Humanization Program and Birthing in the Materno Infantil Hospital in São Luís-MA, having as empirical support speeches of women about the lived experience in the childbirth and of institutional leaders about the viability of the process of humanization in the maternity. Therefore, was made a qualitative approach research that used the focus group techniques with 28(twenty-eight) women in postpartum period and a semi structured interview with 5(five) female managers of the institution. The material analysis was made through the content analysis technique, showed the following categories: the violence on childbirth assistance and childbirth humanization and their meanings. Data revealed that women lived childbirth as an violent event, which have reveled the search for a bed, devaluation of the partum pain, exam's recurrence and companion's restrictions. The users mean the humanization as an ambience, presence of the father in the partum and the right to cesarean. To the responsible the humanization means the decrease of pain through anesthesia, be empathic and take care of the caregiver. Companion's unpreparedness and lack of professional's evolvment were the main boundaries to humanization and the physical structure and professional ability were advantages. Centralized management, insufficiently participation in decision-making by users and servers, institutional violence in childbirth practices, becomes conflicting and contradictory, besides an obstacle to reach a humanized childbirth attendance at the studied maternity.

Descriptors: Childbirth humanization, woman rights, institutional violence

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	19
<b>2.1</b>	<b>Gerais</b>	19
<b>2.2</b>	<b>Específicos</b>	19
<b>3</b>	<b>Mulher, desigualdade de gênero e políticas de atenção ao parto no Brasil</b>	20
<b>3.1</b>	Mulher, corpo e desigualdades de gênero.	20
<b>3.2</b>	Dos “cidadãos saudáveis” à volta das cegonhas: políticas de atenção ao parto no Brasil	28
<b>4</b>	<b>Assistência hospitalar ao parto no Brasil e o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento.</b>	38
<b>4.1</b>	A evolução do hospital e o papel do hospital de ensino no atendimento ao parto, apropriação e a medicalização do corpo feminino.	38
<b>4.2</b>	O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	43
<b>5</b>	<b>Processo Metodológico</b>	51
<b>5.1</b>	Cenário da Pesquisa	52
<b>5.2</b>	Participantes da Pesquisa	54
<b>5.3</b>	Técnicas para obtenção dos dados	55
<b>5.4</b>	Aspectos éticos da pesquisa	61
<b>5.5</b>	Organização e análise dos dados	63
<b>6</b>	<b>Discussão dos Dados</b>	67
<b>6.1</b>	<b>A Violência no atendimento ao Parto</b>	69
6.1.1	A busca pelo leito e a negação do espaço	74
6.1.2	Corpos (des) possuídos: os exames de repetição	83
6.1.3	Dor do parto: desvalorização e descuidado	86
6.1.4	Distanciamento e ausência de comunicação	90
6.1.5	Presença do acompanhante: necessidade de apoio	94
6.1.6	Experiência do parto: recusa da maternidade	100
<b>6.2</b>	<b>A assistência na maternidade na visão das responsáveis</b>	103
<b>6.3</b>	<b>Humanização do parto e seus significados</b>	104
6.3.1	Para as mulheres usuárias	104
6.3.1.1	Ambiência	106
6.3.1.2	Presença do pai	108
6.3.1.3	Direito à cesariana	110
6.3.2	Para as mulheres representantes da instituição	112
6.3.2.1	Analgesia para redução da dor	112
6.3.2.2	Ser empático	115
6.3.2.3	Cuidar do cuidador	116
6.4	Humanização: limites e possibilidades	117
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	121
	<b>REFERÊNCIAS</b>	125
	<b>APÊNDICES</b>	141

## 1. INTRODUÇÃO

Ao iniciar a produção deste trabalho, cuja temática versa sobre a humanização do parto, me afigurava um navegar por mares relativamente calmos, sem grandes tempestades ou ventos excessivamente fortes. Afinal, como profissional de saúde atuante na atenção à mulher, entendia que o fazer na área já me permitia certa construção sobre o fenômeno que me propunha estudar. No entanto, deparei-me, em muitos momentos, com o silêncio das palavras, a dificuldade em transpor o abismo daquilo que estava na memória e a sua concretização para o texto, a construção coerente do emaranhando das palavras.

Ao adentrar nas minhas próprias reminiscências do parto, as imagens que ficaram impressas foram de medo e recusas, do afastamento de mim e daqueles do meu afeto, do isolamento compartilhado, aqueles poucos momentos onde mesmo com a presença de outros corpos o meu próprio corpo era ausente.

Nesse mar revolto em que tentava buscar nos vários materiais formar um *corpus* que permitisse dar forma ao trabalho, compreendi que o meu olhar não poderia ser o da impassibilidade, da indiferença, pois não o foi no meu navegar com tantos outros corpos grávidos ao longo dos anos. Assim, entre certezas incertas e momentos de mal-estar, como no parto onde um corpo “dá à luz” outro corpo, o meu próprio corpo foi buscando sair do espaço pouco nítido que me encontrava para outro de relativa luz e assim produzir este texto.

Então, busquei com as várias mulheres que navegaram comigo, nesta produção, trazer à tona, de um lado, imagens e vivências do parto de usuárias e de outro, percepções e experiências no atendimento ao parto das responsáveis pela instituição.

Este trabalho faz parte da minha busca por caminhos que se pretendem diferenciados no que concerne ao atendimento a essa fase crucial da vida da mulher, o momento do parto. O olhar está alicerçado na trajetória como enfermeira, mulher, mãe e professora da área da mulher, trabalhando com mulheres no período de gestação, parto e pós-parto e de todas as vivências que faziam e fazem ainda do parto um momento tão emblemático na vida das mulheres, pautado por momentos de alegrias, dificuldades, mortificação ou tristeza. Ainda no curso universitário, como aluna e posteriormente como monitora, podia identificar o martírio das mulheres em instituições públicas, onde até mesmo o mínimo era ausente, como lençol, camisola,

ou mesmo o instrumental básico para realização dos partos; o isolamento das mulheres era a prática; as suas dores não eram ouvidas, pois deviam fazer parte do ser mulher seguindo aquela tradição bíblica do “parirás com dor”.

Ainda no curso universitário, pressentia a falácia do Estado de Direito, pela ausência de políticas e programas capazes de permitir à mulher o direito básico à vida e saúde, cuja tradução mais violenta era a mortalidade materna<sup>1</sup>. Esta, ainda que tenha sido o mote para a construção das políticas públicas direcionadas à mulher, foi um grande espectro rondando suas vidas na fase reprodutiva. O objetivo de tais políticas deveria ser integrar a mulher no sistema de saúde, com um olhar numa perspectiva de sujeito histórico, na sua totalidade e integralidade, e de ter o foco do cuidar numa dimensão holística.

Na experiência como profissional em outro Estado da Federação, nos idos dos anos 80, em plena ditadura militar e com a proposta do Programa Materno-Infantil já em andamento, atuando na assistência em hospital de ensino, a despeito de um processo de trabalho menos fragmentado e métodos de planejamento na rotina dos serviços, o espaço de mulher na instituição era demarcado por um contexto de relações desiguais e o parto era o palco do profissional em que a mulher e o seu corpo eram objeto de trabalho.

O atendimento ao parto, conforme o conhecemos hoje faz parte de um processo de mudanças que se processaram ao longo dos últimos séculos, e que culminaram com a hospitalização da mulher para o parto e as intervenções sobre ele. O parto e a gravidez eram experiências íntimas e da esfera doméstica da vida da mulher, considerados eventos próprios da natureza, inerentes e integrados à vida cotidiana. Portanto, não era um acontecimento incomum que as mulheres camponesas, das chamadas culturas primitivas, interrompessem suas atividades quando da iminência do parto, e naquele espaço coletivo ocorresse o nascimento dos seus filhos, em companhia e com a ajuda das outras mulheres (SCLAIR, 2005).

Este quadro foi modificado quando se passou a utilizar os avanços científicos para oferecer resoluções biomédicas e técnicas, dando início à medicalização

---

<sup>1</sup> Morte materna é aquela que ocorre por qualquer causa relacionada à gravidez, parto e pós-parto no período de até 42 dias e independe do local ou duração da gestação, desde que não aconteça por causas acidentais ou incidentais (CID 10).

desses eventos, consolidando no início do século XX, o controle do processo reprodutivo pela biomedicina. Nesse contexto, as dimensões sociais, espirituais e sexuais do parto são reprimidas e ignoradas (DINIZ, 2011).

A medicalização do parto, como fenômeno social, influenciou de tal forma o parto e o nascimento que transformou estes acontecimentos em procedimento médico e cirúrgico (LANSKY, 2013). Através dela, as mulheres perderam a sua autonomia, tornando-se submissas e vulneráveis ao modelo de atendimento e ocorreu a exclusão das outras mulheres que faziam parte do cenário do parto, as parteiras. Assim, ao passar para a esfera pública, a partir do processo da sua institucionalização, o parto começa-se a contar com a presença de outros atores, os médicos (WOLFF; WALDOW, 2008).

Essa mudança de cenário e personagens vai levar a vários desdobramentos no atendimento ao parto com o uso de tecnologias para intervir e tornar o processo do parto “mais normal”, mais rápido, e mais adequado “à linha de produção dos hospitais, que operam com regras rígidas para atender à racionalização do trabalho, privilegiando o interesse da instituição e dos profissionais sobre o da mulher” (LANSKY, 2013. p.1).

A hospitalização e o uso de tecnologias no parto, sem dúvida, modificaram a situação de vida e saúde de mães e filhos, reduzindo a mortalidade materna e infantil; porém, as mulheres durante o parto, passaram a ser expostas a procedimentos intervencionistas, invasivos e, muitas vezes, desnecessários (SCHMALFUSS et al, 2010). Passaram também de sujeitos ativos do processo de parto e nascimento para objeto, onde as ações e rotinas de trabalho são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas (MORAES et al, 2006).

No Brasil, a despeito de 98.07% dos partos ocorrerem no ambiente hospitalar (BRASIL, 2011a), as mortes maternas ainda acontecem. Os índices de cesariana são considerados “epidêmicos” pelos próprios gestores ministeriais; os direitos são desrespeitados. E, atualmente, o país se defronta com outra situação preocupante: a prematuridade.

Em estudo intitulado “Prematuridade e suas possíveis causas”, coordenado pela Universidade Federal de Pelotas, com a participação de 12 universidades brasileiras e apoiado pelo UNICEF e Ministério da Saúde, foi revelado que a prevalência de partos de crianças prematuras é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no País, o que coloca Brasil na décima posição entre os países

onde mais nascem prematuros. Os dados do estudo podem revelar uma estreita relação entre o aumento da prematuridade e a realização de cesarianas (UNICEF, 2013).

O relatório *Situação Mundial da Infância 2011*, também da UNICEF, mostrou que o Brasil é o país com o maior número de cesarianas no mundo. De acordo com os dados oficiais, o percentual de cesarianas (52%) já ultrapassou o de partos normais (BRASIL, 2011a). Vale lembrar que a Organização Mundial da Saúde estabelece como justificável por razões médicas no máximo 15% de partos operatórios.

O aumento hospitalar das taxas de cesáreas acima de 20% vai corresponder a um aumento do risco para mãe e filho. Entre esses riscos para a mulher, estão a probabilidade de morte, sangramento e infecção que pode levar à internação em unidade de tratamento intensivo e para o bebê o risco de nascer prematuros, morte ou internamento (CEPIA, 2006).

De acordo com *World Health Statistics 2013*, o Brasil conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de doenças como tuberculose e aumentar a cobertura da vacinação contra o sarampo. No entanto, fica claro que em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>2</sup>, um ainda não alcançado é exatamente a redução da mortalidade materna. No referido documento consta que o percentual de partos assistidos por pessoal qualificado no país é de 99%, isto é, os procedimentos acompanhados por médicos e/ou enfermeiras obstetras. Em 2010, ainda segundo o citado documento, 287 mil mortes maternas foram registradas 47% a menos que em 1990. A Índia e a Nigéria respondem por um terço dos casos, somando 96 mil mortes. (WHO, 2013).

Os dados oficiais sobre mortalidade materna indicam que de 1990 a 2010, houve uma redução de 141 para os atuais 56 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil Nascidos Vivos até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990 (BRASIL, 2012).

---

<sup>2</sup> Compromisso assumido no ano 2000 entre 189 países membros das Nações Unidas, de reduzir a extrema pobreza e outros males da sociedade, até 2015. Entre os 8 objetivos do milênio, encontra-se a saúde materna (ODM, 2010).

As mulheres instadas pelo progresso técnico e científico e pelo poder estatal a parir seus filhos nas maternidades, e os movimentos organizados da sociedade, começam a questionar e denunciar as condições de atendimento, considerado desumano, assim como, a ausência de voz e escuta e o isolamento a que as mulheres são submetidas.

É neste cenário, bastante desfavorável para a mulher e seu filho toma força um movimento de caráter internacional conhecido como Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, para denunciar, questionar e se mobilizar para mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar. O ideário deste movimento se contrapõe ao uso abusivo da tecnologia no parto e propugna o retorno da mulher a uma condição de sujeito ativo do seu processo de gestação, parto e puerpério.

No Brasil, a organização que tem um papel importante para a estruturação deste movimento é a Rede de Humanização pelo Parto, a REHUNA<sup>3</sup>. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (REHUNA, 1993, p.1).

Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturba e inibe o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas. Estes fenômenos vitais e existenciais cruciais tornaram-se momentos de terror, angústia, impotência alienação e dor. Seu custo social, psicológico e econômico é muito alto e a sociedade é vítima indefesa desta realidade (REHUNA, 1993, p.1).

Por outro lado, a necessidade de oferecer um atendimento mais seguro para mães e filhos, traz um contexto que é o da investigação. As práticas deveriam ser efetivadas a partir das evidências científicas, caminhando para um levantamento sobre segurança e eficácia de todos os procedimentos de rotina na assistência à gravidez e ao parto. Essa culminou com a divulgação dos resultados de estudos pela Organização Mundial de Saúde, onde os procedimentos são categorizados de acordo com os benefícios ou malefícios para as mulheres e seus filhos (OMS, 1996).

---

<sup>3</sup> A Rehuna é uma organização da sociedade civil, formada por profissionais de diversas áreas, com papel fundamental na estruturação do movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil (REHUNA, 2013).

O Brasil como signatário de Tratados e Acordos Internacionais de atenção à mulher, e buscando responder a essas demandas representadas pelas organizações civis e entidades internacionais, lançou em 1/06/2000 através da Portaria Ministerial GM 569, com o objetivo de subsidiar a assistência à gestante e recém-nascido, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento.

A humanização do parto passa então à ordem do discurso atual, principalmente através dos meios de comunicação, consubstanciado em denúncias de precarização do atendimento, ou maus-tratos infligidos às mulheres, numa flagrante contradição aos princípios do sistema de saúde vigente. Ou pelo próprio discurso oficial propalando as melhorias e a instituição de medidas para a saúde da mulher.

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento como proposta pública se propõe a garantir o acesso à assistência ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a melhorar os indicadores de saúde e reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, que tem entre as causas apontadas o modelo de atendimento ao parto no Brasil. Coloca a humanização como uma questão de direito da mulher na assistência e nesta perspectiva como condição inicial para seu acompanhamento no parto e pós-parto (BRASIL, 2000).

Entre as estratégias do Programa, está o dever das unidades de receberem a mulher, o recém-nascido e seus familiares de forma digna. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde nas unidades tenham atitudes que sejam éticas e solidárias, que o ambiente seja acolhedor para a mulher e, que as condutas sejam capazes de romper com o isolamento da mulher (BRASIL, 2000).

Entendemos que o parto se inscreve no corpo da mulher, portanto discutir a humanização do parto é discutir o ser mulher na sociedade, as formas de dominação e apropriação do corpo feminino, suas possibilidades de ação e reação, qual o papel atribuído a elas pelas propostas públicas ao longo do tempo.

A vivência do parto é uma experiência única para as mulheres e, ainda que nascer e morrer faça parte do viver de todo ser humano, só as mulheres passam pela experiência do parto. O parto, o nascimento, assim como a morte são momentos cruciais do chamado ciclo de vida de um ser humano. Ao contrário da morte que conclui o processo, o nascimento inicia. Para as mulheres, o nascimento de um filho em muitos momentos significou a sua morte. E, mesmo quando o evento

redunda na alegria da vida, as mulheres não passam incólume pela experiência da parturição.

De fato, psicologicamente o parto pode modificar definir e impactar positiva ou negativamente a existência da mulher dependendo de como esse processo ocorreu e, se for o primeiro filho esse impacto pode perdurar por toda a vida. (FISHER, J. ASTBURY, J. & SMITH, A.1997; SIMKIN, 1991). Nesta perspectiva, os critérios de ordem biológica não devem os únicos a ser considerados no acompanhamento do parto. Cuidar de uma mulher no momento do parto “é ajudá-la a crescer, na medida em que a ajudo a ultrapassar uma situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive” (COUTINHO, 2006. p.34).

Se considerarmos o parto apenas do ponto de visto fisiológico, Odent (2013) nos adverte da necessidade de proteger a mulher nesse momento, pois para que haja a liberação do hormônio ocitocina, fundamental para a contração do útero, a saída do recém-nascido e da placenta, é necessário um ambiente protegido, aquecido, livre de barulhos e luzes. As condições contrárias vão favorecer a liberação do antagonista da ocitocina que é a adrenalina, um hormônio de emergência e, que ao contrário da ocitocina, dificulta a evolução do trabalho de parto.

O parto é também um evento social, conforme nos mostrou na década de 70 a antropóloga Sheila Kitzinger, porque afeta a relação entre o marido e a mulher, o grupo em que ambos estão inseridos, levando, também, a uma redefinição da identidade da mulher que passa, agora, a assumir o papel de mãe. A autora nos coloca agora, a situação da mulher nos hospitais no momento do parto.

Na maioria dos hospitais a mulher entrega a própria roupa, símbolo de sua individualidade. É provável que ela seja separada de amigos e parentes, com a exceção de um único acompanhante. Espera-se dela o mesmo de uma criança, que ela obedeça as instruções, evite chamar a atenção, e se comporte bem. Ela pode ser chamada pelo nome, mas não chamará o médico ou a médica pelo primeiro nome. Ou ela pode deixar de ter nome ao ser chamada pelos profissionais de ‘a cesárea do quarto 16’, ‘a múltipara’, a ‘do parto induzido’ ou, pior de tudo, ‘a mulher com o plano de parto’. [*\*No Brasil prefere-se o reducionista e infantilizante "mãezinha"*](KITZINGER, 2011).

A autora adverte para o que ter um parto hospital significa passar a ser paciente. A mulher é passa a integrar de forma temporária, um sistema rígido,

organizado, hierárquico, burocrático. “O procedimento de admissão é o momento em que a instituição toma posse do seu corpo”. (KITZINGER, 2011. p.1).

A partir das considerações acima, alguns pressupostos se colocam para este estudo, quais sejam: a política de humanização do parto não consegue romper o modelo tecnocrático de parto no Brasil, uma vez que a sua própria estruturação se assenta em um conjunto de normas e técnicas de controle social do corpo feminino. As vivências das mulheres na instituição hospitalar se assentam no modelo vigente, que pressupõe, a desconfiança sobre a natureza e a fraqueza e inferioridade do corpo feminino, a validade do patriarcado, a superioridade da ciência e da tecnologia e a importância das instituições e das máquinas.

Além disso, a proposta não consegue promover o fortalecimento das mulheres para torná-las sujeitos ativos do seu processo de gestar e parir, conseqüentemente não consegue torná-las protagonistas do seu processo reprodutivo e o hospital de ensino pautado no processo de medicalização do corpo não consegue promover uma atenção humanizada à mulher. Nesse sentido, algumas questões estão colocadas:

- Como as mulheres estão vivenciando o parto no espaço público da instituição?
- Qual o significado para as mulheres das ações de humanização propostas?
- A experiência do parto pode influenciar o seu desejo de uma nova gravidez?
- É possível na instituição pública de ensino alicerçada no processo da medicalização do corpo, humanizar a assistência?

A fim de responder aos vários questionamentos, foram utilizados, o modelo tecnocrático do parto na ótica da Antropologia Cultural de Robie Davis-Floyd (2001), a abordagem de Vieira (2002), para discutir a medicalização do corpo feminino, além das contribuições de Michel Foucault sobre poder e disciplina e de Joan Scott (1990) sobre gênero.

Este trabalho tem como objeto de estudo a relação entre humanização do parto no ambiente hospitalar e as ações do Programa de Humanização do Parto e Nascimento.

Constitui-se em tema de debate público de extrema relevância pelo que representa para a sociedade, pois além da mudança dos indicadores, tal proposição

se coloca como uma resposta aos movimentos sociais e profissionais, no sentido de mudar o atendimento ao parto.

A relevância deste estudo, portanto, não se justifica somente pela possibilidade de aprofundar a discussão sobre o tema da humanização do parto e seus desdobramentos na vida e saúde das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS); mas por permitir contribuir com o debate sobre as relações entre usuárias, cuidadores e gestores e como esta se efetiva no hospital de ensino.

Ao mesmo tempo, acreditamos que o estudo aqui empreendido possa revelar os desafios e as fragilidades de uma proposta como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Neste sentido, o estudo realizado pode contribuir para os gestores da política no Estado, assim como para a instituição construir uma visão das medidas implementadas, fornecendo elementos capazes de orientar, reformular e reorganizar as práticas realizadas, a relação entre os vários sujeitos envolvidos, visando a um melhor resultado na assistência, como também maior satisfação das usuárias. Por outro lado, a compreensão por parte dos usuários de serem portadores de direitos dentro dos espaços institucionais, por um atendimento pautado no respeito à sua autonomia, permitirá uma melhor organização dos mesmos dentro dos serviços, levando a concepção de novos saberes e fazeres e relações mais igualitárias entre gestores, trabalhadores e usuárias do SUS e seus familiares.

O presente texto está estruturado em cinco partes, além desta Introdução que inclui a configuração do objeto de estudo, as questões de pesquisa, os pressupostos do trabalho e a justificativa.

No primeiro capítulo intitulado *Mulher, desigualdade de gênero e políticas de atenção ao parto no Brasil*, são discutidas as questões relativas ao corpo feminino e seu processo de apropriação, a discussão sobre o patriarcado, a desigualdade social e de gênero, apresentando alguns dados do país. As propostas públicas direcionadas à saúde da mulher e suas características.

No segundo capítulo é apresentado o modelo de atenção ao parto no Brasil, com foco no hospital, buscando compreender a evolução desta instituição, o entrelaçamento das relações de poder, assim como o papel desempenhado pelos hospitais de ensino, para intervenção e a medicalização do corpo feminino. Além disso, trata do Programa de Humanização do Parto e Nascimento com seus pressupostos e sua articulação com a Política de Humanização.

No terceiro capítulo, estão descritos os passos realizados para a construção do processo de pesquisa e os procedimentos metodológicos.

No quarto capítulo, são descritos os achados da pesquisa, apresentando a narrativa das diversas mulheres que participaram do trabalho.

Na conclusão, estão delimitados os principais resultados da pesquisa, e retomadas os pressupostos da tese.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar o significado das ações de humanização propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento no Hospital Universitário Materno Infantil em São Luís-Ma, tendo como suporte empírico discursos de mulheres sobre a experiência vivida no parto e de dirigentes institucionais sobre a viabilização do processo de humanização na Maternidade.

### **2.2 Específicos**

- Identificar nos discursos das mulheres o significado das ações de humanização propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento e desenvolvidas na instituição
- Apreender nesses discursos se a experiência vivida no parto pode influenciar o desejo de uma nova gravidez;
- Caracterizar as limitações e dificuldades para a implementação da humanização do parto na maternidade;
- Conhecer as proposições e os significados da humanização do parto no discurso das dirigentes.

### 3 MULHER, CORPO E DESIGUALDADES DE GÊNERO E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

#### 3.1 Mulher, corpo e desigualdade de gênero

A necessidade de criarmos mecanismos (leis, projetos, políticas) para incluir as pessoas em função do sexo e da orientação sexual, da cor, raça, classe, ocorre em função de uma sociedade que é desigual. Discutir a desigualdade se faz necessário tanto para entender suas origens que remontam à própria história da humanidade, como para compreender a situação das chamadas minorias e então promover mudanças. É campo complexo e dinâmico de formalizações teóricas e conceituais que se vai se alterando e se atualizando com o passar do tempo, porém ainda em construção.

Therborn (2010) distingue a desigualdade em três tipos: vital, material e existencial. O primeiro relaciona-se ao acesso diferenciado à saúde e vida; o segundo, com o acesso aos recursos que vai desde a possibilidade de acesso à educação até a distribuição de renda.

Em relação aos dois primeiros tipos, alguns dados de realidade indicam que o Brasil é o oitavo país em desigualdade social no mundo. Nesse contexto, nove famílias detêm praticamente 95% de todo o sistema de comunicação do país, a concentração fundiária é alta, pois, 1% do total de estabelecimentos com mais de 1.000 hectares detém 43,5% da área total de aproveitamento agrícola. (MARTINEZ, 2008).

Já a desigualdade existencial significa a negação de igual reconhecimento e respeito. “Ela não assume, vale lembrar, apenas a forma de discriminação ostensiva, mas também opera de modo eficaz através de hierarquias de *status* mais sutis” (THERBORN, 2010. p.1).

É nesta última categoria que se enquadra a desigualdade de gênero. Cabe caracterizar aqui, a discussão sobre gênero, pois este foi um conceito basilar dentro do movimento feminista.

O termo gênero é apropriado neste trabalho não como distinção biológica entre os sexos, mas como forma de analisar e criticar a situação das mulheres na sociedade, trazendo uma nova forma de agir e pensar.

De fato, o estudo sobre gênero, iniciado por teóricas feministas, surgiu da necessidade de caracterizar a situação de desigualdade da mulher na sociedade. Inicialmente o conceito destacava os limites impostos pelo termo sexo, que é biológico, por conseguinte, imutável. Neste sentido, as relações assimétricas estabelecidas entre homens e mulheres não eram fruto da natureza feminina e masculina, mas resultados dessa construção. Assim Scott (1990, p.1), teórica feminista americana, conceitua gênero como sendo: “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

O gênero, na configuração estabelecida pela autora, pode ser percebido a partir de eixos estruturadores, onde, se inscrevem: a sexualidade, a reprodução humana, divisão sexual do trabalho e o espaço público e privado (SCOTT, 1990).

No que tange à sexualidade, o modelo definia liberdade sexual masculina e submissão feminina. Essa atribuição trazia como características marcantes para a vida da mulher, entre outras coisas: a exigência da castidade, sendo a virgindade, mais que um atributo, uma marca social necessária; e a submissão do seu corpo para o homem admitindo-se a atividade sexual marcada pela violência e como um dever a ser cumprido.

As considerações levantadas definem que o gênero se estabelece a partir de elementos constitutivos, que são: símbolos, conceitos normativos, instituições e organizações sociais, identidade subjetiva. Os símbolos evocam representações múltiplas e contraditórias, que estão ancoradas em dualidades; santa e pecadora, profano e sagrado. Para Scott (1990), os conceitos normativos limitam a interpretação dos sentidos, dos símbolos, regem as instituições e organizações sociais e a forma como o sujeito interage com o que lhe é apresentado na vida em sociedade. Tal caráter, que é um elemento vinculado ao indivíduo, caracteriza-se como a identidade subjetiva.

O debate que se vem estabelecendo historicamente sobre a questão de gênero permite que este conceito seja ampliado com a inclusão de outros aspectos, tais como: classe, raça, etnia, orientação sexual. Conforme o Relatório de Desenvolvimento Humano de 1995:

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser mulher ou homem na vida social. Na maioria das sociedades as relações de gênero são desiguais e desequilibradas no que se refere ao poder atribuído a mulheres e homens.

As relações de gênero, quando desiguais, tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. Os atributos e papéis relacionados ao gênero não são determinados pelo sexo biológico. Eles são construídos histórica e socialmente e podem ser transformados. (HERA, 1998, apud ALVES e CORRÊA, 2009).

Esta condição foi motivo de lutas e embates, a fim de que as diferenças biológicas entre os sexos não se traduzissem em desigualdade, como descrito na Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher de 1995, na China.

O obstáculo principal que impede a mulher de alcançar o mais alto nível possível de bem estar é a desigualdade entre a mulher e o homem e entre mulheres de diferentes regiões geográficas, classes sociais e grupos indígenas e étnicos (ONU, 1996 p.75).

Todavia, apesar de esta desigualdade ser discutida e debatida desde a década de 1960, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e o papel desempenhado pelo movimento feminista, em pleno século XXI, às mulheres ainda se negam direitos e, na relação com os homens são estabelecidas formas desiguais de tratamento e reforçados mecanismos de exclusão (SILVÉRIO, 2013).

Tal desigualdade é medida através do Índice de Desigualdade de Gênero, que é uma medida composta e que reflete a desigualdade de realizações entre mulheres e homens em três dimensões: saúde reprodutiva (taxas de mortalidade materna, fertilidade em adolescentes), capacitação (assentos no parlamento nacional, população com pelo menos o ensino secundário) e mercado de trabalho (taxa de participação na força de trabalho). O Brasil ocupa a 85ª posição neste ranking (0,447), que tem no primeiro lugar, os Países Baixos e em último, o Afeganistão (PNUD, 2013).

No Brasil, em termos quantitativos, as mulheres (51,5%) são a maioria da população (IBGE, 2012). De acordo com os dados do IBGE (2008, 2012), o excedente de mulheres em relação aos homens era de 2,5 milhões em 2000 e em 2050 poderá atingir quase sete milhões, expressando uma tendência de crescimento do número de mulheres no planeta visualizada por esse instituto de pesquisa.

Em relação à taxa de fertilidade em adolescentes (número de partos por 1000 mulheres dos 15 aos 19 anos), no Brasil esse índice é de 76, um número elevado a se considerar as taxas dos Países Baixos (4,3) e 3,9 da Suíça (PNUD, 2013).

A participação feminina em relação à população economicamente ativa passou de 48,8% para 49,7% em 2009. As mulheres chefes de família passaram de 18.1% em 1991 para 39% em 2012 (PNAD, 2012), e a taxa de participação na força de trabalho é de 59,6%.

Em relação ao rendimento médio do trabalho das mulheres, em 2012 foi de R\$ 1.238 72,9% dos rendimentos do homem, de R\$1.698 (PNAD, 2012). Em comparação a 2011, houve uma queda dos rendimentos da mulher (R\$ 1.343,81), 73,7 % do que recebiam os homens (R\$ 1.857,63). Mais da metade, ou 57,8%, dos desocupados em 2011 eram mulheres; 30,5% deles nunca tinham trabalhado (PNAD, 2012).

As mulheres, independentemente do grupo de anos de estudo em que se, em média recebem menos que os homens (IBGE, 2012). Na população com pelo menos o ensino secundário (% com pelo menos 25 anos ou mais), o percentual de mulheres é de 50,5%, enquanto em relação aos homens é de 48,5%.

A ocupação no parlamento é de 9,6% assentos no parlamento, em países como a Bolívia é 30,1% e México (36%). (PNUD, 2013).

O desenvolvimento econômico, com suas consequências, somado ao agravamento das condições de vida e à quebra de muitos tabus e preconceitos, contribuiu para a entrada de um número crescente de mulheres na produção social.

No entanto, esse tipo de desenvolvimento determina, em relação ao trabalho da mulher, algumas características negativas que são identificadas principalmente nos períodos de crise econômica. Entre elas: seu deslocamento para o exército de reserva, sendo sua força de trabalho utilizada de acordo com a conveniência dos donos dos meios de produção e sempre como mão de obra subpaga; seu afastamento dos setores mais dinâmicos da produção social (COSTA, 2004).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a configuração dos papéis sociais definidos pela ideia de ser masculino e ser feminino, ainda continua a servir como parâmetro para secundarização da mulher em muitas formações sociais concretas. Desse modo, se na Grécia antiga cabia ao homem o espaço público e à mulher situação similar à dos escravos, confinada ao espaço doméstico, em grande parte do mundo atual ainda é naturalizada essa mesma forma de relação, constando como atribuição feminina os cuidados com a casa, com os idosos e crianças, tarefas tidas como pouco relevantes na divisão social do trabalho. (D'ALONSO, 2008).

Tal fato demonstra que o ser masculino continua moral e materialmente, para uma parte da sociedade, como o polo positivo. Assim, em que pese a luta social e as mudanças na legislação em relação ao papel social da mulher, esta ainda é reconhecida a partir do espelho dos homens.

Pesa como obstáculo para a mudança dessas relações sociais, as regras e normas próprias do corpo da mulher, com seus excessos e desequilíbrios. A base da teoria hipocrática dos humores defende que o corpo humano é composto por basicamente quatro líquidos ou humores: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra, cujo equilíbrio é fundamento para que as pessoas tenham saúde, o que significava dizer que a doença, ou enfermidade derivaria do predomÍnio de um sobre o outro, ou da sua escassez ou ausência. No corpo da mulher, há o leite que pode ser excessivo na amamentação, ou pode ser reduzido. O sangue que pode vir em demasia ou faltar, o que caracterizaria o desequilÍbrio, a patologia. Nesse movimento, há uma batalha para conter os excessos do corpo feminino, há toda uma regulação e normas, que vão desde a suspensão da menstruação até o controle da fecundidade.

As mulheres devem ser mães para cumprir um papel social, o da maternidade, mas também esta maternidade deve ser normalizada. Antes, o estabelecido era ter um grande número de filhos, então a decisão de não ter filhos não era escolha da mulher. No atual contexto histórico, ter muitos filhos é considerado uma falta da mulher, principalmente se for uma mulher pobre. Neste contexto, tudo o que se estabelece no corpo tem necessidade de ser examinado, detalhado, estudado, regulamentado e prescrito. Em razão disso, Illich (1975) critica a existência de uma medicina da mulher pautada na regulação e no contexto do anormal e da doença, conforme bem acentua Illich:

Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente do sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais (ILLICH, 1975. p.59).

Ao mesmo tempo, pesa sobre no processo de manutenção da secundarização da mulher na atualidade uma cultura que se forjou embasa na concepção de que o corpo feminino é fonte de impureza, sujeira. A teóloga e historiadora Uta Ranke-Heinemann, em seu livro *os Eunucos pelo Reino de Deus*, discute a questão do tabu existente contra o sangue menstrual e do parto. Segundo

a autora, Fílon de Alexandria e Sorano de Éfeso prescreviam abstinência sexual no período da menstruação a fim de não debilitar ou anular o sêmen. Outros estudiosos da época alegavam que os filhos gerados no período menstrual podiam ser doentes, leprosos, hidrocefálos, epiléticos, ou ainda possuídos pelo demônio. Isso implicava também o não recebimento da comunhão (HEINEMANN, 1996).

Os preceitos religiosos também eivados de aspectos seculares da cultura também estão nas raízes da desigualdade entre homens e mulheres. De fato, a religião sempre fez parte da vida do homem, de forma institucionalizada ou não. A tradição religiosa e moral judaico-cristã influenciou sobremaneira a cultura no Ocidente, e é nitidamente marcada pela hegemonia masculina; o Deus dos hebreus é masculino, assim como os seus profetas. A mulher é considerada um ser inferior, impura, alijada da participação na religião e é propriedade do homem como seus animais. No 10º mandamento encontram-se: “Não cobiçarás a casa do teu próximo, não desejarás a sua mulher, nem o seu servo, nem a sua serva, nem o seu boi, nem o seu jumento, nem coisa alguma que pertença a teu próximo” (Ex. 20,17). No Novo Testamento, da Bíblia Cristã, essa tradição moral e religiosa hebraica pode ser encontrada, como no episódio da mulher adúltera.

Como propriedade do homem, numa sociedade onde o casamento era um contrato entre homens, o destino da mulher era o de ser a propriedade de alguém, conseqüentemente, era direito do seu “proprietário” infringir-lhe as penas que considerasse adequadas. Nesse contexto, a sexualidade feminina era de domínio do homem, e a violência, parte do cotidiano da mulher, sendo incentivada e estimulada.

O criacionismo referido no Velho Testamento diferencia e desigual os sexos a partir de suas criações. O homem é criado do pó e o sopro que lhe confere a vida é dado pelo próprio Deus. A mulher, ao contrário, é criada de uma costela do primeiro homem (Gn, 2. 7, 21, 22).

Os inquisidores Kramer e Spencer no seu tratado sobre bruxaria, o *Maleus Maleficarum*, escrito em 1484, estabelecem:

Convém observar que houve uma falha na formação da primeira mulher, por ter sido ela criada a partir de uma costela recurva, ou seja, de uma costela do peito, cuja curvatura, é por assim dizer, contrária à retidão do homem. E, como, em virtude dessa falha, a mulher é animal imperfeito, sempre decepiona e mente. (KRAMER; SPENCER, 1991. p. 116).

Compreendendo que a religião, assim como a família e o Estado, são representações simbólicas de poder e que todas são estruturadas pelo poder

masculino e, partindo-se da evidência de que todas as religiões que influenciaram e influenciam a vida do homem, tanto no Ocidente como no Oriente, têm os seus deuses e profetas centrados e representados por figuras masculinas, ficaria talvez mais fácil entender o alijamento da mulher na Igreja. O seu desprestígio e a sua condição de subalternidade e inferioridade foram legitimados pela tradição religiosa, o que gerou outro fenômeno que as mulheres e os movimentos organizados vêm lutando para combater, a violência contra a mulher.

Para Heinemann (1996), as mulheres foram alijadas desde a morte de Jesus Cristo, considerado pela autora o único amigo que as mulheres tiveram na Igreja.

A história do cristianismo é quase a história de como as mulheres foram silenciadas e privadas de seus direitos. E se esse processo não mais prossegue no Ocidente cristão, não é graças à Igreja, mas apesar dela, e por certo ainda não foi detido na própria Igreja (HEINEMANN, 1996. p. 141).

O patriarcado é a forma de dominação da mulher pelo homem, caracterizada pelo vínculo entre os dois, através de um filho, cuja primazia era do homem.

A discussão sobre esse processo de dominação, no entanto, já incitou inclusive a perspectiva de ter existido uma sociedade matriarcal, e que a passagem desse sistema para o patriarcal é que seria o ponto crucial para o processo de dominação da mulher, pois a mulher teria perdido a sua supremacia e autonomia, tornando-se escrava de pais, irmãos e marido.

Para autores como Serafim (2009), a sociedade matriarcal nunca existiu, havendo na verdade sociedades matrilineares, onde a descendência da prole era dada pela mãe, ainda assim, sem exercer autoridade. Ao tempo, não há uma delimitação histórica quanto ao aparecimento do patriarcado, havendo referências em torno de sete mil anos atrás (SERAFIM, 2009).

A estrutura de dominação e exploração do homem sobre a mulher, o patriarcado, é entendida por Costa, como:

organização sexual hierárquica da sociedade tão necessária ao domínio político. Alimenta-se do domínio masculino na estrutura familiar (esfera privada) e na lógica organizacional das instituições políticas (esfera pública) construída a partir de um modelo masculino de dominação (arquetipo viril) (COSTA, 2008. p.4).

A distinção entre os espaços público e privado, que foram construídos e pelas histórias e crenças em relação aos papéis sociais da mulher e do homem, vão

determinando, os lugares de cada um e tornando verdadeiros e naturais esses papéis. Sendo assim, legitimados a hierarquia de poder entre os gêneros (SILVA, 2012).

Saffioti (2009, p.10) refere que, “seguramente, este regime ancora-se em uma maneira de os homens assegurarem, para si mesmos e para seus dependentes, os meios necessários à produção diária da vida e sua reprodução”.

Na civilização grega, sexualidade envolvia a submissão da mulher, o casamento era um contrato entre senhores, onde não era exigida fidelidade (do marido), pois era dono da sua vontade, mas também era o dono da sua esposa como dos seus escravos; a mulher era proibida de ter outras relações sexuais, sendo punida rigorosamente em caso de infração dessa norma (HEILBORN, 1999).

Em Foucault encontramos o caráter dessa instituição, quando se refere ao homem (marido) grego:

Ele próprio, enquanto homem casado, só lhe é proibido contrair outro casamento; nenhuma relação sexual lhe é proibida em consequência do vínculo matrimonial que contraiu; ele pode ter uma ligação, pode frequentar prostitutas, pode ser amante de um rapaz – sem contar os escravos, homens ou mulheres que tem em sua casa, à sua disposição (FOUCAULT, 2007, p. 132).

As transformações de ordem social, econômica, tecnológicas que ocorrem na sociedade ao longo do século XX, promoveram mudanças em relação à sexualidade, gênero, autonomia das mulheres, transformações dos padrões sexuais e conjugais. Ainda assim, como afirma Alves e Corrêa (2009, p. 2).

Mesmo no caso das sociedades em que profundas transformações dos sistemas sexo/gênero estão em curso, padrões androcêntricos persistem no ordenamento da economia, na sociabilidade cotidiana e, sobretudo, no plano das práticas políticas, que não se desvincilharam dos vestígios de patriarcalismo, em especial no que diz respeito à permeabilidade entre lógicas pública e privada.

A despeito de todo esse processo de subjugação da mulher pelos homens, ainda que alijadas da participação, as mulheres nunca foram passivas ao longo da história. No que tange todas as desigualdades de gênero, lutaram e conseguiram mudanças, que, mesmo não tendo alterado a face da desigualdade no Brasil e no mundo, transformou padrões de moralidade e alteridade.

Sem dúvida, coube ao Movimento Feminista papel fundamental nessas transformações. No Brasil incorpora suas pautas junto ao Estado, num processo permeado por conflitos e interesses. Hasteia suas bandeiras a partir do final do século XIX, com Bertha Lutz e sua luta pelo voto feminino (PINTO, 2003). A

conquista dolorosa do voto feminino ocorreu oficialmente em 1932, mas a partir desse período houve um recuo do movimento, decorrente da conquista do voto, mas também em razão da ditadura Vargas que impediu manifestações e mobilizações reivindicatórias.

Em relação à saúde, os embates e lutas desse movimento, foram fundamentais desde a década de 70 para tornar público o processo da violência sofrida contra a mulher, assim como os direitos sexuais e reprodutivos, buscando romper a subordinação do corpo feminino às definições de ordem privada e pública (MIRANDA, 2009).

Além desses, o movimento feminista tem tido papel relevante em outros campos. Desse modo, podem-se contabilizar mobilizações e lutas tanto em nível nacional como internacional, que conseguiram incluir a questão de gênero nas várias agendas e políticas. Mais modernamente, essa agenda se amplia colocando a necessidade de pensar gênero em um contexto que incorpore outras perspectivas, a partir da heteronormatividade sexual, como os movimentos de lésbicas, gays, e transexuais (LGBT) e suas demandas.

### **3.2 Dos “cidadãos saudáveis” à volta das cegonhas - Políticas de Atenção ao Parto no Brasil**

Discutir como o Estado viabilizou ações de saúde voltadas para a mulher é desvelar o próprio espaço da mulher e as formas de apropriação do seu corpo.

Para Rua (2010), há duas formas de administrar os conflitos na sociedade: a coerção e a política. Esta necessidade ocorre em função da complexidade da vida na sociedade moderna que se caracteriza pela heterogeneidade de seus membros. Isto porque as pessoas se diferenciam socialmente em função do sexo, idade, convicções religiosas, formação profissional, escolaridade e neste sentido também expressam suas ideias, valores e aspirações de modo diferenciado.

Para a autora, “Política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacificados conflitos quanto a bens públicos” (RUA, 1997, p.1).

Já as políticas públicas são respostas a determinados problemas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade (VIANA 1997). Problemas que precisam ter magnitude e relevância social e que tenham poder de

barganha suficiente para serem postos na agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador de políticas, que pode ser ou não estatal.

Como não há uma igualdade na distribuição de poder dentro da sociedade, a política acaba por remeter a um jogo que não se caracteriza pelo equilíbrio de forças. Nesse sentido, Teixeira (2002, p.2), conceitua Políticas Públicas como:

diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamento) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. [...] As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implementação e, sobretudo em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder; o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

Portanto, a participação efetiva dos sujeitos e grupos da sociedade organizada é fundamental para que as discussões possam ocorrer e as questões possam ser incorporadas na agenda governamental. O reconhecimento de um problema pode se dar em função de uma crise ou evento dramático; por um indicador, pois tanto a magnitude de um dado como sua mudança chama a atenção das autoridades; e da acumulação de informações e experiências da execução das políticas existentes, cuja prática proporciona o reconhecimento de novos problemas.

Entretanto, como lembra Gomide (2008)

para um problema entrar na agenda é determinante o processo político – e este tem uma dinâmica própria. Uma conjuntura política favorável para um problema entrar na agenda, pode vir de uma mudança de governo, que traz novos atores ao poder; da atuação das forças organizadas da sociedade, que têm sucesso em levar suas demandas ao governo; e das mudanças no “clima nacional” (national mood), ou seja, de uma situação onde as pessoas, por um determinado período de tempo, compartilham das mesmas questões (GOMIDE, 2008,p. 8).

Para Dye (1992.) “Política Pública é tudo o que o governo escolhe fazer e, igualmente, aquilo que não escolhe fazer”. O que Governo não faz, ou seja, a sua omissão, é tão relevante socialmente quanto as suas ações.

No Brasil, de acordo com o texto constitucional de 1988, a saúde, a previdência e a assistência social fazem parte da Seguridade Social, passando a se constituir o modelo de proteção social no país.

Dentro dessa perspectiva, as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da

população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Essa amplitude de ações as quais a política de saúde deve responder está afirmada na Declaração de Alma-Ata em 1978 na ex-União Soviética, onde foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

Além da meta (não alcançada) de “saúde para todos até o ano 2000”, está posta a necessidade de investir em cuidados primários de saúde por representarem o primeiro nível de contato com os indivíduos, família e comunidade. Destaca também a importância de infraestrutura urbana e a inter-relação com outras políticas como condicionantes para promoção e manutenção da saúde na perspectiva de “estado de completo bem-estar físico, mental e social” e direito humano fundamental.

No Brasil, a instituição de um modelo de política privatista-curativo, impediu um reordenamento na perspectiva dos cuidados primários de saúde definidos como atenção básica, cujo papel preponderante é dado atualmente à Estratégia de Saúde da Família.

No que concerne à saúde, cabe ao Estado garantir o direito a todos, os quais devem efetivar-se "mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso *universal e igualitário* às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde" (art. 196, CF 1988).

Em relação à mulher, Tyrrell e Carvalho (1995), referem que a partir de 1920, já havia a proposição de uma atenção à mulher nos programas de governo, entretanto, esta atenção esteve aliada desde a sua origem na proteção à criança, cujo papel do Estado era de definição de propostas feitas de forma vertical, onde as questões da saúde de mães e crianças eram elaboradas visando o aspecto biológico, numa concepção funcionalista e nacionalista, com o objetivo de prover cidadãos saudáveis.

Na perspectiva apontada acima, o objetivo era a formação de cidadãos saudáveis para fortalecimento da nação. As mulheres eram instadas a assumir o papel a elas destinado, a partir de um discurso nacionalista, onde é possível

perceber o poder da medicina na busca de uma associação com as mães para a defesa da nação.

Serão as mães culpadas? Ou o delicto é dos que, podendo, não tratam de instruí-las? O Estado julga-se no dever de procurar, até no recesso das mattas, o futuro cidadão, e, seja ou não do agrado deste, ensinar-lhe a garatujar a assignatura, na acta eleitoral, para que a soberania popular se manifeste em toda a plenitude; mas esquece de divulgar, entre as mães actuaes ou futuras, os principios que fariam florescer criaturas sadias e robustas, que enriqueceriam a nação com energias de toda especie, augmentando-lhe a efficienciaphysica e moral e poupando-lhe mais de metade do sacrificio prematuro de vidas. Quem toma a si velar pela validade publica, quem pune as fraudes contra a saudecollectiva, quem decreta a vaccinação obrigatoria, deve, sem sombra de dúvida, tornar compulsório o apprendizado da puericultura. (ALMEIDA; MURSA, 1927, p. V-VI).

O corpo da mulher é percebido numa concepção instrumental, um acesso, pois é através dele que os agentes do Estado chegarão até a criança, o que estaria de acordo com o objetivo do governo de preservação da força de trabalho.

Essa forma de incorporar as necessidades da mulher e as demandas do movimento feminista como componentes da agenda de governo remete às reflexões de Foucault (2010) sobre a perspectiva da governamentalidade. Esse autor considerou como um dos fatores decisivos para o desenvolvimento da arte de governar, a descoberta da população como uma unidade específica.

Ainda de acordo com Foucault (2010), a população e os seus fenômenos próprios, os quais podiam ser estudados mediante o emprego das técnicas estatísticas: taxas de natalidade e mortalidade, movimentos migratórios, expectativa de vida e os fatores que poderiam interferir em todos esses índices passaram a constituir um campo privilegiado da atenção e da intervenção do governo. O objetivo do governo passou a ser prioritariamente o de defender a vida e o bem-estar da população, na medida em que isso fosse considerado importante para o crescimento e a segurança do Estado. À modalidade de poder exercido sobre as dinâmicas populacionais, Foucault (2010) denominou “biopolítica”.

De acordo com Martins (2007), as propostas de políticas públicas direcionadas à mulher deixavam em relevo aquilo que representava o seu papel social: a mãe.

A elaboração de políticas públicas voltadas para a maternidade e a infância revela um vocabulário capcioso, pois aparentemente o discurso maternalista parece defender os direitos das mulheres. Contudo, não se trata de uma valorização da mulher enquanto cidadã, ou de uma concepção universalista de direitos, mas sim do enaltecimento da função maternal. O universalismo está ligado à ideia de que todas as mulheres são mães, mesmo aquelas

que não dão à luz. Se a maternidade era intrínseca à natureza feminina, como acreditavam os médicos, ela podia ser exercida de fato ou espiritualmente, como é o caso das religiosas e das mulheres solteiras que se dedicavam aos trabalhos assistenciais (MARTINS, 2007, p.2).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSM), lançado na década de 1970, segue a mesma linha restrita da visão da mulher na sua determinação biológica e na função de mãe, responsável pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiar (BRASIL, 1975). Costa (1986), ao se referir a este Programa avalia que ao restringir suas atividades à saúde da mulher no ciclo grávido puerperal, não só reforçava o seu papel social de “reprodutora”, como tinha como objetivo final a proteção e bem estar do recém-nascido.

O PNSM foi criado no início da década de 1970, num contexto político e social adverso, o da ditadura militar, portanto o documento tinha o mesmo caráter vertical dos que o antecederam. A Coordenação de Proteção Materno-Infantil da Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde foi a responsável pela elaboração do documento que visava ao acompanhamento no período pré-concepcional, os cuidados ao pré-natal, parto e do puerpério, ao estímulo do aleitamento, à distribuição de fórmulas de alimentação infantil e à imunização e acompanhamento das crianças. Tinha como público alvo as mulheres de 15 a 49 anos e crianças de zero a 4 anos, considerando que esse grupo representava 70,98 % da população brasileira (BRASIL, 1975).

O general Ernesto Geisel havia assumiu o cargo em março do ano anterior, ainda dentro da bandeira do “milagre econômico”. A fim de não refrear a economia, manter o regime militar e a percepção do Brasil como futura potência mundial, a proposto do governo se inclinou para acelerar o processo de crescimento, investindo no parque industrial brasileiro, em um momento onde o contexto era de desaceleração mundial da economia, aumento do preço de petróleo e endividamento do país (MARCIO, 2012). Esse enfoque dado pelo governo vai ser impresso nas políticas, inclusive na PNSM.

O Programa caracterizava-se mais como uma resposta do governo brasileiro às pressões internacionais e aos compromissos firmados em acordos internacionais de proteção à mulher. A pouca participação de movimentos organizados, e o sistema capitalista fortalecia a situação de assistência hospitalar e ambulatorios de especialidades com reforço nas especialidades médicas. Vale ressaltar, que em 1975, comemora-se o Ano Internacional da Mulher.

A criação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil se propunha a contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 1975).

Na identificação dos efeitos econômicos e sociais da Proposta, fica clara a conotação nacionalista, fazendo a relação direta entre saúde e produtividade econômica.

Em face da crescente participação da mulher na força do trabalho, é necessário assegurar-lhe as condições que impliquem em proteção sanitária e social adequadas, durante os períodos de gestação e de aleitamento materno. Assim, a execução do Programa de Saúde Materno-Infantil, em longo prazo, virá contribuir para maior produtividade com o ingresso de novas e mais hígdas gerações na força de trabalho; a saúde será meio e fim para o desenvolvimento econômico-social, consoante ao disposto na Política Social do Governo explicitada no II Plano Nacional de Desenvolvimento (BRASIL, 1975. p. 72).

Em 1977, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que na verdade era uma norma incorporada ao Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em conjunto com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), a Associação Brasileira de Reprodução Humana e oito universidades, do Ceará, Campinas, Pernambuco, São Paulo e Brasília. Esse Programa emergiu com a finalidade de normatizar e programar ações de assistência aos riscos reprodutivos e obstétricos e ao planejamento familiar (OSIS, 1998).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) foi proposto em outubro de 1980, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, com a intenção de estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase toda a população brasileira. Além disso, visava um amplo programa materno-infantil, que não foi implantado, em virtude da crise econômica, dos interesses dos dirigentes dos programas de assistência médica previdenciária e dos empresários do setor de assistência médica (OSIS, 1998).

As mudanças em relação ao papel da mulher e a preocupação com o atendimento específico da sua saúde vão ocorrer partir da década de 1980 com a

adoção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O Brasil vivia o processo de abertura democrática e a consequente participação efetiva dos movimentos sociais, em particular, o movimento feminista, que foi fundamental na proposta, já que muito do seu ideário foi adotado no Programa.

Naquele período, Ana Maria Costa, uma das artífices do PAISM, advertia sobre o tipo de atenção dispensada à mulher nos serviços de saúde:

Os serviços de saúde prestados à população feminina frequentemente são carregados de ações e ideias discriminatórias. As mulheres mais uma vez são vitimadas pelo poder masculino hegemônico nas relações com os profissionais. Acerca dela e como retrato desta discriminação se ouve frequentemente, falar de uma categoria de doenças às quais não se deve prestar atenção como tal por se tratar de “queixas de mulheres”. Queixas estas que fazem parte do conjunto de esteriotipos que define a mulher como “faladeira”, “hipocondríaca”, “histérica” e “poliqueixosa”, não entendendo que o gênero feminino tem uma especificidade própria que não é só biológica, (como percebido pela ciência) mas que esse biológico é percebido pelas águas profundas da cultura, com características próprias (COSTA, 1986. p.2).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher adotado no programa vai estabelecer outro significado para o corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres.

O princípio da integralidade é considerado um dos mais importantes do modelo assistencial preconizado para o Sistema Único de Saúde, pois é o que é capaz de assegurar aos indivíduos e no caso às mulheres, o direito de assistência à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à prevenção, assim como é o que permite a compreensão e a abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade e das coletividades em suas singularidades (COSTA, 1992, p. 6).

O PAISM é considerado um divisor de águas no que se refere a uma proposta de atenção à saúde da mulher, pois além de romper com a postura ideológica que via a mulher somente na sua condição de mãe, o programa buscava englobar todas as etapas da vida da mulher, sem, contudo alijar aquelas questões essenciais dos programas anteriores, quais sejam: a gestação, parto e puerpério. Neste sentido, é que na sua proposição em 1984, vamos encontrar questões que hoje fazem parte das discussões em relação à assistência ao parto, tais como: acesso ao atendimento, peregrinação, medicalização, altas taxas de cesariana, participação ativa da mulher.

A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. E fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos da

medicalização no parto e crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. (COSTA, 1992.p.11).

No PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas como “objeto de reprodução” e passaram a ser sujeitos de sua própria história. O cuidado à saúde deixou de ser restrito à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério e foi estabelecido o compromisso com as ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento. A questão da ação educativa é considerada central no programa, pois a proposição era que o trabalho fosse desenvolvido a partir da perspectiva do outro, das experiências demandadas pelos sujeitos. O processo de trabalho, ao contrário do programa anterior, que é hierarquizado, aqui é centrado na equipe de saúde (BRASIL, 1984).

No estado do Maranhão e mais especificamente em São Luís, a implantação do PAISM, representou um marco e um momento de efervescência, já que havia uma expectativa geral nas mudanças positivas que adviriam com a sua implantação. Algumas profissionais de saúde, a exemplo das enfermeiras, tiveram um papel de destaque naquele momento. Estas profissionais eram encaminhadas para a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, onde fizeram capacitações como monitoras, a fim de atuar como multiplicadoras no Estado para a atuação junto à mulher.

As capacitações tinham inicialmente uma duração de 80 (oitenta) horas, devendo ser repassadas para as profissionais com a mesma carga horária. Posteriormente esse tempo passou para 40 (quarenta horas), que era o tempo considerado mínimo pelo próprio Manual do Ministério (BRASIL, 1989). As ações no caso da atenção à mulher tiveram como foco inicial as ações de pré-natal e prevenção do câncer de colo uterino, já que até aquele momento as enfermeiras não participavam dessas ações.

A capacitação era realizada a partir de um material instrucional que constava de 3 (três) módulos discutindo o parto, o parto domiciliar, posições para o parto, participação do parceiro no parto, uso rotineiro da episiotomia, atenção adequada ao parto e a mortalidade materna, É importante observar que as chamadas boas práticas de atenção ao parto estão ali colocadas ainda que de forma de uma aproximação de uma discussão.

No entanto, apesar da sua importância, a implementação do PAISM não foi efetiva e questões como a melhoria da saúde reprodutiva, mortalidade materna por

causa evitáveis, violência contra a mulher, são colocados como prioridade pelo Estado. A perspectiva de mudar o atendimento deficiente naquilo que sempre foi prioridade oficial, qual seja, a gestação, parto e puerpério determinado por denúncias de grupos organizados da sociedade civil e profissionais de saúde é lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Para os autores, a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento se coloca como uma complementação do PAISM, pois mesmo que este tenha sido um marco, até mesmo por seu caráter revolucionário, dentro de uma perspectiva de direitos e de conceitos em relação à mulher, tais como concepção de sujeito histórico, gênero, sujeito da reprodução estas proposições precisavam estar incluídas no contexto do parto e nascimento.

Em 2004 é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), buscando englobar a ideologia do PAISM.

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares. (BRASIL, 2004, p.64).

No tocante à questão da gestação, parto e puerpério figura como objetivo promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes. Partindo deste contexto, entre as suas metas figuram a redução da mortalidade materna em 15% nas capitais brasileiras, ampliação da adesão dos municípios ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, redução em 25% das taxas de cesáreas, implantação de comitês de mortalidade materna em 100% dos estados (BRASIL, 2004).

Num percurso de avanços e recuos em relação à saúde da mulher, os desafios para resolução das históricas questões permanecem, e entre eles, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Por outro lado, atingir o quinto objetivo do milênio parecia um horizonte longínquo, então a resposta do Estado foi o lançamento de mais um programa, a Rede Cegonhas.

A Rede Cegonha, instituído pela Portaria nº 1.459, de Junho de 2011, se coloca como a proposta do governo atual, para o atendimento à mulher com ênfase na função reprodutiva. A proposta no seu nascedouro carrega polêmicas, como a associação desde nome ao um caráter reducionista, em comparação aos avanços em proposto na criação do PAISM.

As mulheres foram substituídas por um mito, o pássaro que carrega o bebê prontinho, comprometendo o próprio sentido da atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério. Uma subestimação dos avanços conceituais no campo dos direitos reprodutivos, como direitos humanos, infantilização do processo reprodutivo centrado no bebê. Portanto, uma desumanização simbólica da política de saúde da mulher (NEGRÃO, 2011, p.1).

A reformulação do modelo de atenção à saúde da mulher e criança e a organização da Rede de Atenção Materno Infantil é objetivo da proposta, que focaliza a atenção no parto e nascimento, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.

A Rede organiza-se a partir de quatro componentes e cinco diretrizes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. As diretrizes se propõem garantir o acesso a serviço de pré-natal de qualidade, com acolhimento, avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte. A proposta também garante o parto e nascimento seguros e a adoção das boas práticas e acesso ao planejamento reprodutivo. Para as crianças de zero a vinte e quatro meses, propõe uma atenção com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011b).

É inegável e de fundamental importância, qualquer ação que possa salvar a vida de mulheres e crianças no país. No entanto, como O PHPN visava complementar o PAISM no componente parto e nascimento, as ações do Programa poderiam ser estruturadas no sentido de torná-lo efetivo em relação ao parto e nascimento. Contudo, a criação de mais um programa com objetivos e princípios semelhantes, acaba por fragmentar mais as políticas públicas direcionadas à mulher e ao mesmo tempo perder a sua credibilidade.

## **4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO NO BRASIL, MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.**

### **4.1 A evolução do hospital e o papel do hospital de ensino no atendimento ao parto, apropriação e medicalização do corpo feminino.**

O hospital se caracterizou até o século XVIII, como uma instituição de assistência aos pobres, mais especificamente, àquelas pessoas consideradas anormais e capazes de ameaçar as normas sociais, sendo assim, aquelas pessoas eram recolhidas para os hospitais, e, passavam a ser submetidas a normas e regras rígidas. A representação dessa instituição era de exclusão e separação dos indivíduos da sociedade (FOUCAULT, 2010).

O personagem do hospital até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que precisa ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Essa era a função essencial do hospital. O hospital, nessa época, era um morredouro, um lugar onde morrer (FOUCAULT, 2010. p.10).

Dentre dessa lógica, esses espaços funcionavam como reservatório de seres humanos, uma vez que as condições eram precárias, não havia cuidados médicos, e o próprio desconhecimento das causas das doenças, permitia a manutenção de pessoas enfermas e saudáveis no mesmo espaço. Os hospitais eram administrados e mantidos por religiosos, configurando-se mais como uma hospedaria e sem a presença do médico, pois o atendimento realizado por esse personagem era restrito as classes mais favorecidas que podiam pagar pelos serviços (FOUCAULT, 2010).

O período posterior ao século XVIII é marcado pelo rompimento entre administração hospitalar e religião, passando agora a responsabilidade de administrar os hospitais às municipalidades. (FOUCAULT, 2010).

Os séculos seguintes vão ser fundamentais para a medicina se institucionalizar e ocupar o espaço do hospital. Este fato ocorreu devido à necessidade do sistema capitalista promover redução de custos, os quais passaram a se tornar altos devidos ao advento do fuzil no exército. O treinamento dos soldados tornava-se oneroso, então é necessário evitar perdas de contingente do exército, os quais poderiam ser tratados por um especialista, no caso um médico. O

hospital então vai mudar todo o seu contexto, estrutural, tecnológico e começa com a separação entre religião e administração hospital, que passa agora a ser função do médico. Essas mudanças posteriormente vão ser difundidas na sociedade civil (FOUCAULT, 2010).

As conquistas na área da bacteriologia, bioquímica, farmacologia e outras vão impulsionar um domínio nos diagnósticos e na terapêutica e também a necessidade de especializações em doenças e órgãos. “Um mundo de botas brancas e de tecnologia de ponta, asséptico, mas desumanizado” (GRAÇA, 1996, p. 10).

Neste contexto, a saúde tem como o seu centro, o hospital. A saúde coletiva se tornou algo de somenos importância, pois os investimentos eram para uma medicina tecnológica. O médico como figura principal desse espaço, passa a ter sua representação como sinônimo de saúde (GRAÇA, 1996).

Além da tecnologia, o hospital passa a se caracterizar por sua função econômica, pois é visto como fonte de lucro e economia. Neste sentido, na sociedade tecnológica e tecnocrática, hospital passa a vender um produto que é a saúde; o médico é o seu produtor e o paciente é o consumidor e mantenedor da instituição. (GOLDENSTEIN, 2006).

Esse cenário, de uma instituição hospitalar com uma estrutura tecnológica e passível de lucro, só vai ocorrer em momento posterior no Brasil, uma vez que, a situação de saúde no país era precária durante todo o período da colonização portuguesa. O país passou os trezentos anos de colonização produzindo para a metrópole e atrasado cientificamente em relação aos Estados Unidos e as colônias espanholas (PIRES, 1989).

A vinda da família real para o Brasil, primeiro na Bahia e depois se instalando no Rio de Janeiro, como sede do governo, foi importante para promover alterações nesse quadro. A economia, no entanto, permaneceu agroexportadora, o desenvolvimento da indústria foi lento, quer seja, pela manutenção do trabalho, ou pela legislação inadequada. A sociedade era agrícola, hierárquica e patriarcal. (PIRES, 1989).

A autoridade máxima em termos de saúde estava centrada na Fisicatura, uma estrutura de poder baseado no físico e cirurgião-mor reinóis, responsáveis pelos regimentos, provisões e alvarás.

O fato marcante em relação à saúde no Brasil foi a criação das Escolas de Anatomia e Cirurgia em Salvador e Rio de Janeiro para a formação de médicos e

cirurgiões, pois a corte portuguesa instalada no país, se sentia ameaçada pela ausência destes profissionais para atender a nobreza que aqui chegava.

A criação dessas escolas vai caracterizar a institucionalização da medicina no país.

A primeira metade do século XIX, sobretudo a partir de 1830, quando a sociedade começa a funcionar, a medicina canta o seu louvor – a posição e a importância da medicina, as virtudes do médico, as vantagens do reconhecimento da “verdadeira medicina” – e cria o charlatanismo como desvio. Ufanistas cantos de guerra: a medicina ocupa uma posição central no saber e seus braços sustentam a sociedade. O projeto médico defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber (MACHADO, 1978, 193-4).

A medicina interfere em todas as áreas; da regulação de casamentos à legitimidade dos filhos, dos processos criminais à determinação de privilégios sociais.

Em relação ao parto, até o século XVIII, este evento era de alto risco de morte para mães e fetos, com índices acentuados na Europa Ocidental, principalmente por causa da recorrência de infecção puerperal. Nesta época o parto já passava pelo processo de hospitalização e muitas mulheres com medo da morte que representa estar internada nos hospitais, preferiam ter seus filhos em casa. Foi somente durante o século XIX que a Medicina conseguiu desenvolver técnicas cirúrgicas, uso de anestésicos e combater a infecção puerperal e, então, conseguir o domínio da prática dos partos no hospitalar (VIEIRA, 2002).

Então, a consolidação da medicina contemporânea, vai acontecer no século XIX, e é marcada como um saber científico e um novo tipo de prática médica com um projeto de medicalização dos corpos uma medicina social, no sentido de estar voltada para a grande massa da população (FOUCAULT, 2007). Seu contexto histórico era o da própria formação da sociedade capitalista (AGUIAR, 2010).

No Brasil, é apenas no final do século XIX que se tem a constituição da medicina social e a ampliação da medicalização da sociedade (VIEIRA, 2002). Por medicalizar entendemos a transformação de aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (VIEIRA: 2002:19).

E esta medicalização envolve fundamentalmente dois sentidos: o da produção de idéias sobre o corpo, a ciência, a saúde, a doença, a vida e a morte, e o de extensão dos cuidados médicos a todos os âmbitos da vida e cada vez a mais

peçoas (VIEIRA, 2002; AGUIAR, 2010). Nas mulheres, esta extensão se dá sobre todos os seus ciclos vitais, menstruação, gravidez, parto e menopausa que passam a ser objetos de intervenção da medicina, numa produção de idéias que vê o corpo feminino campo de estudo sobre estes eventos.

A institucionalização do parto também só vai acontecer no final do século XIX, pois durante todo o desenvolvimento deste século, a assistência ao parto permaneceu nas mãos de parteiras, Del Priore (1995, p. 263) comenta que:

...esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...].

As parteiras foram centrais no atendimento ao parto, mas a partir do século XVII, na Europa, essa personagem é excluída desse cenário. Alguns fatores podem ser apontados como responsáveis pela retirada da parteira desse processo de atenção. Por lidarem com questões relacionadas à sexualidade, fertilidade, gravidez e parto, e por fazerem uso de ervas, plantas, e orações, representavam uma clara ameaça à Igreja católica, que buscava normatizar suas práticas e exigiam das mesmas um comportamento condizente com a fé católica. A criação das universidades no Renascimento, legitimando a prática médica, e o advento do capitalismo industrial que também vai consolidar essa mesma prática foram fatores decisivos que tornaram o ofício das parteiras uma prática marginal (COSTA, 2000; VIEIRA, 2002; KITZINGER, 1978).

No acompanhamento feito pelas parteiras, os familiares eram partícipes do processo e as mulheres parturientes se preparavam para o parto, além da possibilidade de expressão, liberdade de movimentos e escolha da posição mais adequada.

Evreux (2002), no seu relato sobre a o Maranhão, fala do parto das índias como um acontecimento coletivo, onde a mulher era assistida por outras mulheres que eram convidadas para o evento. O parto era realizado com a mulher sentada, e, o marido permanecia junto às outras mulheres da vizinhança e só aparecia se houvesse demora, para promover algum tipo de ajuda, como a compressão da barriga da mulher no intuito de promover a expulsão da criança. A partir desse

momento, o homem se colocava na posição de resguardo, enquanto a mulher voltava aos seus afazeres normais.

Em relação à “Arte Obstétrica”, o seu ensino começou a partir de 1818, de forma teórica e “abstrata”, pois não havia uma enfermaria de mulheres gestantes e em trabalho de parto para realizar o ensino prático. As dificuldades para instalar uma enfermaria de obstetrícia, foram de várias ordens: financeira, cultural (as religiosas, consideravam o parto, uma falta de pudor), desconfiança das mulheres que não procuravam a maternidade, com receio do internamento (BRENES, 1991).

A ausência das mulheres nas clínicas para que os médicos pudessem realizar a arte da obstetrícia e adquirir a prática para a “difícil arte de partos”, levou os médicos a buscarem uma associação direta com o Estado, a fim de trazer as mulheres para o hospital (BRENES, 1991).

Entre as questões colocadas pelos médicos, para aumentar o número de parturientes estava a de criar leis para “obrigar toda e qualquer mulher rica ou pobre que tiver parido a levar ou mandar levar o recém-nascido à apresentação em casa do subdelegado do distrito” (GUIMARÃES apud BRENES, 1991, p.145). O objetivo desta recomendação era o registro de todas as crianças nascidas no Rio de Janeiro e a retirada desta atribuição da igreja. No registro deveriam conter todos os dados dos pais e as condições de saúde do filho. Os profissionais advertiam da necessidade de um rigor para o cumprimento da Lei a ser criada, para que pudessem ser identificados e punidos os infanticídios, além disso, pela colocação abaixo, visava tornar inviável a realização dos partos domiciliares, principalmente das mulheres pobres.

A mulher pobre, para livrar-se de todos estes incômodos com toda a facilidade, preferirá parir no hospital do que em casa, e as pessoas que hoje acolhem facilmente uma mulher em trabalho de parto deixarão de fazê-lo para furtar-se às exigências da lei”.

O hospital, como local de ensino prático na área da obstetrícia, só se efetivou no final do século XIX. Entretanto esse processo de institucionalização não foi feito de forma pacífica, as mulheres foram submetidas pelos poderes instituídos e dentro de condições precárias, ao processo de hospitalização e apropriação dos corpos para o ensino dos médicos. Sendo, assim, o hospital de ensino tem um papel fundamental no processo de perda de autonomia da mulher no parto e na consolidação do poder médico.

Como a disciplina é interiorizada e pode ser exercida através do medo, do julgamento e da destruição (Foucault, 2010), os poderes são transversais e se dissimulam através das instituições e estratégias de confinamento.

Através de uma vigilância permanente, as técnicas disciplinares destinavam-se a submeter os indivíduos, através de seus corpos, a um conjunto de dispositivos de poder e saber, para normalizar seus comportamentos e exposição a exames; as práticas tinham como objetivo a extração de potencialidades e, portanto, a instituição hospitalar naquele momento cumpriu o papel fundamental de tornar as mulheres e seus corpos dóceis e maleáveis.

O hospital de ensino traz na sua caracterização a concepção de prestígio em função do conhecimento, das várias especialidades que para ali convergem.

Através da Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004, os Ministérios da Saúde e da Educação, estabelecem que todos os hospitais com função de formação de profissionais da área da saúde foram unificados com a denominação de hospitais de ensino, os hospitais universitários, hospitais escola (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior). (CISLAGHI, 2011).

Viana (2004) analisa que como a educação sofreu processo de mercantilização, este mesmo processo vai incidir em todo o contexto que envolve a educação, e no caso dos Hospitais Universitários, que se estruturam em torno dos cursos da área de saúde, acaba por seguir essa mesma ótica, qual seja, a formação organizada para atender ao mercado, e a consequente subordinação das universidades ao mercado com um conteúdo instrumental e utilitário.

## **4.2 O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**

O surgimento da humanização na saúde se inicia “nos porões sombrios onde jaziam os dementes”, na área de saúde mental, através do movimento antimanicomial e a luta pelos direitos humanos dos pacientes. A área de saúde mental, como um elo frágil do Sistema Único de Saúde, era um campo crítico e, portanto:

as iniciativas que se desenrolaram no campo da Saúde Mental foram incentivadas pelo fato de ali vicejarem as condições mais deletérias, mais desumanas no campo da Saúde, afetando e brutalizando a todos, clientes internos e externos( REIS et al, 2004. p.36).

O movimento se estende para a atenção à mulher, condicionado pelas lutas feministas tendo como foco o parto, e posteriormente para todas as áreas da saúde (REIS, 2004).

Neste contexto, a humanização é introduzida ao nível de política no atendimento à saúde pública através do SUS, sendo oficialmente implantada por meio da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS, criada em 2003, que descreveu a mesma como um pacto coletivo que se desenvolve mediante troca de saberes e discussões entre as equipes, identificação de necessidades, interesses e desejos dos envolvidos e da estruturação de redes participativas e protagonistas do SUS.

Segundo a política intitulada “Humaniza SUS”, é a partir do diálogo e do levantamento de dados e informações referentes à saúde atual do país que esta ação deve ser implementada como política. Seu desafio é uma prática de saúde em que o profissional passa a ver a pessoa na sua totalidade e não apenas como um corpo ou uma fragmentação, mas como um indivíduo que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença.

Com o avanço tecnológico na medicina, o caráter singular do homem, suas crenças, emoções e valores ficaram de lado; a doença adquiriu status de objeto do saber, supervalorizada cientificamente, causando a desumanização (MARTINS, 2004). A dimensão desumanizante técnico-científica se estabeleceu a partir do momento em que o ser humano ficou reduzido a simples objeto da própria técnica, totalmente despersonalizada em uma investigação que se desenvolve fria e objetiva (BETTS, 2004).

A humanização como conceito e política vem incitando debates e polêmicas desde a sua criação, na medida em que o termo continua profícuo de interpretações e sentidos. Autores como Deslandes (2004) Puccini e Cecílio (2004), Benevides e Passos (2005), trouxeram importantes contribuições para o tema.

Como bem referido por Deslandes, o próprio texto da Política Nacional de Humanização não busca definir um conceito sobre humanização, o que sem dúvida leva a diversos entendimentos.

Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2004b, p.8).

As diretrizes da PNH se expressam no método de inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinados à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogерidos de ambiência. (BRASIL, 2004).

A fim de atender a estes requisitos, o acolhimento é entendido como uma diretriz da Política Nacional de Humanização, o qual pressupõe uma visão da usuária dos serviços de saúde como sujeitos de direito. Como uma diretriz, ela faz parte de todo o contexto dos serviços de saúde e atravessa todas as práticas e todos os momentos. É uma postura ética que implica que o usuário como cidadão deve ser visualizado como capaz de decidir e se responsabilizar pela sua saúde fazê-lo e também como sujeito ativo. É um compromisso com a cidadania em saúde. Neste processo, uma das questões colocadas que fazem parte de própria discussão do movimento pela humanização é o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004).

Mas, o Sistema Único de Saúde (SUS), já não tinha o propósito de humanizar as práticas de saúde?

De fato, o SUS se inspira no princípio ético, internacionalmente aceito, de que o direito às condições básicas que determinam a saúde (moradia, educação, alimentação, assistência médico – hospitalar) inscreve-se entre aqueles direitos tidos como irrevogáveis e irrenunciáveis.

Como lembra Sousa (2000, p.38):

a operacionalização do princípio de justiça, como equidade, está na base da legislação que universaliza os serviços de saúde no Brasil, e defronta-se, na prática, com três obstáculos: a) insuficiência de recursos em relação às demandas; b) deformações históricas na aplicação dos recursos públicos, com males como corrupção e clientelismo, inerentes à máquina do Estado na sua relação com a sociedade e o mercado; c) dificuldades no processo de controle das políticas públicas pela sociedade. Tais elementos conformam a chamada crise de saúde que é desvelada pela incapacidade do Estado em responder ao conjunto das demandas que fluem para o seu interior.

E em relação ao parto como se conforma essa proposição de humanização?

Tendo como suporte as reflexões de Sousa (2001) os programas referenciados nessa política tem atendimento bastante aquém das expectativas geradas nos demandantes, tanto no que concerne ao efetivo acesso aos serviços como em relação à qualidade dos atos realizados. As populações mais pobres e sem acesso aos planos privados de saúde, mesmo satisfazendo-se com serviços acanhados, muitas vezes deparam-se com a impossibilidade concreta de atendimento (as mulheres precisam fazer longos percursos em busca dos espaços para a parturição), tendo que demandar instituições filantrópicas, práticas alternativas de saúde ou exporem-se como "espetáculo" utilizado pela mídia para apontar o cenário da desatenção à saúde no país.

Trata-se de um contexto em que a classe média, com voz e recursos para lutar pela melhoria do sistema, inconformada com a módica equidade abonada, busca da rede privada, supletiva ao SUS. Nessa dualidade, a busca por diferenciação entre aqueles que podem mais e os que podem menos, se traduziu também na forma de *parir*.

Se a distinção entre os que podem e os que não podem pagar implicam no uso de tudo que a tecnologia oferece, as mulheres com recursos aproveitam a oferta de serviços e optam por cirurgias com hora marcada e anestesia, pois é necessária para demarcar o terreno, a separação entre natureza e tecnologia.

Neste processo, as mulheres vão tendo seus corpos apropriados e medicalizados em prol de uma modernidade que pressupõe uma desapropriação do eu. As taxas de cirurgias vão aumentando progressivamente, a tecnologia é soberana no atendimento às mulheres e os custos hospitalares aumentam.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) surgiu como já referido anteriormente, como resposta também aos embates travados pelos vários sujeitos sociais, preocupados com índices abusivos de cesariana, morte

materna, falta de acesso, intervenções excessivas sobre o corpo da mulher e sua falta de autonomia no processo de gestação, parto e pós-parto.

O PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção às mulheres no período de gravidez, parto e pós-parto, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar esse objetivo em articulação com outros programas de igual magnitude como o Programa Saúde da Família (PSF) que atualmente responde quase pela totalidade da assistência ao pré-natal em todo o Brasil.

O PHPN estabeleceu os seguintes objetivos para dá seguimento aos seus princípios: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000).

Deste modo, foram estabelecidos para o cuidado pré-natal vários critérios relativos à captação precoce da gestante e à realização de um mínimo de procedimentos considerados essenciais e que pudessem ser implementados na grande maioria dos municípios brasileiros. Bem como um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento dos mesmos e acompanhar indicadores de qualidade. (SERRUYA; LAGO; CACATTI, 2004).

No contexto do PAISM, os autores acima comentam que para a melhoria da assistência obstétrica, visando a implementação do PHPN, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica.

Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da atenção ao pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção.

O PHPN recomendou para a gestante uma padronização que inclui: período, número e quantidade de consultas a serem realizadas no pré-natal e no pós-parto; relação dos exames laboratoriais a serem feitos pelas gestantes e período de consulta; aplicação e condições para uso da vacina antitetânica, classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas.

Em relação ao parto, cabem às Unidades Integrantes do SUS as seguintes responsabilidades, a fim de prestar assistência à mulher e recém-nascido: atender a todas as gestantes e que as procurem e garantir a internação; vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal e a unidades que prestem atenção pré-natal; transferir a gestante e ou o neonato de forma adequada; ter pediatra na sala de parto; admissão do pai; realizar o exame de VDRL na mãe; dispor de recursos para atendimento ao parto; garantir a realização de condutas inerentes ao atendimento ao parto e nascimento (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) procura estabelecer diretrizes para o parto humanizado. Como uma proposta pública, o programa está assentado em torno de disputas políticas e ideológicas, que Vaistman & Andrade (2005), colocam em duas correntes: uma chamada tendência feminista, ecológica, integradora e holística, que propõe uma integração entre parto, ambiente familiar e igualdade entre os membros da equipe e usuários. A segunda é a do próprio modelo vigente, o biomédico, que propõe a possibilidade de uma humanização do parto mesmo em ambiente hospitalar, que embora discretamente, terá mais influência na cultura de humanização atual.

Neste trabalho, através dos vários textos examinados pude perceber que as discussões sobre a Humanização do Parto se assentam em 4 pilares:

- O chamado discurso hegemônico capitaneado pela classe médica e outros profissionais de saúde que entendem o corpo da mulher e o seu processo reprodutivo como objeto de trabalho profissional, e, portanto, podem agir sobre ele, algumas vezes como foi visto neste trabalho sem consulta ou consentimento da mulher, além do uso abusivo da tecnologia.
- O discurso do grupo de defesa das mulheres que se caracteriza pela defesa dos direitos humanos das mulheres, o que luta pela centralidade mulher no processo da gravidez e do nascimento;

- O discurso dos grupos de defesa do parto, um grupo bastante heterogêneo, composto por profissionais de saúde, feministas, parteiras tradicionais, que vem questionando o modelo de atenção ao parto no Brasil.
- O discurso oficial que apresenta um conteúdo discursivo voltado para a defesa das mulheres, e que englobou teoricamente a ideologia dos dois grupos anteriores, mas que não consegue na prática se contrapor ao grupo hegemônico.

Em 2005, em São Luís, ocorreu o lançamento da Política Municipal de Humanização com o propósito de relacionar a necessidade da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), às propostas e desafios das políticas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira avaliação nacional feita sobre o Programa mostrou algumas fragilidades da proposta, assim como recomendações para o gestor federal atacar as dificuldades identificadas:

- 1) Não há integração entre o pré-natal e o parto, a solicitação e realização dos exames no trimestre são reduzidos, e é escassa a realização da consulta de puerpério.
- 2) A diretriz da humanização do parto não vem sendo cumprida. As visitas aos hospitais preconizadas pelo Programa não ocorrem, provavelmente pela não concretização das referências específicas. (TANAKA, 2008).

Após o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foram elaborados os manuais *Gestação de Alto Risco, Urgências e Emergências, Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher, Pré-Natal, Puerpério: Assistência humanizada*, além de outros.

Os manuais descrevem as práticas relacionadas ao envolvimento de profissionais, usuárias e do Estado, como propiciadores da inclusão das mulheres no sistema de saúde. A proposta examina os corpos e necessidades de acordo com o modo de vida atual; para gerir gastos no que se refere ao parto e gerir ganhos para a sociedade.

A humanização na assistência se coloca como uma proposta capaz de envolver mulheres, famílias, profissionais e gestores a fim de tornar mais racional o manejo das práticas de parto, tornando-as procedimentos econômicos; um programa para produzir saberes destinados à gerência da vida e dela espantar os males.

A forma “humanizada” de gerir o parto produz, portanto, certo modo de abordá-lo, um modo pedagógico de produzir homogeneização (humanização) através de práticas que são o contraponto da assistência em uso, numa clara luta entre a manutenção do que se faz e a imposição do que os programas consideram que deva ser feito. (RIFFEL, 2005).

Os manuais também definem as várias atividades desenvolvidas pelos atores, além de apresentarem diferentes formas de atenção à mulher e a multiplicidade de práticas disponíveis que parecem indicar a possibilidade de escolha das mulheres quanto aos procedimentos nela realizados (BRASIL, 2000).

## 5.PROCESSO METODOLÓGICO

Os caminhos, ainda que trilhados por outros que também se debruçaram sobre a questão, revelam, conforme a pesquisa demonstrou, trechos a serem percorridos. Então, precisava de um meio de desvelar as questões propostas, que envolviam os sujeitos e seus sentimentos, suas vivências, num espaço de conflitos, que é o hospital.

Com o intuito de chegar a esta compreensão, ou seja, o terreno da subjetividade e também do simbólico, é que este estudo é de natureza qualitativa, e a opção por esta abordagem se fez pelo entendimento que a mesma permite uma compreensão profunda do fenômeno a ser estudado. Por outro lado, conforme as características da pesquisa qualitativa descritas abaixo, o cunho interpretativo da pesquisa permitiu uma visão abrangente e aprofundada do tema. A pesquisa qualitativa busca entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano.

As características da pesquisa qualitativa são discutidas há quase duas décadas. Aqui me reporte à elaboração de Creswell (2010), por englobar as perspectivas anteriores e atuais, quais sejam: O *ambiente natural*, ou seja, a pesquisa é realizada no local onde se encontram os participantes, neste sentido o pesquisador tem espaço privilegiado, pode fazer a observação do contexto e do comportamento dos sujeitos no local onde se encontram, além de buscar as informações por meio da conversa direta. Os *significados* que os participantes atribuem ao fenômeno, ao invés daquele que os pesquisadores trazem. O *pesquisador como elemento fundamental*, pois é ele próprio, quem coleta os dados, além de utilizar *múltiplas fontes de dados*, como entrevistas, observações e documentos.

Na pesquisa qualitativa, os pesquisadores usam *lentes teóricas* para enxergar seus estudos, assim este pode ser organizado em torno de contextos culturais, políticos, históricos, culturais e outros. A investigação adquire um caráter *interpretativo* do fenômeno, o qual não pode estar desvinculado de suas origens, história, contextos e entendimentos anteriores. O relato na pesquisa qualitativa é

*holístico*, pois se tenta desenvolver um quadro a partir de *múltiplas fontes de dados*, como entrevistas, observações e documentos.

A pesquisa qualitativa não se coloca como alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas no sentido de aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada, além de contribuir para a compreensão das relações que se dão entre atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais (MINAYO, 2010).

## **5.1 O Cenário da Pesquisa**

O local de eleição para realização da pesquisa de campo foi a Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, instituição de saúde localizada no centro da cidade de São Luís-MA.

O Estado do Maranhão conta com uma população de 6.574.789 habitantes (IBGE, 2010), sendo que 63% deles vivem em áreas urbanas. O Estado ocupa uma área de 331.937,450 km<sup>2</sup>, equivalente a 3,89% do território nacional. Está dividido em 217 municípios, que se agrupam em cinco mesorregiões de planejamento e 21 microrregiões administrativas. O Produto Interno Bruto é de 45.256 milhões de reais (IBGE, Contas Regionais do Brasil 2010).

Ainda que o PIB acima citado coloque o Maranhão numa posição privilegiada na classificação nacional, isso não se reflete em outros indicadores. Em 1991 o índice de desenvolvimento humano do Maranhão era de 0,551, passando para 0,647 no ano 2000 e em 2010 é de 0,639 (IPEA, PNUD, 2013). O estado permanece em penúltimo lugar no ranking no Nordeste e no Brasil.

Embora detenha a 12<sup>a</sup>. colocação no PIB do País, posiciona-se na penúltima colocação no tocante ao índice de desenvolvimento humano de sua população, revelando ser um estado relativamente rico, mas com alta concentração de renda. Já o PIB per capita do estado é de R\$ 6.888,60, considerado o menor do país.

A População feminina: 3.313.274 (IBGE, Censo 2010)

São Luís é a capital do Estado do Maranhão e possui 1.014.837 habitantes sendo destes 958.522 residentes na área urbana e 56.315 na zona rural (IBGE,

2010).

O centro da cidade de São Luís, tem uma população estimada em torno de 85.000 mil habitantes e na atenção à saúde conta com 4 unidades de atenção básica e 10 equipes da estratégia saúde da família: 3 São Francisco, 2 em Bezerra de Menezes, 3 equipes na Liberdade, uma equipe no Paulo Ramos, conta ainda, com 3 hospitais públicos, 2 da rede conveniada do SUS.

O Hospital Materno Infantil e o Hospital Presidente Dutra pertenciam ao extinto INAMPS e foram cedidos à Universidade Federal do Maranhão, em 17 de janeiro de 1991, passando a constituir um Complexo Hospitalar, o Hospital Universitário, o qual a partir da Resolução nº 02 de 28 de janeiro de 1991, do Conselho de Administração da Universidade Federal do Maranhão, passou a constituir, uma instituição pública da rede de ensino do Ministério da Educação. Nesta, a prática é efetivada pela prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS (UFMA-HU, 2011).

A Instituição é um hospital público, destinado ao ensino, pesquisa e assistência à comunidade. A unidade é terciária e de referência no atendimento à gestante de alto risco no Estado do Maranhão, e uma das duas com maior volume de atendimento na cidade. A unidade atende em média 315 partos por mês. A prática é efetivada pela prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seu quadro de profissionais de saúde de nível superior e médio possui: enfermeiras, médicos, assistentes sociais, odontólogos, farmacêuticos, bioquímicos, psicólogas, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros. Sendo unidade de ensino, recebe alunos dos cursos de graduação e pós-graduação nas diversas áreas de saúde, além de contar com residência médica e multiprofissional em saúde.

A escolha do Hospital Universitário, unidade Materno Infantil, como campo de pesquisa ocorreu em função do mesmo vir desenvolvendo ações de humanização, mas especificamente na área de atenção ao recém-nascido, ser reconhecido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como Hospital “Amigo da Criança” e por ser uma das duas Unidades na cidade a fazer parte do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste. Tal plano é uma proposição do Estado, através do Ministério da Saúde como uma ação do Pacto para a redução da mortalidade materna e infantil. O plano tem quatro

diretrizes: a gestão democrática das maternidades; o acolhimento com classificação de risco; o direito a acompanhante e ambiência; e a construção de redes de cuidado perinatal.

Constam nos registros da Instituição que a Unidade Materno Infantil tem uma área de 15.103,45 m<sup>2</sup> e dispõe de 224 leitos para internação, sendo: 84 para clínica obstétrica, 20 para ginecologia, 96 para pediatria e 24 para UTI neonatal. UTI pediátrica (UFMA\_HU, 2011). No entanto, no período da pesquisa uma das alas de internação obstétrica encontrava-se em reforma, o que representava 30 leitos desativados para atendimento à população de mulheres.

## **5.2 Participantes da Pesquisa**

As participantes da pesquisa foram mulheres que constituíram dois grupos. O primeiro grupo, (coloco primeiro devido à ordem em que foi feita a pesquisa) foi composto pelas profissionais de saúde que se encontravam ocupando cargos de chefia, os quais impunham ao referido grupo a responsabilidade pela implantação e desenvolvimento das ações na Instituição e, conseqüentemente, pelas ações de humanização do parto e nascimento na Unidade Materno Infantil. Este grupo foi composto por cinco profissionais.

As profissionais foram contatadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário. Apenas uma das gestoras por motivo de saúde não pode participar, mas em contato telefônico indicou sua substituta, que se prontificou a participar. As demais, após contato por telefone, decidiram o local ideal para o encontro, o qual ocorreu na própria Instituição. Todas as participantes se mostraram receptivas à participação na pesquisa.

O segundo grupo pesquisado foi das usuárias. Este grupo foi composto por vinte e oito mulheres que se encontravam em período de pós-parto, nas unidades de internação obstétrica da Instituição alvo da pesquisa. A seleção das mulheres participantes foi aleatória, sem ter como objetivo alcançar significância estatística. O critério definido foi o da saturação, ou seja, os encontros seriam realizados até a obtenção de respostas para atender os objetivos da pesquisa.

Assim, o trabalho de campo foi encerrado quando foi identificado que com o material obtido seria possível: 1) identificar significados, padrões simbólicos, vivências, experiências, sentimentos práticas na atenção ao parto na instituição; 2) descrever e analisar o processo de humanização do parto no ambiente hospitalar.

Para este grupo, foram adotados os seguintes critérios para participação na pesquisa: aquelas que não tinham apresentado complicações na gestação e parto, que não tinham história de natimortalidade ou óbito fetal ou neonatal. Esses critérios foram importantes, pois a experiência de gestação e parto, com perspectivas de risco para mulheres ou o seu filho podem ser impactantes para a mulher e seus familiares, pois ainda que não ocorra a morte do feto ou recém-nascido, em algumas situações ocorre a separação, em função da possibilidade de internamento do recém-nascido em unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva.

A participação desses sujeitos foi voluntária, todas foram convidadas para partilhar do processo, o qual estava condicionado também à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B).

### **5.3 Técnicas para obtenção dos dados**

As técnicas escolhidas para a coleta de dados foram pensadas de acordo com os objetivos. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre fevereiro e maio de 2013, e, como já enfatizado, o processo foi iniciado com a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram utilizadas as técnicas de entrevista (APÊNDICE C) para os responsáveis da Unidade e o grupo focal para as mulheres (APÊNDICE D).

No caso das responsáveis o roteiro de entrevista semiestruturada buscou a apreensão das informações no atendimento humanizado, a partir das percepções dos próprios gestores no ambiente da Unidade. Estas profissionais, como aludido acima, foram receptivas à proposta de pesquisa, o que favoreceu o desenvolvimento do trabalho.

A proposição de um roteiro de entrevista semiestruturada passa pela busca da expressão do sujeito através da fala. Neste processo o pensamento do

entrevistado sobre o tema em questão se estabelece através de um discurso, o qual propiciará respostas às perguntas da pesquisa. As informações fornecidas pelos sujeitos são extremamente ricas, pois “constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2010. p.262).

A autora coloca que por meio da entrevista, podem ser obtidos dados de duas naturezas: os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes, além de outros dados obtidos, que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. Esses dados só podem ser conseguidos com os atores sociais envolvidos. Além disso, refere que a entrevista possibilita a apreensão dos mecanismos de constituição das culturas às quais pertencem os indivíduos, pois através da linguagem estão identificadas as ideologias que perpassam as relações de poder e trabalho.

A técnica também é referida por permitir uma total liberdade de expressão por parte dos entrevistados, favorecendo amplamente a interação entre entrevistador e entrevistado.

A entrevista constou de questões sobre: proposições sobre a humanização do parto e nascimento, limites e possibilidades da proposta, lógica institucional, características do atendimento ao parto na Instituição. Apesar de contar com um roteiro previamente organizado que permitiu a condução das entrevistas sem perder de vista os objetivos do trabalho, o desenrolar das entrevistas trouxe outras questões que permitiram esclarecer e aprofundar o tema. Nesta perspectiva, Pope e Mays (2005. p. 23), colocam que os entrevistadores qualitativos devem ir além da superfície do que está sendo discutido, “explorar o que as pessoas dizem de forma tão detalhada quanto possível e revelar novas áreas ou ideias que não foram previstas no início da pesquisa”.

As entrevistas foram todas gravadas com o consentimento das entrevistadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A média de duração das entrevistas foi de 25 minutos. Visando preservar a identidade das participantes, as gestoras foram designadas da seguinte forma: GAlfa, GBeta, GDelta, GZeta e GOmega.

Este grupo tem uma característica em comum além do fato de serem todas mulheres, o tempo no cargo. Apenas uma das participantes tinha mais de um ano, as outras quatro estavam no cargo entre 8 meses a 9 anos.

Na entrevista com essas mulheres pude observar a preocupação em passar uma imagem positiva da Instituição.

O Grupo Focal foi a técnica utilizada no trabalho com as mulheres no pós-parto. A técnica se caracteriza como uma entrevista grupal, onde a discussão de um tema é inserida a um grupo de respondentes de forma objetiva por um moderador e de uma maneira não estruturada e natural, possibilitando a expressão da subjetividade dos sujeitos, manifestando suas vivências e experiências no campo, levando a uma participação de forma efetiva e com total liberdade de expressão, a qual é propiciada pelo ambiente em estudo, através do relato verbal e discussões em grupo (GIOVANAZZO 2001).

Os encontros foram um ponto alto dentro da pesquisa, pois possibilitou a interação com as mulheres, o que suscitou o levantamento e a discussão das questões. Pode-se afirmar que as mulheres buscavam um canal para se expressar, as discussões em grupo levaram as mulheres a colocar em evidência suas experiências e sentimentos. Então, bom lembrar a conceituação simplificada de Cruz Neto, Sucena e Moreira (2002, p.2) sobre a técnica de Grupo Focal :

uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.

Sabe-se que a técnica foi iniciada através do trabalho de Robert Merton com estudos na área de Sociologia, sendo o seu uso bastante difundido nas ciências sociais, marketing e posteriormente na saúde.

As entrevistas de grupo focais, de acordo com Flick (2009), trazem uma riqueza de dados, pois os respondentes se estimulam mutuamente a reviverem os acontecimentos, indo além do limite da entrevista individual. Os participantes influenciam uns aos outros pelas respostas às ideias e colocações durante a discussão, estimulados por comentários ou questões fornecidos pelo moderador (pesquisador ou outra pessoa).

Gatti (2005) complementa que a técnica de grupo focal é utilizada naquelas condições onde se busca compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições.

A técnica se mostrou perfeitamente adequada ao trabalho realizado, na medida em que o encontro de mulheres que tiveram seus partos na Instituição alvo da pesquisa permitiu uma riqueza de vivências sobre o parto, capazes de levantar um arsenal de respostas para atender aos objetivos da pesquisa. O uso é apropriado quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem.

A abordagem das mulheres para participar da pesquisa ocorreu em dois setores: inicialmente no alojamento conjunto, localizado no 3º andar do Materno Infantil, a fim de atender os critérios de inclusão definidos no projeto, verificava a relação de pacientes no Posto de Enfermagem, onde estavam anotados os números dos leitos, os nomes das mulheres, o tipo de parto.

O outro setor de abordagem foi o Centro de Parto, uma vez que se podia identificar as mulheres em trabalho de parto e as intercorrências. Esta práxis se revelou bastante proveitosa, pois em vários momentos pude acompanhar as mulheres, uma vez que as diversas situações impunham a necessidade do cuidado.

Então, em vários momentos pude orientar sobre os exercícios respiratórios, fazer massagem, ajudar na deambulação, verificar sinais vitais, ajudar na higienização, e vários outros cuidados que proporcionaram que a minha presença deixasse de ser de estranhamento e pudesse estabelecer conexões com aquelas mulheres.

Os convites para participação na pesquisa eram feitos às mulheres, após a minha própria apresentação como pesquisadora. Naquele momento era informado sobre a pesquisa como sendo relativa às suas vivências no parto, a partir de uma perspectiva de humanização. Sendo aceito o convite, inclusive com a participação dos familiares, era solicitado um contato das mulheres e orientado sobre o meu retorno já nas enfermarias.

A questão da humanização foi discutida a partir das seguintes questões norteadoras: O que foi vivenciar o parto? O que é para vocês parto humanizado?

Após a experiência desse parto, vocês desejam engravidar novamente? O que vocês acham que deveria ser realizado para o parto ser humanizado?

Para que a técnica de grupo focal se desenvolva de forma a atender os ditames da pesquisa é necessário um planejamento das suas várias etapas, segundo a sistematização de Cruz, Sucena e Moreira (2002):

A composição da uma *equipe de trabalho*. Esta equipe constou de uma moderadora, função desempenhada pela pesquisadora e uma Auxiliar de Pesquisa, que foi uma acadêmica de Enfermagem.

As funções destes membros foram as seguintes: O moderador, que introduziu os tópicos relativos ao tema, incentivando a participação dos diversos membros do grupo, assim como foi responsável pelos encaminhamentos e direcionamentos necessários, para que se aprofundassem as discussões, possibilitando a revelação de novos aspectos e novos olhares relativos ao tema.

*Auxiliar de Pesquisa* evitou a distração dos participantes e facilitou o transcorrer de todo o percurso programado, cuja função foi registrar, o que se torna um fator indispensável para o enriquecimento das análises.

*Conteúdo*: Em relação ao conteúdo foi elaborado um roteiro de entrevista contendo questões do tipo: introdutória, de transição, chave, final, resumo e de fechamento.

*O ambiente e os recursos utilizados*: o êxito da técnica depende em parte do ambiente onde ocorrerá a reunião dos grupos. Ausência de barulho ou situações que estabeleçam distração entre os presentes, assim como, a necessidade de deixar os participantes em situação confortável, que seja um local diferente do cotidiano dos participantes da pesquisa e de fácil acesso.

Os encontros foram realizados numa sala próxima à enfermaria. Era uma sala silenciosa, climatizada, e de fácil acesso para a equipe de enfermagem e também para os acompanhantes, caso houvesse necessidade de, por exemplo, amamentar os recém-nascidos.

O momento inicial é sempre crucial no trabalho com grupo focal, pois é o momento de estabelecer uma conexão, relação de confiança com o grupo.

As mulheres ao chegarem à sala eram inicialmente apresentadas, assim como a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa. A seguir, eram então, informadas sobre o trabalho, na perspectiva de criar um clima de tranquilidade, e após eram

discutidas questões como, a importância da participação de todas as, o fato de opiniões divergentes serem bem-vindas, e que não haveria preocupação com opiniões corretas ou incorretas.

As questões colocadas estavam relacionadas à possibilidade de intervir na fala da outra, porém sem interrupções desnecessárias. Em continuidade era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que era lido em conjunto a fim de dirimir qualquer dúvida, para então solicitar a assinatura. Pedia-se permissão para gravação, em áudio, conforme previsto no termo de consentimento.

A distribuição das participantes era feita em formato de círculo, situação propiciada pelas cadeiras da sala que eram relativamente confortáveis e móveis. Esta disposição visava não só a proporcionar a interação entre elas, mas também possibilitar um contato visual entre todas, onde se inclui também a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa.

Na nossa experiência em cada encontro dos grupos foram utilizados dois gravadores digitais por sessão, ambos com capacidade de gravação de seis horas. Os gravadores foram distribuídos na sala de forma a favorecer e captar as falas de todas as participantes. Para melhor domínio dos aparelhos, um gravador ficou ao lado da moderadora e o outro da auxiliar de pesquisa. Essa disposição foi importante em pelo menos dois dos grupos, em função de mulheres com falas em tom muito baixo, onde era necessária a aproximação máxima do gravador.

A duração média sugerida na bibliografia pesquisada varia entre 60 minutos até 4 horas. Os nossos encontros foram estipulados em 60 minutos e procuramos cumprir este tempo, já que esse é um acordo importante e que não deve ser ultrapassado.

O número de participantes também varia entre 4 a 15, a maioria dos autores, estabelece o mínimo de 6. No entanto, segui a sugestão de Pope e Mays (2005), que indica um mínimo de 4. Foram realizados 5 encontros sempre nas 6<sup>a</sup> feiras, em função da disponibilidade da sala.

Em geral, a combinação de objetivos de pesquisa claros, a construção de um temário adequado, e uma equipe de moderador e observador capacitados dispensa mais de um encontro por grupo.

Em observância aos aspectos éticos da pesquisa e buscando preservar a identidade das participantes, mas entendendo que as pessoas são partícipes de um

processo, são sujeitos, identidades foram atribuídas a todos os participantes com nomes de pedras preciosas.

A proposição inicial era colocar nomes de estrelas internacionais, grandes protagonistas dos seus tempos, a fim de fazer um contraponto entre as mulheres da pesquisa e a questão do protagonismo aludido no programa de humanização. No entanto, ao colocar a questão para as mulheres percebi que algumas dessas atrizes eram desconhecidas para elas, então a sugestão para as pedras preciosas foi mais adequada. Além do mais, entendo que conforme os relatos, essas mulheres não foram protagonistas de seus partos. São elas: Água, Ambar, Ametista, Jade, Olivina, Opala, Ônix, Pérola, Turmalina, Topázio, Turquesa, Diamante, Esmeralda, Água-Marinha, Alexandrita, Rubi, Safira, Amazonita, Malaquita, Jaspe, Aragonita, Cianita, Selenita, Granada, Hematita, Flourita, Rosa do Deserto e Apatita.

Após o encerramento era realizado um lanche e entregue a todas um kit para os recém-nascidos.

Como os dados colhidos com a utilização da metodologia de grupo focal são de natureza qualitativa, isto implica na necessidade de analisar os dados também de forma qualitativa, ou seja, não há tratamento estatístico envolvido, mas um conjunto de procedimentos que visam a organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta.

As mulheres, ao retomar as experiências de cada parto de forma conjunta, acabam por reviver aquele momento de forma descritiva, elaborando críticas positivas ou não, de forma mais elaborada, posto que podem vê-lo, mas não necessariamente revivê-lo. Os discursos, as referências, os símbolos usados, remontando o evento e formando um todo, evidenciam sua forma de ver o mundo e o seu parto. Neste contexto, acabam por lembrar suas próprias elaborações e memórias. Esses encontros são importantes não só pela troca de experiências, ou mesmo informações, mas por que naquele espaço é possível elaborar criticamente o modelo de assistência, as suas escolhas e seu modo de atuar e agir como ser presente no mundo, como cidadã.

#### **5.4 Aspectos éticos da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido, respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da atual Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O trabalho é de cunho intelectual, atendendo às exigências científicas e éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, implicando, conforme a resolução vigente, no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos sociais. A pesquisa seguiu os preceitos éticos, prescritos na resolução acima, procurando tratar os seres humanos com dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade. A proposta foi aprovada pela Comissão de Pesquisa do Hospital Universitário e posteriormente o documento foi submetido à Comissão de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sendo aprovado através do parecer nº 186.288.

As mulheres na fase de puerpério, e as gestoras envolvidas na pesquisa foram esclarecidas sobre o contexto da pesquisa (tema, justificativa, objetivos, metodologia, consentimento informado), assim como da sua autonomia para fazer parte e para retirar-se da mesma, quando se sentissem prejudicadas ou por qualquer motivo que julgassem conveniente. Também houve o esclarecimento sobre possíveis benefícios individuais e coletivos, riscos que poderiam advir com a pesquisa e a comunicação dos resultados. Além disso:

1. A coleta de dados foi realizada somente após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos indivíduos-alvo da pesquisa, em respeito a sua dignidade e autonomia;
2. O comprometimento do pesquisador com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, dada a relevância social da pesquisa que implica em vantagens para o grupo pesquisado;
3. Nos casos em que a situação da entrevista viesse desencadear reações emocionais seria oferecida à participante o devido encaminhamento para suporte psicológico, se necessário;
4. A pesquisa não pretendia entrar em julgamento quanto ao trabalho dos profissionais nem da instituição, uma vez que não se tratava de uma pesquisa de avaliação dos serviços públicos de maternidade;
5. Assegurou-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos grupos pesquisados e das instituições, bem como a garantia da

não utilização das informações em prejuízo dos mesmos, inclusive em relação à sua autoestima, prestígio e situação econômica;

6. De acordo com o interesse e disponibilidade dos grupos pesquisados e da instituição onde foi realizada a pesquisa, a mesma estará disponível para futuros estudos.

## **5.5 Organização e análise dos dados**

A análise na pesquisa qualitativa, não é uma fase distinta do processo da coleta, elas podem estar imbricadas, ou seja, a análise inicia-se desde o momento da coleta de dados (TRIVIÑOS, 1987). Ainda que haja algumas diferenças entre os conceitos de análise e interpretação, como sendo respectivamente descrição dos dados a articulação dessa descrição, é importante acentuar o que estabelece Gomes (1998): análise e interpretação estão contidas no mesmo movimento, o de olhar atentamente para os dados da pesquisa.

Para Miles & Huberman (1984), a análise dos dados consiste em três atividades interativas e contínuas. São as seguintes as atividades propostas pelo autor: apresentação, delineamento e verificação da conclusão e redução dos dados. No primeiro momento, o pesquisador vai organizar os dados de tal forma que consiga tomar decisões e tirar conclusões. A seguir a busca de padrões, explicações e identificação de padrões, seguida de verificação, retornando às anotações de campo e à literatura, ou ainda replicando o achado em outro conjunto de dados. Como último movimento, a seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados originais proveniente das observações de campo.

Os resultados da pesquisa foram trabalhados através da Análise de Conteúdo, a qual é conceituada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicador qualitativo ou não, que permitam a inferência de conhecimento (BARDIN, 2007). Entre as modalidades, foi utilizada a análise temática. A mesma permite a categorização mediante a contagem de temas. Estes são palavras ou frases que formam unidades de codificação, ou

seja, de significação ou ainda de sentido para o objeto analítico visado. Eles podem conter em si mesmas dimensões variáveis e complexas.

No trabalho desenvolvido, foi utilizada a mesma modalidade tanto para análise das entrevistas, como dos grupos focais.

A opção pela análise temática se faz pelo fato da sua simplicidade e ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2010). De acordo com a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas:

**1ª** Pré-análise, neste primeiro movimento, são vistas as pré- determinações referentes aos objetivos da análise a ser realizada, a leitura flutuante ou leitura de todo o material a ser trabalhado, assim como os demais componentes envolvidos no trabalho de planejamento, tais como: corpus, documentos a serem considerados na análise, a pertinência entre conteúdo do material e objetivos do trabalho; a exaustividade, no que concerne à abrangência dos elementos contidos no texto, explícita ou implicitamente; a homogeneidade, com base na variação dos parâmetros sobre o que foi questionado às mulheres no pós-parto, e demais critérios a serem seguidos.

**2ª** Exploração do material. Esta fase, consta de 5 (cinco) etapas, as quais tem a função de encaminhar paulatinamente a decantação da essência das mensagens, e que tem como base um trabalho de identificação das isotopias, que são expressões com sentidos idênticos ou similares, existentes no discurso: decomposição e normalização do texto, nesta fase foi realizado o trabalho de transcrição e codificação do material de pesquisa. Essa codificação obedeceu à seguinte sistemática: as entrevistas das gestoras ao serem transcritas, eram identificadas com o número ao qual correspondia o número de ordem da realização da mesma, ou seja, de 01 a 05.

Então, foram recortadas em unidades significativas, ou unidades de registro, então sendo a partir daí, ordenadas sequencialmente. Em relação ao grupo focal, a literatura pesquisada não se estende muito em relação ao processo de análise, mas acentua que pode ser feita através da análise de conteúdo. Sendo assim, fiz a

transcrição de todo o conteúdo gravado nos cinco encontros e procurei seguir a mesma sistemática da entrevista.

A seguir, foi realizado um reagrupamento semântico, em que as categorias foram estudadas, consideradas segundo a similaridade de seus significados, sendo feito então um reagrupamento com recorte de arestas. Este reagrupamento segundo o significado dos registros deu origem às categorias temáticas, destacadas na próxima etapa.

Posteriormente, foram destacadas as categorias temáticas, quando o conteúdo já é apresentado em forma de condensado sintético, cuja essência será trabalhada, visando à consecução dos objetivos propostos no trabalho.

A partir dos conteúdos analisados das entrevistas e dos grupos focais foram identificados os conteúdos pertinentes aos objetivos do trabalho e assim fez-se uma discussão que atravessasse os dois grupos. Do conteúdo analisado foram definidas duas categorias, agregadas a dez subcategorias, conforme destacadas a seguir:

Primeira categoria: **Violência no Atendimento ao Parto**

**Subcategorias:**

- A busca pelo leito e a negação do espaço
- Corpos (des) possuídos: os exames de repetição
- Dor do parto: desvalorização e descuidado
- O Distanciamento e ausência de comunicação
- Presença do acompanhante: necessidade de apoio
- Experiência do parto e recusa da maternidade

Segunda categoria: **Humanização do Parto e seus significados**

**Subcategorias:**

- Ambiência
- Presença do pai
- O direito à cesariana
- Analgesia para redução da dor;
- Ser empático
- Cuidar do cuidador

A terceira fase é o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Nesta etapa, os resultados obtidos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Considerando ser uma pesquisa de abordagem qualitativa, estão propostas inferências e interpretações a partir dos objetivos determinados na pesquisa.

## 6 DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com o que foi proposto desenvolver nesta pesquisa, passo agora à análise dos dados, obtidos através das falas das mulheres no grupo focal e das entrevistas com as gestoras.

Inicialmente faço algumas considerações sobre as participantes da pesquisa e, a seguir, apresento os temas e as categorias que estão ilustradas com os discursos dos dois grupos de participantes.

As mulheres representantes da instituição tem graduação nas áreas de saúde e administração, tempo de formação variando de 18 e 38 anos, todas têm pós-graduação e tempo na função entre 8 meses a 9 anos.

As mulheres no pós-parto que fizeram parte dos encontros de grupo focal eram jovens com idades variando de 15 a 34 anos; a maioria estava na faixa de 15 a 25 anos. A metade do grupo estava fora da escola e referiu não ter trabalho remunerado, e as ocupações informadas foram: lavradora, auxiliar de vendas, técnica de enfermagem, professora, estudante e dona de casa dependentes da bolsa família.

O número máximo de filhos por mulher foi de três (oito mulheres). Apenas uma das mulheres já havia engravidado quatro vezes, porém só contava com dois filhos vivos. Parte do grupo (50%) também não tinha companheiro. Entre as participantes 19 tiveram seus filhos através de cesariana e 9 por parto normal e, destas últimas, 4 foram submetidas a episiotomia, 3 referiram ter ficado sem alimentação e 2 ter feito uso de soro.

Do grupo três mulheres haviam realizado laqueadura tubária durante o parto atual (cesariana), uma delas com 26 anos e dois filhos. Esses dados refletem algumas configurações importantes: de um lado o padrão de contracepção e do outro a fecundidade.

O uso de métodos contraceptivos no país tem revelado algumas mudanças, mas a laqueadura tubária continua com papel de destaque ainda associada ao parto cirúrgico apresentando decréscimo na idade para a cirurgia. (AMORIM, 2009; BRASIL, 2006).

De acordo com a literatura as mudanças na pirâmide populacional podem acontecer devido a três circunstâncias: os processos migratórios, a mortalidade e a natalidade. A natalidade (número de filhos nascidos dividido pelo número de

mulheres entre 15 e 49 anos em uma população) na maioria das vezes acaba sendo o fator mais impactante (LOTUFO, 2013).

O componente principal da natalidade é a queda na taxa de fecundidade, que é o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para que a população permaneça constante é necessário que haja 2,1 filhos por mulher, a fim de caracterizar a já conhecida taxa de reposição. No Brasil, a taxa de fecundidade é de 1,9 por mulher e em São Luís de 1,8 (IBGE, 2010; PNUD, 2013).

Outra questão importante é a relação entre maternidade precoce e desemprego. Em pesquisa divulgada pelo IPEA (2013), coordenada por Anne Posthuma (Organização Internacional do Trabalho), é discutida a situação dos jovens – que a autora chama de “Nem-Nem” – que são aqueles jovens na faixa de 18 a 25 anos que não estudam e nem trabalham. A pesquisa revela a situação de desemprego nesta faixa etária em todo o mundo, inclusive no Brasil. A relação é desfavorável para as mulheres, pois o número de jovens do sexo masculino desempregados é de 12,1 enquanto que entre as mulheres, esse número sobe para 24,8. O que é relevante é o fato de situar a maternidade precoce como um fator importante para que as mulheres na faixa etária considerada estejam fora do mercado de trabalho.

A pesquisa evidenciou um percentual de 53,5% de mulheres que já eram mães e dedicavam, em média, 32,5 horas semanais aos afazeres domésticos. Entre as inativas que estudavam apenas 5,0% eram mães. Esta realidade se manifesta em toda a América Latina, onde o número de mulheres jovens que não estudam é bem maior que o dos homens. O estudo conclui apontando para a necessidade de políticas públicas que possam facilitar a conciliação das responsabilidades das mulheres que envolvam estudo, trabalho e a própria vida, em todo o seu contexto. No nosso estudo as jovens com 15 anos informaram abandono escolar com a descoberta da gravidez.

A seguir, faço a discussão dos resultados da pesquisa conforme o conteúdo do grupo focal e das entrevistas.

## 6. 1 A Violência no Atendimento ao Parto

A violência atravessa os discursos das mulheres das mais diversas formas. Ela está presente desde a negação do acesso ao leito no momento do parto até a sua dificuldade de repouso após o parto nas enfermarias da instituição.

Algumas das participantes revelaram desconsideração das queixas, maus tratos físicos e emocionais, menosprezo com suas intimidades e desvalorização e desconhecimento de suas dores.

A proteção da mulher e o enfrentamento da violência estão definidos nas Convenções e Acordos Internacionais, entre as quais destaca-se a “Convenção de Belém do Pará” - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994, da Organização dos Estados Americanos (OEA), onde a definição de violência contra a mulher é especificada e assim passa a ser identificada e avaliada dentro das diversas ações e políticas direcionadas à mulher, qual seja: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. A violência contra a mulher tem que ser entendida, discutida, analisada na perspectiva do gênero.

No artigo 2 da “Convenção de Belém do Pará” consta que a violência contra a mulher é de ordem física, sexual e psicológica e pode ocorrer na comunidade ou no local de trabalho e nas várias instituições incluindo os serviços de saúde e sendo “perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra”.

Assim, em que pese as diversas violências a qual a mulher está submetida, temos a violência institucional que é “promovida, desenvolvida e estimulada pelo próprio Estado” (MOTTA, 2011).

Apesar de não ser um fenômeno novo esta violência ainda é pouco debatida na sociedade. De forma geral a discussão da violência se dá a partir dos diversos segmentos ditos mais vulneráveis como crianças, idosos e mulheres. A violência praticada contra estes segmentos está atrelada a um executor que é próximo tais como os pais, companheiros ou vizinhos.

Em relação à violência institucional ela é perpetrada por agentes do Estado os quais teriam a função de proteger as mulheres vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos (MARTINEZ, 2003).

A violência institucional concorre para o aumento da vulnerabilidade, pois limita a capacidade de resposta dos indivíduos aos diversos tipos de riscos, como de ordem social, física ou ambiental. E a vulnerabilidade leva à imobilidade social. “A pessoa não se encontra à disposição da vida, da criação, da inventividade, mas está a serviço de tentar sobreviver do ponto de vista subjetivo/objetivo” (MARTINEZ, 2008. p.2).

A violência institucional é a própria descaracterização dos direitos humanos, pois estes se pautam pela dignidade do ser humano. Como estabelece a Declaração Universal de Direitos Humanos: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem proceder uns em relação aos outros com espírito de fraternidade”.

A violência fere estes princípios fundamentais: liberdade, igualdade e dignidade. Ainda na Declaração dos Direitos Humanos consta no seu artigo quinto que “Ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.

Piovesan (2013) discute a questão dos tratados de direitos humanos internacionais, onde coloca os principais tratados ratificados pelo Brasil, a partir da Constituição de 1988.

Entre os tratados ratificados pelo país estão:

a) da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, em 20 de julho de 1989;

b) da Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, em 28 de setembro de 1989;

c) da Convenção sobre os Direitos da Criança, em 24 de setembro de 1990;

d) do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, em 24 de janeiro de 1992;

e) do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 24 de janeiro de 1992;

f) da Convenção Americana de Direitos Humanos, em 25 de setembro de 1992;

g) da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 27 de novembro de 1995;

h) do Protocolo à Convenção Americana referente à Abolição da Pena de Morte, em 13 de agosto de 1996;

i) do Protocolo à Convenção Americana referente aos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador), em 21 de agosto de 1996;

j) da Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra Pessoas Portadoras de Deficiência, em 15 de agosto de 2001;

k) do Estatuto de Roma, que cria o Tribunal Penal Internacional, em 20 de junho de 2002;

l) do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, em 28 de junho de 2002;

m) do Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança e sobre o Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados, em 27 de janeiro de 2004;

n) do Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Venda, Prostituição e Pornografia Infantil, também em 27 de janeiro de 2004 e;

o) do Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura, em 11 de janeiro de 2007.

É importante destacar, que os Tratados Internacionais de direitos humanos, depois de ratificados pelo país, são incorporados automaticamente ao ordenamento jurídico brasileiro e tem a sua aplicação imediata. Ao efetuar tal incorporação estes direitos passam à condição de leis (PIOVESAN, 2013).

Em relação aos direitos humanos das mulheres temos a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena, em 1993. Esta declaração reconhece a violência contra a mulher como violação de direitos humanos e a coloca no mesmo patamar de outras violações como genocídio, a limpeza étnica (DECLARAÇÃO, 1993).

A Declaração de Viena foi ratificada e ampliada na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, a Convenção de Belém do Pará, adotada pela OEA em 1994; assim como no Programa de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, em 28 de junho de 2002; do Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura, em 11 de janeiro de 2007, que propõe que os Estados membros promovam a ratificação e aplicação de todos os instrumentos internacionais, inclusive a Convenção contra a Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes.

No plano nacional a Constituição Federal de 1988, que já incorpora os direitos resultantes de acordos internacionais e o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I, 1996; PNDH II, 2002) também incorpora diversas metas em relação à violência de gênero.

Em 2003, o governo federal criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) que assumia dentre suas principais competências: assessoramento na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; a elaboração e implementação de campanhas educativas e não discriminatórias sobre gênero de abrangência nacional; a promoção da igualdade de gênero de maneira interssetorial e interministerial no âmbito nacional e em cooperação com entidades internacionais, públicos e privados; a promoção, acompanhamento e implementação de legislação de ação afirmativa e de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação (BRASIL, 2011c).

Em 2004 foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, e em 2007 a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), e também o I e II Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher está em consonância com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), como uma conquista e um avanço em termo de direitos das mulheres. (BRASIL, 2011c).

Além disso, há uma rede de atendimento à mulher em situação de violência que está estruturada em quatro principais setores/áreas (saúde, justiça, segurança pública e assistência social). Apesar de todas as dificuldades de funcionamento, até mesmo por questões de ordem econômica, ela é composta por serviços não especializados e especializados. No primeiro caso estão: hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centro de Referência de Assistência Social/CRAS, Ministério Público, Defensorias Públicas e posto avançado de atendimento à migrante (BRASIL, 2011c).

Os serviços especializados, por outro lado, são aqueles que atendem exclusivamente as mulheres em situação de violência. Centro de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, Centros Integrados da Mulher, Casa Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Núcleos Especializados de Atendimento às Mulheres nas Delegacias Comuns, Núcleos da Mulher nas

Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de Saúde Voltados para o Atendimento aos Casos de Violência Sexual e Doméstica, e Núcleos da Mulher na Casa do Migrante (BRASIL, 2011c).

No âmbito da saúde o Ministério da Saúde lançou em 2002 o manual *Violência Intrafamiliar* com orientações para prática em serviço, o qual se propõe a “apoiar os estados e os municípios na implementação de ações que promovam a igualdade e o exercício dos direitos humanos” (BRASIL,2002. p.5). No manual a violência institucional é definida como “aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão” (BRASIL, 2002. p.21).

Assim, a violência praticada nos serviços de saúde se concretiza em ações que impõem a dificuldade de internação por falta de leitos, ou por desorganização dos serviços; a demora no atendimento, a desinformação sobre os procedimentos, a falta de profissionais para realizar o cuidado; o despreparo técnico e emocional dos profissionais para lidar com a subjetividade dos usuários, entre outras questões discutidas no trabalho. Além disso, a violência institucional “abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional”.

A fim de caracterizar o reconhecimento desta violência são especificadas no Manual do Ministério da Saúde condições que estão afeitas ao sistema de saúde, as práticas profissionais, a gestão dos serviços, cultura organizacional, processos de trabalho, direitos humanos, respeito às especificidades.

Assim, são descritos como parte do processo:

- Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- Falta de escuta e tempo para a clientela, frieza, rispidez, falta de atenção;
- Negligência, maus-tratos dos profissionais para com os usuários motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;
- Violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar);

- Desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico;
- Violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional, entre outros), em detrimento das necessidades e direitos da clientela.

Outras situações importantes estão também referenciadas como: proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos; críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

A respeito da última questão, que é do uso indiscriminado de drogas, o texto exemplifica aquelas situações nas quais a mulher chega à emergência de um hospital com "crise histérica" e é imediatamente medicada com ansiolíticos ou encaminhada para os setores de psicologia e psiquiatria sem sequer ter sua história e queixas registradas adequadamente.

Portanto, a violência institucional adquire um caráter de gravidade e complexidade, posto que é o próprio Estado através de agentes que a comete e deve ser discutida em relação à mulher não só como uma questão difusa dentro das instituições, mas no contexto que a distingue, uma vez que essa violência é atravessada, conforme Aguiar (2010) identificou por estereótipos de gênero e classe.

### **6. 1. 1 A busca por leito e a negação do espaço**

Fruto da violência, a busca das mulheres por local para a parturição é de conhecimento público, algumas vezes como parte de um espetáculo sensacionalista que apesar de evidenciar o descaso com o atendimento à mulher, mantém o ciclo da violência. O fenômeno não é novo e vem sendo debatido por que essa restrição da mulher aos leitos para a parturição além de implicar em risco para sua vida e do seu filho faz parte de um contexto mais geral que é o da precariedade do sistema de

saúde resultante de desfinanciamento, condições de trabalho precárias ou desfavoráveis para os profissionais e baixa remuneração (AGUIAR, 2010; MENEZES et al., 2006; ALVES e SILVA, 2000; NOGUEIRA, 1994).

A frequência com que essa questão apareceu nos discursos das entrevistadas releva como esse direito ainda parece distante das mulheres. Deve ser analisado como um direito constitucional previsto no artigo 196, onde reza que a saúde como direito do cidadão e dever do Estado deverá ser garantida por políticas de cunho social e econômico “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). A mulher é um sujeito de direitos, portanto deveria ter o direito assegurado ao atendimento ao parto e nascimento de forma saudável.

Também expresso como princípio fundamental do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento o acesso permanece como umas das muitas questões não resolvidas pelo poder público como podemos avaliar pelos vários depoimentos das mulheres que fizeram parte deste trabalho.

Em função da falta de acesso as mulheres fazem longos percursos à procura de leitos no momento do parto que originou uma categoria que Menezes (2006) definiu como “peregrinação anteparto”, ou seja, a busca de serviços de saúde para gestantes e seus recém-nascidos no momento do parto.

Entretanto, neste trabalho, uso o termo “perambulação” que me parece mais apropriado à situação que peregrinar, uma vez que este tem um caráter de vontade, escolha, pautado na fé do peregrino, e aquele ocorre por total falta de opção da mulher. Portanto, ainda que não tenha sido objetivo identificar o quantitativo de mulheres que tiveram que buscar mais de uma maternidade para conseguir internação, a discussão é fundamental, pois a situação representa a negação de direitos das mulheres a um atendimento que conforme as propostas públicas e entidades médicas devem ocorrer em âmbito hospitalar.

A perambulação, além dos riscos à saúde da mãe e do seu filho, torna-se um inibidor de reação das mulheres dentro dos hospitais, pois como acentua Ratner e Trench (2005, p.68) quando discute a questão do respeito à individualidade da mulher no parto refere que devido ao modelo de assistência vigente a mulher

desconhece ou desconsidera esse aspecto da assistência, pois "já se dá por contente se encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir."

Essa busca das mulheres pelo espaço para parir, tem sido alvo de atenção pública, pois implica em aumento da mortalidade materna e fetal, uma vez que essa "inoportunidade da assistência" impede o diagnóstico precoce de complicações e, por consequência, as possibilidades de intervir para salvar a vida da mulher (BRASIL, 2000b).

Os trabalhos de Menezes (2006) no Rio de Janeiro e Cunha et al. (2010) em São Luís, realizados em regiões diferentes e com um intervalo bastante longo, revelam traços desta realidade. O trabalho de Menezes, realizado entre 1999 a 2001 com 6.652 entrevistadas, encontrou um percentual de 33,5% de mulheres que estiveram em mais de uma maternidade para conseguir internação. Aqui em São Luís os dados da pesquisa de Cunha et al., realizada no ano de 2010, com 3.057 entrevistadas, o número foi ainda maior de 40,6% o total de mulheres que perambularam pela cidade.

O relato a seguir exemplifica a situação da mulher no momento do parto:

Eu senti dor desde domingo de manhã... o dia todinho sentindo dor, aí de tarde eu não aguentei mais não, ah, eu vou pro hospital. Aí eu fui pro hospital (X), deram toque tava com 1cm e não tinha leite não. Antes já tinha ido em outro hospital (Y) Voltei prá casa e comecei a sentir dor, aí vim prá (Z). "não, ainda tá com poucos centímetros, depois tu volta" Aí voltei 5hs e fiquei, fiquei... (JASPE).

A violência institucional revelada pelo discurso de *Jaspe* identifica bem a negação de direitos à saúde. Essa negação de direitos leva as mulheres a usar de estratégias para conseguir serem internadas nas instituições. Uma delas é ficar nas portarias dos hospitais e ali permanecer até que não haja possibilidade de retorno devido a evolução do trabalho de parto, a outra é usar a ameaça. Neste caso, as mulheres tentam recorrer aos programas jornalísticos televisionados, ou iniciam mesmo aquilo que algumas caracterizaram como "verdadeiros escândalos" nas portarias dos hospitais.

Nos trabalhos acima referidos, a falta de leitos, a não integração entre os serviços de assistência pré-natal e parto, a falta de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, assim como de implementação de sistemas de transporte e comunicação entre as unidades foram os motivos principais aventados para a peregrinação das mulheres.

Este processo também é analisado por Fleury (2013) na pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde quando avalia que a violência institucional nos serviços de saúde se manifesta do estrutural ao ideológico/simbólico, e a peregrinação dos pacientes é o principal analisador do contradireito à saúde que revela a falta proteção assegurada.

A falta de proteção do Estado em relação ao atendimento à mulher faz com que seja dela a responsabilidade pelo encontro de vagas para a parturição.

No nosso estudo a explicação dada para as mulheres foi sempre a falta de leitos. O que chama a atenção é que as mulheres não fazem escolhas por local, elas buscam aqueles que estão mais próximos ou os que, segundo as informações adquiridas, possibilitem sua internação. Num dos textos básicos do Ministério da Saúde encontra-se a seguinte nota que pretende ser explicativa desta situação: “Raramente o gestor municipal e estadual conhece a relação entre a oferta e a demanda por leitos obstétricos, e planeja o sistema de atendimento desde o pré-natal até o parto” (BRASIL, 2000b. p.10). Na verdade, não só a suficiência de leitos, mas a organização destes e sua vinculação entre as diversas unidades e as centrais de regulação de leitos.

Em 11 de janeiro de 2005 foi publicada em São Luís a Lei Ordinária Municipal de Nº 4447 cujo conteúdo “dispõe sobre a criação de centrais de triagem visando a humanização do atendimento à gestante, principalmente no que se refere à proteção materno infantil” e acrescenta que o dispositivo irá evitar a busca itinerante por vagas nos estabelecimentos de saúde, com a finalidade de reduzir a morbidade e mortalidade materno-fetal em São Luís.

A Lei descreve as características das centrais de triagem, forma de atendimento, composição da equipe, as situações diagnósticas, os encaminhamentos, assim como define no seu artigo 7º que: “nos casos em que não houver disponibilidade de vaga em unidades hospitalares da rede conveniada ao SUS, a gestante deverá ser encaminhada para clínicas ou hospitais da rede particular, à custa do Município”.

Nada além de seu dever constitucional o município de São de Luís estaria, a partir do cumprimento da Lei, realizando o que a justiça brasileira já caracteriza conforme decisão do ministro Joaquim Barbosa, que estabelece que é o dever dos Municípios garantir as condições necessárias para que os cidadãos tenham direito à saúde, pois “se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de

tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo” (BRASIL, 2012).

Há um desconhecimento da referida Lei, assim como a sua aplicabilidade por parte de profissionais e usuárias. Em função do lançamento da Política Municipal de Humanização ter ocorrido em 2005, provavelmente o gestor público buscou através de a legislação dar concretude às questões que na prática não se efetivaram.

Por outro lado, de acordo com os dados do IBGE (2010), a população feminina em São Luís é de 539.842, no entanto, o quantitativo de leitos obstétricos públicos é 334, o que resulta numa disponibilidade de 0,06 leitos por mulher.

A percepção de algumas participantes da pesquisa é da conformação, até naturalização sobre essa “busca itinerante” pela cidade, pois o mais importante para quem está na eminência de parir é a possibilidade de ser atendida e internada. Até por que nunca são revelados os custos desta perambulação para as mulheres.

É importante considerar em relação a essa condição, a qual as mulheres são submetidas que a retirada do parto do ambiente doméstico para o hospital foi uma medida que tinha como finalidade ostensiva salvar a vida das mulheres e crianças, buscando melhores condições de saúde para ambas. Entretanto, esse processo destinava-se ao exercício do controle estatal, pois a partir daí passa a ser possível o controle e monitoramento da população, naquilo que Foucault (2004) analisa como uma estratégia de controle social que se faz a partir do controle do corpo.

Essa consideração do autor se caracteriza como um novo papel do Estado, um novo cenário, não mais apenas a domesticação do corpo, mas o próprio controle do corpo de toda uma população, através de medidas sanitárias, de higiene, o que causa a assunção do controle biológico como característico do poder contemporâneo.

Essa condição se origina no momento em que a regulação médico-sanitário da vida é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre o Estado e indivíduos (FOUCAULT, 2010). A medicina, a prisão e a escola se constroem como disciplinas as quais tem um papel fundamental de organizar a vida individual e coletiva.

Ao declarar que “em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” Foucault (2004, p.126) deixa exposto que existe na sociedade poderes que são

difusos por todo o corpo social e que levam a transformações e mudanças nos indivíduos.

O que permite compreender dentro da genealogia do autor é que o poder vai além de uma perspectiva macro, daquela concentrada no Estado, para buscar no micro os elementos de constituição.

Ao se reportar ao corpo como objeto e alvo do poder Foucault elucida que a tarefa principal desse poder é tornar os corpos maleáveis e adestrá-los, ou seja, tornar os corpos dóceis, moldáveis para assim poder exercer controle e a dominação, uma vez que é “um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2004. p. 126).

O fato de as mulheres terem sido por muito tempo seres “invisíveis” dentro do corpo social, e entendendo que o que é “invisível” pode ser moldado à forma que se pretendem, os corpos das mulheres foram alvos perfeitos desse poder disciplinador.

Nesta perspectiva, Caldeira (2009, p.10) declara que o “Humanismo nos leva à totalidade de um mundo sem fronteiras, a um confisco da individuação”, onde nos remete a um “corpo sem fronteira” que se estabelece por uma fragilidade nas fronteiras de separação, ou seja, um corpo maleável, aberto a manipulação e intervenções.

A discussão sobre as diversas intervenções a exemplo da cesariana, também evoca a questão da maleabilidade das fronteiras corporais no Brasil, a qual é reforçada por noções precárias de direitos individuais e pelo sistema de gênero que estabelece o corpo feminino como passível de ser controlado, manipulado, medicalizável.

Os corpos que agora na medicina da sociedade capitalista passam a ser mensurados, recortados, controlados. Os processos relativos à gestação, parto, pós-parto e ao recém-nascido passam a ser uma primazia da medicina da qual, também naquele momento, não fazem parte as mulheres. Como o fundamental era a melhoria das condições de vida e saúde de mães e filhos era necessário que a mulher introjetasse esse processo como natural e necessário, mas também lutasse por ele. Nesta perspectiva, da melhoria de condições e segurança, os aspectos privilegiados foram aqueles do progresso tecnológico, sendo então alijadas no atendimento as condições afeitas aos sentimentos, desejos, autonomia e outros relativos à subjetividade do ser.

A hospitalização do parto, estabelecido por essa necessidade de proteção e controle da mãe e do recém-nascido, trouxe a mulher para um ambiente de estranhamento e isolamento. No entanto, a violência simbólica que permeia o processo, faz com que, ainda que não tenha leito, sejam internadas e examinadas repetidamente, não alimentadas e isoladas, as mulheres introjetem o parto hospitalar como o ideal, o certo, o necessário, o mais seguro e mais saudável.

A violência simbólica se estabelece nessa construção de crenças coletivas e faz parte do discurso dominante. Não há oposição, pois para isso é necessário que o dominado se perceba na condição de vítima, o que não acontece, o processo é visto como natural e inevitável (BORDIER, 2007).

No entanto, vale ressaltar que o poder estatal, aliado ao poder da medicina, reforça a manutenção dessa situação de violência em relação à mulher na forma da busca por leito.

O Conselho Federal de Medicina em seu posicionamento sobre o parto domiciliar ressalta que as autonomias do médico e da mulher devem ser respeitadas no âmbito da relação médico-paciente. No entanto, a “legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica”. O discurso da autoridade médica é do risco, da insegurança, da doença, o que desemboca na hospitalização (CFM, 2012).

Davis-Floyd (2001) refere que a hegemonia médica é a ideologia dominante na sociedade, assim todas as outras passam a ser desconsideradas ou vistas como alternativas. A consequência deste processo é que estas modalidades, consideradas alternativas, passam a ser reprimidas, pois representam ameaça ao poder dominante.

Em julho de 2012, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, baixou as resoluções de nº265 e 266/2012, que visava impedir os médicos obstetras de realizar parto domiciliares, assim como a participação de parteiras, obstetras e doulas em ambiente hospitalar. A proibição foi derrubada na justiça, por solicitação do Conselho Federal de Enfermagem.

No Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento consta que “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura”. Para atender a esse pressuposto, o Ministério da Saúde adota as práticas baseadas em evidências científicas como norma para o

atendimento, assim prescreve o que deve e o que não deve ser feito em relação ao parto, e o conceito de risco é central. Ao estabelecer o conceito de risco estabelece uma normatização que é o que realmente prescreve a hospitalização e a sua consequente medicalização.

As boas práticas definem a intervenção necessária ou a não intervenção e estão contidas no Relatório da Organização Mundial de Saúde de 1996, o qual elenca quatro grupos de práticas, de acordo com categorias. Na categoria **A** estão as Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas; categoria **B** são Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que devem ser Eliminadas; categoria **C** Práticas em Relação às quais Não Existem Evidências Suficientes para Apoiar uma Recomendação Clara e que devem Ser Utilizadas com Cautela até que Mais Pesquisas Esclareçam a Questão; e a categoria **D** Práticas Frequentemente Utilizadas de Modo Inadequado.

As evidências científicas deram visibilidade às práticas realizadas com a finalidade de substituir o que vinha sendo feito de forma rotineira por práticas baseadas em evidências científicas. Sendo assim, os malefícios ou benefícios que algumas práticas possam gerar são normalizadas e listadas.

São 59 recomendações distribuídas nas 4 categorias sendo a mais numerosa é categoria A a qual são feitas algumas observações.

**Categoria A:** Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas.

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família;
2. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto;
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento;
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto após ter recebido informações;
6. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;

7. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
8. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
9. Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
10. Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor como massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto e parto;
11. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto e parto;
12. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis;
13. Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto e manuseio da placenta;
14. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
15. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS;
16. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.

O plano de parto é uma espécie de carta de intenções da mulher ou do casal, ou seja, é a própria mulher e seu companheiro quem o elabora, no qual está definido um roteiro a ser seguido, por quem, e como deverá ser realizado o parto. Esse plano pretende ser guia para mulheres terem seus partos humanizados.

O plano acima (primeiro item) é individual e não inclusivo, onde mais uma vez é o profissional, o sujeito ativo do processo. Por outro lado, pelo levantamento feito nos vários endereços na internet onde esses planos são orientados e disponibilizados o plano não é para as mulheres que não podem pagar e, mesmo aquelas com capacidade para pagar pelo parto, nem sempre conseguem realizá-lo de acordo com o estabelecido, pois o modelo de parto não permite essa liberdade às mulheres. As mulheres que participaram do estudo não tem informação sobre tal plano.

O oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto foi discutido com as mulheres no grupo focal e, como regra geral, isso não ocorre.

Pelo relato das mulheres quanto ao parto na instituição pesquisada e a observação direta feita no Centro do Parto, as recomendações que são atendidas de forma efetivas são as dos itens 12 e 13.

É importante ressaltar que não estamos negando a importância ou a necessidade do hospital, o que se discute é o direito da mulher e as alternativas de espaço para o momento do parto.

### **6.1.2 Corpos (des) possuídos: os exames de repetição**

O modelo tecnocrático de parto tem como uma de suas bases o paciente como objeto, uma máquina objeto de cuidados dos profissionais, e neste sentido intervenções são realizadas sem levar em consideração que o indivíduo precisa de apoio ou suporte emocional (DAVIS-FLYOD, 2001).

Foucault (2010) nos adverte que o poder da medicina retira do sujeito a possibilidade de ser corresponsável no processo de sua cura privando-o de fala ou decisão sobre seu corpo e colocando o profissional médico como possuidor de uma verdade inquestionável sobre a doença.

O exame vaginal, ou toque, é uma etapa do exame obstétrico realizado para estabelecer a progressão do trabalho de parto. O exame consiste na avaliação do colo uterino feito, na maioria das vezes, com a introdução de dois dedos no canal vaginal até chegar ao colo uterino. Através do exame é possível identificar a dilatação (abertura do colo), apagamento (afinamento do colo), as características da bolsa das águas, a descida do feto pelo canal de parto. É um exame considerado importante e que se for feito de forma criteriosa e por examinador experiente permite uma avaliação adequada dos dados acima, sem a necessidade de repetições.

As recomendações encontradas na literatura sobre a realização do exame variam de um toque a cada quatro horas ou apenas um toque durante todo o período do trabalho de parto. Neste caso, vai depender da habilidade do partejador. Nos manuais brasileiros a quantidade e frequência variam entre dois e três toques ou um toque em intervalos de duas horas ou até quatro horas, dependendo do desenvolvimento do parto. Ainda que não haja uma padronização as orientações estabelecem um intervalo para a realização dos mesmos. Além disso, é

recomendado a não realização de toques em excesso, a fim de evitar infecção (NEME, 2005; CHAVES NETO, 2005).

A realização do toque foi referida pelas mulheres participantes deste trabalho pela sua repetição, feito de forma dolorosa, sem o consentimento ou mesmo informação sobre a sua realização ou resultado. Uma das participantes descreve o momento vivido:

O meu foi horrível. Estavam tentando forçar eu ter parto normal. Tava com a dilatação de 5 cms e não veio, aí toda hora vinha uma pessoa dar o toque, aí teve na primeira vez quando eu entrei para a sala de admissão, aí teve um médico que veio com a maior ignorância que sangrou, não tava sangrando, nem tava doendo, ficou tudo doido. Aí ele disse que tinha que fazer daquele jeito, por que daquele jeito é que tinha que ser (ROSA DO DESERTO).

A indiferença, o desrespeito, a rispidez, a desinformação fazem parte da construção dessa violência no parto. Uma participante informou a realização de 3 toques no intervalo de 20 minutos, outra foi tocada 16 vezes no período de 36 horas, uma outra considerou o excesso de toques realizados como “um outro parto”. Esta última depoente tinha clareza do abuso, pois caracterizou a situação como inexperiência dos “estagiários”, entretanto, permitiu o toque coletivo.

Para BORDIER (2007. p. 8 ) “... o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo o exercem”.

Neste sentido, traduzindo o conceito de campo de Bordier para a área de saúde, Pereira (2004), coloca que o poder simbólico está estruturado em três pilares: em primeiro lugar, a generosidade como virtude que pressupõe o altruísmo e a doação de dispor o trabalho para aqueles que precisam de ajuda e não podem pagar. Assim, o contexto do hospital público apresenta conotação diferente do hospital privado; segundo, a cristalização de um monopólio de saberes sobre o corpo e as diferentes formas de nele intervir, e que nesse processo vai estabelecer e desembocar no terceiro pilar, que é a desapropriação do outro, tanto em relação ao seu corpo como dos seus saberes.

Este carácter passa a ser evidenciado no dia-a-dia do atendimento à mulher com foco nos órgãos de reprodução, sem que se perceba a integralidade da pessoa, ao mesmo tempo em que a mulher passa a ser a gestante, parturiente, puérpera, ou mesmo a mulher hysterectomizada. Esse processo vai paulatinamente levando a mulher a uma descaracterização do seu ser.

A pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados* realizada pela Fundação Perseu Abramo, em agosto de 2010, e que foi um dos documentos de referência da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre violência contra a mulher, revelou que 25% das mulheres que tiveram filhos de parto normal na rede pública ou privada de saúde sofreram algum tipo de violência ao serem atendidas durante o trabalho de parto. Do total de mulheres que sofreram violência 74% ouviram a ofensa na rede pública e 17% em hospitais particulares. Ocorreu também um percentual de 8% que ouviram ofensa nos dois locais. As mulheres entrevistadas que alegaram violência no atendimento ao parto informaram as seguintes situações: exames vaginais feitos de forma dolorosa, o não oferecimento de algum tipo de alívio para dor, não informação sobre algum procedimento realizado, a negação do atendimento, xingamento ou humilhação.

O depoimento a seguir é mais marcante dessa relação de poder, de humilhação pública, da negação do cuidado, do desrespeito com a mulher:

Eu fiquei tomando aqueles remédios, eles ficaram dando aqueles toques em mim, toda hora vinha 1, vinha 2, vinha 3. Eu fiquei chorando... chorei que minha pressão aumentou..Então eu comecei a passar mal e chamei o médico e aí ele veio para fazer outro toque em mim, aí eu disse para ele não fazer isso, aí ele pegou a luva e jogou em cima de mim e disse: "Então fica aí, tu não quer ser tratada..." Jogou as luvas em cima da minha barriga e saiu (OLIVINA).

Alguns estudos apontam o fato de algumas mulheres não conseguirem associar os maus-tratos no atendimento na maternidade como um ato de violência. O fato do reconhecimento da violência como um ato físico, que se inscreve no corpo, e aí incluso também a violência sexual, seria um dos motivos das mulheres não conseguirem perceber a violência que ocorre nas instituições.

O que pode ser observado no trabalho realizado no Hospital Universitário é que as mulheres têm uma percepção sobre o ato violento, mas não traduzem isso de forma verbal, isto é, o termo *violência* não aparece nos relatos.

Nas instituições públicas, e marcadamente naquelas de ensino, como ficou evidenciado neste estudo, as mulheres nem sempre tem a prerrogativa de recusa de procedimentos como no caso de *Rosa do Deserto* e *Olivina*. Os procedimentos tanto em serviços públicos como privados são realizados a partir da ótica do profissional que os impõem como necessários ou como alegação para a segurança do filho.

Nas instituições privadas, no entanto, como as relações se dão num contexto de menor assimetria, há a comunicação com a mulher em relação ao risco que é

referenciado ao filho que vai nascer. Na instituição pública o exame vaginal pode acontecer com ou sem a vontade da mulher.

No relatório da Organização Mundial de Saúde o exame vaginal é referido no contexto das instituições de ensino, estabelecendo a necessidade da permissão da parturiente para a realização do mesmo. No entanto, acentua que nas instituições de ensino a realização do toque é repetida pelo supervisor, e completa: “em nenhuma circunstância as mulheres devem ser coagidas a passar por exames vaginais repetidos ou frequentes feitos por vários prestadores de serviços ou treinandos” (OMS, 1996. p.22).

Apesar da observação que pressupõe o direito das mulheres de se contraporem ao poder instituído, na mesma publicação também é colocado o fato de que mulheres no primeiro filho e em situação de baixo risco “podem ser atendidas por até 16 pessoas durante o trabalho de parto e ainda assim permanecer sozinhas” (OMS, 1996).

Como se pode apreender das conclusões do referido documento na instituição de ensino as práticas são efetivadas pela repetição e mais objetificação do corpo da mulher. No entanto, o processo ensino aprendizagem deve se pautar não exclusivamente pela técnica, mas pela pelos princípios éticos que pressupõem a beneficência, a ética e a autonomia.

A denúncia sobre o hospital de ensino como palco de violência está retratada no documento encaminhado ao Senado Federal “Parirás com Dor”, da organização Parto do Princípio. O exame vaginal é descrito como um procedimento feito em sequência e por várias pessoas, sem a consulta ou permissão da mulher. A mulher “não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012. p. 93).

### **6.1.3 Dor do parto: desvalorização e descuidado**

A dor do parto tanto pode ser desvalorizada pela mulher, pois entende que a mesma faz parte da sua natureza e destinação, como também pode ser

negligenciada ou negada na instituição. Os relatos a seguir, nos mostram essa condição:

Ah! Sim, foi um pouquinho ruim por causa da dor, ao mesmo tempo foi bom. O atendimento é muito bom, assim... me trataram bem e é uma coisa especial por que a gente tá tendo o filho da gente né? É inesquecível, a dor assim é ruim, mas só que a gente esquece (RUBI).

Do jeito que eles ensinaram, ah! eu não conseguia fazer por que estava com bastante dor, aí eu gritei...(ÁGATA).

A dor do parto ainda é percebida e vivida pelas mulheres como parte da sua natureza biológica e inerente ao seu papel social de mãe. Portanto, a dor é vista como algo que deve ser suportado, pois a simbologia que carrega este momento é de que superar a dor e calada é característica da “boa mãe”. Este fator foi observado nas mulheres jovens, assim como *Rubi* que parecia assustada com novo papel, e estava acompanhada da mãe; procurou caracterizar a dor com algo menor “um pouquinho” ruim. Por outro lado, o papel desempenhado pelos cuidadores institucionais reforça essa naturalização, pois as mulheres queixosas, as que “fazem escândalo”, não são bem vistas. A ordem do silêncio é estabelecida até mesmo pelos quadros afixados no setor de atendimento ao parto do hospital, uma norma que não é cumprida pelos funcionários, mas que é exigida das mulheres.

O depoimento de *Ágata* mostra as estratégias das mulheres para conseguir ultrapassar não só o momento da dor, mas principalmente lidar com os sujeitos responsáveis pelo seu atendimento. Seguir à risca o que foi ensinado, dentro do modelo de assistência ao parto representa poder ser mais bem atendido.

Outros trabalhos já relacionavam a naturalização da dor como parte do processo do parto, onde a superação desse momento é encarada como questão de força e superioridade da mulher. Entretanto, essa percepção da dor como algo inerente e esperado não impede o medo da mulher nem o seu desejo de alívio da mesma (AGUIAR, 2010; MCCALLUM e REIS, 2006; HOTIMSKY, 2002; PAIM, 1998).

Os estudos de Saito (2000), Macedo (2007) e Mutti (2010) discutem os significados que as mulheres atribuem à dor. Esses significados vão desde a dificuldade de definir a sensação física da dor em função da sua intensidade, ou estar aliada a sentimentos como sofrimento, angústia e prazer. O sentimento de prazer aparece após o nascimento e está relacionado ao filho e sua condição de hígidez.

O sofrimento é encarado pelas mulheres como uma questão cultural e religiosa, assim, as mulheres encaram a dor do parto à sua condição de mulher a partir da assimilação de vivências de suas mães e avós. A representação desta situação é de uma provação para se tornarem mães e que, às vezes, está aliado a ideia da destruição do canal vaginal, impedindo o prazer nas relações sexuais após o parto normal, o que incentiva a episiotomia ou a cesariana. Além disso, o medo da morte que muitas vezes é transmitido por histórias de antepassados. Assim, a ansiedade sobre o parto normal pode elevar o medo da dor, influenciando escolhas como o parto cirúrgico (RONCONI et al, 2010).

Entre as estratégias para superar ou lidar com a dor do parto, as mulheres seguem as orientações que, na maioria das vezes, implica em manter silêncio para não “prejudicar o bebê”, e também evitar represálias por parte dos profissionais, ou realizar exercícios respiratórios. Neste sentido, as mulheres buscam atender as recomendações e comportar-se de forma civilizada, como foi o caso de *Ágata*, entretanto, da mesma forma que em relação à internação, as mulheres usam a estratégia do “grito” ou do “escândalo”, no trabalho de parto, como forma de ser atendida.

Vale observar que a realização de exercícios respiratórios no momento do parto, na maioria das vezes, só é seguida quando a mulher já se apropriou da sua técnica durante o pré-natal, ou no início do trabalho de parto, quando as contrações ainda não são tão frequentes, ou então se tiver acompanhamento do profissional para realizar.

As mulheres, segundo o trabalho realizado por Mutti (2010), dependendo da sua condição financeira, e também o fato de ser de outra geração (mais nova), lançam mão de outras estratégias para evitar a dor, as quais implicam em buscar os recursos tecnológicos, quais seja a cesárea, anestesia ou ainda poder optar por não ter filhos. É importante ressaltar que a avaliação positiva do parto e da dor só é gerada pela presença e saúde do filho.

As mulheres no nosso trabalho em nenhum momento solicitaram o alívio da dor, algumas pelo entendimento da sua naturalidade, outras por que intuem que não serão atendidas, outras ainda por que acham que a forma de reduzir a dor e o sofrimento é através da cesariana.

Outras mulheres discorrem sobre a questão da dor em relação ao uso de ocitocina, rotura de bolsa e também no momento da episiotomia. Além disso, falam

do cuidado dispensado por profissionais do sexo feminino, em situações que acreditam não deveria ocorrer nesse universo. Ao se reportar às profissionais do sexo feminino como produtoras de violência as mulheres usuárias evocam o que seria uma solidariedade de gênero na percepção que mulheres profissionais deveriam ser mais acolhedoras e dispensar um tratamento diferenciado por terem passado ou vir a passar pelo momento do parto.

Uma das mulheres relatou o procedimento de rotura da bolsa de forma grosseira e sem nenhuma comunicação, o que culminou com aumento da dor. Duas mulheres informaram que o uso de ocitocina no soro levou a um aumento da dor, também sem nenhum esclarecimento.

De acordo com Davis-Floyd (2001), na medicina tecnocrática o diagnóstico e o tratamento é um ritual que se dá do exterior para o interior. Assim, da mesma forma que as máquinas precisam ser reparadas por técnicos (de fora) o corpo deve seguir a mesma lógica. Então, qualquer dor, doença ou disfunção deve consertada de fora.

O pré-natal segue essa filosofia com o uso de medições e máquinas externas à percepção e sensibilidade da mulher. Durante o parto a administração de medicação intravenosa é outro exemplo. As evidências científicas comprovam a importância da movimentação da mulher durante o parto. Entretanto, a despeito das pesquisas científicas, o soro intravenoso continua fazendo parte da rotina de atendimento ao parto, pela sua simbologia. Para a autora o uso do soro representa o cordão umbilical que liga a mulher ao hospital colocando-a numa relação de dependência, passividade e necessidade.

As intervenções agressivas com ênfases em resultados em curto prazo, também são parte do modelo de parto que procura intervir para controlar e alterar a natureza, no sentido de torná-la melhor através da tecnologia. Esta busca intensa, e muitas vezes irrefreada, tem como pano de fundo o medo da morte e a consequente necessidade de segurança (DAVIS-FLOYD, 2001).

A dor do parto e sua expressão é também um momento crítico, pois ali são externadas outras situações de violência como os estereótipos de gênero e classe que foram relatados pelas mulheres no contexto da sexualidade. Algumas frases como “na hora de fazer não gritou” foi presenciado por uma das mulheres, duas ouviram diretamente a frase “no ano que você tá aqui de novo” e “no ano que vem você tá aqui de novo por que é boa parideira”. Nesta questão, as mulheres criticam

duramente a postura profissional, encaram como tratamento desrespeitoso e uma afronta aos seus direitos e suas intimidades.

O aparecimento da dor se traduz como um sinal do início do trabalho de parto e vai ocorrer associação entre a contração uterina, dilatação do colo uterino, distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, na bexiga e em outras estruturas pélvicas e raízes do plexo lombossacral. Neste sentido, a dor do parto pode ser definida como “aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, sobretudo pela contração uterina” ( RONCONI et al, 2010. p. 278).

Os autores orientam para promoção do alívio da dor e da ansiedade já que estas podem aumentar o cortisol e catecolaminas que vão afetar a contratilidade e o fluxo sanguíneo para o útero, sendo assim, podendo ser prejudicial para mãe e feto. Entre os métodos empregados para o alívio da dor estão: o relaxamento, massagem e apoio emocional, os quais podem propiciar que a mulher defina a necessidade ou não de uso de medicamentos.

#### **6.1.4 Distanciamento e ausência de comunicação**

A comunicação é uma necessidade básica e primária do ser “a linguagem é a construção simbólica humana que permite construir e manter os relacionamentos” (TRABER, 2004: 4).

No meu caso, assim, eu chamava assim, e às vezes não aparecia ninguém, aí eu não gostei (ÂGATA).

A assistência dos profissionais, se eles fossem mais carinhosos com a gente, a gente se sentiria bem... se eles conversassem mais com a gente.(PÉROLA).

A fala da participante se traduz pelo distanciamento, falta de comunicação. A conversa é a necessidade de comunicar, de estar com o outro. A negação da comunicação, que se dá pela palavra, é também a negação do direito do indivíduo a ser e estar no mundo.

As mulheres se queixaram tanto da falta de comunicação, quanto das informações, que são parciais ou ausentes desde o pré-natal. As dificuldades relatadas em relação à comunicação pressupõem a ruptura na relação entre

profissional e usuária, que parte da invisibilidade do outro enquanto sujeito e suas subjetividades. Assim, na falta de comunicação e de informação, as mulheres se submetem ao julgamento do profissional, confiando todas as decisões sobre seu parto (AGUIAR, 2010).

Betts et al (2004) afirma, que a partir do momento que a ciência passou a legitimar e tornar formal a produção humana, trouxe como consequência uma prática que não abre espaço para a relação profissional/paciente, sendo este espaço ocupado pela objetividade do conhecimento e a patologia; eliminando a condição humana da palavra a inter-relação entre as pessoas onde não são ouvidas as angústias, sentimentos, expectativas, temores ou sequer dadas as informações sobre os procedimentos aos que o paciente será submetido.

Zampieri (2001) coloca que humanizar consiste no respeito pela pessoa, na consideração das diferenças individuais e na promoção do “ser mais”. Parte do pressuposto que humanização é a comunicação baseada no relacionamento entre as pessoas, no respeito das próprias individualidades, expressando-se através de gestos de amor, do bom ouvir o dito e o não dito.

A Política Nacional de Humanização propõe o estímulo à comunicação entre todos os sujeitos que fazem a saúde, essa proposição busca a construção de processos coletivos e neste sentido possibilitar o enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que “muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (BRASIL, 2003, p 4).

O distanciamento, a ausência de comunicação são discursos que vêm sendo compreendidos há algum tempo e com bastante ênfase na área de enfermagem, uma vez que esta tem como objeto de trabalho profissional o cuidar. O afastamento do usuário com o olhar voltado para a “tecnologia”, de valorização excessiva do maquinário, sem lugar, sem espaço para expressões como a de *Perola*, pode ser lembrado no episódio vivido pelo professor Darcy Ribeiro, que em 1995 “evadiu-se” da UTI de um hospital onde estava internado.

A questão suscitou debates bastante acalorados sobre como eram tratadas as pessoas com enfermidades e culminou com uma publicação em uma revista de circulação nacional, além de uma música do cantor Ney Matogrosso, intitulada Cara do Brasil. “*O Brasil é um caboclo sem dinheiro/procurando o doutor nalgum lugar/ou será o professor Darcy Ribeiro/que fugiu do hospital pra se tratar*”

O escritor, João Ubaldo Ribeiro, também entrevistado, comparou a situação ali vivenciada aos judeus condenados do holocausto. Entre as várias questões que vieram à tona naquele momento estão: impessoalidade, objetificação, desumanização, isolamento, controle, poder... situação que levou as autoridades a se manifestarem no sentido de propor mudanças nas condições da UTI.

As reflexões em torno dessa questão vão desde a discussão da tecnologia como sinônimo de maquinário até a conciliação entre tecnologia e cuidado.

Por outro lado, o poder simbólico que caracteriza esse fazer pressupõe que a comunicação não é elemento necessário entre o profissional e a mulher em trabalho de parto, pois o importante é a realização do procedimento, da técnica. A ausência do diálogo é intrínseco a esse processo, pois ele se dá num contexto de desiguais. A mulher é vista como inferior e seu corpo apropriado neste modelo de atendimento (PEREIRA, 2004).

Davis-Floyd (2001) adverte que o modelo tecnocrático é de valorização excessiva da ciência e da tecnologia. A valorização excessiva da ciência não significa que os achados e evidências científicas sejam incorporados à prática em saúde. A tecnologia que é aceita e incorporada é aquela que reforça a ética da tecnocracia segundo a qual a evolução passa pela tecnologia e o progresso significa o desenvolvimento de máquinas cada vez mais sofisticadas. O papel do médico é interpretar os dados oferecidos pelas máquinas. A difusão rápida de instrumentos tecnológicos diz respeito ao valor simbólico que eles detêm muito mais do que seu valor de uso e de cura.

O trabalho em saúde tem características específicas e envolve não só o trabalho que está sendo realizado, o trabalho criador, mas também o “trabalho morto”, aquele que já chega pronto, o já executado (MERHY, 1997).

A tecnologia não está ligada a uma noção de equipamento, maquinário, mas a um fazer que pode ser chamado de imediato, concomitante, já que as práticas de saúde são pouco estruturadas e, nesse sentido, não ocorre entre trabalhador e usuário uma relação de trocas que permite ao usuário o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida (MERHY, 1997. p.87).

Neste sentido, as tecnologias são classificadas em três grandes grupos: a) Tecnologia dura: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) Tecnologia levedura: incluindo os

saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) Tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.

As três classes são identificadas no campo da saúde e todas elas têm um caráter de necessidade para uma fazer que pressuponha um maior bem estar do indivíduo que procura as instituições de saúde.

Na verdade, a discussão em torno da tecnologia no sentido de instrumental, que leva ao afastamento do profissional, do sujeito a ser cuidado, o que precisa ser questionado não é o fato dessa tecnologia poder tornar “desumana” as práticas em saúde, mas como essa tecnologia passou a ser operada e o significado delas dentro das instituições de saúde.

O trabalho realizado por Menezes (2000) em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, a fim de identificar a prática médica naquele espaço, evidenciou, entre outras coisas, que a aparelhagem parece ocupar lugar de especial importância para os intensivistas, por vezes servindo de facilitadores das tarefas a serem desempenhadas e escudo protetor entre profissionais e pacientes.

Em relação ao parto esta questão é central, o uso da tecnologia colocada como irracional, danosa, inapropriada se coloca como um dos grandes malefícios e como protótipo da assistência ao parto no Brasil.

No contraponto dos depoimentos acima, *Hematita* tem um posicionamento que apesar de apontar para uma melhor atenção no setor de atendimento ao parto, revela a face do atendimento no pós-parto.

Estavam sempre lá dando atenção (no pré-parto). Já não gostei muito quando vim prá cá prá cima, por que... eu não tinha muito leite. Toda vez eu dizia, mas para mim não davam orientação nenhuma. Vieram dar orientação hoje (funcionárias do Banco de Leite). Hoje foi que elas foram ensinar como é que fazia “bico”, o que fazia direitinho para amamentar, ela é minha primeira filha, eu não sabia como fazer isso (HEMATITA).

A fragmentação do atendimento, assim como das políticas de cunho social, já é uma marca do Brasil. O Hospital Universitário é reconhecido como Hospital Amigo da Criança, então cabe aos profissionais de todos os setores da Unidade Materno

Infantil, e não apenas ao Banco de Leite, a responsabilidade pelo incentivo e orientação ao aleitamento materno.

A organização hierárquica e a padronização dos cuidados também são parte do modelo tecnocrático. Para Davis-Floyd (2001), tecnocracia é o uso da ideologia do progresso tecnológico como fonte para o poder político. Assim, não é só no aspecto tecnológico, mas também hierárquico, burocrático e autocrático do modelo cultural dominante de realidade “quando a corporação médica tenta dar um salto em termos de organização, permanece rigidamente fiel à sua estrutura hierárquica e a seus papéis internos fundamentados em status e crenças” (DAVIS-FLOYD, 2001. p.2).

O relato de *Hematita* mostra a dificuldade das mulheres, principalmente no primeiro filho. A falta de informação e orientações adequadas para a efetivação dos cuidados com os filhos recém-nascidos, estímulo e apoio ao aleitamento materno é condição básica para o atendimento no Alojamento Conjunto.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi uma proposta conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF, ano de 1990, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

#### **6.1.5 Presença do acompanhante: necessidade de apoio**

Nos primeiros instantes foi minha irmã, aí essa questão é excelente, pois o acompanhante se passar que tá nervoso, a gente fica pior, a minha mãe já sabia como era, minha mãe foi em questão de meia hora, quando a dor vinha, minha mãe dizia “faz força, faz força”... foi rapidinho e aí eu me senti mais tranquila, mais forte... Se a mulher fica sozinha, ela fica mais apavorada, com medo (TOPÁZIO).

Pelo relato de *Topázio* pode-se perceber a importância atribuída ao acompanhante que se caracteriza não só pela experiência já vivenciada em relação ao parto, mas por proporcionar conforto e tranquilidade. No entanto, deve-se ressaltar que o acompanhante não pode desempenhar o papel que é dos profissionais de saúde.

A presença do acompanhante no período do trabalho de parto, parto e pós-parto a fim de prover suporte para a mulher é também outra questão não equacionada em relação à proposta de humanização do parto. Os relatos de medo e angústia, tristeza e alívio, tranquilidade e conforto foram citados no trabalho.

O comparecimento desse novo/velho ator no cenário do parto institucionalizado foi permeado de conflitos, os quais muitos ainda persistem.

A Organização Mundial de Saúde no seu já citado relatório “Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático” enfatiza a necessidade e a importância do acompanhamento para a mulher no parto e que este deve ser de pessoas de confiança e com quem a mulher se sinta à vontade. Refere que os dados identificaram essa presença como positiva não só para o apoio emocional, mas também para redução da ansiedade e percepção de um parto difícil, assim como em relação à manutenção do aleitamento nas 6 semanas após o parto (OMS, 1996).

Outra orientação em relação ao acompanhante é que este não precisa ter treinamento técnico especial, uma vez que a sua presença tem como objetivo proporcionar apoio emocional, conforto, estímulo através de contato físico e verbal e carinho evitando o isolamento da mulher, a ansiedade e o medo

A ONG Parto do Princípio compilou vários trabalhos científicos que apontam os benefícios e a importância do acompanhante no trabalho de parto e parto. Entre eles:

- Diminuição do tempo de trabalho de parto,
- Sentimento de confiança, controle e comunicação,
- Menor necessidade de medicação e de analgesia,
- Menor necessidade de parto operatório ou instrumental,
- Menores taxas de dor, pânico e exaustão,
- Menores escores de Apgar abaixo de 7,
- Aumento dos índices de amamentação,
- Melhor formação de vínculos mãe-bebê,
- Maior satisfação da mulher,
- Menos relatos de cansaço durante e após o parto.

Em relação à participação do pai como acompanhante do parto aos benefícios acima, são acrescentados, ainda:

- Apoio para que a mãe se sinta mais segura para estabelecer o vínculo com o bebê,
- Diminuição de sentimento de medo na parturiente durante o parto,
- Melhores percepções sobre o parto,
- Menores taxas de sentimento de incerteza,
- Maior suporte para compartilhar alegria,
- Auxílio na primeira mamada,
- Maior duração do aleitamento materno.

Caso o nascimento seja por uma cesariana, os benefícios da presença do acompanhante incluem:

- Diminuição do sentimento de ansiedade,
- Diminuição do sentimento de solidão,
- Diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê,
- Maior sentimento de prazer,
- Auxílio na primeira mamada,
- Maior duração do aleitamento materno.

Além disso, Domingues (2002) identificou que há uma melhor percepção sobre a atenção fornecida pelos profissionais, assim como maior satisfação com o parto entre as mulheres e também que o perfil das mulheres sem acompanhante está relacionado a piores condições sociais e menor acesso a serviços e informações de saúde.

Todos os profissionais se beneficiam dessa ajuda, desde a realização de procedimentos simples até a identificação de necessidades e riscos. O acompanhante aumenta o conforto materno, oferece apoio emocional e psicológico, compartilha a experiência com a parturiente e influencia positivamente nesse contexto.

Algumas questões importantes devem ser compreendidas por todos os sujeitos que são responsáveis por instituições e pelo atendimento direto às

mulheres. As mulheres precisam ser responsáveis pelo seu corpo e seu espaço. Em relação ao acompanhante as situações impeditivas para a sua total participação no trabalho de parto e parto giram em torno da falta de infraestrutura para acomodá-los, a falta de preparo por parte do acompanhante, principalmente do sexo masculino, a invasão de privacidade para mulheres, e também, no caso do homem, às questões de segurança.

Foucault (2004), na sua obra *Vigiar e Punir*, ao discutir os processos de poder e controle, refere que a punição deixou de ser no corpo e passou para outra instância, que não é física.

A tortura que antes era no corpo se difunde na era atual pelos mais diversos setores, na escola, no trabalho, no hospital. Entretanto, ao contrário do que ocorria na antiguidade e na idade média, ou mesmo no início da era moderna, hoje ela já é tão elaborada que não nos damos conta. O aprisionamento pode ser visto pelo uso do medicamento que mantém os corpos mais dóceis, pelas diversas cirurgias que nos modelam, nos embelezam e nos aprisiona no que seria “penalidade incorpórea” (FOUCAULT, 2004. p.18).

Os corpos dóceis das mulheres são palco deste aprisionamento que controla, medica, corta, que permite ou retira a dor, e também as mantém em isolamento.

Em janeiro de 2013 foi divulgada uma pesquisa pela Ouvidoria da Rede Cegonha onde foram ouvidas 54 mil mulheres. Este levantamento foi realizado entre maio a dezembro de 2012. O trabalho mostrou que 64% das mulheres não tiveram direito ao acompanhante no parto. A pesquisa também demonstrou que 56,7% delas (19.931) afirmaram que o acesso ao acompanhante foi proibido pelo serviço de saúde e só 15,3% (5.378) relataram não conhecer esse direito. Entre os motivos apresentadas pelos hospitais para não permitirem a presença do acompanhante estão a falta de espaço físico adequado para garantir a privacidade das gestantes e o risco de o acompanhante atrapalhar o processo (FRAZÃO, 2013).

Na fala de um dos entrevistados (médico) a superlotação é um dos problemas que impede a manutenção do acompanhante e que neste caso “o acompanhante só atrapalha. Muitas vezes sou agredido verbalmente, mas não posso abrir mão da segurança do atendimento”.

A Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999, que cria os Centros de Parto Normal (CPN), já estabelecia em seu parágrafo 1º do Artigo 1, que o Centro de Parto

é “a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócia”, e no item III do artigo 3º como atribuição dos CPN, “permitir a presença de acompanhante”.

A Portaria n.º 569/GM, de 1 de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, estabelece em seu anexo II, que é responsabilidade dos serviços “admitir a visita do pai sem restrição de horário”.

Em abril de 2005, foi promulgada a Lei n.º 11.108, e em dezembro do mesmo ano, a Portaria n.º 2418/GM, 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.

Além disso, as seguintes resoluções fazem parte do amparo legal à mulher: Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANVISA) – RN N.º 262, de 1 de agosto de 2011 (no artigo 2º altera o artigo 19 da RN 211) aplicando-se o direito ao acompanhante em hospitais particulares; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N.º 36, de 03 de junho de 2008 da ANVISA, que descreve que os serviços de saúde públicos, privados, civis e militares passam a ser obrigados a permitir a presença de um acompanhante que a mulher deseje no trabalho de parto, parto e pós-parto, além de possuir uma cadeira específica para esse acompanhante.

A Lei estabelece a obrigatoriedade dos serviços em permitir a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e que esse acompanhante será indicado pela parturiente, portanto, não há condicionalidade.

Eu não tive (o pai), só a minha tia, mas ela não pode ficar comigo... Porque foi cesárea, ela desceu e quando subiu, eu já tava na sala (ALEXANDRITA).

Não teve ninguém, pois não havia ninguém (OLIVINA).

Entretanto, cabe ressaltar a exemplo da situação, de que o ponto central da questão é a possibilidade da mulher ter, ou voltar a ter, uma rede de apoio social na sua condição de mãe, e sair da situação de isolamento imposto pela rotinização de condutas no âmbito hospitalar. Então, a discussão sobre o isolamento da mulher ainda permanece em aberto como situação a ser trabalhada nos serviços.

A ausência do acompanhante por motivos diversos colocados pelas mulheres neste trabalho, tais como: local de residência (algumas do interior do estado), a necessidade da permanência do pai como responsável pelo cuidado de outros filhos,

situações de fragilidade física e emocional do acompanhante ou mesmo a recusa do acompanhante em permanecer na unidade.

Não há nenhuma dúvida sobre a importância e a necessidade de um acompanhante para a mulher na cena do parto, então não cabe questionar se a presença de um acompanhante vai garantir o apoio que a mulher deseja e precisa no momento do parto. Também não é necessário um preparo deste sujeito para estar com a mulher. Uma das participantes do trabalho deu o seguinte depoimento: “eu estava com acompanhante, mas foi mesmo que nada por que minha irmã novinha tava só passeando. Tomava um banho, se maquiava e descia de novo” (OPALA).

Se a presença de um familiar quer seja, mãe, irmãos ou companheiro não conseguir proporcionar à mulher durante esse período em que sentimentos e emoções estão aflorados, a conexão, proteção, apoio, enfim suporte para a mulher em trabalho de parto, a instituição que atende deve buscar propiciar. Afinal, se as consultas de pré-natal tiveram um incremento significativo em relação ao seu quantitativo, este trabalho deveria estar sendo realizado pelas diversas unidades que a atendem. O fundamental é que a mulher no processo de trabalho de parto tenha o direito a um suporte que lhe permita ter conforto físico e emocional.

As mulheres deste trabalho puderam contar em grande parte com a presença de um acompanhante no período de evolução do trabalho, entretanto, algumas dificuldades foram relatadas: restrição ao acompanhante do sexo masculino, manter o acompanhante no momento do parto e, principalmente, da cesariana. Pelos relatos das mulheres e pela observação no centro de parto, essas restrições ocorrem em alguns plantões, ou seja, ainda que haja um entendimento pela direção geral da inserção desse sujeito no centro de parto, essa conduta não é difundida pela equipe, ao mesmo tempo, persiste como prática a centralização em um profissional de saúde de fornecer permissão para entrada do acompanhante. O relato de *Selenita* mostra a negação deste direito:

É só na prática, ou seja, só na escrita, porque na prática mesmo, de verdade, ainda não aconteceu. Por que no meu caso, eu fiz duas cesarianas e nunca tive esse acompanhamento, nunca! (SELENITA).

O meu foi bom, foi ótimo, foi rápido, rápido, foi normal. Fui bem atendida, de onde eu moro prá cá foi uma maravilha! Lá onde eu moro, não tem esse preparo prá gente. Aqui é muito melhor (TURMALINA).

*Turmalina* foi uma das mulheres sem acompanhante em razão do companheiro ter que ficar em casa com os outros dois filhos. No entanto, a sua avaliação da atenção recebida é positiva, pois como ela mesma continuou acentuando, na sua localidade (interior do estado) as mulheres são encaminhadas prematuramente para casa, os recursos são poucos ou inexistentes, não há medicamentos disponíveis, assim como não há atenção ao recém-nascido.

Essa realidade também foi identificada no trabalho de Menezes já citado. O fato é que as mulheres são compelidas a deixar as suas localidades e, nesse movimento, as cidades centros e seus hospitais acabam ficando com superlotação. Entende-se que esta não é uma questão das instituições isoladamente, tem a ver com o Estado e a sua própria concepção. “Conforme acentua Barbosa (2006), a luta pela saúde das mulheres tem relação direta com a qualidade da assistência, a qual deve se pautar por princípios de integralidade e equidade” os quais são incompatíveis com o atual modelo assistencial, calcado na crescente tecnologização, medicalização e mercantilização do corpo, da saúde e da vida humana (BARBOSA, 2006, p. 324).

#### **6.1.6 Experiência do parto e recusa da maternidade**

Das mulheres que participaram do trabalho apenas 3 afirmaram a vontade de um outro filho. A questão incitava um vigoroso não das mulheres. A experiência vivida no parto pode ser importante, mas também pode gerar insegurança, dúvidas ou mesmo negativa para outra gravidez como se vê na fala de *Aragonita*.

Quando eu tive o meu primeiro eu não disse que queria ter e nem que não queria ter. O meu filho tem 3 anos, quando eu decidi engravidar de novo eu parei de tomar o anticoncepcional por opção minha. Hoje, por conta, assim que tem um acompanhante comigo (companheiro) disse: "olha tu vai ter mais três", eu disse, não. Hoje eu não quero por conta do que eu passei e por conta que pra se criar hoje filhos exige mais condições financeiras (ARAGONITA).

Os fatores de ordem social e econômica apareceram na maioria das falas demonstrando que as mulheres incorporaram a ideia da contracepção, porém dentro da perspectiva malthusiana. A preocupação e o interesse demonstrado

principalmente à inclinação por métodos definitivos fez parte dos processos de orientação que realizei com os grupos.

A instituição desenvolve ações de planejamento familiar desde 1992, e apesar de um histórico de ações em que as usuárias possam se sentir como sujeitos integrais, livres e capazes de tomar decisões conscientes sobre suas vidas, algumas mulheres desconhecem o serviço ou as suas buscas e interesses se fazem em torno dos métodos definitivos, principalmente a laqueadura tubária, como foi o caso das participantes do trabalho.

A questão dos direitos reprodutivos no Brasil foi uma luta acirrada no sentido de oposição às metas populacionais tanto conceptivas quanto contraceptivas, e também no sentido de promover a saúde da mulher dentro de um contexto da integralidade.

Outras mulheres, como *Malaquita* e *Cianita*, disseram ser necessário um intervalo de pelo menos 20 anos para possibilitar o esquecimento da experiência negativa do parto.

A experiência do parto pode concorrer para o desejo ou não de outro filho, entretanto, vale ressaltar que as mudanças no contexto social e da vida da mulher, as questões de ordem econômica, impõem à mulher um repensar na proposição de ter um novo filho.

A maternidade ainda é percebida como uma condição inerente à mulher, sendo vista como uma condição natural o que, por conseguinte, deve conter sentimentos inatos à condição de mãe.

A quebra dessa norma acarreta para a mulher certa desconfiança, pois a crença é que a mulher nasceu para ser mãe, e essa destinação é algo instintivo como a natureza. Esse discurso da associação da mulher ao papel materno e doméstico definiu a maternidade como uma condição própria da mulher, esse papel foi desconstruído com a discussão do mito do amor materno (BADINTER, 1985; CHODOROW, 2002).

Badinter (2011) faz uma crítica contundente ao que chama “ofensiva naturalista” que busca reinventar a maternidade como fundamental para as mulheres, ao mesmo tempo em que um número cada vez maior de mulheres que não desejam ter filhos, principalmente nos países desenvolvidos. No que a autora chama de “ambivalências da maternidade” a mulher sempre é culpada, por ser mãe e não cuidar ou por não querer ser mãe.

Saffioti (2004) faz também uma referência ao desenvolvimento da maternagem e paternagem tomando por base os trabalhos de Chodorow que faz relação entre os cuidados desenvolvidos pela mulher (mãe) e a diferença na atitude do homem (pai) que pode desembocar em violência.

A mulher como cuidadora primária dos seus filhos passa cotidianamente a praticar e trocar carinhos com estes e a executar os cuidados diários de banho, trocas de roupas e não alimenta uma curiosidade sobre o corpo da criança, visto que tem contato cotidiano com ele, ao contrário do pai que quando não paterniza seus filhos e filhas desenvolve uma curiosidade pelo corpo o que pode levar a uma explosão de desejo sexual (que se mantinha inconsciente), e vir a praticar uma violência sexual contra os seus filhos. Venâncio (2004) também discute o papel da mãe na situação de abandono de crianças no século XVIII, colocando que abandonar o filho consistia, na maioria das vezes, numa forma de protegê-lo.

A despeito das questões acima, os trabalhos mostram que as mulheres, quer seja pelo contexto sociocultural, ou mesmo por questões de ordem religiosa, se apropriam dessa maternidade como algo inerente ao ser feminino e pelo qual devem colocar suas energias e mesmo suas vidas no intuito de dar o melhor para seus filhos.

No entanto, o modelo de atendimento ao parto realizado no Brasil, pode ter um impacto tão significativo na vida das mulheres, mesmo não sendo seu primeiro filho, conforme o relato de *Malaquita*:

Eu já tenho 2 (dois filhos). É o terceiro. Os dois foram normais, esse foi cesáreo. Então, na hora que me aplicaram aquela anestesia parece que eu ia morrer!!!... Aí, Deus me livre, não quero ter mais não (MALAQUITA).

A observação de *Malaquita* mostra a face do atendimento ao parto no espaço hospital. O desconhecimento acerca do tipo de parto, os procedimentos que para os profissionais são considerados de rotina, para as mulheres, objeto deste atendimento, pode parecer uma sentença de morte. O poder científico é mais uma vez identificado na atenção.

## **6. 2 A assistência na maternidade na visão das responsáveis**

As mulheres responsáveis pela implementação de ações na Unidade, tem visões distintas sobre o atendimento. Para uma delas, o atendimento é

considerado bom, “eu diria nota 8”, por que há um empenho da direção para que as políticas sejam implementadas, principalmente para atender as pressões impostas pelo órgãos federais. Para outra responsável a maternidade (espaço físico) é considerada boa, mas as práticas profissionais estão aquém das necessidades das usuárias. Uma das responsáveis tem posições bem claras sobre a assistência na maternidade, pois considera que não há respeito aos direitos de mulheres e acompanhantes e a assistência ao parto é um evento puramente técnico e sem a qualidade que seria esperada para uma instituição de referência. Para duas profissionais, o fato de ser um hospital de ensino contribui para que as práticas sejam repetidas e feitas às vezes sem critério. A mulher segundo a ótica de uma delas é “cobaia”.

A presença do acompanhante, no entanto, foi que suscitou mais discussões por parte das responsáveis.

A inserção do acompanhante no parto, ainda não é isenta de conflitos, aparece ora como o grande marco em relação à humanização na maternidade, como sujeito importante para a mulher, mas também aparece como elemento perturbador, despreparado, inclusive colocado como empecilho para o processo de humanização dentro da instituição.

O que eu vejo é que os acompanhantes eles se omitem a acompanhar a gestante durante o pré-natal que é o período importantíssimo da gestação e passam a desconhecer as etapas do parto (GDELTA).

A fala da responsável deixa em evidência a percepção dos usuários como pessoas destituídas de saber, pois o conhecimento só ocorre dentro do espaço da instituição, portanto, os sujeitos ao não comparecerem à esse espaço passam a ser considerados omissos. A mesma responsável, ajunta sobre qual deveria ser o papel do profissional na instituição e do acompanhante:

“tem que dar informação sobre o que é a gestação, como é o trabalho de parto, como vai se desenvolver e o acompanhante tem que tá lá nesse momento que é o momento em que a gente prepara para ele ser um acompanhante, vamos dizer assim, ideal para esta mulher durante o trabalho de parto (GDELTA).

A normatização explícita na fala da responsável, mostra como a sociedade disciplinar está presente no cotidiano dos usuários da instituição.

Na visão da gestora, a questão da presença do acompanhante está afeita às seguintes dimensões: o acompanhante deve ter a característica do tipo ideal de

pessoa, sempre presente, seguindo as orientações determinadas, precisa ser preparado para ser um acompanhante. As cores fortes da normatização e controle estão na visão de *GDelta*:

“...porque aquela pessoa não entende o processo, porque acha que está demorando demais, que a gestante está sofrendo demais, insiste para que se coloque a gestante para que se opere imediatamente para sair dali o mais rápido possível”.

Essa condição de preparo prévio do acompanhante vem sendo uma “bandeira” das instituições e profissionais de saúde desde antes do advento da Lei do Acompanhante.

O trabalho de Lima et al (2011), realizado em São Luís, indicou essa situação. Os profissionais, ainda que receptivos à presença do acompanhante, entendem que os mesmos precisam de preparo para permanecerem na instituição. As questões levantadas no trabalho impõem que a acompanhante precisa não só acompanhar todo o processo de gestação, mas também ser preparado para o acontecimento do parto. Além disso, ficou evidenciado naquele trabalho que os acompanhantes são vistos por um lado como capazes de proporcionar segurança, mas também atrapalhar o trabalho da equipe e levar insegurança para a mulher.

Para Zeta há um descompasso entre a Lei e a prática na maternidade entendendo que as regras impostas no interior da instituição tiram os direitos dos usuários:

“...não há flexibilização da regra, não é bom para o paciente. Então, só pode o paciente do sexo tal, só pode consultar em determinado horário, então o paciente por que ele não tem o paciente o do sexo tal, exigido na hora tal, e a Lei não diz isso, a Lei diz que tem direito a acompanhamento nas 24hs e é limitado também as dependências (GZETA).

Os profissionais lutam para se adequar à uma realidade estabelecida por lei. Os conflitos permanecem para inserção desse sujeito na instituição.

## **6. 3 Humanização do parto e seus significados**

### **6.3.1 Para as mulheres usuárias**

A humanização como conceito não é unanime, pois ao tentar discutir um conceito que permeia o ser humano temos que ampliar o nosso olhar para a sua complexidade em relação ao outro e sua singularidade no cosmos, como acentua

Morin (2001, p.48) não é possível conceber o ser humano na sua complexidade pelo pensamento disjuntivo, fora do cosmo que a rodeia “da matéria física e o espírito do qual somos constituídos, bem como pelo pensamento redutor, que restringe a unidade humana a um substrato puramente bioanatômico”.

O que nos impele a pensar na nossa própria visão de mundo imersa na divisão e disjunção do homem, tornando o exercício de descrição já uma separação.

Neste contexto, nós, os humanos, buscamos compor nossas partes esfaceladas e fragmentadas e nos inquietamos com os sentidos que parecem, ou que nos reduzem à condição de homínideo, ainda que pretensamente tenhamos avançado do estado puramente biológico para uma condição social e cultural, e então, nos tornamos humanos.

Para Diniz (2005) o termo *humanização* do parto está afeito a uma multiplicidade de interpretações, que vão desde a perspectiva dos *direitos da mulher* a um protagonismo no parto, o que pressupõe um refazer de práticas com a finalidade de mudanças no cotidiano do trabalho em saúde, caso específico do atendimento ao parto e também um quefazer baseado em conceitos novos e desafiadores. O *redimensionamento das ações* de profissionais de saúde, que ao deslocar um profissional de um espaço considerado como seu, para incorporar ou substituir por outro, leva a um campo de conflito. As abordagens *baseadas em evidências* científicas entre outras são recriadas pelos diversos atores sociais que as utilizam como instrumento para a mudança que ocorre muito lentamente apesar de enorme resistência. *Humanização* é também um termo estratégico para discutir a violência que é praticada pelos profissionais de saúde contra a mulher no interior das instituições.

A discussão em torno da humanização do parto e de uma atenção “melhor” “mais educada” gerou vários sentidos para as mulheres, mas o que foi mais ressaltado foi a característica do profissional.

Entre os vários adjetivos as mulheres se referiram ao profissional médico como ignorante, fato colocado em dois grupos. O ignorante aparece não com o sentido posto no dicionário como iletrado ou indouto, mas como rude, brusco.

A humanização neste sentido adquire realmente o sentido de tornar tratável, civilizar, o que poderíamos dizer que a humanização precisa ser consistente e não precária. Os outros significados da humanização estão descritos abaixo.

### 6. 3.1.1 Ambiência

Algumas mulheres desse estudo explicitaram a humanização como a necessidade de um espaço físico adequado. Entretanto, esta atribuição não é um sentido positivo, pois está ligada a situações de carência e dificuldade que acabam por se configurar mais como ausência de direitos.

A ambiência na saúde é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, definida como: “espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2009, p.1). Sendo assim, a ambiência visa conforto, funciona como ferramenta para facilitar o trabalho e também como encontro entre os sujeitos.

O sentido proposto é de um ambiente agradável, limpo, confortável. As mulheres não cobram, nem exigem um ambiente que seja mais “familiar”, apenas um espaço de encontro e tranquilidade.

“...A outra questão é uma grande reforma nesse hospital, por que tá demais, por que eu acho que para ser bem humanizado não é só o parto, começa desde um serviço mais higienizado que a gente vai ficar com as crianças, então é esse tipo de coisa que deveria ter, questão de estrutura do hospital” (SELENITA).

Para outra participante as condições são consideradas adequadas, pois faz comparação com outra instituição. Outra considera que é necessário alguns arranjos para melhorar as condições da unidade onde as mulheres se encontravam no período de pós-parto, como a limpeza de banheiros, lajotas e pias. No entanto, o que transparecia era a dificuldade para resolução das questões, pois as práticas rotinizadas impedem o andamento da clínica.

Em face das várias questões que apareceram durante as reuniões buscava verificar e então, na medida do possível, resolver, quer seja através do contato com o setor de manutenção, ou através da comunicação com a coordenação da clínica. É importante considerar que situações como essa que foi enfocada não era desconhecida pelas responsáveis. As pessoas que compõem os vários setores do Hospital parecem sofrer também da dificuldade de comunicação, eram necessárias

várias solicitações para que as situações que dificultavam a vida das mulheres e seus filhos pudessem ser atendidas.

O Setor de Higiene e Limpeza deve se caracterizar como um serviço especializado que não deve visar só a conservação do patrimônio da instituição, mas também o controle de infecções oriundas do ambiente, além de “promover bem-estar aos pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários” (SIQUEIRA e RODRIGUES, 2011).

No período de realização da pesquisa havia ocorrido troca recente da empresa responsável pela limpeza no Hospital Universitário, o que podemos observar era a dificuldade na localização daqueles agentes, os materiais em uso eram precários, a exemplo do pano de chão.

Para Siqueira e Rodrigues (2011) a fim de que esses serviços sejam efetivos é necessário que haja um dimensionamento do quadro de pessoal para atender às necessidades, levando em consideração as características do hospital, a jornada de trabalho, taxa de ocupação entre outros. Além de programas de capacitação dos trabalhadores que, segundo as autoras, representam o grande desafio na medida em que não é uma tarefa simples a mudança de hábitos e atitudes dos trabalhadores.

Cabe acentuar que o espaço é importante para o conforto e bem estar das mulheres ou de pacientes em geral, no entanto, o espaço físico pode ser bem estruturado, organizado e ainda assim não contemplar práticas capazes de ver o ser humano além da sua condição biológica, ou seja, as mudanças na infraestrutura são fundamentais para manter a segurança e o conforto das mulheres e seus filhos, mas a organização composta por concreto, vidros, madeira, lajotas não vão tornar o campo hospital universitário um local dito de acolhimento e bem estar para as mulheres.

Outro fato descrito e que motivou acalorada discussão no grupo foi em relação à distribuição de roupas. O hospital proíbe (como a maioria dos hospitais públicos) a entrada de roupas para uso das mulheres, no entanto, a chegada das “roupas hospitalares” ocorre um período bem adiantado da manhã ou da tarde, como informa *Rubi*:

“Quando eles trazem (a roupa) já é tarde, aí já tomou banho, já tá toda organizada e quando eles chegam às vezes pergunta assim: “alguém já recebeu alta?. Não, ou então se falar já, ah! graças a Deus, prá não dar” (RUBI).

Foi discutida a impossibilidade de ficar nas enfermarias só contando com as roupas do hospital e a necessidade de usar as suas próprias roupas, porém foi levantada a questão do tipo apropriado de roupa, a qual deveria ser “decente”, ou seja, sem transparências ou minivestidos.

Pude compreender melhor a situação das mulheres, pois num dos encontros fui procurada por uma coordenadora de serviço a fim de que eu pudesse informar às mulheres da necessidade do uso da roupa do hospital, pois caso contrário “podiam ir para outro hospital”:

“As mães que amamentam, eu, por exemplo, passei a tarde toda molhada de leite, aí eu tive que tirar a roupa por que a gente não pode ficar só de calcinha, molhada, molhada. Não tinha mais roupa, acho que tinha que ter roupa disponível prá dar para paciente, três mudas, ou pelo menos duas (ALEXANDRITA).

A questão da limpeza e higiene é traduzida pelas mulheres como uma condição de precariedade das instituições de saúde. Na discussão no grupo, essa foi uma questão que se tornou recorrente.

A imposição de normas e rotinas é prerrogativa das instituições a fim de possibilitar o trânsito e a convivência entre as várias pessoas, entretanto, elas não podem servir para desqualificar as pessoas que precisam do atendimento.

### **6. 3.1.2 Presença do pai**

Algumas mulheres colocaram como humanização a participação e a presença do pai no momento. Este lugar do homem (o pai), passa a ser reivindicado:

Aí ele disse que queria entrar prá assistir o parto e ele (o médico) disse que não, que só podia ser uma acompanhante feminina. Aí ele disse que ele não poderia entrar, que ele só poderia entrar quando viesse prá cá para cima então, eu acho isso difícil por que a participação do pai ele é muito importante, tanto para a mãe quanto para a criança, a mãe se sente mais segura. É um papel importante o pai do lado (SAFIRA).

A participação do pai, desde o começo até o final. Na hora do parto, na hora da cesárea (ALEXANDRITA).

As discussões em torno da presença do acompanhante do sexo masculino, que no caso como pudemos observar pelos relatos é sempre o pai da criança, indica sem dúvida os processo de mudança pelas quais está passando a sociedade no que

se refere às construções de gênero e família. O parto ainda que inscrito no corpo e no universo feminino deixa de ser “coisa de mulher” e conseqüentemente passa a ser mais valorizado.

No entanto, como se pode avaliar pelo relato de *Safira*, a presença desse homem no cenário de parto, mesmo escolhido pela mulher e solicitado pelo próprio companheiro não resulta numa “permissão” da sua participação. O que nos leva a perceber que esses processos de desconstrução do feminino e masculino não estão efetivados na instituição.

É importante caracterizar que ao longo do tempo a participação do homem, ou a sua não participação tem sido alvo de críticas nos serviços, inclusive de uma das profissionais desse trabalho. O homem é considerado “negligente”, “irresponsável”, no entanto, os serviços continuam alijando os homens desta participação.

Com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre Mulheres realizada em Beijing, China, em 1995, que ocorreram na década de noventa sob o patrocínio das Nações Unidas, uma ampla discussão ocorreu no sentido de ampliar os direitos sexuais e reprodutivos para que o homem e a mulher pudessem usufruir de uma vida sexual sadia, com acesso aos serviços de qualidade. Um novo aspecto foi introduzido nos documentos dessas Conferências, entre elas a inclusão dos homens na questão da responsabilidade individual e social do comportamento sexual e reprodutivo. Isso ocorreu ao considerar que, se os homens mudassem seus padrões de comportamento sexual haveria uma transformação nos indicadores desfavoráveis da saúde da mulher

A inclusão do homem, o companheiro, no momento do parto, assim como do pré-natal e pós-parto será importante para a mulher em relação aos atendimentos de emergência e outros cuidados que ela precise durante a gestação e o parto. Importa ressaltar, no entanto, a presença de pai como um direito reprodutivo capaz de permitir a construção de vínculos entre mãe, pai e filho, aqui estou considerando a família tradicional, uma vez que, os serviços ainda tem a dificuldade de lidar com os vínculos tradicionais, permitir a inserção de sujeitos de qualquer dos arranjos familiares existentes.

A orientação para as mulheres sobre os passos a serem tomadas no caso da recusa do companheiro na cena do parto envolvem a conversa com o médico, a

procura pelo Ministério Público, Conselho Regional de Medicina, Ministério da Saúde no caso dos hospitais públicos, a ANS (para hospitais e planos privados), ANVISA, PROCON, também para casos de hospitais e planos particulares, busca requerer o descredenciamento do plano de saúde e também a procura de um advogado.

### 6.3.1.3 Direito à cesariana

A solicitação da realização da operação cesariana como procedimento para reduzir a dor do parto, o sofrimento e o tempo de trabalho de parto foi uma das situações que aparecem como uma perspectiva de direito da mulher e apontada por elas como humanização.

A expressão do desejo pela cesariana transparece no discurso de várias participantes do trabalho. As mulheres tem clareza do significado do parto normal, no entanto, as suas experiências do parto as leva a identificar as distorções existentes no atendimento e clamar por direitos.

Para falar a verdade mesmo, o parto normal é o melhor parto. Todo mundo é consciente que o melhor é o parto normal, mas o último recurso que eu me refiro é que eles ficam esperando prá ver se a mulher tem possibilidade de ter parto normal, ou se não tem e nisso vai aumentando as contrações, a criança vai passando do horário de nascer... eles forçam a mulher a ter normal, sem possibilidade de ter normal (FLUORITA).

Eu cheguei desde 5h da manhã. Toda hora vinha 1 e dava um toque...e nada. Por que não faz logo cesárea? não tem que esperar! (JASPE).

As mulheres entendem que a redução da dor, o tempo de espera, e até mesmo as intervenções podem ser resolvidos com a cirurgia e, assim, tanto as mulheres como os familiares acabam solicitando a realização da cirurgia.

O relato de *Água-Marinha* mostra como o parto via abdominal, remete um caráter de agilidade, de resolução.

Foi rápido, por que assim a minha bolsa estourou... aí eu já tinha ido em 2 maternidades, aí os médicos disseram que eu ainda não tava em trabalho de parto, aí eu vim prá cá, quando eu cheguei aqui, fui bem atendida, as enfermeiras me atenderam bem. Eu cheguei 7horas e às 8:30horas meu filho nasceu (parto cesáreo). Eu gostei do atendimento, não me maltrataram.

O que vale identificar é que o modelo de atenção ao parto, no caso o parto vaginal, pode ser tão assustador que as mulheres deixam de considerar os possíveis riscos de um parto cirúrgico.

A cesariana tem sido muito discutida pelo uso abusivo. O secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, afirmou em entrevista que as altas taxas de cesariana no país, consideradas “epidêmicas” estão relacionadas à deterioração da formação médica na década passada, pois os alunos não foram ensinados a realizar parto normal.

Ehrenreich & English (1973), ao tratarem da questão da medicalização do corpo feminino, colocam em evidência a distorção desse atendimento, onde gravidez e menopausa são tratadas como doença, a menstruação e tudo o que rodeia este momento é considerado distúrbio crônico, e o parto é transformado em ato cirúrgico.

O uso excessivo de cesarianas é uma evidência clara desse processo. “Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro, o exagero de sua prática tem efeito oposto” (BRASIL, 2001 p.14).

Um dos fatores que contribuíram para a elevação das taxas a partir da década de 70 foi a maior remuneração da cesárea até 1980, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a não remuneração da analgesia para partos vaginais. A modificação desses fatores, não implicou em decréscimo das taxas de cesárea (HOTIMSKY, et all 2002).

A formação dos profissionais sem a aprendizagem da assistência ao parto normal, enfatizando uma concepção patológica do processo de trabalho de parto e parto. Outro aspecto é a operação cesariana por solicitação da mulher, o medo da dor no momento do parto e a possibilidade de evitar dores após a cirurgia, através da utilização de analgésicos, assim como a ideia de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo (HOTIMSKY et al, 2002).

Em agosto de 1997 o Conselho Federal de Medicina publicou duas matérias em seu boletim: “Cesarianas: Uma Epidemia Desnecessária” e “Mortalidade materna: Tragédia Familiar”. A primeira de ampla repercussão nacional e internacional, pois significava não o posicionamento desse sujeito no cenário nacional sobre uma problemática que já vinha sendo debatido por outras entidades, mas principalmente por que colocava pela primeira vez em dados o caráter abusivo do procedimento, o que colocava o Brasil na liderança na realização de partos cirúrgicos, caracterizados como epidemia (CFM, 1997).

A segunda matéria destacava as altas taxas nacionais de morte materna, vinte vezes maior que nos países desenvolvidos e propunha “uma ação integrada, envolvendo a efetiva implantação do SUS, o estabelecimento de políticas claras de assistência à saúde da mulher e uma ampla e urgente campanha de esclarecimento popular” (CFM, 1997, p.18). Como a possibilidade de morte materna no parto cesáreo é maior que no parto normal, foi lançada a campanha “natural é parto normal”.

### **6.3.2 Para as mulheres responsáveis**

Para as responsáveis, a humanização do parto evocou muitos questionamentos, discordâncias e às vezes inquietações. A alusão ao termo parecia levar à consideração de um não fazer, ou um não ser. Os sujeitos, ao se colocarem na condição de responsáveis, são instados a rever o seu fazer e o seu estar, assim os significaram a humanização como redução da dor, cuidado do cuidador, empatia.

#### **6.3.2.1 Analgesia para redução da dor**

Para as responsáveis pela implantação do programa na unidade humanização pode ser redução da dor pelo uso de analgesia. “Não se arranca uma unha sem anestesia... por que essas mulheres tem que passar por isso? Existe analgesia de parto e hoje é um processo de humanização também” (GDELTA).

Foucault (2010) descreve que a medicina com seu discurso científico baseado na generalidade produziu uma prática cada vez mais distanciada da singularidade. Neste sentido o sujeito não toma parte no seu processo de cura, se torna destituído da fala ou decisão sobre si e o seu corpo, o profissional médico passa a ser o detentor da uma verdade inquestionável sobre a doença.

Até o final da pesquisa analgesia de parto não estava disponível para as mulheres. A fala profissional coloca a tecnologia como a possibilidade de resolução da dor das mulheres, mas é importante acentuar que não é uma disponibilidade no

sentido de minorar a dor das mulheres, mas para atender uma necessidade do ensino, que é residência médica em anestesia.

De acordo com Cunha (2010), a analgesia é a supressão da dor obtida por meio de fármacos ou procedimentos físicos (eletroanalgesia, acupuntura). Anestesia é a perda total da sensibilidade conseguida de propósito. Pode ser local, locorreional ou geral (narcose). Anestésias espinhais ou no neuroeixo são as locorreionais efetuadas na coluna vertebral (na raque) e podem ser a raquidiana e a epidural.

São sinônimos: anestesia raquidiana, raquianalgesia, raquianestesia, anestesia raquídea, espinhal, intradural, subaracnóidea ou, simplesmente, raqui. Para anestesia peridural: analgesia epidural, extradural que pode ser torácica, lombar ou sacra, esta também dita caudal (CUNHA, 2010).

A anestesia epidural é uma técnica de bloqueio nervoso central pela injeção de um anestésico local próximo aos nervos que transmitem a dor, e é amplamente utilizada como forma de alívio da dor durante o trabalho de parto. Entretanto, há algumas considerações sobre efeitos adversos sobre a mãe e o filho. Embora a analgesia epidural esteja sendo amplamente usada nos últimos 20 anos e proporcione o mais efetivo alívio da dor durante o trabalho de parto, está associada a alguns desfechos adversos, incluindo o aumento do risco do parto vaginal operatório (fórcipe/vácuo) (CUNHA, 2010).

Então, é importante observar que a anestesia obstétrica não é um procedimento inócuo, pois as drogas que produzem anestesia também ocasionam potentes efeitos adversos sobre o sistema nervoso autônomo, o que pode ocasionar entre outros efeitos a hipotensão da mãe (CUNHA, 2010).

A eliminação da dor do parto não é um discurso novo na medicina. Para Diniz (2005), o próprio sentido do termo humanização usado por Fernando de Magalhães no início do século XX, era propor um parto no qual a dor pudesse ser amenizada. A partir de 1950, surgiram os movimentos de médicos dissidentes, movimento pelo parto sem dor, movimento pelo parto sem medo, movimento pelo parto sem violência. Estes movimentos criticavam a intervenção excessiva dos médicos e enfermeiras sobre o corpo das mulheres, a pretexto de aliviar as dores.

A hipnose foi usada principalmente na Rússia onde algumas mulheres conseguiram parir sem dor e, posteriormente, o uso do chamado método

psicoprofilático difundido no mundo todo através de Lamaze. O chamado parto sem dor baseia-se no princípio de que a dor tem um caráter psicológico e que a dor do parto, suas nuances, estavam relacionadas ao córtex cerebral. A dor do parto poderia ser controlada através do conhecimento adquirido pela mulher sobre o processo de gestação e parto, assim, no momento do parto já preparada, a mulher assume uma atitude ativa em relação ao mesmo e pode controlar as mudanças do organismo durante o parto.

No Brasil o método ficou bastante conhecido através do livro *Parto sem dor* (VELAY,1980) Neste manual constam orientações sobre o método, entre elas a necessidade de preparar a mulher para o parto e, para isso, o processo deveria envolver: suprimir as emoções negativas, demonstrando que o parto é um ato fisiológico e natural; criar emoções positivas para mostrar o valor da maternidade, ou seja, um clima de confiança; um ensinar metódico para levar a mulher a aprender dar à luz, como aprendeu a ler e escrever. Neste sentido, a mulher deveria ter clareza da sua atuação e participação ativa no parto. O parto seria um processo no qual a mulher poderia ter o direcionamento e controle.

O obstetra francês Fernand Lamaze foi um dos grandes divulgadores do método e o inglês Grantly Dick Read ficou conhecido por ter criado uma outra modalidade que é o método psicoprofilático.

O método consiste na preparação para o parto. As técnicas são iniciadas durante o pré-natal. A gestante, o parceiro, ou outra pessoa da escolha da mulher são orientados sobre a fisiologia fetal e do trabalho de parto e parto, treino muscular e exercícios respiratórios. Além disso, são treinados e praticam sobre como executar massagens e práticas de respiração e de relaxamento que ajudam no processodonascimento. As vantagens da preparação são a redução da dor, menor necessidade de drogas analgésicas e maior satisfação do casal com o parto.

Apesar do que parecia um grande passo na promoção do controle da mulher sobre o seu corpo e seu processo reprodutivo, todo o desenvolvimento do método ocorria dentro do hospital com o controle e supervisão do médico.

A mesma gestora define a humanização como uma atenção especial às mulheres em processo de abortamento e com feto morto.

Por que está com feto morto a gente não vai lá mostrar para ela que a gente tá do lado dela, porque a tendência é prestar mais atenção, dar mais assistência para a mulher que está com o feto vivo, porque nós estamos

preocupados com ela ... e a que está com o feto morto ela vai expulsar, então ela vai ficar meio que negligenciada (GDELTA).

O corpo que é visto como máquina, no modelo de atenção tecnocrático do parto, libera o profissional do sentimento de responsabilidade perante a paciente, enquanto sujeito que sente, pensa, sofre, tem dor. O uso de siglas e números para listar os pacientes nos hospitais reflete esta postura. Esse tipo de alienação é aprendido e treinado durante os formação na academia quando os estudantes são ensinados a evitar o envolvimento emocional com seus pacientes (DAVIS-FLOYD, 2001).

O depoimento de *Gdelta*, ainda que demonstre preocupação com a situação das mulheres, mostra qual é atitude profissional dentro da instituição, a despreocupação com mulher, pois a batalha para morte foi perdida. Ao mesmo tempo, a linguagem é característica de um fazer profissional que prima pelo distanciamento. A humanização torna-se algo instrumental, pois os sujeitos acabam por não se envolver com o outro.

### 6.3.2.2 Ser empático

O termo empatia etimologicamente vêm de *empathés* que provém de *em-páscho* que tem por significado “sentir - em”, “sentir-desde-dentro”. Apoio empático é uma habilidade de comunicação terapêutica que tem como foco a mulher em trabalho de parto.

...nós já somos humanos até demais, talvez esse programa devia ter outro nome, devia se chamar Divinação da Assistência, sabe por quê? Por que a pessoa não se coloca no lugar do outro, talvez nós tenhamos caminhado para essa situação hoje de precisar de um programa de humanização nos hospitais, por causa disso, por que a gente não se coloca no lugar do outro (GZETA).

A avaliação da profissional está ligada, de um lado, à descrença na proposta pública, que como algumas outras no passado não se mostraram efetivas no sentido de provocar mudanças estruturais nos serviços; e também por que o sentido do termo remete a uma animalização. Ao referir uma mudança de nome para Divinização da Assistência retrata a sua descrença na possibilidade de alteração das condutas e práticas existentes na Unidade, ainda que considere que os profissionais

na unidade já “são humanos até demais” entende que os mesmos profissionais se afastaram dos seus compromissos éticos com a profissão e não são capazes de serem empáticas.

Por outro lado, os profissionais de saúde constituem um grupo heterogêneo composto por categorias diferenciadas nos processos de formação, posições ideológicas e “*status quo*”, no entanto, tornam-se homogêneas a partir de uma dupla estruturação de poder: a que lhes confere as instituições de saber responsáveis pela sua formação e as instituições de saúde às quais se vinculam. Essa indicação é encontrada em Oliveira, Siqueira e Alvarenga (2000) quando identificam campos de forças representacionais, expressas pelo conflito entre as práticas dos profissionais de saúde e as práticas dos usuários expressos como conhecimento científico e conhecimento do senso comum.

### **6.3.2.3 Cuidar do cuidador**

O cuidado é um ato individual dirigido a nós mesmos e um ato de reciprocidade com os quais somos levados a cuidar participando de seu destino, de suas buscas, sofrimentos e sucesso numa atitude de valorização da dignidade da pessoa humana (LIMA, 2005).

Minha percepção como profissional da área de saúde e gestora, eu acho que a gente precisa trabalhar muito o cuidador. Quem tá próximo daquele cliente que chega para atender, ou gestante, ou a criança... Normas de cuidar e a humanização ela é muito trabalhada nesse aspecto do cuidar (GALFA).

Para a profissional responsável alguns fatores concorrem para que o profissional precise de cuidados, o número de servidores na instituição, as trocas de profissionais, a demanda de serviços.

As instituições de saúde refletem as marcas das políticas de saúde levadas a efeito no país, as quais estão inexoravelmente ligadas aos ditames das políticas macroeconômicas, o que leva, a redução de investimentos, ou propostas equivocadas, mas que acabam por traçar os mesmos rumos, que é da redução de gastos com as políticas sociais. Esse direcionamento impõe uma série de questões tais como: dificuldade de manutenção das instituições de saúde, quadro de

profissionais limitados, deficiência de recursos materiais, condições insalubres de trabalho, inovações tecnológicas, mudanças de gestão, como é caso do Hospital Universitário com a perspectiva da entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Um clima desfavorável contribuiu para a deterioração das relações de trabalho levando ao desrespeito entre os próprios profissionais. O que implica em um cuidado que não é cuidado, mas *descuidado*.

Existem duas formas de cuidado: o cuidado habitual e cotidiano relacionado à manutenção e desenvolvimento da vida e o cuidado de reparação ou tratamento da doença. Este último é baseado no modelo biomédico, centrado na patologia e não no ser humano, impregnou de tal forma os ambientes de cuidado, que apesar da emergência de novos paradigmas de atuação em saúde, o indivíduo continua a ser visto de forma fragmentada em seu aspecto biológico, isolado de seu meio, grupo de inserção e até mesmo de si próprio (SUBUTZKI e CANETE, 2004).

Para prestar uma assistência adequada e com respeito à usuária o cuidador não pode esquecer o cuidado de si. É necessário que ele se perceba como ser passível de mudanças e reconheça seus limites; como ser estético na busca pelo belo na sua relação dialógica com o paciente; como ser de possibilidades, já que está inserido em um contexto (profissão) onde tudo é possível acontecer devendo estar disponível a ajudar e ser ajudado; e ainda como ser de crenças e valores, enfatizando o respeito diante das diversas culturas tanto das usuárias quanto dos profissionais (SUBUTZKI e CANETE, 2004; LIMA, 2005).

O sujeito que cuida precisa ser cuidada para proporcionar ao outro ser, aquele que será cuidado, uma prática de qualidade e calcada em princípios éticos. É um processo que precisa tempo, atenção, compromisso dos gestores, mudança das práticas de gestão e de saúde, mudança no contexto das políticas.

#### **6.4 Humanização do parto: limites e possibilidades para sua implementação**

Ao questionar sobre os limites e possibilidades da humanização junto às profissionais responsáveis, as questões mais enfatizadas foram a prática profissional e a formação acadêmica.

O principal empecilho é o profissional, mesmo assim, a falta de sensibilização para essas boas práticas que isso entra várias coisas: entra sua formação, tanto a formação profissional, quanto a formação pessoal (GBETA).

Os profissionais são responsabilizados pelas dificuldades do atendimento, uma ótica que pressupõe a incapacidade dos indivíduos e o seu próprio compromisso com a mudança. Há uma percepção por parte das responsáveis da insuficiência dos treinamentos e capacitações para resolver todas as dificuldades relacionadas às práticas de saúde na instituição. Isso leva os dirigentes a acreditarem que os sujeitos, profissionais de saúde, são descomprometidos insensíveis e acríticos. Neste sentido, chama atenção o enfoque dado à formação profissional e suas características como impedidora de uma prática humanizada em saúde.

Uma questão ressaltada e que se estabelece como limite da humanização é exatamente o aspecto de gestão. No decurso das entrevistas observa-se a preocupação em seguir um modelo contemporâneo de gestão, mas nos discursos o que transparece é o aspecto da visão do modelo clássico, caracterizado pela verticalização, hierarquização, onde o exercício do poder está centrado na figura do responsável pela instituição e o diálogo só se estabelece nos níveis superiores, sem que os indivíduos que não exercem cargos de direção venham participar das tomadas de decisão.

Campos e Campos (2009), na discussão sobre Gestão em Saúde, coloca que a despeito da ampliação do campo da gestão a partir de 1911, os princípios gerais do estilo clássico de gerenciar inaugurado por Taylor não foi superado e que o controle e a disciplina permanecem como centrais no métodos de gestão. Para os autores, os princípios basilares do taylorismo como a separação em trabalho intelectual e trabalho manual e a centralização do poder de planejar e de decidir na direção da empresa permanecem como estruturas capazes de limitar a autonomia e iniciativa e do trabalhador.

A fala de *Omega* é uma característica do processo de gestão da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário. A profissional, apesar de atuar em um cargo chave para a implementação da humanização do parto na unidade, adotou uma postura de afastamento das atividades, evitando se contrapor.

Eu penso da seguinte maneira, assim como ficou aquela rejeição muito à minha pessoa, por que eu reclamei... e de alguma forma afrontei um

pouco dizendo: oh! a coisa se passou desse jeito, precisa mudar (G-OMEGA).

A formação médica e de enfermagem aparece como dificuldade, empecilho mesmo para humanização dos serviços.

A formação acadêmica do profissional médico é baseada no modelo flexneriano. A Reforma Flexner tem o nome do seu idealizador (Abraham Flexner). Teve seu início em 1910 nos Estados Unidos e deflagrou um processo de transformações na educação médica naquele país, se espalhando para o Canadá, posteriormente para a Europa e depois ao Brasil (ALMEIDA FILHO, 2010).

O modelo foi implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968 promovida pelo regime militar. O modelo é caracterizado por seu caráter biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade numa abordagem reducionista do conhecimento.

Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos sobre a formação profissional em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

O modelo influenciou todo o ocidente e se baseia na separação e disjunção: separação mente-corpo e o corpo como máquina. O paradigma tecnocrático descrito por Davis-Floyd (2000) está baseado neste modelo. Segundo este princípio a matéria pode ser mais bem entendida se extraída de seu contexto, separada dos objetos e das relações que a rodeiam. Assim a medicina divide os sujeitos em partes e separa a experiência do nascimento do fluxo maior da vida. Contudo, o corpo humano representa um grande paradoxo conceitual: ele é simultaneamente criação da natureza e produto da cultura.

Assim, o modelo de Flexner passou a ser associado ao rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional.

Outras dificuldades apontadas foram: a preparação do acompanhante, capacitação do corpo clínico, a falta de liderança do corpo de enfermagem, a vinculação das gestantes ao serviço, efetivação na prática do discurso da humanização, a formação acadêmica centrada na objetividade e na técnica, o comando único da gestão. As responsáveis colocaram como possibilidades a

estrutura física do hospital, a formação técnica dos profissionais, o envolvimento das próprias responsáveis. Entre as proposições, foram descritos: o pré-natal do homem, a residência em anestesia, a criação do setor de acolhimento e a previsão de concurso público para prover o déficit de pessoal.

## 7. CONCLUSÃO

Ao finalizar este trabalho não posso deixar de mencionar a situação de uma jovem mulher de 16 anos compelida a parir na calçada de uma maternidade de São Luís. A evidenciação do fato é necessária para que a banalização da indiferença em relação à negação dos direitos da atenção no momento da parturição não se torne regra. Não pude deixar de evocar todas as lutas das mulheres e todos os ideais, inclusive aqueles da igualdade, liberdade e fraternidade e toda a simbologia daquela representação onde a mulher ainda é deixada de fora e não consegue exercer seus direitos básicos de cidadania.

Revi nessa caminhada muito da minha própria prática profissional e também um tanto da pessoal e, neste sentido, não posso deixar de caracterizar a importância que exerceu em minha trajetória profissional a inserção, ainda que por um tempo curto, no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a imersão em todo um contexto de construções simbólicas de poder e violência.

Na busca de discutir a temática neste trabalho pude perceber as tantas limitações que perpassam o cotidiano de ordem teórica, metodológica e instrumental.

Considerando os objetivos propostos neste trabalho, tecemos as seguintes considerações:

As vivências das mulheres no parto são perpassadas por situações de violência, evidenciadas por ausência de direitos em relação a ter assegurado um leito para a parturição, o que tem levado um número expressivo de parturientes a perambularem pela cidade; ter o seu corpo físico apropriado e usado como laboratório; o parto e tudo que o envolve perdem os significados positivos e passa a ser encarado pelas mulheres como momento de sofrimento, tensão, medo e angústia, que só é minorado pela presença do filho saudável. A dor do parto é desvalorizada pela mulher e pelos profissionais e o descuidado da dor é marcante nos relatos das mulheres e de algumas gestoras.

Algumas participantes do trabalho demonstraram satisfação com o atendimento, na sua grande maioria em função do acolhimento de alguns profissionais no atendimento ao parto, o que nem sempre acontecia no pós-parto.

As mulheres responsáveis pela instituição que fizeram parte deste trabalho acreditam que a instituição precisa melhorar o seu atendimento e tem proposições para isto, mas parecem ter dificuldade de solucionar as questões que colocam como centrais dessa dificuldade, o processo de gestão e as práticas profissionais.

O distanciamento na relação pessoal evidenciado pelas mulheres e criticado pelas gestoras é perpassado pela tecnologia que imprime uma fragilidade dos vínculos entre o sujeito que cuida e o ser a ser cuidado que acaba por fragilizar e descaracterizar a dimensão subjetiva da interação entre profissional e usuária.

Nesse contexto, a violência acabou por tomar uma dimensão “inesperada” que não foi da pesquisa em si, mas dentro do cotidiano das mulheres, posto que, acaba por espalhar-se em todo o atendimento à mulher no parto e no pós-parto. Ainda que possam perceber a situação de violência, a qual é submetida, esta não foi verbalizada pelos dois grupos de mulheres participantes da pesquisa.

O corpo da mulher ainda é visto como objeto de trabalho profissional, e a fragilidade do momento do parto e as perspectiva de risco em relação à saúde do filho, impõe uma condição que colocam a mulher em situação de inferioridade, e assim permite que o seu corpo possa ser manuseado, mensurado, tocado, cortado, usado, numa demonstração de poder e de reforço da obediência.

A discussão sobre a humanização trouxe muitos sentidos. Para as mulheres responsáveis esta permanece como um conceito desafiador e o Programa de Humanização é ora aceito e ora negado como importante, pois entendem que o mesmo foi imposto em função dos profissionais de saúde no exercício das suas práticas nas instituições terem se desconectado dos princípios éticos das suas profissões. Ao mesmo tempo, computam a ingerência do Programa a uma gestão que não privilegia o usuário. A hegemonia médica na Instituição é uma condição que emperra o processo de humanização.

Normas que não podem ser transpostas, e que são coercitivas como o fato que não poder subir com alimentos, ou mesmo com bolsa e celulares. Os acompanhantes não podem “acompanhar” a mulher até a sala de parto e cirurgia. O segurança estabelece quem pode entrar ou não.

Os leitos não identificados não facilitam e as mulheres continuam sendo a “mãe” ou “mãezinha”.

Apesar de não conhecer a proposta de humanização e como ela se organiza dentro da instituição as mulheres buscam significar esta humanização através de

discursos que evocam uma melhoria das condições de atendimento, e de um olhar profissional menos desigual e mais ético. Por outro lado, é possível identificar que mesmo permeado por situação de desvalorização, grosseria, maus-tratos, há pontos de resistência e a busca de conhecimentos e de direitos.

Os modos de enfrentamento a situação vivida pode ser observada das seguintes formas: a) transgressão à norma; b) apoio dos familiares; c) resposta espiritual.

Cada mulher tem as suas formas de enfrentamento da situação violenta. Umas entendem que devido ao período curto de internação podem suportar tudo, outras compreendem que a situação é melhor que a vivida em sua localidade, outras se transportam para a fé religiosa entendendo como parte do viver terreno, e outras, que claramente transgridem as normas e assumem uma atitude de questionamento e até de agressividade em relação às situações vividas.

Entre os limites da humanização as responsáveis apontaram as práticas profissionais, o preparo do acompanhante e a própria estrutura de ensino do hospital.

Na intenção de melhorar as condições de atendimento algumas proposições foram colocadas, como um setor de acolhimento onde as mulheres, mesmo não tendo a possibilidade de se internar, possam ser orientadas e encaminhadas, bem como os treinamentos com os profissionais. As responsáveis, em sua totalidade, entendem que houve mudanças positivas dentro da instituição, concretizadas principalmente pela inserção do acompanhante.

A maternidade de ensino é um lugar de violência e esta faz parte do cotidiano das mulheres na instituição, ou melhor, empecilhos para um atendimento humanizado, já que este se coloca como antítese de violência.

Há a necessidade de a Instituição buscar no seu processo de gestão uma prática que permita maior participação de seus servidores nos processos decisórios, conforme consta na Política de Humanização.

Neste sentido, o que pode se perceber no trabalho é que não há uma categoria hegemônica dentro da Instituição, existem na verdade práticas hegemônicas na medida em que uma categoria que detém o poder consegue difundir e tornar essas práticas rotineiras.

Na Instituição hospitalar, os diversos saberes que permeiam as várias profissionais de saúde que ali se encontram, devem se completar para formar um

todo capaz de produzir efeitos na melhoria de saúde dos diversos sujeitos que a procuram e no fortalecimento dos indivíduos. A instituição está estruturada numa hierarquização onde algumas profissões aparecem com menor valor, subalternizadas, numa estrutura de poder definida pelo técnico que acaba por se tornar soberano. Não é, pois, factível que os profissionais em condições menos favorecidas possam ser agentes capazes de trabalhar no empoderamento ou fortalecimento das mulheres como assim propõe as propostas.

Uma política pública é um direcionamento que pode indicar e propor, inclusive as formas de tratamento entre gestores, profissionais, usuários, porém uma política não tem a capacidade de mudar ideologias, visões de mundo que se encontram muitas vezes arraigadas e cristalizadas num fazer que se pressuponha correto.

Neste sentido, qualquer proposição que implique em mudanças na forma de ver o mundo vai provocar resistências e questionamentos nos sujeitos que compartilham a mesma visão de mundo.

Ao mesmo tempo, outros atores entram em cena buscando se contrapor a essas práticas institucionais no atendimento ao parto que alijam a mulher dos seus poderes e sua autonomia, assim o movimento de mulheres e outras organizações como a Rede de Humanização do Parto, o Parto do Princípio e as Amigas do Parto.

Entendo que o trabalho abre outro leque de perspectivas para outras pesquisas que tenha como foco a mulher, tais como o espaço do homem na instituição, a reestruturação do órgão formador e seu alinhamento para a melhoria do atendimento à mulher, as contradições nos processos de gestão e a busca de uma gestão democrática e mais inclusiva, assim como o papel da instituição saúde-escola como propiciador de empoderamento / fortalecimento da mulher e, por fim, as políticas direcionadas à mulher numa perspectiva mais ampla e menos focalizada, ou seja, os pressupostos que visibilizem a mulher como sujeito integral e de direito

Por fim, espero que o trabalho possa contribuir para uma reavaliação, discussão e implementação efetiva das propostas ora em andamento na Instituição e no Estado do Maranhão, os quais como o próprio Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento não sejam apenas prescritivas, mas que possam estabelecer uma cultura que não permita os questionamentos sobre práticas de humanos ou animais.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. de. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. 204 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad.Saúde Pública** vol.26 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010001200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010001200003&script=sci_arttext)> Acesso em: 2 fev. 2012

ALMEIDA JUNIOR, A; MURSA, M. **Noções de puericultura para as mães e para as escolas**. São Paulo: Instituto D. Anna Rosa, 1927. p.V-VI.

ALVES, M.T.S SB.; SILVA, A.A.M (orgs). **Avaliação de Qualidade de Maternidades**: Assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.

ALVES, J. E. D; CORRÊA, S. **Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil**: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo, 2009. Disponível: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cairo15/Cairo15\\_3alvescorrea.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cairo15/Cairo15_3alvescorrea.pdf). Acesso em: 11 jul. 2012.

AMORIM, F. A. **Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil**: a questão da esterilização voluntária. 2009. 163f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro, 2009.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 5ª ed, tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, Nova Fronteira. 1985.

\_\_\_\_\_. **E. O Conflito**. Tradução de Vera Lucia dos Reis. Rio de Janeiro: Editora Record, 2011

BARBOSA, R.H.S. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem de gênero. In: DESLANDES, S. F. (org) Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. 2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. n.17, p. 389-394, 2005. Disponível em: [sistema.saude.sp.gov.br/.../humanizacao\\_saude](http://sistema.saude.sp.gov.br/.../humanizacao_saude). Acesso em: 3 jan. 2012.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar**. Humaniza 2003. [Periódico on-line] [citado em 25 ago. 2003]. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=57>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

BORGES, C. D; SANTOS, M. A. dos. **Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites**. Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p.74-80, jun. 2005.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Proporção de Partos Hospitalares- IDB-2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/f07.def>>. Acesso em 01/02/2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte2\\_cap16.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap16.pdf)>. Acesso em: 5 jan 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília 2011c. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/publicações-teste/publicações/2011/rededeenfrentamento>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de junho de 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006**. <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/fecundidade.php>. Acesso em: 10 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.418**, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de dezembro de 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 569/GM**, de 01 de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-natal e do nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Programa Materno Infantil. In: **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. 1975. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5\\_CNS\\_anais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5_CNS_anais.pdf). Acesso em: 2 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar. **Manual PNHAH**. Brasília, DF: 2002.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2009. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas../170\\_ambiencia.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas../170_ambiencia.html). Acesso em 3 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. Brasília, 2004b. 54 p.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar**- Orientações para a Prática em Serviço Cadernos de Atenção Básica –nº 8 pág. 28 - 2ª. ed. Brasília:DF / 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades** e Redes Perinatais da AM e Ne Brasileiro. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37337](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=37337). Acesso em: 16 jun. 2012.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Indicadores de Cobertura**. Disponível em: <http://tabenet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f07.def> . Acesso em: 20 mar. 2012.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.27 p.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Material Instrucional. Módulos I, II e III. 3ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1989.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000b.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_.Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade materna no Brasil**. Boletim 1/2012a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=bo>>. Acesso em: 05 out. 2012.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Segunda Turma. AL550.530-AgR relator. min.. Joaquim Barbosa Julgado em: 26. 06.2012. Publicado no DJE em 16 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2013.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher : um diálogo aberto e participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 50 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_da\\_mulher\\_um\\_dialogo\\_aberto\\_part.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf). Acesso em: 3 fev. 2013

BRENES,A.C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de saúde pública**. RJ 7 (2) 135-149. abr/jun, 1991

CALDEIRA,S. B. A dança da escuridão.2009. **Revista on-line de mímica e teatro físico**. Disponível em: <http://www.mimus.com.br/solange2.pdf>. acesso em: 13 mar, 2013.

CAMPOS, G W de S.; CAMPOS, R T O. **Gestão em saúde**: um campo aplicado de conhecimento. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>>. Acesso em: 10 fev.2012.

CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação Escolha Errada. Pesquisa Fapesp Junho de 2006. Disponível em<<http://www.cepia.org.br/doc/mulheres.pdf>>Acesso em: 20 mai. 2011.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1997a. Cesariana: Uma epidemia invisível. Medicina, **Jornal do CFM**, Ano X, n° 84, agosto de 1997.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1997. Mortalidade Materna: Tragédia Familiar. Medicina, **Jornal do CFM**, Ano X, n° 85, setembro de 1997.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**. 2012 Disponível em: <[http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22373:por-oferecer-maior-seguranca-cfm](http://www.crm-pb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22373:por-oferecer-maior-seguranca-cfm)>Acesso em: 12 mai. 2013.

CHAVES NETO, Hermógenes. **Obstétrica Básica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**. 2ª ed, tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro, Rosa dos tempos. 2002.

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários**: presente caótico e futuro incerto. Disponível em: <http://cidadelivre.files.wordpress.com/2011/03/artigo-julia-fiuza.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

COSTA, A. M. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para um debate. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1986/T86V02A24.pdf> Acesso em: 2 mai. 2011.

COSTA, A. M. **Paism**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo: 1992.

COSTA, L.H.K. **Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.53(1), 2000.

COSTA AM; GUILHEM D; SILVER L. **Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2006;6(1):75-84.

COSTA, Ana Alice. Gênero, poder e empoderamento das mulheres. 2008. Disponível em: [http://www.adolescencia.org.br/empower/website/2008/imagens/textos\\_pdf/Empoderamento.pdf](http://www.adolescencia.org.br/empower/website/2008/imagens/textos_pdf/Empoderamento.pdf) Acessado em: 01/02/2013.

COSTA, G. J. M. **Globalização e a perda da identidade do estado-nação**, 2004 <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/getulio.html>. Acesso em 3 mai. 2013.

COUTINHO, Emília Carvalho. A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Sinais Vitais**, N°68, 61-66. Set. 2006. Disponível em: [www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf). Acesso em: 22 fev. 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Magda Lopes, 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com\\_JUV\\_PO27\\_Neto\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf). Acesso em: 20 ago. 2011.

CUNHA, A. de A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **FEMINA** | Novembro 2010 | vol 38 | nº 11. Disponível em: [http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11\\_599-606.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_599-606.pdf). Acesso em: 22 jul. 2013.

CUNHA, S. F et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare enfer**. 15(3):441-447, jul.-set. 2010.

D'ALONSO, G de L. **Trabalhadoras brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias**. Psicología del Trabajo. Diciembre 2008, nº 15. Disponível em: <http://www.psicolatina.org/15/trabalhadoras.html>. Acesso em: 3 fev. 2013.

DAVIS-FLOYD, Robbie . The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Vol 75, Supplement No. 1, pp. S5-S23, November 2001.

DAVIS-FLOYD, R. Tradução Adriana Tenesse, A. **Os paradigmas tecnocrático, humanizado e holístico do parto**,. Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/07/os-paradigmas-tecnocratico-humanizado-e.html>. Acesso em 2 agos. 2012.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. URSS. 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena, 14-25 de Junho de 1993. PORTAL DE DIREITO INTERNACIONAL. Disponível em: [www.cedin.com.br](http://www.cedin.com.br). Acesso em: 10 jan. 2013.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.9 no.1 Rio de Jan. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100002). Acesso em: 20 dez. 2012.

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

\_\_\_\_\_, C. S. G; CHACHAM, A. **Dossiê Humanização do Parto**. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, ano 10, vol. 3, p. 627-637, set. 2005.

\_\_\_\_\_, C.S.G. Prefácio. In: Benatti, Luciana; Min, Marcelo. **Parto com Amor**. São Paulo: Panda Books Editora, 2011.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal**: a experiência da maternidade Leila Diniz. 220f Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, outubro de 2002

DYE, Thomas. **Understanding public policy**. 8 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1992.

EHRENREICH, B & ENGLISH, D. **Complaints and disorders: the sexual politics of sickness**. Published in the United States by Feminist Press at City University of New, 1973. p.6. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books/about/Complaints\\_and\\_Disorders.html?id=s0dh6tQnNyAC&redir\\_esc=y](http://books.google.com.br/books/about/Complaints_and_Disorders.html?id=s0dh6tQnNyAC&redir_esc=y)>. Acesso em: 20 dez. 2011.

EXODO Português. In: **Bíblia sagrada**. São Paulo: Edições Paulina, 1985. p. 4-5

EVREUX, Yves D'. **Viagem ao Norte do Brasil – Feita nos anos de 1613 e 1614.** Traduzida por Cesar Augusto Marques. 3ªed. Editora Siciliano: São Paulo, 2002.

FISHER, J., ASTBURY, J., & SMITH, A. **Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31, 728-738. out.1997.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** Tradução Joice Elias Costa. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia no Brasil:** valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde. XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7-10 Nov. 2006.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do Hospital. In \_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** 28ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010. Cap. VI, p. 99-112.

\_\_\_\_\_, M. Os corpos dóceis. In: **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 29ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p. 125-52

\_\_\_\_\_, M M. **História da Sexualidade I:** a vontade de saber . Rio de Janeiro: Graal; 2007.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

FRAZÃO, F.. **64% das grávidas não tiveram direito a um acompanhante no parto no SUS.** 27 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010. [S. l.]: SESC, 2010. Disponível em: [novo.fpabramo.org.br/.../violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-grito](http://novo.fpabramo.org.br/.../violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-grito) Acesso em: 17 set. 2012.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005.

GÊNESIS. Português. In: **Bíblia sagrada.** São Paulo: Edições Paulina, 1985. p. 4-5

GIOVANAZZO, Renata A. **Focus Group em pesquisa qualitativa: fundamentos e reflexões.** Revista Administração On Line, v.2, n. 4, out.-dez. 2001. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art24](http://www.fecap.br/adm_online/art24)>. Acesso em: 05 out. 2011.

GOLDENSTEIN, Eduardo. Um estudo preliminar sobre humanização hospitalar: dando voz a médicos de UTI pediátrica sobre suas vivências em um hospital humanizado. São Paulo, 2006. Dissertação (mestrado psicologia clinica) Pontífca Universidade Católica São Paulo

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. Em: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social – teoria, método e criatividade.** 18. ed., Petrópolis: Vozes, 1994, pp. 67-80.

GOMIDE, A. de Á. **Agenda governamental e o processo de políticas públicas: O projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana (texto para discussão no 1334)**. IPEA: Brasília. 2008;

GRAÇA, L. **Evolução do Sistema Hospitalar: Uma perspectiva Sociológica (III Parte)**. 1996. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraça/textos87.html>> . Acessado em 01/09/2012.

HEILBORN, M. L. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HEINEMANN, Uta Ranke. **Eunucos pelo Reino de Deus**. Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

HOTIMSKY SN, et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública** . 2002;18(5):1303-1311.

IBGE. **Mulher no Mercado de Trabalho: perguntas e respostas**. Pesquisa Mensal de Emprego, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento>. acesso em 20 mar. 2013.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/Acesso> em 13 jun. 2013.

IBGE, **Contas Regionais do Brasil 2010**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=5](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=5). Acesso em: 23 jan. 2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde. Nênese da Medicina**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KRAMER, Heinrich; SPENCER, James. **O martelo das feiticeiras**. Escrito em 1484. Tradução de Paulo Fróes. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico de maternidade**. Lisboa, Presença: 1978.

KITZINGER, S. **Rediscovering Birth**. Reino Unido: PINTER & MARTIN LTD. 2011

LANSKY, S. **Por um novo modo de nascer no Brasil**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35995](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35995)>. Acesso em: 12 fev. 2013

LEOCÁDIO, E. **Violência e direitos humanos**. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciadire.html>. Acesso em: 10 jun. 2007.

LIMA, MAD; ROSSI FR. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm**. USP [periódico na Internet]. 2005 ; 39(4).

Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342005000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342005000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 20 jun.2013.

LIMA, C. et al. Humanização e Práticas de Atenção ao Parto. In: SOUSA, Francisca Georgina Macedo de (org). **Enfermagem, saúde e cuidado**. Florianópolis: Papa-Livro, 2011.

LOTUFO, Paulo Andrade. **Como funciona a transição demográfica**. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/transicao-demografica5.htm>. Acesso em: 15 jul. 2013.

MACEDO, Priscila de Oliveira. Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal. Rio de Janeiro, 2007. 91f Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:  
[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=698](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=698). Acesso em 10 mar. 2012.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARCIO, C. **Milagre econômico**: Expansão no setor de bens de consumo duráveis. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/milagre-economico-expansao-no-setor-de-bens-de-consumo-duraveis/60973/>Acesso em: 20 jan.2013.

MARTINEZ, S.D.T **Violência Institucional**: Violação dos Direitos Humanos da Mulher..2008.

Disponível em: [www.recriaprudente.org.br/site/abre\\_artigo.asp?c=16](http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16). Acesso em: 14 jan. 2013.

MARTINS, A. P. V. **História da maternidade no Brasil: arquivos, fontes e possibilidades**. Disponível em:

<[http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=565](http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=565)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MARTINS, M.C.F.N. **Humanização na saúde**. 2004. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=57>. Acesso em: 27/02/2012.

MCCALLUM, C; REIS, AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** , 2006; 22(7):1483-1491.

MEDRADO, B.; LYRA, J. **Dossiê humanizado do parto**: humanização do parto e direito reprodutivos. Disponível em:

<[http://www.redesaude.org.br/dossies/htme/hp\\_3html](http://www.redesaude.org.br/dossies/htme/hp_3html)>. Acesso em: 25 fev. 2009.

MENEZES DCS, et al. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro**, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3):553-9.

MENEZES, R. A. Dífceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(2): 27-49, 2000.

NEME, B. *Obstetrícia Básica*. 3ªed. São Paulo: Sarvier, 2005.

MERHY, E. E. CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde *Práxis em Salud: Un desafio para lo publico*. Buenos Aires: lugar editorial, São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-167.

MILES, M.; HUBERMAN, A. (1984,): *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Newbury Park, CA: Sage.

MINAYO, M. C. S. de. **O Desafio do Conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. - São PAULO: Hucitec, 2010.

MIRANDA, C.M. Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil. NIEM / UFRGS, 2009. Disponível em:[http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feminismtas\\_cyntia.pdf](http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feminismtas_cyntia.pdf). Acesso em: 18 de abr de 2013.

MORAES, J.F.; GODOI, C.V.C.; FONSECA, M.R.C.C. Fatores que Interferem na Assistência Humanizada ao Parto. **Saúde Rev**, vol 8, nº19, pag 13-19. Piracicaba 2006. Disponível em:<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>. Acesso em abril de 2013.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOTTA, A. D. **Violência Institucional: o Estado Gerador de Criminalidade**. Disponível em:

<[http://www.uff.br/direito/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33%3Aviolencia-institucional-o-estado-gerador-dcriminalidade&catid=5&Itemid=14](http://www.uff.br/direito/index.php?option=com_content&view=article&id=33%3Aviolencia-institucional-o-estado-gerador-dcriminalidade&catid=5&Itemid=14)>. Acesso em: 15 mai. 2013.

MUTTI, Viviane de Oliveira. **A dor do parto na narrativa de mulheres em diferentes contextos sociais: uma análise Intergeracional**. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.10, no.3, Rio de Janeiro July/Sept. 2005.

NEGRÃO, Telia. A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. **Viomundo**. 5 abr. 2011. Entrevista concedida a Conceição Lemes. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude>>. Acesso em 20 de março de 2012.

NEME, B. - **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo, Sarvier, 2005.

NEVES, Raphael Cezar da Silva. **Reconhecimento, multiculturalismo e direitos. Contribuições do debate feminista a uma teoria crítica da sociedade**. Dissertação de mestrado. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-28092005-170506/>>.

NOGUEIRA, Adriana Tanese. **Parto, mulher e cultura (artigo)**. Disponível em: <<http://www.amigasdopartogestantes.com/2011/01/parto-mulher-e-cultura.html>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

NOGUEIRA MI. **Assistência Pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida . São Paulo:Hucitec (Humanismo, Ciência e Tecnologia); 1994.  
OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO - Relatório Nacional de Acompanhamento Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/4\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)> Acesso em: 01 abr. 2012.

ODENT, Michel. Coquetel de hormônios do amor no parto. Disponível em: <http://www.hias.ce.gov.br/noticias/14-lista-de-noticias>. Acesso em: 12 ago. 2013.

OLIVEIRA, D. C; SIQUEIRA, A. A. F.; ALVARENGA, A. T. prática sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: ESTUDOS Interdisciplinares de Representação Social. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático,1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conferência Mundial sobre a Mulher. Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing, China - 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

OSIS, M. J. M. D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998.

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Benefícios do Acompanhante no Parto**. Disponível em: [http://www.partodoprincipio.com.br/lei\\_beneficio.html](http://www.partodoprincipio.com.br/lei_beneficio.html). Acesso em 7 out.2012.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”2012**. Disponível em:<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2013.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. Corez Editora: São Paulo, 1989.

PLATAFORMA DE AÇÃO DE BEIJING. Organização das Nações Unidas, IV Conferência Mundial sobre a Mulher. ONU-Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

PEREIRA, W. R. Poder, Violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm** 2004 Jul-Set; 13(3):391-400.

PNAD/IBGE 2012. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40). Acesso em: 2 out. 2013

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado. Camões - Instituto da Cooperação e da Língua. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh-2013.pdf>

PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil . Atlas Brasil 2013. [http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Atlas2013](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013). Acesso em: 30 de julho de 2013.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia** [online]. 2012, n.37, pp. 212-227. ISSN 1413-0394.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 2003.

PIOVESAN, Flávia. **Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos Jurisprudência do STF**.

Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/flaviapiovesan/piovesan\\_tratados\\_sip\\_stf.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/flaviapiovesan/piovesan_tratados_sip_stf.pdf). Acesso em: 10 fev. 2013.

POPE,C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Tradução de Ananyr Fajardo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PORTARIA N. 2.418 de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (Brasília). 2005 Dez 06.

POSTHUMA, A. C. **Juventude e Trabalho no Brasil**: variações de situações e desafios para as políticas. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code/images/pdfs/annejovenscodeipea20mar13.pdf> Acesso em: 28 mar. 2013.

PUCCINI, P. de T.; OLIVEIRA, C. L. C. de. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

RATTNER, D.; TRENCH, B.; **Humanizando Nascimentos e Partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005.

REIS, A O et al. A humanização na saúde como instância libertadora. **Sociedade** v.13, n.3, p.36-43, set-dez 2004.

REHUNA – REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO, 1993. Carta de Campinas. Campinas: São Paulo.(mimeo).

REHUNA – REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. 2013. Quem somos. Disponível em <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>. Acesso em: 5 jun. 2013.

RIFFEL, M. J. **A ordem da 'humanização do parto na educação da vida** 2005. 236f Tese (Doutorado) Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2005.

RIESCO, M.L.G. **Dossiê humanizado do parto: da medicalização do Parto ao movimento pela humanização.** Disponível em:<<http://www.redesaude.org.br/dossiês/html/body-hp-3html>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

RONCONI, A. P. L.; et al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. **Rev. Dor.** São Paulo, 2010 out-dez;11(4):277-281.

RUA, M.G. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos.** Banco Interamericano de Desenvolvimento, INDES, 1997.

RUA. M.G. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos.** 2010. Disponível em: <http://projetos.dieese.org.br/projetos/SUPROF/Analisepoliticaspublicas.PDF>. Acesso em: 19 ago. 2012.

SAFFIOTI H. I. B. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres.**Flacso-Brasil**, junho 2009. Disponível em:[http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie\\_estudos\\_ensaios/Heleieth\\_Saffioti.pdf](http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf) Acesso em: 12 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Gênero e Patriarcado: violência contra a mulher. In: A mulher brasileira nos espaços público e privado. Oliveira Suely de (org).São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAITO, E. **Da obtenção de informação ao esquecimento:** a vivência da dor de parto em um Hospital-Escola. São Paulo; s.n; 2000. 171 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S.. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface – **Comunicação, Saúde e Educação.**(Botucatu) vol.13 supl.1 Botucatu 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000500012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000500012&script=sci_arttext)> Aceso em: 18 dez. 2012

SÃO LUÍS (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Política municipal de humanização.** São Luís, 2005.

SÃO LUÍS. **Lei Ordinária nº 4447/2005 de 11/01/2005.** Disponível em: <<http://leismunicipais.com.br/a/ma/s/sao-luis/lei-ordinaria/2005/444/4447/lei-ordinaria-n-4447-2005->>

SCLIAR, Moacyr. Prefácio. In: RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis. **Humanizando Nascimentos e Partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005.

SCHMALFUSS, J. M.; OLIVEIRA, L. L.; Bonilha, A. L. L., & Pedro, E. N. R. (2010) O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Ciênc. Cuid. Saúde**, 9(3), 618-623.

SERAFIM, F.P. Direito e relações de gênero patriarcais. Uma análise complexa e necessária. 2009.

Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/13000/direito-e-relacoes-de-genero-patriarcais>. Acesso em: 3 nov. 2012.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G; LAGO, T. di G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, maio 2004.

SIQUEIRA, I.L.C.P; RODRIGUES, G de A.S. Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar. In: VECINA NETO, G; MALIK, A. M. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SCOTT, J. Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica. Tradução S.O.S. Corpo, Educação e Realidade (Porto Alegre). 1990; 16(2):1-27.

SILVA, C da. **A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher**: uma possibilidade de construção da igualdade de gênero.

Disponível

em <[http://www.unifia.edu.br/projetorevista/artigos/direito/20121/desigualdade\\_imposta.pdf](http://www.unifia.edu.br/projetorevista/artigos/direito/20121/desigualdade_imposta.pdf)>. Acesso em: 12 de fev. 2013.

SILVÉRIO, M. **BRICS**: desigualdades sociais nos países emergentes. Disponível em: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=123>. Acesso em 8 jul. 2013.

SIMKIN, P. Just another day in a woman's life? Part I: Women's long-term perceptions of their first birth experience. **Birth**, 18, 203-210. 1991.

SOUSA, Salviana de M<sup>a</sup> Pastor Santos. **O Campo da Saúde no Brasil**: notas críticas sobre as mudanças propugnadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Cadernos de Pesquisa. São Luís: Eufma. 2000

SOUZA, KV. **Saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos – uma experiência em um “círculo de cidadania”** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

SUBUTZKI J, CANETE MC. Cuidando do cuidador. Bol saúde [periódico na Internet]. 2004 18(2): Disponível em:

<[http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n2\\_07CuidandoCuidador.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n2_07CuidandoCuidador.pdf)>

Acesso: 20 jun. 2013.

TANAKA, O. Y. (coord). Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e

Nascimento. **Rev. Saúde Pública** vol.42 no.2 São Paulo Apr. 2008.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002.

THERBORN, Göran. Os campos de extermínio da desigualdade. Tradução: Fernando Rugitsky Novos estud. - **CEBRAP** no.87 São Paulo July, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002010000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002010000200009&script=sci_arttext). Acesso em: 4 nov. 2012.

TORNQUIST, C.S. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd.. *Rev. Estud. Fem.* vol.10 no.2 Florianópolis July/Dec. 2002 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200008) Acesso em: 4 abri. 2012.

TRABER, Michael. A comunicação é parte da natureza humana: uma reflexão filosófica a respeito do direito a se comunicar. Universidade Metodista de São Paulo – *Direitos à Comunicação: Conceitos Básicos* – 2004. Trad: Luciano Sathler. Disponível em: [http://www.intervozes.org.br/artigos/trabers\\_pt.rtf](http://www.intervozes.org.br/artigos/trabers_pt.rtf). Acesso em: 10 mar. 2013.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em ed educação**. São Paulo: ÁTICA, 1987.

TYRRELL, M.A.R.; CARVALHO, V. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil-Impacto político-social e Inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2011**. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf). Acesso em 10 jan. 2012.

UNICEF. **A situação da prematuridade no Brasil**. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25849.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm). Acesso em: 10 ago. 2013.

UFMA/HU- Universidade Federal do Maranhão. Hospital Universitário. **Relatório de gestão 2010**. Disponível em: [www.huufma.br/](http://www.huufma.br/). Acesso em: 12 agos. 2011

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. **Satisfação e responsividade**: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, ano 10, vol. 3, p. 599-613, set. 2005

VENANCIO, R. P. Famílias abandonadas. In: **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Oliveira Suely de (org).São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

VELAY, Pierre. Parto sem dor. Rio de Janeiro: Editora IBRASA, 1980

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Modelos de Proteção Social e a Regulação dos Mercados de Saúde**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/modeloinstitucional/BB3.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/modeloinstitucional/BB3.pdf). Acesso em: 10 ago. 2010.

VIANA, N. Reforma Universitária: quem ganha, quem perde?  
**Revista Espaço Acadêmico**, n. 43, dez. 2004.  
Disponível:<http://www.espacoacademico.com.br/043/43cviana.htm>.  
Acesso em: 20 jul. 2013.

VIANA AL. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, organizador. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997. Cap. 10, p. 205-15.

VIEIRA EM. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2013**. Disponível em:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/). Acesso em: 2 jun. 2013.

WOLFF, L. R; WALDOW, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Soc.**, 17(3), 138-151.

ZAMPIERE, M. F. M. **O processo educativo: interpretando o som da humanização**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ( gestor)**

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **Humanização no Parto: Vivência de Mulheres em um Hospital de Ensino**. Neste estudo objetivamos conhecer como as mulheres vivenciam o processo do parto e o nascimento, o significado para elas das ações de humanização propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento e desenvolvidas na instituição, da viabilização da humanização na assistência ao parto.

O motivo que nos leva a estudar essa questão é que este trabalho poderá levar os gestores da política no Estado, assim como para a instituição um visão das medidas implementadas que podem levar a orientar e reorganizar as práticas realizadas visando um melhor resultado na assistência e maior satisfação das usuárias.

O procedimento utilizado será uma entrevista semiestruturada contendo questões a cerca dos objetivos. A entrevista será gravada. Este estudo pode apresentar um risco mínimo para você decorrente da exposição do seu trabalho e como benefícios a possibilidade de expressão deste trabalho.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **Humanização no Parto: Vivência de Mulheres em um Hospital de Ensino**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013 .

---

Voluntária da pesquisa

---

Pesquisadora Responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador Responsável: **Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias**

Endereço: Rua 07, Quadra 05, Casa 16 – Cohajap –MA

Telefones para contato: (98) 32262646 ou 88109588.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade

Federal do Maranhão: Hospital Universitário Presidente Dutra

Rua Barão de Itapary, Nº 227, 4º andar – Centro – São Luís – Maranhão

Telefones: 21091000 ou 21091250

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO z(usuárias)**

A Sr<sup>a</sup> está sendo convidada a participar de uma pesquisa. A sua colaboração é importante e necessária, porém a sua participação é voluntária. As informações a seguir vão esclarecer sobre a mesma. Caso você aceite fazer parte, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do Estudo:** Humanização no Parto: Vivência de Mulheres em um Hospital de Ensino.

**Pesquisadora Responsável:** Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

**Professor Orientador:** Prof. Dr. Antonio Augusto Moura da Silva

**Objetivos:** Este estudo pretende conhecer como as mulheres vivenciam o parto dentro de uma Instituição que pratica ações de humanização do parto e o que significa essa humanização para as mulheres.

**Procedimento:** A sua parte na pesquisa será participando com outras mulheres, em um encontro onde utilizaremos uma técnica chamada Grupo Focal. Esta técnica é um tipo de entrevista em grupo, onde vamos levantar as informações sobre a pesquisa, a partir das conversas e dos debates entre vocês que tiveram seus partos nesta Maternidade. O trabalho será todo gravado e filmado e você poderá ter acesso a esse material a qualquer momento.

**Confidencialidade:** Todas as informações que surgirem durante as discussões em grupo serão utilizadas somente pela pesquisadora e os responsáveis pelo estudo

para atingir os objetivos e serão mantidos em sigilo para assegurar sua confidencialidade e privacidade.

**Riscos e Benefícios da Pesquisa:** A participação na pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O procedimento usado não oferece risco à sua dignidade.

A pesquisa pode apresenta um pequeno risco relacionado à sua exposição ou algum tipo de constrangimento, os quais estaremos atentos para evitar. Os benefícios para você, como para outras mulheres, será de compartilhar de dúvidas, ter orientações sobre a Instituição e uma maior satisfação no atendimento, que poderá levar à sua organização dentro desses espaços.

**Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo:** Você poderá a qualquer momento recusar a participar sem nenhuma penalização e sem prejuízo quanto às informações já recebidas. Os resultados da pesquisa serão compartilhados apenas com as pessoas responsáveis pelo estudo e a divulgação será feita através de publicações científicas, onde você não será identificada em nenhum momento.

**Custos de Participação e Ressarcimento:** Você não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **Humanização no Parto: Vivência de Mulheres em um Hospital de Ensino**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Voluntária da pesquisa

---

Pesquisadora Responsável

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações:

Pesquisador Responsável: **Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias**  
Endereço: Rua 07, Quadra 05, Casa 16 – Cohajap –MA  
Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (98) 32262646 ou  
88109588

ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade  
Federal do Maranhão: Hospital Universitário Presidente Dutra  
Rua Barão de Itapary, Nº 227, 4º andar – Centro – São Luís – Maranhão  
Telefone: 21091000 ou 21091250

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com gestores da Instituição

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1) Como você vê/descreve a assistência ao parto e nascimento aqui na Maternidade?
- 2) Quais as proposições sobre a humanização do parto e nascimento estão sendo desenvolvidas na Maternidade?
- 3) Como você percebe a humanização do parto e nascimento?
- 4) Quais os problemas presentes na Instituição que tornam empecilhos para o desenvolvimento de uma melhor assistência ao parto e ao nascimento?
- 5) Quais as mudanças que a proposta de humanização trouxe para as práticas em saúde na Instituição?
- 6) O que você vê como limites para as práticas de humanização no parto e nascimento na Maternidade?
- 7) Quais as possibilidades para essas práticas aqui na Instituição?

APÊNDICE D- Questões de partida para grupo focal com as mulheres no pós-parto.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**TÍTULO: Humanização no Parto: Vivência de Mulheres em um Hospital de Ensino**

AUTORA: Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antonio Augusto Moura da Silva

QUESTÃO DE PARTIDA PARA DISCUSSÃO

Na vivência no parto aqui na Maternidade e pensando em humanização o que vocês consideram que foi mais importante?

QUESTÕES PARA DIRIGIR A DINÂMICA

- 1) O que foi vivenciar o parto?
- 2) O que é para vocês humanização e parto humanizado?
- 3) Vocês acham tiveram um parto humanizado? Porquê?
- 4) Após a experiência desse parto, vocês pretendem engravidar novamente?
- 5) Vocês acham que precisa fazer mais alguma coisa para o parto ser humanizado?

