

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

A “HUMANIZAÇÃO” DO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE
GOIÂNIA: DIREITOS REPRODUTIVOS E RELAÇÕES DE PODER.

NARA MOREIRA DOS SANTOS

GOIÂNIA
2009

NARA MOREIRA DOS SANTOS

A “HUMANIZAÇÃO” DO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE
GOIÂNIA: DIREITOS REPRODUTIVOS E RELAÇÕES DE PODER.

Orientadora: Joana Aparecida Fernandes Silva

Trabalho apresentado como requisito parcial
para obtenção de título de Mestre em
Sociologia no Programa de Pós-Graduação da
Universidade Federal de Goiás.

Goiânia
2009

NARA MOREIRA DOS SANTOS

A “HUMANIZAÇÃO” DO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE
GOIÂNIA: DIREITOS REPRODUTIVOS E RELAÇÕES DE PODER.

Trabalho apresentado como requisito parcial
para obtenção de título de Mestre em
Sociologia no Programa de Pós-Graduação da
Universidade Federal de Goiás.

Aprovado pela banca examinadora em ____ de agosto de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Joana Aparecida Fernandes Silva – FCS/UFG

Prof^a. Dra. Marta Rovey de Souza – FCS/UFG

Prof^a. Dra. Cleusa Alves – FEN/UFG

AGRADECIMENTOS

À minha família, sem a qual nenhuma linha deste trabalho teria se concretizado. Pelo amor, dedicação, sacrifício, apoio e compreensão destas pessoas, que ofereceram auxílio e conforto durante os momentos difíceis e foram, muitas vezes, privados de minha companhia e atenção: meus pais, Lenir e Juarez, meus irmãos, Vanessa, Jeferson e Eliete.

À minha orientadora, professora Joana, por me acompanhar e auxiliar durante esta jornada, pela liberdade que sempre tive para o diálogo, pela paciência para compreender minhas idéias e também pela habilidade ao confrontá-las, quando necessário.

Aos meus amigos, que tornaram mais leves e agradáveis os momentos de estudo e dedicação que serviram de base a este trabalho, especialmente: Luciana Santana, Larissa, Alessandra, Najla, Simone, Celiana, Miriam e Rogério.

Às minhas amigas que compartilham comigo momentos de alegria e confraternização na arte milenar da dança do ventre: Jeannie, Thais, Thais Ruas, Fernanda, Dani, Paula, Patrícia e Clariça. E também para meus amigos Talita e Victor, amigos de longa data, que sempre me apoiaram, mesmo que, às vezes, a distância.

Ao CNPq, pelos doze meses de bolsa concedidos, que foram fundamentais para a melhora na qualidade deste trabalho.

Aos meus professores, em especial, Luiz Mello e Marta Rovey, que muito contribuíram para a construção do meu conhecimento na área da pesquisa científica, especialmente nos estudos de gênero e sexualidade.

Aos gestores, profissionais e mulheres que participaram da pesquisa, que confiaram nela e deram sua contribuição fundamental para que ela se concretizasse. Peço desculpas àqueles que não se sintam contemplados neste trabalho, mas peço também a compreensão pelas limitações próprias de toda pesquisa e lembro que, se errei, foi na tentativa de melhorar os ambientes analisados para todos aqueles que nele se relacionam. Assim, a estas pessoas todo o meu respeito e abertura para posteriores contribuições e diálogo.

RESUMO

O parto “humanizado” é um movimento reflexivo que almeja reorganizar a conduta de atendimento ao parto a fim de promover um maior respeito aos direitos reprodutivos das mulheres e uma diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal. O objetivo principal deste trabalho é analisar a implementação e aceitação dos sujeitos envolvidos no Programa de Humanização da Assistência ao Pré-Natal e Nascimento nas maternidades públicas de Goiânia; tem-se como preocupação teórica fundamental discutir em que medida esta reorganização promove uma transformação nas relações de poder estabelecidas principalmente entre médicos e usuárias no cotidiano das instituições. Para a realização do trabalho é utilizada uma combinação de metodologias qualitativas – com o intuito de se apreender as especificidades do contexto analisado – recorrendo-se ao uso tanto de entrevistas quanto de observações sistematizadas das relações cotidianas de trabalho e funcionamento das instituições. O trabalho é complementado ainda por uma análise quantitativa de indicadores de morbi-mortalidade materna e alguns procedimentos obstétricos pelo sistema de informações do datasus, além de informações levantadas nas próprias maternidades. As principais conclusões deste trabalho apontam tanto para uma transformação significativa em alguns aspectos, como uma maior valorização de aspectos extra-técnicos pelos profissionais, melhora na cobertura de atendimento pré-natal e alguns indicadores de saúde neonatal, quanto para a valorização e persistência de um modelo intervencionista entre os profissionais e mulheres, no qual o poder de decisão destas sobre os procedimentos realizados ainda é bem limitado.

Palavras-chave: Relações de poder. Humanização no parto. Gênero. Saúde Materna.

ABSTRACT

The "humanized" childbirth is a reflexive movement for what it longs to reorganize the service conduct to the childbirth in order to promote a bigger respect to the straight reproductive ones of the women and a reduction of the motherly and childlike morbidity. The principal objective of this work is to examine the implementation and acceptance of persons involved in the Program for the Humanization of the prenatal and birth in public hospitals in Goiânia; has as theoretical basic preoccupation to talk in which measure this reorganization promotes a transformation in the established relations of power principally between doctors and usufructuary in the daily life of the institutions. For the realization of the work a combination of qualitative methodologies is used – with the intention of are apprehended the specificities of the analyzed context – resorting to the use so much of you interview how much of systematized observations of the daily relations of work and functioning of the institutions. The work is still complemented by a quantitative analysis of indicators of motherly morbid-mortality and some obstetric proceedings by the system of informations of the Datasus, besides informations lifted in the maternity hospitals themselves. The principal conclusions of this work point so much to a significant transformation in some aspects, like a bigger increase in value of extra-technical aspects for the professionals, it improves in the covering of prenatal service and some indicators of health neonatal, how much for the increase in value and persistence of a model interventionist between the professionals and women, in which the power of decision of this on the proceedings carried out still is very limited.

Keywords: Power relations. “Humanization” in the childbirth. Gender. Maternal Health.

SUMÁRIO:

1. Introdução	7
2. Contextualização do objeto de estudo	12
2.1 A “humanização” a partir de sua proposta ministerial	12
2.2. Direitos reprodutivos e as relações de poder no contexto da “humanização”	18
2.3. Desenvolvimento histórico e institucional da medicina obstetrícia	26
2.4. O debate em Goiânia: contextualização e impressões preliminares	33
3. Referencial Teórico-Metodológico.....	38
3.1. Discussão bibliográfica	41
3.2. Percurso metodológico	52
3.3. A análise dos resultados	59
4. Aspectos institucionais da “humanização”	63
4.1. Caracterização do campo de estudo.....	63
4.2. Em busca de indicadores da saúde materna e neonatal	73
5. A “humanização” in lócus: o parto no cotidiano institucional	91
5.1. Caracterização dos sujeitos entrevistados.....	92
5.2. A “humanização” na experiência de gerar e parir no contexto institucional.....	103
5.3. A “humanização” e o cotidiano da atuação profissional	115
6. Considerações Finais	130
Referências Bibliográficas.....	135
Apêndice A: Roteiros de Entrevista	142
Apêndice B: Atividades do grupo de gestantes	145
Anexo A: Recomendações da OMS/MS	146

1. Introdução

O programa governamental de humanização na assistência ao parto busca contemplar tanto às demandas da sociedade quanto um movimento crítico-teórico dentro da própria medicina obstetrícia, que vem desenvolvendo suas reflexões desde meados da década de oitenta. Neste sentido, é preconizado um conjunto de medidas e incentivos que objetivam uma mudança no modelo de atendimento por parte dos profissionais, com vistas a uma valorização de aspectos psicológico-sociais e a adesão à medicina baseada em evidências científicas, trazendo assim uma maior qualidade no atendimento e a garantia dos direitos das usuárias dos serviços obstétricos.

Partindo deste contexto, esse trabalho tem por objetivo investigar de que maneira as mudanças implementadas pelo programa de humanização na assistência ao parto – que será explicitado de forma mais detalhada no primeiro capítulo desta dissertação – são incorporadas no funcionamento das maternidades públicas de Goiânia. A partir disso, torna-se possível responder ao anseio teórico que objeto dessa pesquisa, que é a análise das relações de poder que se constituem dentro desses espaços sociais, analisando-se de que forma estas – especialmente as mantidas entre médicos e parturientes – se desenvolvem neste contexto específico.

A partir desse eixo norteador, várias outras perguntas acompanham tal preocupação: Houve de fato mudanças estruturais no funcionamento das instituições diante das propostas do programa? Qual o nível de conflito e negociação que se estabelece entre usuárias dos serviços e profissionais dentro das instituições analisadas? De que forma o conjunto de mudanças efetivadas foram incorporadas nas representações de profissionais, em especial de médicos, e das usuárias das maternidades públicas? Tais mudanças representam uma modificação das condutas estabelecidas durante o atendimento nas instituições? A partir disso, já se pode constatar uma mudança em alguns indicadores de saúde materna e perinatal relacionadas a esse atendimento?

Tendo em vista estas preocupações, se entende que o objetivo geral deste trabalho é analisar a implementação e aceitação dos sujeitos envolvidos no Programa de Humanização da Assistência ao Pré-Natal e Nascimento nas maternidades públicas de Goiânia. Para se alcançar tal proposta, outros objetivos relacionados devem ser alcançados, tais como: a) investigar as representações existentes entre profissionais e usuárias sobre questões de gênero,

sexualidade e direitos reprodutivos; b) caracterizar o conhecimento e aceitação das propostas por parte de profissionais de saúde e usuárias nas maternidades analisadas; c) analisar em que medida as condições materiais e estruturais existentes nas instituições analisadas influenciam na efetivação do programa; d) averiguar o posicionamento das direções de cada instituição a respeito do programa, em relação à aceitação e dificuldades encontradas para a incorporação das metas; e) mapear os índices de morbi-mortalidade materno-neonatal em Goiânia e nas instituições específicas, assim como alguns procedimentos elencados nas recomendações da organização mundial da saúde, que deram impulso ao movimento de “humanização”.

Para tal, procurou-se neste trabalho uma utilização reflexiva da perspectiva qualitativa, na qual não se excluiu da metodologia uma abordagem quantitativa, que vise apreender também os aspectos estruturais do objeto analisado, utilizando-a de forma complementar, a fim de superar as limitações de cada uma a partir das possibilidades que a outra traz. Assim, optou-se pelo uso de entrevistas semi-estruturadas e observações sistematizadas – a fim de privilegiar a percepção dos indivíduos sobre suas práticas e as relações sociais que mantêm no campo de pesquisa – amparado também pelo levantamento de informações sócio-econômicas e indicadores de saúde materna e neonatal em bancos de dados e incorporados na discussão elementos históricos e estruturais que se relacionam com a temática.

A principal justificativa para a inserção de tal temática com relevância na área das Ciências Sociais é que apesar de o parto ser considerado um evento fisiológico, um acontecimento “natural”, vivido por grande parte das mulheres nas mais diversas sociedades, a forma como este é concebido em cada sociedade – os saberes e práticas que são construídos acerca do fenômeno ao longo de um processo histórico – varia enormemente. Assim, apesar de se tratar também de um evento biológico, não se pode deixar de considerar que as dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais estão indissociavelmente ligadas na compreensão deste fenômeno, como é destacado por Da Silveira (2006).

Marcel Mauss (1974), que viveu entre os séculos XIX e XX, chamou a atenção para essa compreensão do corpo enquanto fenômeno cultural, salientando a importância de se perceber a influência dos processos sociais sobre o corpo das pessoas. Contemporaneamente, Jaqueline Ferreira (1998) também trabalha a relação íntima que existe entre o corpo e os processos sociais, ressaltando que:

O corpo é um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na

base de nossa vida social (...) Neste sentido, o estudo do corpo torna-se imprescindível não só para especialistas das áreas biomédicas como para os cientistas sociais (p.101).

Outro ponto a ser destacado é que, a partir de fenômenos por vezes considerados estritamente biológicos, se constroem saberes que fundamentam práticas de intervenção sobre os sujeitos – tanto num nível mais individualizado quanto em níveis mais generalizados – e, historicamente, acabam por se incorporar e ser legitimados por grande parte da sociedade, principalmente após a incorporação nas esferas institucionais. Esses processos envolvem uma conjuntura complexa de relações sociais entre indivíduos e grupos organizados, na qual se estabelece relações de força em que são defendidos conjuntos específicos de práticas, valores e interesses relacionados àquele evento em disputa, neste caso, o parto (FOUCAULT, 1999; BOURDIEU, 1980). Discutir esta relação entre o corpo e as práticas que se desenvolvem a partir dele pode se constitui enquanto objeto por excelência, das ciências sociais.

A ampliação do conhecimento nesta temática específica é especialmente importante nas ciências sociais, tendo em vista que tem sido abordada principalmente por estudiosos da área de ciências da saúde, ficando o debate sobre a relação entre corpo e processos sociais, por vezes, relegado a um segundo plano, haja vista que os fatores biológicos são destacados neste campo de estudo. Neste sentido, outra justificativa importante desta pesquisa é sua possibilidade de contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a aplicação da política pública de humanização na assistência ao parto. Um ponto importante de contribuição que é viabilizado com o desenvolvimento desta temática é perceber se a concepção de saúde enquanto direito e responsabilidade do Estado – consagrada pela constituição de 1988 – está se concretizando no cotidiano das maternidades públicas, trazendo o debate sobre o acesso aos direitos reprodutivos entre mulheres de baixa renda.

Essa perspectiva dos direitos reprodutivos das mulheres é um aspecto fundamental no movimento pela humanização que se institucionalizou via programa governamental, que é enfocado neste estudo. O desenvolvimento desta demanda e os diversos atores envolvidos, assim como os conflitos que emanam de tal perspectiva – que busca se legitimar e efetivar cada vez mais no contexto das relações sociais estabelecidas dentro das maternidades e nas representações dos atores envolvidos – será o objeto do primeiro capítulo deste trabalho. Para tal, será feita uma contextualização histórica de seu desenvolvimento de forma mais generalizada enquanto movimento mundial, buscando ainda apreender sua inserção no contexto brasileiro e em sua história específica de desenvolvimento da saúde, com foco na

medicina obstetrícia e políticas governamentais para saúde da mulher. Será feita ainda uma breve contextualização da temática em Goiânia, relacionada com alguns dos conceitos abordados e tendo como base no estudo já realizado sobre a temática anteriormente.

No capítulo dois serão trabalhadas as perspectivas teórico-metodológicas que servem de norte para a pesquisa, discutindo-se alguns conceitos que auxiliaram na construção do problema que é foco desta pesquisa. Neste sentido, serão explicitados os parâmetros epistemológicos que guiaram à construção do projeto e trabalhados alguns conceitos de autores considerados fundamentais para a inserção do objeto de pesquisa no campo da sociologia. Desta forma, serão discutidas mais detidamente questões referentes às relações de poder, especialmente no campo institucional, a discussão do corpo como objeto cultural, que se incorpora e transpõe seus aspectos biológicos, assim como as representações sociais, que buscam transcender a compreensão das relações a partir das dicotomias biológico/social, subjetivo/objetivo e psicologia/sociologia.

A partir disto, é descrito também o percurso metodológico a partir do qual se definiu as estratégias para atingir o objeto de análise, com a discussão dos pressupostos metodológicos que guiaram as análises quantitativa e qualitativa, assim como a exposição específica de fatores técnicos relacionados e os ajustes necessários durante o processo de desenvolvimento da pesquisa.

Já no capítulo três é realizada uma apresentação e sistematização dos dados relacionados mais predominantemente com os aspectos estruturais da temática abordada; assim, é feita uma descrição sistemática da estrutura de atendimento das instituições analisadas, ampliando para a abordagem dos indicadores de saúde materna e neonatal, tanto nas instituições referidas quanto nas demais instituições de Goiânia (tanto no geral quanto especificamente aqueles ligados as SUS) e também do estado de Goiás. Para isso, foram utilizados os materiais decorrentes tanto da observação de campo, quanto da seleção de materiais quantitativos (melhor descritos no segundo capítulo deste trabalho) e também alguns depoimentos com gestores das maternidades analisadas.

Por fim, o último capítulo é voltado para a análise dos resultados referentes aos aspectos subjetivos da temática, focalizado no cotidiano de funcionamento das instituições em que a pesquisa qualitativa se deteve; desta forma, ele é iniciado por uma caracterização sócio-econômica dos sujeitos entrevistados, além de analisar a opinião relativa a alguns ideais e padrões de comportamento que são diferenciados entre homens e mulheres em nossa sociedade. Em seguida, é feita uma apresentação dos resultados advindos das entrevistas

realizadas com profissionais e mulheres atendidas, na qual foram apontadas algumas inferências com as informações levantadas no capítulo anterior e com materiais decorrentes de observações de campo; também foram destacados alguns elementos que apontavam implicações e congruências com os autores que serviram de referencial para a pesquisa e se estabeleceu um diálogo entre os resultados deste estudo e aqueles encontrados em outros trabalhos que têm como plano de fundo a “humanização” no atendimento ao parto em outros contextos diferenciados¹.

As considerações finais do trabalho foram reservadas para um balanço dos principais pontos da pesquisa e dos principais resultados obtidos. Além disso, é um espaço para refletir sobre em que medida os dados levantados foram ao encontro do problema sobre o qual se buscou refletir e os limites e possibilidades da perspectiva adotada para uma melhor compreensão dessa problemática.

¹ São alguns dos trabalhos que tenho conhecimento sobre esta temática: Nonato (2007), Diniz (2001), Tornquist (2003), Da Silveira (2006) e Reis; Patrício (2005).

2. Contextualização do objeto de estudo

Nesta seção será realizada uma breve caracterização da temática envolvida neste trabalho, com uma abordagem de seus principais aspectos: o contexto histórico de surgimento, os conceitos defendidos, o debate político e os diversos atores envolvidos em âmbito internacional, nacional e regional.

2.1 A “humanização” a partir de sua proposta ministerial

Foi implementado pelo Ministério da Saúde em 2003 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que visa uma melhoria na qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população em geral. Tal programa ambiciona promover uma “nova cultura de atendimento humanizado” nos hospitais da rede pública de saúde, melhorando o contato humano entre o profissional de saúde e o usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade (BRASIL, 2000).

A necessidade por uma humanização na assistência hospitalar parte do pressuposto que as relações no sistema de saúde se reduziram a uma investigação técnica, fria e objetiva, onde se perdeu a característica propriamente humana das relações sociais: o diálogo. Somado às carências de condições técnicas, gerenciais e materiais, gera insatisfação em todos os agentes envolvidos no sistema de saúde, que é refletida pela baixa eficiência nos serviços prestados e num processo cada vez maior de desumanização (BRASIL, 2002).

A “humanização” do atendimento do SUS que se encontra o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que tem como meta abranger as maternidades de todo o Brasil. Suas principais diretrizes são: a) respeitar e promover os direitos da mulher na gestação e no parto e, b) treinar e formar profissionais, com base em evidências científicas que norteiem as rotinas assistenciais, reorientando o uso das instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis (HOTIMSKY E SCHRAIBER, 2005).

Esse esforço regido pelo Ministério da Saúde em “humanizar” o parto foi refletido em algumas iniciativas que se estabelecem de forma mais contundente no final dos anos noventa, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de O.N.G.s que se mobilizam por

uma maior qualidade no atendimento às mulheres – como a Rede Nacional Feminista de Saúde, por exemplo – além de parcerias com instituições financeiras. Neste sentido, algumas medidas de incentivo foram tomadas para as instituições destacadas no esforço em “humanizar” o atendimento oferecido, tais como o título “hospital amigo da criança”, oferecido às maternidades que estimulem o aleitamento materno (as três instituições que serão estudadas obtiveram tal título) e o prêmio Galba de Araújo concedido à instituição que se destaque em sua região, por meio de placa de reconhecimento, um certificado e trinta mil reais em dinheiro; este valor vigorou até o ano de 2000, sendo que em sua quinta edição, no ano de 2006, esse valor passou para cinquenta mil reais.

Outras medidas constituem as iniciativas estabelecidas no programa, como a redução gradual do teto percentual de pagamento de cesáreas, que era de 40% no segundo semestre de 1998, caindo para 37% no primeiro semestre de 1999 e para 35% no segundo semestre, chegando a trinta por cento no primeiro semestre do ano de dois mil (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002).

Além disso, estabeleceu portarias para regulamentarem o direito a acompanhamento durante o parto (lei 11.108), aleitamento materno nas instituições (portaria 29/2001) e o alojamento conjunto da mãe com o recém-nascido saudável (portaria 1016/1993), anestesia para os partos normais em que o procedimento se fizer necessário, além dos recursos financeiros necessários para a implementação do programa em todo o país, previstos em quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais, previstos na portaria GM569/2000.

Este programa governamental dá visibilidade a um movimento reflexivo que vem discutindo o modelo de atendimento ao parto em todo o mundo por volta da década de 20. Nesta perspectiva, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento é baseado num movimento que almeja reorganizar os procedimentos obstétricos de atendimento ao parto – motivado principalmente pelas altas taxas de cesarianas e morbi-mortalidade materna e perinatal – objetivando um maior respeito aos direitos reprodutivos da mulher.

O programa de “humanização” do parto busca atender a várias demandas da sociedade, que englobam tanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto estudiosos das áreas das ciências sociais e da saúde, que promoveram uma ampla discussão a respeito do modelo médico-hospitalar institucionalizado nas maternidades brasileiras e do mundo todo. Tais reflexões têm como preocupação central questionar até que ponto o modelo tradicional de atendimento ao parto é apropriado, tendo em vista que, por vezes, prioriza uma visão

patologizante de tal evento, com conseqüências tanto fisiológicas quanto sociais para as mulheres e recém-nascidos envolvidas no processo.

Como é indicado por Diniz (2001), o impacto deste conjunto de procedimentos sobre as mulheres gerou um questionamento também na área da saúde, onde vários estudiosos procuraram avaliar a efetividade empírica de tais condutas para a saúde da mulher e do recém-nascido. O início desse processo de sistematização se deu em 1979, no contexto do Ano Internacional da Criança, quando foi criado um comitê regional na Europa a fim de avaliar a efetividade das intervenções, no intuito de diminuir a mortalidade materna e perinatal. Foram utilizados como métodos preferenciais de pesquisa os estudos randomizados controlados e uso de meta-análise para sintetizar os estudos já existentes. Tiveram grande importância nesse esforço conjunto representantes de organizações de mulheres e consumidores dos serviços de saúde.

Um dos resultados mais importantes de tal reflexão foi a sistematização de cerca de quarenta mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, contemplados na obra de Davis-floyd (1995), onde foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança, inspirando um novo paradigma de atendimento ao parto, onde a intervenção só se justifica quando for comprovadamente melhor que a não intervenção. Baseando-se nestes estudos, que datam de meados da década de 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) divulga amplamente um documento que classifica os procedimentos obstétricos em quatro categorias² (sendo este traduzido e repassado pelo Ministério da Saúde a todas as entidades representativas de ginecologistas obstetras e enfermeiras obstetrizes do Brasil):

- A - condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas.
- B - condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.
- C - condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto.
- D - condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada.

Foram estes estudos que serviram de base para uma mudança no paradigma de atendimento ao parto, presente no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento proposto pelo Ministério da Saúde, onde se passa de uma concepção intervencionista para uma assistencialista. Neste sentido, a intervenção do médico só deve ocorrer quando tiver eficácia empírica e científica comprovada, ou seja, quando estiver provado que trará mais

² Para mais detalhes sobre o documento, ver anexo A.

benefícios que a não-intervenção. Nesse novo cenário proposto, o médico passa a ser uma figura coadjuvante, sendo a mulher a responsável por fazer o parto e o profissional é encarregado de assisti-la, a fim de avaliar possíveis riscos e intervir em caso de complicações patológicas.

No entanto, deve-se ressaltar que a necessidade de mudança no modelo de atendimento tradicional na medicina obstetrícia não é, de maneira alguma, aceita integralmente, sendo objeto de questionamento e disputa dentro da área. Assim, o espaço para esta discussão na formação médica é muito variável, como mostra o estudo de Hotimski e Schraiber (2005) realizado em quatro conceituadas faculdades de medicina de São Paulo, nas quais havia tanto a ausência de referências ao termo nos conteúdos programáticos de disciplinas obrigatórias quanto sua utilização na declaração de missão de ensino da instituição. Mesmo naquelas escolas em que se aborda o tema da “humanização” na formação obstétrica, as autoras concluem que, de uma maneira geral, há entre os estudantes uma dificuldade em lidar com o pluralismo de correntes teóricas e suas propostas de intervenção, o que dificulta uma visão crítica e fomenta a aplicação de protocolos fixos considerados benéficos para mulheres e profissionais³.

Também se pode observar no trabalho realizado em duas maternidades de Goiânia (MOREIRA, 2005) que a postura pessoal do profissional mostrou-se um fator decisivo para a aplicação do modelo assistencialista preconizado pelo programa de “humanização”, sendo a formação do profissional um fator importante para sua postura no atendimento. Assim, por mais que existam incentivos ou empecilhos por parte da administração das instituições, a atitude médica era decisiva para a realização ou rejeição dos procedimentos recomendados pelo Programa Governamental. Neste sentido, o desconhecimento ou não concordância dos princípios do programa era determinante para a realização de um parto intervencionista, com realização de vários procedimentos não recomendados pelo programa.

Por mais que a obstetrícia baseada em evidências científicas – que é um dos parâmetros fundamentais do movimento pela “humanização” no parto – seja um questionamento na área da medicina, que abrange grande parte do segmento, existe ainda resistência em sua consolidação na prática obstétrica, como foi discutido acima. Isso porque é uma abordagem extremamente crítica, no sentido próprio da palavra, que vai às raízes da

³ Ver também REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 10, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: ago. 2006.

consolidação e legitimação da ciência obstétrica, questionando modelos tradicionalmente instituídos e aceitos, colocando em cheque a postura profissional e adquirindo até mesmo um tom agressivo para alguns. Desta maneira, existem órgãos representativos da obstetrícia, como a revista de publicação nacional abaixo citada, que se opõem ao modelo assistencialista e afirmam a necessidade de intervenções durante o parto para garantir o bem-estar da mulher e da criança:

Desde que Simpson, em 1847, usou o clorofórmio para mitigar as dores do trabalho parturiente, procurou-se abreviar e suavizar os sofrimentos relacionados com o parto (...) O notável avanço no conhecimento da fisiologia da parturição possibilitou controle e menor sofrimento das gestantes na gravidez a termo e no parto. Foram estabelecidas rotinas seguidas por todos os centros obstétricos para atendimento ao **Parto Humanizado**. (REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA, 2002, Grifo dos editores).

O termo “humanização” é usado pelo ministério no sentido de afirmar a necessidade do diálogo, da comunicação, que é o diferencial do ser humano em relação aos outros seres vivos e coisas. Neste sentido, a “humanidade” não é usada como um antônimo de crueldade, dentro da perspectiva do programa, mas como uma contraposição entre tecnificação – onde a aplicação da técnica pura é o foco da ação – e sociabilidade – onde fatores extra-técnicos são levados em consideração:

A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes [...] A ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva [...] Isso acontece quando ele [o hospital] trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles (BRASIL, 2000).

Essa valorização do diálogo também se refere àquele estabelecido entre os profissionais e a administração, assim como aquele estabelecido entre a última e as secretarias municipais, estaduais e federais de saúde, a fim de garantir as condições para um atendimento adequado ao público. Assim, a partir dessa política objetiva-se a ênfase na indissociabilidade entre aspectos subjetivos e objetivos entre diálogo e técnica, respeitando os sentimentos das pessoas durante o atendimento e dos profissionais em sua prática cotidiana, fornecendo-lhes as condições necessárias para a prestação do auxílio adequado à população.

Existe ainda uma contraposição clara da utilização da tecnologia para o programa governamental e para aqueles que defendem o molde intervencionista de atendimento: ao passo que, na perspectiva do Programa, a utilização rotineira e não dialógica de técnicas de intervenção traz sofrimentos desnecessários para a mãe/criança e mesmo riscos para sua saúde e vida, na argumentação médica, representada pela citação da revista, estas rotinas devem ser seguidas a fim de se atingir a “humanização” no atendimento, na medida em que as mesmas representariam técnicas legitimadas pelo histórico de constituição da medicina obstétrica.

O programa governamental é, assim, objeto de conflito para os profissionais que não concordam com essa abordagem de atendimento – como pode ser observado pelo estudo preliminar e no editorial da Revista Brasileira de Obstetrícia, citado anteriormente –, onde a centralidade do médico no parto de baixo risco é questionada, trazendo à cena outros profissionais, como a enfermeira obstetriz e outros profissionais capacitados, que agora são aceitos neste contexto, cabendo as intervenções realizadas por profissionais médicos aos casos de complicação e doenças da gestação e parto.

Assim, de acordo com a visão intervencionista, a “humanização” no parto consiste na adoção rotineira de um conjunto de intervenções que visem a amenizar o sofrimento da mãe em seu trabalho parturiente, pelo uso de analgésicos e aceleração do processo por meio de hormônios. Já na visão do programa governamental, consiste na valorização do diálogo, a fim de esclarecer a mulher sobre os riscos da adoção de tais procedimentos, sobre alternativas não farmacológicas de alívio das dores e decidir com a mesma sobre quais métodos utilizar, ponderando seus riscos e benefícios.

Outro aspecto a ser destacado é que, a partir desta discussão, não é preconizada a abolição de todas as intervenções a qualquer custo, na medida em que estas se fazem necessárias em uma proporção dos casos, nas quais as mesmas são essenciais para salvar a vida ou preservar a saúde da mulher e/ou conceito; assim, não há uma relação direta entre “humanização” e parto normal, por exemplo. O monitoramento do bem-estar materno e fetal é parte fundamental do atendimento ao parto e o uso de tecnologias que auxiliem neste processo surge como uma das possibilidades, que deve ser avaliada quanto a sua adequação em cada caso, em virtude da comparação entre os benefícios e os riscos ou inconvenientes que traz.

Neste sentido, a ausência de assistência ou a forma pela qual o parto acontece (se é normal, de cócoras, se foram utilizados recursos não farmacológicos) não o caracteriza como “humanizado”, pois o cumprimento rotinizado de qualquer conduta se opõe aos princípios do diálogo e da reflexão como características humanas que é enfatizado pelo programa. Assim,

não é englobado pelo programa os argumentos naturalistas ou “new age”, nos quais há uma evocação de valores como a natureza e dos instintos como agentes principais que deveriam ser centrais durante o parto; isto porque o instinto é algo, por definição, não dialógico e não reflexivo, pois ele guia o comportamento animal de forma pré-definida, programada geneticamente, característica que não se aplica aos seres humanos no momento do parto. Essa concepção, em certa medida, chega a se aproximar do molde tecnificado de atendimento ao parto criticado pelo programa, na medida em que, em ambas, o aspecto dialógico é considerado desnecessário, ora pela valorização das intervenções, ora pela valorização do instinto natural. Carmen Tornquist (2004;2006) nos alerta sobre os limites que este tipo de concepção traz à noção de empoderamento das mulheres sobre sua própria reprodução, na medida em que, tanto no atendimento tecnificado quanto no atendimento naturalista, as decisões sobre o parto e amamentação são definidas pela biologia⁴.

2.2. Direitos reprodutivos e as relações de poder no contexto da “humanização”

Carmem Diniz (1997; 2001) em seu trabalho de mestrado pondera que o desenvolvimento da medicina obstetrícia moderna institucionalizou a hospitalização do parto, com o desenvolvimento da percepção deste enquanto evento potencialmente doentio e perigoso, tanto para a saúde materna quanto perinatal. Neste sentido, caberia ao médico a obrigação de intervir com seu conhecimento, conduzindo o parto para que o mesmo provoque o mínimo de danos possível para a mãe e a criança.

É claro que essa percepção de parto foi se desenvolvendo e sendo incorporada nas práticas da população em geral a partir de um longo e complexo processo histórico. A autora discute ainda que, com o conjunto de mudanças histórico-sociais características da modernidade e a conseqüente mudança no modelo de ciência – em sua busca por afirmar seu valor explicativo ante a cosmologia religiosa – a própria concepção do corpo feminino e de seu funcionamento se modificou. De culpada pelo pecado capital e condenada à expiação de sua culpa pelo sofrimento e possível morte durante o parto, ela passa a ser vítima de sua

⁴ Dois exemplos importantes a serem evocados são o tipo de parto e a amamentação: na concepção naturalista, o parto é compulsoriamente normal, pois isto é o natural, toda mãe pode parir e amamentar naturalmente; já na concepção tecnificada, toda mulher é naturalmente incapaz de parir, sendo necessária a utilização da técnica cesariana. Nos dois casos, há uma grande frustração e insatisfação das mulheres que não se enquadram no que é biologicamente esperado.

própria natureza, comprovando sua fragilidade e dependência naturais. E, sendo a reprodução agora um fator de interesse público – que traz consequências para a organização social-econômica da sociedade e deve ser controlado – a mulher não pode mais ser deixada a cargo das mulheres, que seriam inferiores e instáveis por sua própria constituição, capacitadas unicamente para os cuidados com a vida doméstica e familiar (DINIZ, 1997).

Apesar da tentativa de cisão com o pensamento religioso, Mary Del Priori (1999) analisa que houve um interesse também por parte de representantes da igreja, assim como dos médicos, para tentar desvendar os mistérios ao “sul do corpo feminino”⁵, freqüentemente considerado repugnante por seu caráter supostamente pecaminoso, venenoso e bestial. A observação da mulher e de seu corpo, especialmente de seu sistema reprodutor, era permitida apenas aos homens de deus e da ciência, que os representavam como fontes de contaminação, de caráter extremamente maléfico ou mesmo mortal, capazes de alterar o estado de consciência e de saúde das mulheres.

O corpo, neste contexto histórico de desenvolvimento da obstetrícia, era compreendido apenas como uma prisão para a alma, um perigo constante de corrupção para a mesma, representante da putrefação, local de vermes e excrementos. Especialmente os fluídos corporais das mulheres, os odores, o fluxo menstrual, o líquido amniótico, eram símbolos do caráter repugnante que o corpo feminino carregava. Os médicos portugueses, mesmo depois do século XVII, quando surgia no restante da Europa descobertas científicas dos estudos de anatomia, se limitavam a repetir as idéias antigas, acreditando que o útero – com sua podridão que produzia vapores – trazia um caráter tão maléfico que prejudicava a saúde até mesmo da própria mulher, atingindo-lhe órgãos vitais, como o cérebro, o coração e o fígado e atordoando-lhes as idéias.

Apesar da resistência feminina em se submeter ao novo modelo de atendimento proposto nos hospitais, que ao longo de anos vários anos – com o desenvolvimento da medicina obstetrícia anterior ao desenvolvimento da microbiologia – representava quase uma certeza de morte, a medicina foi ao longo das décadas aprimorando-se enquanto ciência e tornando seus procedimentos cada vez mais seguros, ganhando a aceitação enquanto prática hegemônica de nascimento. Como nos mostra Foucault (1999), a disciplina exerceu papel fundamental dentro do espaço hospitalar e na prática médica que se institucionalizou em tal ambiente, transformando-o num local de controle, onde os corpos são distribuídos

⁵ Essa expressão se refere ao baixo ventre, aos órgãos sexuais e reprodutores da mulher, em seus lugares de prazer e dor.

especialmente, as atividades devem ter todo o seu desenvolvimento minuciosamente acompanhado, por meio do registro contínuo e da observação perpétua e constante⁶.

Esse modelo da medicina geral, que tem suas intervenções disciplinares justificadas pelo bem maior, que é salvar vidas de pessoas que correm risco de morte, foi incorporado pela prática obstétrica. Apesar dos benefícios incontestáveis que a medicina obstetrícia propiciou com o aprimoramento de suas técnicas, diminuindo a mortalidade materna e perinatal que havia se alastrado no começo de seu desenvolvimento (DINIZ, 1997), suas práticas também contribuíram para o uso rotineiro e acrítico de intervenções muitas vezes ineficazes, perigosas e desnecessárias; isto porque os procedimentos basearam-se numa concepção do corpo feminino enquanto essencialmente doentio, e não em pesquisas empíricas que comprovem sua real eficiência durante o processo do parto.

O questionamento da eficácia e necessidade destas práticas de rotina durante o parto prevaleceu tanto entre segmentos da própria medicina obstetrícia quanto em alguns ramos das ciências sociais, que elegeram a temática da saúde da mulher e, especificamente, do parto, como objeto de reflexão (como, por exemplo, DEL PRIORY, 1999; SOUZA, 2001; ÁVILA; CORREIA, 2003; BERQUÓ, 2003); conjuntamente com os segmentos acadêmicos, aliaram-se a tais esforços ativistas do movimento feminista, Organizações Não Governamentais, em nível nacional e local (REHUNA⁷, Rede Feminista de Saúde, Transas do corpo, entre outras) e parte da população em geral, por meio de reclamações quanto ao atendimento prestado. Esses procedimentos de rotina, muitas vezes desnecessários, trazem, por vezes, dor, constrangimento e um sentimento de impotência por parte dos usuários, em um momento tão importante de suas vidas, no qual precisam de orientação.

A divulgação de reportagens oferecendo denúncias da população em relação ao mau atendimento durante a gestação e parto⁸, assim como aquelas que trazem informações relacionadas aos objetivos do Programa de Humanização – como o incentivo ao parto normal, direito ao acompanhante, aleitamento, etc. – têm ganhado uma repercussão importante na imprensa escrita e televisionada, tanto local quanto nacionalmente. Desde o ano de 2000 foram encontradas reportagens que tratam a temática nos três principais jornais da Rede Globo de televisão, sendo que foram contabilizadas oito reportagens somente neste ano, relacionadas à divulgação de ações preconizadas no parto “humanizado” ou ao desrespeito a

⁶ Aspectos do funcionamento disciplinar nas instituições hospitalares serão retomados no capítulo seguinte.

⁷ Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento, que tem órgãos representativos nos níveis estaduais.

⁸ Ilustrativo desta situação foi uma reportagem sobre uma mulher que ficou dois dias com o bebê morto dentro da barriga, após procurar várias unidades de atendimento ganhou repercussão, no início do ano passado.

estas. Em jornais escritos a repercussão é ainda maior, sendo encontradas trinta e cinco reportagens sobre o assunto na Folha de São Paulo e também algumas reportagens em jornais locais, como no O popular e Diário da Manhã.⁹

Além do questionamento sobre a eficiência dos procedimentos de rotina, a questão da violência, da violação de direitos é outro ponto trazido para a discussão sobre o modelo de atendimento tradicional ao parto; isto porque, quando entra em trabalho de parto, a gestante é separada de seus familiares, seus pertences e submetida inicialmente a procedimentos como enema (lavagem intestinal) e raspagem dos pelos pubianos; durante todo o trabalho de parto, que dura de seis a dez horas, ela fica deitada, sem poder ingerir água ou qualquer líquido, sendo frequentemente exposta a procedimentos dolorosos – como uso de hormônios para acelerar as contrações e toques vaginais para monitorar a dilatação –, realizados por várias pessoas diferentes, por vezes agressivas, que mal lhe olham nem lhe dirigem a palavra; por fim, durante o período expulsivo¹⁰, ela é deslocada para um centro obstétrico, ficando em posição de litotomia,¹¹ com suas pernas e braços apoiados e imóveis, sua vagina “reconstruída” pela episiotomia¹² e episiorrafia¹³, e, por fim, seu filho separado de seu contato e encaminhado a uma incubadora. E, como nos aponta Tornquist (2004):

Este modelo é apontado como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países, pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, e pela redução de um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado. No bojo desta crítica, a epidemia de cesárea aparece como exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre corpo e dinâmicas das mulheres (p.2).

Outro ponto que esta discussão traz é a realização da cirurgia cesariana, seja como resultante de complicações decorrentes do abuso de intervenções durante o parto, seja pela preferência das mulheres por esta técnica, que seria um meio de evitar este conjunto de procedimentos dolorosos – muitas vezes sem opção de analgesia para alívio das dores –, quando estas podem fazer tal escolha. A preferência e indicação por profissionais também se institucionalizou, uma vez que seria a forma mais adequada para o médico abreviar os sofrimentos decorrentes do parto, mitigando sua dor com uso de anestésico, abreviando o

⁹ Algumas destas podem ser acessadas pela internet, nos portais: www.globo.com; www.folha.com.br; www.opopular.com.br e www.dm.com.br.

¹⁰ Momento em que a dilatação e dinâmica das contrações indicam que o feto já tem condições de ser expelido pelo canal vaginal.

¹¹ Imobilizada, na posição deitada, com as costas apoiadas numa maca.

¹² Corte feito na vagina com intuito de facilitar a saída do feto e evitar possíveis lacerações.

¹³ Sutura realizada após a episiotomia, a fim de reestruturar a vagina a sua forma anterior ao parto.

tempo de duração do trabalho de parto e a ansiedade e medo da mãe, assim como tendo um maior controle sobre o processo fisiológico.

Podemos observar a grande adesão a esta técnica cirúrgica para o parto nos dados do Ministério da Saúde, onde sua incidência é bem maior que os 15% indicados como limite ideal para utilização da técnica pela Organização Mundial da Saúde, apesar de apresentar tendência de queda persistente¹⁴:

Tabela 1: Proporção, por ano, dos tipos de parto realizados no Brasil:

(%)	Vaginal	Cesário	Fórceps/ outro	Ignorado
1994	51,86	32,02	0,83	15,28
1995	57,82	39,64	1,07	1,47
1996	58,51	40,23	-	1,25
1997	59,23	39,84	-	0,93
1998	61,11	38,13	-	0,76
1999	62,23	36,90	-	0,87

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC¹⁵

Esses dados se tornam ainda mais alarmantes ao se fazer a comparação com o estado de Goiás e com o município de Goiânia, onde os índices são significativamente mais altos, sendo maior ou quase igual das às taxas de parto vaginal:

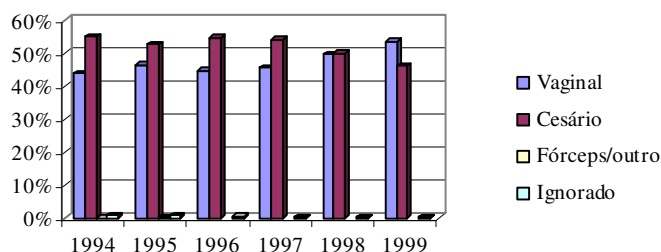


Gráfico 1: Proporção, por ano, dos tipos de parto realizados em Goiás

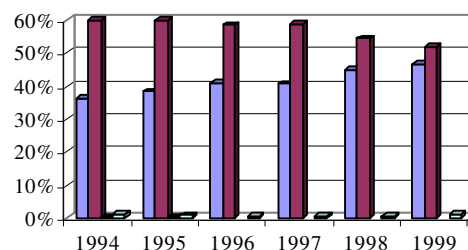


Gráfico 2: Proporção, por ano, dos tipos de parto realizados em Goiânia

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Outros fatores contribuíram na popularização desta técnica, como a crença de que o parto normal traz mais riscos para o bebê, que compromete a fisiologia sexual, além da maior conveniência, para usuárias, médicos e maternidades. Nas instituições públicas a cirurgia cesariana foi evocada até como uma maneira de atender mais mulheres, uma vez que o procedimento é mais rápido e representaria maior rotatividade de leitos. Desta forma, a

¹⁴ Tais indicadores serão discutidos mais detidamente no capítulo três desta dissertação. Os mesmos são dispostos aqui apenas no sentido de ilustrar a proporção de partos cirúrgicos antes da implementação do programa, trazendo as altas taxas de cesarianas que serviram de motivação para sua criação.

¹⁵ Variáveis tabuladas: ano de nascimento X tipo de parto segundo ocorrência.

cesariana se institucionalizou como procedimento de rotina para o parto em muitas instituições, especialmente no atendimento privado, onde são menores as restrições financeiras, tendo em vista que se trata de um procedimento que representava uma remuneração maior para os profissionais envolvidos.

Entretanto, como nos indica Petitti (1985) e Shearer (1993) os riscos de infecção, embolia, hemorragia e acidentes anestésicos associados à técnica cesariana representam uma mortalidade materna, de um modo geral, cinco a dez vezes maiores do que no parto vaginal. Comparativamente, o risco de mortalidade materna é até doze vezes maior, assim como o de morbidade, sete a vinte vezes maior, além de acarretar no dobro da permanência hospitalar, convalescença e alterações psico-afetivas prolongadas, aumento da incidência de problemas respiratórios do recém-nascido e aumento da morbidade neonatal (SOUZA, 2001).

O problema da mortalidade materna se configura como um dos focos do programa, tendo em vista as altas taxas de mortalidade que se instituíram no Brasil, chegando-se até mesmo, no ano de mil novecentos e noventa e seis, a se estabelecer uma Constituição Parlamentar de Inquérito (CPI) da mortalidade materna, justificada pela taxa de quase 135 mulheres mortas a cada mil puérperas até então¹⁶.

A preferência pelo parto normal é apenas um dos aspectos do Programa de Humanização na Assistência ao Pré-Natal e Nascimento; no entanto, tem ganhado grande visibilidade, sendo repercutido em propagandas divulgadas pela grande mídia, na televisão e no rádio, na tentativa de conscientizar as mulheres a optarem pelo parto vaginal, especialmente na rede privada, onde a adesão ao procedimento cesariana é muito alta, tendo em vista que o Ministério da Saúde tem menos ferramentas para regulamentar esse setor. Mas outros aspectos também estão cada vez mais divulgados em reportagens de jornais de grande audiência e na internet, repercutindo-se principalmente sobre posições alternativas e direito à presença de familiares durante o parto.

Na internet também existem muitos sites que orientam e esclarecem dúvidas sobre o parto, orientando a mulher e seus familiares quanto ao atendimento humanizado, informando sobre procedimentos, realização de pré-natal, enfim, inteiradas sobre a discussão da obstetrícia baseada em evidência aliada aos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Sites, tais como Amigas do Parto, Doulas, entre outros, trazem textos informativos, reportagens,

¹⁶ Instaurada em agosto de 2001, o documento relativo à CPI está disponível no sítio: http://www.portal.medico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Matern.htm, acessado no dia 20 de setembro de 2006.

indicações de instituições, depoimentos, cursos preparatórios e orientações diversas sobre gestação e parto¹⁷.

Tais organizações trazem à tona como a “humanização” no parto, transcende a questão da técnica, dos procedimentos obstétricos, apesar deste ser um de seus aspectos fundamentais. Desta forma, mais do que problematizar a efetividade das ações realizadas pelos profissionais se questiona as relações que são estabelecidas entre eles e as usuárias. O ponto fundamental levantado por sujeitos que promovem a crítica “humanista” é quem é a figura central no momento do nascimento, e a necessidade de se modificar as relações hierárquicas estabelecidas. Assim, se reivindica que hajam condições para que a mulher assuma o lugar central no momento do parto e tome o controle sobre os processos fisiológicos que ocorrem sobre seu corpo, para o qual o mesmo, na maior parte dos casos, está preparado. Neste contexto, segundo a reflexão que é cara ao programa governamental, caberia aos profissionais um papel coadjuvante, atuando com seu conhecimento para orientar a mulher e auxiliá-la durante o processo, além de identificar precocemente os casos de doença, onde as intervenções sejam necessárias para preservar a saúde e a vida de mãe e filho (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a obstetrícia baseada em evidências dá suporte a uma modificação na cena da maioria dos partos: não existe mais a necessidade, preventiva, de se estabelecer uma tutela sobre o corpo da mulher e, conseqüentemente, sobre ela. A visão do funcionamento fisiológico muda de foco: o profissional não trata mais de um corpo que, via de regra, é biologicamente instável e propenso à distocia, que deve ser regido e controlado para proteger a mãe e o filho dos males da natureza, dos quais ambos são vítimas. O parto é encarado como um evento orgânico que, na maior parte dos casos, pode ser vivenciado sem intervenção da medicina, valorizando-se seus aspectos familiares, afetivos e culturais: reivindica-se que a experiência do parto não esteja mais relacionada ao contexto de doença, caracterizada pelo medo da morte, pelo isolamento, pela dor iatrogênica¹⁸, mas como um momento de celebração da vida e superação, a ser compartilhado com os entes queridos.

A figura do médico, que antes era central em todos os nascimentos, a partir da proposta de “humanização” seria reservada apenas aos partos com complicações ou aqueles com indicação de risco na gestação e, mesmo nestes contextos, perderia a rigidez de sua

¹⁷ Alguns links relacionados: www.amigasdoparto.com.br; www.maternidadeativa.com.br; www.doulas.com.br.

¹⁸ Esse termo é utilizado para se referir as dores provocadas especificamente pela realização de procedimentos, como cortes, suturas, perfurações com agulha para administração de medicamentos e etc.

posição hierárquica, na medida em que é esperado que este dialogue e valorize os aspectos psíquicos da parturiente. E, como discutem Hotimsky e Schraiber (2005) em seu trabalho, “considerada um dos mais longos ritos de passagem, a aprendizagem do exercício da medicina é analisada por estes autores não apenas como processo de aquisição de conhecimentos científicos e aptidões técnicas, mas também como iniciação a um novo *status* profissional”. Nesta visão, ao conhecimento técnico é dado destaque e primazia como diferencial do profissional, em contraposição à valorização da dimensão social, relacionada ao diálogo e ao cuidado, que passam a ter um valor secundário, desvalorizado.

Esse tipo de visão traz ainda a desvalorização do profissional da enfermagem, na medida em que caberia a ele esse cuidado, visto como uma atividade menos qualificada, muitas vezes até mesmo dissociada do processo de curar. Entretanto, como ressaltado anteriormente, procura-se neste novo modelo de atendimento uma modificação deste parâmetro, na medida em que são os cuidados e o monitoramento os aspectos fundamentais no atendimento ao parto de baixo risco, que é a maior parte dos casos. Neste sentido, o profissional de enfermagem se enquadra neste novo contexto de atendimento, numa procura crescente por associar aspectos técnicos, de monitoramento do bem-estar para encaminhamento precoce dos casos de alto risco, e o cuidado humano, reconhecendo a importância de aspectos subjetivos e culturais da população assistida em seu tratamento:

Observa-se que o cuidar não comporta somente a excelência na execução das intervenções de enfermagem. Mas, também a condição de que a cuidadora deverá em suas ações expressar a sua sensibilidade fazendo com que o ser cuidado perceba seu interesse e respeito, transmitindo-lhe segurança (CECCATO; VAN DER SAN, 2001, s/p).

Entretanto, existe para todos os segmentos profissionais, especialmente aqueles com condições de trabalho pouco adequadas, um maior risco de aderir à execução burocrática das rotinas de assistência e abandonar o ideal da “humanização” no atendimento; como é destacado por Tornquist (2004), até mesmo as condutas valorizadas como “humanizadas”, como o incentivo à amamentação, podem se tornar uma verdadeira ditadura quando a imposição de sobrepõe ao diálogo.

A organização e desenvolvimento do modelo biomédico e tradicional de atendimento ao parto, com suas formas de organização hospitalizada, disciplinada e hierarquizada, impondo-se como a maneira privilegiada de se nascer em nosso contexto ocidental; no Brasil, por exemplo, 98% dos partos ocorridos no ano de 2005 ocorreram em hospitais e

estabelecimentos de saúde (SINASC, 2005). A seguir, será apresentado um breve histórico do desenvolvimento da medicina obstetrícia, assim como de sua institucionalização médica do parto no Brasil.

2.3. Desenvolvimento histórico e institucional da medicina obstetrícia

Diniz (1997), em seu trabalho sobre o parto e relações de gênero em vários países ocidentais, realiza um resgate histórico sobre o atendimento ao parto na antiguidade, enfatizando o saber acumulado ao longo deste período, em que a assistência era prestada de forma predominante por mulheres, que precedeu o desenvolvimento da medicina obstetrícia. Em linhas gerais, o parto era realizado por parteiras e envolvido em práticas de assistência bastante desenvolvidas, com estudos sobre a diferenciação dos órgãos reprodutores femininos, da sexualidade e enfermidades femininas, assim como pelo uso da técnica de dissecação para observação. Os cuidados com a gestação e parto mantinham uma relação estreita com a religiosidade, na medida em que a medicina era considerada um dom divino. No Egito, por exemplo, Ísis era a deusa protetora da medicina, da espécie humana, da magia, dos encantamentos, da fecundidade, da maternidade, e protetora das mulheres em todos os seus problemas peculiares a este sexo.

Entre os gregos, as maiêutas – mães que já estavam na menopausa – também detinham grande autoridade, intervindo sobre o processo de parturição em casos de complicação. Elas “dilatavam o colo e faziam versões com manobras internas, sempre no intuito de obter parto cefálico. Usavam o toque vaginal, descreviam a morfologia do útero grávido e supõe-se que usavam o espéculo vaginal” (DINIZ, 1997, p. 23). Utilizavam-se ainda recursos tais como a cadeira de parto, drogas para acelerar o parto, massagens com óleos aquecidos, assim como exercícios respiratórios para alívio das dores, técnicas muito usadas que tinham sua utilidade defendida por Aristóteles e Hipócrates. Além da grande importância da observação empírica nas práticas de assistência ao parto na Grécia, a religiosidade também se constituía como um fator fundamental neste momento.

Tal religiosidade ainda associava-se ao politeísmo, cultuada em suas formas grega e romana, dividindo-se em diversas divindades, cada uma associada a aspectos diferentes da vida social, como àquelas relacionadas à sexualidade, gravidez, parto, amor e matrimônio e

outras relacionadas ao mar, a terra, etc. Neste contexto, o parto era acompanhado de rituais e festividades, visto como uma dádiva de vida e alegria, onde os perigos associados convidavam à organização de práticas de enfrentamento das dificuldades, dores e acidentes que poderiam acontecer neste momento, contando com o auxílio masculino, caso o mesmo fosse necessário.

Por outro lado, alguns significados da mitologia grega – que indicam conteúdos muito presentes nas raízes helênicas da medicina ocidental – assim como o mito de criação trazido pela crença judaico-cristã – que teve forte influência na religiosidade ocidental atualmente – trazem características da entrada masculina na cena do parto na antiguidade. Aí já estão presentes os indícios do pessimismo sexual e reprodutivo de fundo misógino que são constituintes da religiosidade cristã e influenciaram fortemente a concepção moderna de medicina obstétrica. Assim, “à medida que o Império Romano se cristianiza, a assistência ao parto, inserida em cultos de divindades pagãs, inclusive as relacionadas com o erotismo, entra em choque direto com a Igreja” (DINIZ, 1997, p.31).

Nessa nova perspectiva, Javé, que é representado por um homem, que não nasceu de mulher alguma, e que fez um filho também sem a presença feminina, Adão, que, adormecido, teve retirada de seu corpo sua filha e mulher, Eva, também sem participação feminina, pela graça de Javé. A parturição realizada pelas mulheres, a partir dessa perspectiva, é aquela que acontece em meio ao sofrimento, como castigo a Eva e sua descendência por ter induzido Adão a pecar e condenado toda a humanidade ao pecado: “Depois Deus disse à mulher: ‘Você vai ter muitas dores e sofrimentos, quando estiver para ser mãe e quando tiver filhos. Todavia, apesar disso, você receberá bem o seu marido, e ele terá domínio sobre você’” (BIBLIA, GÊNESIS 3:16). Essas modificações de perspectivas religiosas e a entrada do médico hipocrático na cena do parto, com suas técnicas e prerrogativas, representam uma mudança de autoridades e conveniências na assistência ao parto ainda na era antiga; assim, não há

Só a positiva valorização do sujeito masculino e de sua erudição escolar que indicam tais transformações, mas também uma importante negação e desqualificação dos sujeitos e valores celebrantes e celebrados nos cuidados com a reprodução humana até então (DINIZ, 1997, p.26).

A partir desses valores que influenciaram de forma decisiva as práticas médicas e obstétricas, houve um período de estagnação, na medida em que não somente os valores da religiosidade pagãos eram negados no cristianismo, mas também todo o conhecimento a ele relacionado – preservado, em parte, pelo império Bizantino e Árabe.

A ocupação das parteiras passou, assim, a ser desprestigiada socialmente, e até mesmo considerada impura. A relação entre essas mulheres e os cuidados e proteção relativos à sexualidade e reprodução, haja vista que elas eram, desde a antiguidade, responsáveis por outras práticas relativas à saúde sexual e reprodutiva, como tratamento de doenças, prescrições de contraceptivos, afrodisíacos, uso de anestésicos para alívio das dores do parto, entre outros. Desta forma, o ofício era norteado pela preocupação por proteger a vida da mulher e zelar por seu bem-estar, mesmo que em decorrência da vida do concepto, pois eram poucas as possibilidades de se preservar a vida de ambos diante de complicações graves, sendo usuais práticas abortivas e de embriotômicas.

A desvalorização da sexualidade e da reprodução a partir da perspectiva cristã desqualifica esse tipo de entendimento, na medida em que a vida e salvação do concepto são priorizadas; assim, a contracepção é equiparada ao assassinato, o batismo é fundamental para a salvação da alma do feto – que deve ser privilegiada até mesmo em relação à vida da parturiente – e a dor é parte da penitência feminina por sua participação no pecado original e também pela transmissão deste pecado, através da relação sexual, para os filhos nascidos.

A sexualidade e a libido são desvalorizadas como características da humanidade, o instrumento pelo qual o mal se propaga e a reprodução é a consequência de tal ato. Daí decorre que a concepção de Jesus, o salvador da humanidade, não se deu por meio de relação sexual, sendo Maria ainda inviolada ao engravidar. Também teólogos escolásticos, como Aristóteles, acreditavam que a mulher seria como um vaso, onde o princípio da vida é depositado e se desenvolve, em nada contribuindo para gerar a vida; quando isso não ocorria da forma adequada, havendo falhas no processo, nasceriam as mulheres (FIRESTONE, 1976).

Neste contexto, a prática da medicina chegou a ser proibida para mulheres e judeus em toda a Europa, exceto na Itália, o que nos traz o aspecto da resistência. Durante a antiguidade, apesar das fortes assimetrias nas relações de gênero, havia o reconhecimento e amparo em relação à autoridade feminina na assistência ao parto, mesmo que fosse por seu maior conhecimento empírico ou pela desvalorização desse tipo de atividade para a dignidade dos varões. Na idade clássica e média, por mais escassos e fragmentários que sejam os registros encontrados, “parece ter havido sempre muitos focos de resistência, quando as mulheres exerciam a assistência com maior ou menor autoridade, conhecimento e segurança. Certamente a violência dos ataques contra as parteiras é um reconhecimento, ainda que negativo e brutal, dessa autoridade” (DINIZ, 1997, p. 46).

Como nos indica Da Silveira (2006, p.21), “a partir do capitalismo industrial, a obstetrícia, que até então se encontrava à margem do ensino médico oficial, se instituiu como especialidade, incorporada ao saber médico”. Há ainda uma mudança na percepção da medicina para o corpo feminino, na medida em que esse não é mais visto como um desvio do padrão masculino e passa a ser observado em suas fragilidades e peculiaridades. Era necessário então que o varão cientista observasse e analisasse esse corpo, a fim de entender seus mecanismos de funcionamento específicos; e nesta perspectiva da ciência positiva, era necessário ainda um local onde esse corpo pudesse ser medido e observado, especialmente em situações como o parto e aborto, situação peculiar de atividade uterina. Logo, caberia à medicina a obrigação de preservar a mulher dos perigos decorrentes de sua fisiologia e resguardar mãe e filho das vulnerabilidades naturais e do sofrimento decorrente dessas imperfeições.

Isto porque as práticas contemporâneas que motivaram o movimento pela “humanização” – como o “boom” de cesáreas e a cascata de intervenções desnecessárias durante o parto normal – ainda têm forte ligação com uma visão essencializada do corpo feminino; pois, como é discutido neste trabalho, tais procedimentos são justificados em função de características próprias do corpo feminino, o que legitima a transferência do poder das decisões relativas a qualquer parto para peritos, em nome do bem-estar da mulher e do feto. Essa visão tutelar da parturiente, com foco em suas patologias:

Alimentou a construção de um modelo explicativo do parto capaz de articular, por um lado, a justificativa da superioridade do conhecimento masculino sobre o feminino acerca da parturição, deixando claro que ao masculino cabia saber melhor sobre as mulheres do que elas mesmas, incapazes por definição desse conhecimento, agora científico; e por outro, a legitimidade natural desta superioridade de gênero que se instaurava e explicitava na própria técnica (DINIZ, 1997, p. 51).

Os estudos dos casos de distocias uterinas e vícios de pélvis, e outros tipos de fatores que poderiam trazer acidentes durante o parto eram analisados a fim de indicar os procedimentos a serem seguidos. Entretanto, muitas foram as dificuldades enfrentadas para obter certa eficácia nas intervenções, uma vez que o desenvolvimento dessas práticas cirúrgicas se constituíram antes do aprimoramento da teoria bacteriológica, da anti-sepsia, dos bancos de sangue e da antibioticoterapia, havendo assim altos índices de contaminação e mortalidade nos hospitais.

As mulheres que aderiam aos serviços dos médicos e renunciavam às parteiras eram aquelas as que tinham condições financeiras para pagarem os honorários dos médicos em

partos residenciais e instituições particulares, além das que não tinham outro lugar para ir ou alguém para auxiliá-las durante o parto. “Somente na metade do século XX, o parto hospitalar tornou-se uma prática da maioria das mulheres urbanas, assinalando não só a profissionalização do campo da assistência, mas também a adesão das mulheres” (TORNQUIST, 2004, p.79). Assim, além do aprimoramento técnico, foram necessárias estratégias para obter a adesão das mulheres aos serviços obstétricos oferecidos, instauradas desde o século anterior. Um dos aspectos muito evocados pela classe médica, neste contexto de consolidação, foi a segurança contra as complicações e a possibilidade de morte inerentes ao processo de parturição, destacando-se a dita inevitável fragilidade da anatomia feminina, oferecendo-se o auxílio e conhecimento técnicos para dar segurança às mulheres no momento do parto¹⁹.

Especificamente no Brasil, desde o início do séc. XX, Diniz (1997) aponta a negociação de alguns aspectos técnicos como fator importante para a adesão das mulheres ao parto hospitalar, como a preservação e tratamento dos despedaçamentos genitais, supostamente inerentes ao parto, pelas técnicas de extração (uso de fórceps, episiotomias e a técnica cesariana) e a supressão da dor, pelo uso de anestésicos. Ainda na busca pela cisão com o pensamento religioso, da dor enquanto castigo, se busca superar também a visão da dor enquanto inerente ao processo, fisiologicamente necessária, com o uso de analgésicos, que acabavam por interferir na dinâmica uterina, consequentemente corrigida pelo uso de drogas indutivas para contrações. Desta forma, esse era o parto ocorrido de forma espontânea, sob forte uso de sedativos e drogas, assim como de manobras necessárias para a o bom andamento do processo:

Como seu corpo era potencialmente inadequado para o parto, fazia-se necessário o controle médico do processo; o manejo do trajeto, do objeto e do motor foram se tornando cada vez mais seguros, e os processos do parto cada vez mais conhecidos, mensuráveis e visualizáveis. A atenção ao parto pôde institucionalizar-se de maneira mais eficiente, com tempos, movimentos e lugares respectivos aos vários estágios que o processo deve cumprir, a cada um deles equivalendo um conjunto de procedimentos de rotina. O manejo ativo do parto institucionalizou-se. Os genitais naturalmente inadequados devem ser continuamente adequados aos modelos que se reconstroem (DINIZ, p.74).

19 Ver também BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jun. 2008.

O desenvolvimento do atendimento ao parto e da medicina obstetrícia no Brasil também se deu em moldes parecidos, mas apresenta algumas peculiaridades e decorre de um período histórico diferenciado.

Como foi anteriormente discutido, enquanto o processo de incorporação da obstetrícia como ramo da medicina se deu na Europa entre os séculos XVII e XVIII, em nosso país ela ocorre a partir da inauguração das primeiras escolas de medicina no Rio de Janeiro e Bahia, no ano de 1808. É a partir desse momento que se começa a conciliar a experimentação clínica com o discurso anatomo-patológico, com a inserção da figura masculina no saber e na prática obstétrica. Como é indicado por Tornquist (2004, p.84) foi com imensa dificuldade que se conseguiu modificar a forma pela qual as mulheres davam a luz, primeiramente para aprovar as práticas consideradas benfazejas e depois para consolidar os cursos de formação específicos.

O artigo de Anayansi Brenes, que em 1991 fez uma pesquisa sobre as peculiaridades da história da parturição no Brasil no século XIX serve como uma base largamente utilizada para as observações do desenvolvimento da medicina no Brasil realizada neste trabalho. A autora analisa que foram necessários alguns anos para a consolidação do ensino de medicina no Brasil e apenas após uma reforma em 1932 que houve uma padronização nos conteúdos e na organização das instituições, com aumento na carga horária e na quantidade de conteúdos ministrados durante o curso, desde então com duração de seis anos. Passa-se a exigir maior qualificação para entrada na faculdade e concede-se aos formandos títulos de doutores em medicina, farmacêutico e parteira, sem os quais ninguém poderia exercer tais atividades; tais medidas marcaram a exclusão das antigas parteiras do campo da assistência oficial, sendo reveladora da imbricação entre as dimensões de gênero, classe e etnia destas políticas de profissionalização (TORNQUIST, 2004)

Apesar da permissão do ensino para mulheres, o forte discurso do conhecimento masculino sobre o feminino se fazia presente, como se pode perceber pela postura da primeira aluna formada nessas instituições e recebida como membro titular na Academia Imperial de Medicina, Maria Josefina Matilde Durocher, que se vestia de homem por exercer uma profissão masculina (SOUZA, 1967). Contemporaneamente, essa “masculinização” da profissão ainda pode ser percebida no contexto brasileiro, pois como nos indica Diniz (1997), apesar de haver

Uma considerável participação de mulheres como médicas e como obstetras, relativizando uma separação nítida entre mulheres-parturientes versus

varões-obstetras, essas profissionais, por sua vez, em geral parecem se distinguir pouco dos homens em termos de preferências tecnológicas e muitas vezes se mostram tão ou mais conservadoras que seus colegas em assuntos reprodutivos e sexuais (p.13).

Essa foi uma impressão que também se deu na realização do trabalho exploratório em duas maternidades de Goiânia em 2005. Entre os três profissionais formados entrevistados, a declaração mais reativa à pergunta sobre se já tinha ouvido falar sobre “humanização” no parto e o que achava sobre o assunto foi justamente da médica, que recorreu de pronto à declaração de que “se eu estou lidando com humano, então é humano” (MOREIRA, 2005, Profissional B, Maternidade A).

Um fato importante para o aprimoramento da técnica e do ensino em obstetrícia no Brasil foi a consolidação das maternidades anexas aos programas de medicina, conciliando pesquisa, ensino e prática. Este era um ideal que vinha desde a década de 1850, mas que só começou a ser posta em prática no final do séc. XIX, e efetivada apenas da primeira década do século seguinte, devido às dificuldades para a arrecadação de verbas para tal fim. Foram necessários ainda alguns anos para a popularização do atendimento hospitalar ao parto, que, aos poucos, ganhou legitimidade, principalmente pela adesão da população à idéia de que o parto é um evento frequentemente perigoso para a saúde materna reforçado, com o passar do tempo, pelo aprimoramento das técnicas salvadoras nos casos de complicação.

Os recursos financeiros para o funcionamento das maternidades eram difíceis desde a criação das primeiras instituições de ensino, na medida em que a manutenção destes estabelecimentos era condicionada aos recursos destinados às faculdades. É importante levar em consideração ainda – como nos indica o trabalho de Nagahama e Santiago (2005) – que a consolidação de políticas governamentais para a proteção da saúde materno-infantil se deu apenas em 1920, e, mesmo assim, norteadas mais pela dimensão biológica e funcionalista. Somente em 1940 foi criado o primeiro órgão voltado exclusivamente para a saúde materno-infantil, o Departamento Nacional da Criança, que, como o próprio nome indica, não tinha como foco a saúde materna, apesar de abranger cuidados com a gestação e parto. Como nos indicam as autoras:

A proteção à maternidade e à infância, como assunto de saúde pública, obedeceu à tendência geral das políticas dessa área a partir do Estado Novo: ela esteve inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltada para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, s/p).

A partir de 1970 os grupos organizados de mulheres ganham destaque nas esferas do poder público, que se interessa cada vez mais por modelos de atendimento à saúde como um todo, e não somente relacionados aos aspectos da contracepção e maternidade. Foi nesta perspectiva que surgiu o Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1984, formulado por pesquisadores de universidades, principalmente a Universidade de Campinas/SP, demógrafos, sanitaristas, psicólogos, sociólogos e representantes de grupos de mulheres.

No entanto, esse programa também foi criticado por não superar a visão da saúde da mulher vinculada estreitamente à sua saúde reprodutiva, persistindo na visão, amplamente difundida na sociedade, de que a mulher se definiria por sua capacidade reprodutiva. O eixo principal de argumentação era que os objetivos do programa eram voltados apenas para situações relativas à atividade sexual, gravidez, parto e contracepção, sendo que a ausência de algumas dessas iniciativas para o público masculino reforça a idéia de que o controle da reprodução estaria ligado às funções femininas (OSIS, 2008).

A principal crítica era que, mesmo nas políticas relativas à sexualidade e reprodução das mulheres, deveria haver um resgate da noção de saúde integral, na medida em que no atendimento à saúde não partisse de uma visão parcial das mulheres, somente enquanto “úteros gravídicos”, colos ou mamas, mas que abrangessem também o contexto social e psico-emocional das mulheres atendidas. A partir dessas discussões foram-se aprimorando os debates sobre o atendimento à saúde da mulher, situando-se nele também o movimento pela “medicina baseada em evidências”, já discutido anteriormente como forte impulsionador do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, objeto de discussão desta pesquisa.

2.4. O debate em Goiânia: contextualização e impressões preliminares

Goiânia, capital do estado de Goiás, é uma cidade que possui 1.265.394 habitantes atualmente e a sua região metropolitana tem uma população estimada de 2.063.744 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰. É uma cidade com clima predominantemente tropical úmido, com temperatura média de 23° c. e uma alta taxa de arborização, que representa 30% do total de seu território. Goiânia é uma cidade que foi

²⁰ Dados públicos, acessíveis em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_26.pdf e <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z>.

construída de forma planejada – como foi o caso também da capital federal, que se situa a 209 quilômetros de distância a sudoeste da capital goiana – e foi fundada no ano de 1933, se tornando, após quatro anos, a capital de Goiás. No entanto, seu crescimento demográfico não se deu de forma igualmente planejada e foi bem maior do que aquele previsto por seus idealizadores. A partir de 1950, os loteamentos se multiplicaram: sem a exigência de uma infra-estrutura básica, até o ano de 1964 foram aprovados 183 loteamentos sem nenhum planejamento físico-territorial que se tornaram espaços físicos localizados nas periferias da cidade e segregados do centro (FRATTARI, 2009).

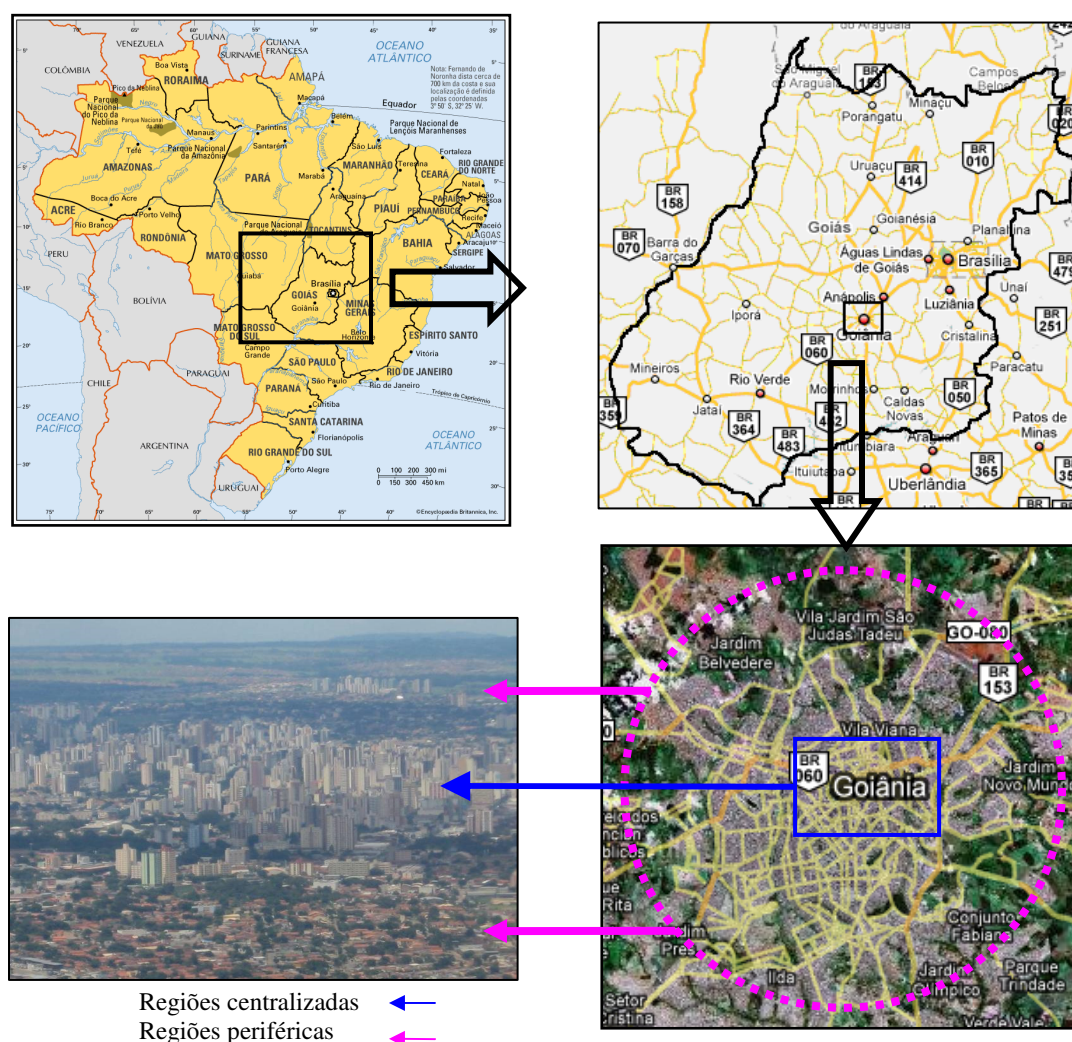


Figura 1: Representação visual de Goiânia

Fontes: <http://maps.google.com/> e <http://earth.google.com/intl/pt/>

Em relação à rede geral de atendimento à saúde, incluindo as instituições públicas e privadas, possui 3441 estabelecimentos de saúde registrados no CNES (Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde²¹), sendo que destas, aquelas destinadas ao controle e acompanhamento à mulher no período gestacional totalizam 94 instituições, sendo 84 unidades básicas de saúde, 9 hospitais especializados e 1 hospital geral. Em todo o estado existem apenas três faculdades de medicina, sendo que destas, duas estão situadas na capital e somente uma já tem o reconhecimento pelo MEC (Ministério de Educação e Cultura: Decreto Federal n. 62.376/ Renov.MEC 952, anos 1968 a 2008), que é o curso da Universidade Federal de Goiás (UFG).

As demais instituições são particulares, a Universidade Católica de Goiás (UCG) e o Centro Universitário de Anápolis (Uni-EVANGÉLICA) e aguardam o reconhecimento pelo MEC, ainda não formaram as primeiras turmas, que foram iniciaram, respectivamente, nos anos de 2005 e 2009²². Vale ressaltar que a UFG já é uma instituição consolidada e oferece especializações por meio de residência médica – assim como outros níveis de pós-graduação (mestrado e doutorado) – que é responsável pela formação de profissionais na região; tem inclusive uma revista regional, a Revista Goiana de Medicina, com periódicos desde o ano de 1955.

Os cursos superiores de enfermagem, consolidados na capital desde 1972 pela Universidade Católica de Goiás (UCG) e, em seguida, pela Universidade Federal de Goiás (UFG), são oferecidos hoje por outras instituições, como a Faculdade de Goiás (FAGO), Universidades Padrão, Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) e Universidades Paulista (UNIP). Todavia, a especialização em obstetrícia, que começou a ser promovida pela UFG, no ano de 2001, atualmente é oferecida na capital pela Universidade Católica, em convênio com o CEEN (Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição). Também existe uma revista eletrônica, vinculada à Universidade Federal de Goiás, que publica periódicos desde o ano de 1999.

Em relação à implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento na cidade foi realizado um trabalho preliminar por Moreira (2006), no qual se realizou algumas reflexões sobre o impacto das recomendações da Organização mundial da Saúde (Anexo A) no cotidiano de atendimento de duas maternidades na cidade de Goiânia, ambas com a titulação de “Hospital Amigo da Criança”, por incentivar o aleitamento materno. As principais conclusões deste trabalho, de uma forma geral, foram que alguns procedimentos das medidas eram incorporadas nas maternidades, apesar de existirem limitações

²¹ Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/servclgo.def>.

²² Fontes: <http://www2.ucg.br/flash/artigos/CatolicaMedicina2.htm> e http://www.jornalosucesso.com.br/editoria_materia.php?id=3752

significativas da implementação de outras. Neste sentido, percebeu-se também que havia muitas dificuldades estruturais que influenciam para esta mudança, sendo relacionadas a fatores de constituição física e cultural.

Os cuidados no pré-natal foram um dos pontos em que as medidas foram bem incorporadas, sendo que, em ambas as instituições eram disponibilizados e realizados exames e consultas para as usuárias, havendo também uma satisfação em relação aos cuidados e ao atendimento com as gestantes. Além dos exames, havia ainda a realização de reuniões, chamadas grupos de gestantes, nas quais as usuárias que pudessem e desejassem participar recebiam informações sobre cuidados com a gestação e o recém nascido, além de contar também com o apoio das assistentes sociais, nas duas instituições, e com o auxílio de um psicólogo, em um dos contextos. Outros pontos importantes foram a abolição de algumas práticas classificadas como comprovadamente ineficazes – tais como a tricotomia dos pelos pubianos ou uso de laxantes durante o trabalho de parto – e o incentivo a outras, como o contato entre mãe e filho após o parto, o incentivo ao aleitamento materno – viabilizado pelo alojamento conjunto – e a atenção a condições básicas de assepsia no contato com as mulheres e com o ambiente.

Quanto à incorporação de condutas não-intervencionistas durante o parto, notou-se que há, em uma das maternidades analisadas, uma adesão por parte dos profissionais da conduta assistencialista proposta no parto humanizado, sendo as intervenções limitadas ao mínimo necessário para a garantia de que a parturiente e o bebê se mantenham saudáveis. Neste contexto é a mulher quem “faz” o parto, ao passo que o médico lhe dá o suporte necessário para que não haja complicações no transcorrer do processo. Já na outra maternidade, esta incorporação foi menos presente, sendo seu modelo de atendimento mais convergente com o molde intervencionista; nesta perspectiva, o médico realiza procedimentos de regulação ao longo de todo o parto, com o intuito de evitar complicações que ponham em risco a vida ou a saúde da mulher e do recém-nascido.

Foi percebido que as posturas diferenciadas em relação ao atendimento nas duas instituições são consolidadas na percepção de médicos e mulheres atendidas, tendo em vista que se percebeu uma maior divulgação e conhecimento das recomendações pelos sujeitos envolvidos na maternidade em que as mudanças são mais presentes. Ficou destacado também que uma avaliação positiva destas propostas pelos profissionais e usuárias dos serviços desta instituição, ao passo que, na outra maternidade, o que se destacou foi maior rejeição das

propostas entre os trabalhadores, que têm um conhecimento limitado sobre os protocolos preconizados pelo Programa.

Apesar da persistência dos procedimentos obstétricos tradicionais nas maternidades – em maior ou menor proporção em relação às suas especificidades e limitações – percebeu-se avanços significativos na transformação do modelo de assistência ao parto, do intervencionismo para o assistencialismo. Assim, principalmente em um dos contextos, houve uma atenuação das relações hierárquicas e não dialógicas que, por vezes, eram estabelecidas entre médicos e clientes; entretanto, alguns elementos, tanto culturais quanto estruturais, ainda corroboravam para uma estrutura de atendimento tradicional, na qual a postura intervencionista e não dialógica se sobressaía à garantia de um parto seguro e vivenciado como um evento familiar.

3. Referencial Teórico-Metodológico

Partindo da exposição desse amplo contexto de desenvolvimento histórico e institucional, que nos traz uma melhor compreensão da temática contemplada por este trabalho – o Programa de Humanização na Assistência ao Pré-Natal e Nascimento, posto em vigor pelo Ministério da Saúde em todas as maternidades públicas do Brasil desde o ano de dois mil – retomemos o questionamento fundamental que norteia essa pesquisa: ocorreram mudanças nas relações de poder que se estabelecem cotidianamente entre as mulheres e profissionais de saúde, em especial os médicos, durante a gestação e parto em seu atendimento nas maternidades públicas de Goiânia?

Tal preocupação traz também um conjunto de outros questionamentos: Houve mudanças estruturais no funcionamento das instituições diante das propostas do programa? Qual o nível de conflito e negociação que se estabelece entre usuárias dos serviços e profissionais dentro das instituições analisadas? De que forma o conjunto de mudanças efetivadas foram incorporadas nas representações de profissionais, em especial de médicos, e das usuárias das maternidades públicas? Tais mudanças representam uma modificação das condutas estabelecidas durante o atendimento nas instituições? A partir disso, já se pode constatar uma mudança em alguns indicadores de saúde materna e neonatal relacionadas a esse atendimento?

Tendo como ponto de partida tais indagações, alguns autores foram de fundamental importância no processo de construção da problemática à qual este trabalho busca responder. Como nos indica Bourdieu (2000) toda a prática científica implica pressupostos teóricos, que estão presentes em todo o processo de construção da pesquisa e desenvolvimento da mesma, sendo importante partir de uma explicitação de tais parâmetros, na medida em que “quanto menos consciente for a teoria implícita em determinada prática – teoria do conhecimento do objeto e teoria do objeto – maiores serão as possibilidades de que ela seja mal controlada, portanto, mal ajustada ao objeto em sua especificidade” (p.53).

Neste sentido, destacam-se dois grupos de autores que embasaram diferentes aspectos da problemática que se pretende abordar: primeiramente, aqueles mais focados no funcionamento institucional e nas relações de poder que se estabelecem nesses locais e na sociedade, de uma forma mais ampla; em um segundo momento, autores que problematizam a concepção de que existe uma fronteira rígida entre aspectos biológicos e sócio-culturais, como

os estudos de gênero e da psicologia social. Esses autores foram escolhidos a partir do entendimento de que as teorias devem ser utilizadas na medida em que trazem um poder explicativo sobre alguns aspectos da realidade analisada, tendo em vista que não existe uma teoria na sociologia abrangente de todos os fenômenos sociais, que forneça todas as respostas (HAGUETTE, 2001).

Assim, determinados conceitos de cada autor são trabalhados na medida em que trazem luz aos aspectos considerados importantes na construção do objeto da pesquisa – que não partiu exclusivamente da teoria ou da metodologia de um autor específico – partindo da premissa da integração, com base “na idéia de que os limites de um método poderão ser contrabalançados pelo alcance de outro. Os métodos qualitativos e quantitativos, nesta perspectiva, deixam de ser percebidos como opostos para serem vistos como complementares” (GOLDENBERG, 2000, p.63). Por se tratar de um campo de pesquisa e reflexão epistemológica relativamente novos – também para a área de saúde, mas principalmente na área de ciências sociais – foi necessário uma pesquisa extensiva dos trabalhos realizados e artigos produzidos sobre a temática no Brasil. Esses pesquisadores se encontram principalmente nas áreas de saúde preventiva, como pode ser observado no quadro abaixo:

Título	Publicação / Ano		Autores	Área /Instituição de formação		Atuação
Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil	Cadernos de Saúde Pública	2003	Carmem S. TORNQUIST	História, Soc./Ant.	UFRS UFSC	UFSC/UNESC/ Ed. Rev. Est. Fem
Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina	Ciência & Saúde Coletiva	2005	Adriana Elias dos REIS Zuleica Maria PATRÍCIO	Enf./Sau.Púb. Enfermagem	Uni. Sul de SC UFRS/UFSC	Uni. Sul de SC (Unisul)
Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto	Ciência & Saúde Coletiva	2002	Carmem S. TORNQUIST	História, Soc./Ant.	UFRS UFSC	UFSC/UNESC/ Ed. Rev. Est. Fem
A institucionalização médica do parto no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	2005	Elizabeth E.I. NAGAHAMA Sílvia Maria SANTIAGO	Enf./S. Coletiva Med./C. Med.	UESP/Unicamp Usp/Unicamp	U.E. Maringá/PR Unicamp
Humanização no contexto da formação em obstetrícia	Ciência & Saúde Coletiva	2005	Sonia N. HOTIMSKY Lília B. SCHRAIBER	C.S/S. Pub./Cienc. Med./Med.Prev	PucSP/Usp Usp	Cad. Saúde Pub. Usp/Unesco
Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar	Ciência & Saúde Coletiva	2001	Suely F. DESLANDES	Soc./S. Pública/ Ciências	UFF/Inst. Oswaldo cruz	Ed. Rev. Instituto Oswaldo Cruz
Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal	Physis	2006	Clara V. de Q. PINHEIRO	Psicologia/Sau.Col.	UFC/PucSP/ Uerj	Uni. Fortaleza
Estresse no processo de parturição	Rev. El. de Enf.	2005	Nilza Alves M. ALMEIDA	Enf./Bio./C. Saúde	UFG/Unb	UFG
O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares	Rev. El. de Enf.	2001	Sílvia Regina CECCATO Isabel C. P. van der SAND	Enfermagem Enf.Obstétrica	UFSP/UFSP/ Usp	Uni.Reg.Nor.RS
Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social	Virtual	1997	Carmen S. Grilo DINIZ	Medicina/Saúde Materno-Infantil	UFRS/USP/ Cemicamp	Usp
Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto	Virtual	2001	Carmen S. Grilo DINIZ	ID	ID	ID
História da parturição no Brasil, século XIX	Ciência & Saúde Coletiva	1991	Anayansi Correa BRENES	C.S/Direito/ História/	UFMG/UFF/	UFMG

A abordagem destes trabalhos, sob uma perspectiva interdisciplinar²³, com uma reflexão crítica sobre a prática médica, parto e “humanização”, contribuiu a melhor delimitação e desenvolvimento do problema de pesquisa enquanto objeto de pesquisa para este trabalho. As pesquisas de dissertação e a tese de doutorado de Carmen Soares Diniz (1997; 2001) são elucidativas de tal esforço e trazem elementos importantes para a discussão de relações de gênero e poder: no primeiro trabalho, a partir de uma abordagem histórica da constituição da obstetrícia e das práticas sociais de assistência ao parto e no segundo pela abordagem qualitativa do processo de implementação das propostas de reorganização da assistência ao parto em duas maternidades de São Paulo.

Também nessa mesma perspectiva estão os trabalhos de Carmem Tornquist (2003) e Zuleica; Reis (2005), juntamente com Adriana Reis. Ambos tratam do estado de Santa Catarina, salientando os aspectos culturais no momento do parto e seu atendimento, sendo que o primeiro faz um contraponto dessas práticas em grupos populares e de classe média. A utilização desses tipos de trabalho será importante também na análise do material levantado durante a pesquisa, na medida em que servirá de base para uma reflexão sobre as aproximações e divergências das práticas sociais de assistência ao parto em Goiânia e em outras cidades e estados.

Os artigos que discutem o contexto da formação e prática profissional na medicina e enfermagem também deram suporte à discussão proposta nesta pesquisa, tais como aqueles de Silvia Ceccato e Isabel Van der Sand (2001) – com a proposta de entender a percepção de profissionais de enfermagem sobre as necessidades das parturientes assistidas – e Sonia Hotimski e Lilia Schraiber (2005) – com foco na importância da “humanização” no currículo de formação em obstetrícia numa instituição de São Paulo.

A abordagem que a temática da saúde materna e, mais especificamente, que o movimento de “humanização” na assistência ao parto recebeu no âmbito das políticas públicas na história brasileira e atualmente também foram incluídas na discussão, principalmente por meio de três artigos: o de Suely Deslandes (2001), sobre o significado da “humanização” nos documentos do Ministério da Saúde que norteiam as diretrizes do Programa de Humanização do Parto e Nascimento; o de Elizabeth Nagahama e Silvia

²³ A coluna “Área /Instituição de formação” da tabela supracitada diz respeito apenas as instituições nacionais; siglas utilizadas: Enf. (enfermagem), Soc. (sociologia), Ant. (antropologia), Sau. Púb. (saúde pública), S. Coletiva (saúde coletiva), Med. (medicina), C. med. (ciências médicas), Med. Prev. (medicina preventiva), C.S (ciências sociais), bio (biologia), C. saúde (ciências da saúde); UFF (Universidade Federal Fluminense), Cemicamp (Centro de pesquisas em saúde reprodutiva, Campinas/SP).

Santiago (2005), que tratam a institucionalização do atendimento ao parto no Brasil a partir das políticas governamentais focalizadas nesta modalidade ao longo da história; e o de Anayansi Brenes (1991), que trata mais detalhadamente da consolidação da obstetrícia no país, com seus diálogos e repercussões na consolidação das políticas de atenção à saúde.

Outros dois artigos se destacaram por contemplar o fenômeno do parto com foco nos aspectos subjetivos, em diálogo com as relações sociais que têm influência sobre estes. Um deles ressalta a relação entre práticas médicas e constituição da identidade pessoal a partir da influência do conhecimento médico-científico em nossa sociedade, escrito por Clara Pinheiro (2006); outro tem foco nos fatores causadores de estresse durante o parto, trazendo subsídios para uma discussão interessante sobre a relação de diálogo permanente entre fatores sociais e biológicos no processo do nascimento, trabalho realizado por Nilza Almeida e Vanessa Oliveira (2005).

A discussão das relações de poder apóia-se na abordagem histórica de Michel Foucault (1983; 1986; 1987; 1999) sobre a constituição da prática e conhecimento médicos como centros legítimos de controle e legitimidade nas sociedades modernas. Partindo de uma vertente mais compreensiva, Erving Goffman (1974) também será utilizado no que tange ao entendimento das relações estabelecidas nestes espaços institucionais. Outros autores relacionados mais especificamente à discussão sobre corpo, saúde e cultura serão utilizados, entre os quais se destacam Marcel Mauss (1974), Mary Del Priory (1999), Jaqueline Ferreira (1994), entre outros. Retomando a atenção para um campo mais multidisciplinar, destaca-se ainda Serge Moscovici (2003) e autores que seguem e aprimoram seu conceito de representações sociais, numa perspectiva de interface com a psicologia, ou a psicologia social, como nomeada pelo próprio autor.

3.1. Discussão bibliográfica

Sobre a organização das instituições modernas Foucault (1987) analisa como a disciplina passa a ser, nos séculos XVII e XVIII, um instrumento geral de dominação, que se focaliza sobre o controle e correção das operações do corpo, tornando-o, ao mesmo tempo, objeto e alvo de poder. Para o autor, tal processo:

Implica numa coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos da atividade mais que sobre seu resultado e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos. Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade, utilidade, são o que podemos chamar de disciplinas (p.126).

Este poder disciplinar é considerado por esse autor (FOUCAULT, 1986) como aspecto fundamental para a organização dos hospitais, sendo um espaço privilegiado para a construção do saber médico por meio da organização de um ambiente disciplinado e terapêutico. O hospital deveria se tornar um ambiente terapêutico no seu funcionamento e em seus efeitos, não poderia mais ser um espaço de assistência e exclusão das camadas mais pobres, mas um ambiente privilegiado para a formação de um saber médico e o controle sobre os corpos e suas doenças.

Antes do séc. XVIII os hospitais eram, essencialmente, lugares de caridade e cuidados para aqueles que estavam necessitados – os pobres, órfãos, idosos, incapazes para o trabalho –, com função de conforto espiritual antes da morte, onde a figura do médico era praticamente simbólica nessas instituições, quase sempre, religiosas. Em decorrência disso, a prática médica era situada fora das instituições, mais no âmbito privado e para aqueles que tinham condições de acessá-lo.

Essas características do hospital medicalizado podem ser inseridas num contexto mais amplo da medicina e suas características enquanto noso-política: no séc. XVIII a saúde geral é privilegiada enquanto um dos objetivos essenciais do poder político, como dever de cada um e objetivo geral. Nesse contexto, o corpo, tanto dos indivíduos quanto da população, surge como objeto de atenção em relação a suas características, sendo seus traços biológicos analisados de acordo com elementos pertinentes a uma gestão econômica (utilidade, rentabilidade, resistência, vigor, aprendizagem).

Apesar de a gestação e o parto apresentarem a característica de não se configurarem como doenças, nem mesmo como agravos à saúde, estes são considerados a partir da necessidade de assistência, que não é propriamente um tratamento ou uma terapia. Esse caráter preventivo de atenção a tais fenômenos é compatível com a importância cultural e social dada a eles na sociedade onde se realizam, instaurando uma necessidade de discurso pelo papel que inaugura nos sujeitos envolvidos, a condição de maternidade e paternidade (NONATO, 2007).

No entanto, como foi discutido no capítulo anterior, a medicina obstetrícia em seu desenvolvimento assumiu um discurso medicalizante desses processos, oferecendo uma assistência que segue a mesma lógica hospitalar de controle disciplinar dos corpos, pela necessidade de correção do corpo feminino para uma adequação melhor à sua utilidade reprodutiva. Além disso, como é reconhecido no trabalho de Foucault (1986), com a difusão da importância da salubridade enquanto garantia da saúde pública, como interesse social, as prescrições médicas não dizem mais respeito somente às doenças, regulamentando também as formas de existência e o comportamento da população em geral.

Goffman (1974) também traz alguns elementos interessantes – em sua obra “manicômios, prisões e conventos” – para a compreensão do funcionamento das instituições de saúde, principalmente no que diz respeito ao aspecto das relações que se estabelecem neste contexto. O autor faz uma análise interessante sobre o sistema de funcionamento das instituições e as relações estabelecidas com a equipe dirigente, aspectos que podem ajudar a compreender o funcionamento das maternidades enquanto instituições hospitalares.

Ele se utiliza do conceito de instituições totais para descrever lugares de internato e trabalho onde pessoas convivem e compartilham regras durante um determinado período de tempo. Esse trabalho é especialmente interessante para a compreensão da influência da organização institucional primordialmente para a equipe dirigente, no caso, os funcionários da maternidade, na medida em que são estes que mantêm uma vivência maior neste contexto, objetivando uma nova conduta e identificação, se adequando aos objetivos propostos dentro da instituição.

No entanto, percebe-se que essa análise das instituições em seus mecanismos de poder – dentro de uma perspectiva de desenvolvimento sócio-histórico – não implica uma compreensão do poder enquanto uma característica institucional intrínseca. O poder, como nos indica a visão de Foucault, não é algo que está centralizado, monopolizado e controlado por centros de distribuição dos quais ele emana. Nem é algo que possa ser dividido, que está localizado nas mãos de alguns ou de alguma instituição; ele só pode ser compreendido como uma força que circula, que funciona numa rede de pontos interconectados, inserido no campo das relações sociais:

Não é algo que se possa dividir entre aqueles que possuem e o detém exclusivamente e aqueles que não possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos

de alguns, nunca é apropriado como riqueza ou bem (FOUCAULT, 1992, p. 183 *apud* SILVA, 1998).

Por um lado, parte-se da compreensão de que as instituições se configuram enquanto *locus* das relações de poder, ou seja, o local no qual as mesmas se dão e que exerce sobre elas determinada influência; é neste contexto que as práticas de poder são exercidas por determinados grupos integrantes das relações sociais, visando à produção de comportamentos, formas de saber e formas de subjetividade pelo uso de tecnologias de poder. Por outro lado, fica claro que, tanto os grupos quanto as instituições que exercem o poder, são apenas emissárias de práticas de poder, na medida em que não monopolizam o mesmo para si, haja vista que as relações de poder perpassam toda a tessitura social.

Apesar de chamar a atenção para outras instâncias nas quais as relações de poder se estabelecem, o autor não nega a importância do Estado e das instituições ao se estudar as relações de poder que se estabelecem na sociedade:

Es cierto, que en las sociedades contemporáneas, el Estado no es simplemente una de las formas o situación específica del ejercicio del poder -incluso aunque este es una de las formas más importantes-, en un cierto sentido todas las demás formas de relaciones de poder deben referirse a él. Esto no es porque las demás deriven de él, sino porque las demás relaciones de poder han quedado cada vez más, bajo su control (a pesar de que el control estatal no ha tomado la misma forma en los sistemas pedagógico, judicial, económico o familiar) (FOUCAULT, 1983, p.14).

Nesse sentido, a análise cuidadosa de determinadas instituições pode ser uma forma de análise das relações de poder, tendo em vista que se encontra nesta um ponto alto de eficácia dessas técnicas de governo, onde ela é concentrada e diversificada. Entretanto, pela característica marcante de funções reprodutivas encontradas nesses espaços, existe um risco de se perder de vista as relações de poder existentes e se privilegiar os aparatos institucionais, enxergando apenas os aspectos da norma e da coerção. Para que isso não ocorra, “se debe analizar las instituciones a partir de las relaciones de poder y no a la inversa y por tanto el punto fundamental de anclaje de las relaciones -incluso si ellas están corporizadas y cristalizadas en una institución-, debe ser encontrado fuera de una institución” (FOUCAULT, 1983, p.12).

A partir dessa perspectiva, o autor destaca como as relações de poder estão profundamente enraizadas no nexos social, não podendo existir enquanto uma estrutura suplementar, uma abstração que ocorre fora ou paralelamente às relações sociais. Daí a necessidade de investigá-las de acordo com o contexto histórico de uma sociedade

determinada, analisando as condições de manutenção de algumas e transformação de outras. O exercício do poder se encontra assim elaborado, organizado, transformado, procurando se ajustar em determinados pontos a alguma situação. As relações de poder são vistas, neste sentido, enquanto parte de um sistema de redes sociais, onde as várias estratégias de governo dos homens uns sobre os outros são múltiplas, se sobrepõem, se anulam, se reforçam, se cruzam, determinam seus próprios limites.

Desta forma, não basta que as relações sejam transferidas de um local para o outro, que as mesmas se dêem em outro contexto para que haja uma mudança na estrutura de poder que as relações apresentam. É a organização destas relações, a forma pela qual as mesmas se dão, a utilização por determinados grupos de estratégias específicas de influência e controle e a forma pela qual estas são assimiladas e aceitas pelos demais integrantes das relações que é o foco da análise.

Assim sendo, o exercício do poder é visto como uma maneira pela qual certas estratégias ou certas ações modificam outras; é uma forma de governo que não consiste necessariamente no uso da violência ou na busca pelo consentimento – apesar de haver possibilidade de abarcá-los – porque não age sobre o outro especificamente, mas sobre suas formas de atuação, induzindo, incitando, seduzindo e, em última análise, proibindo-o. Nessa perspectiva, os sujeitos sobre os quais se exerce o poder são atuantes, sendo necessário levar em conta um campo inteiro de respostas possíveis, reações e resultados que se podem abrir dentro dessa relação; o exercício do poder pode ser visto assim como uma forma de governo, na qual se guia as possibilidades de conduta e se organiza os efeitos possíveis.

A cada exercício de poder existe também uma estratégia de luta, uma possibilidade de reversão, constituindo um limite permanente que, se é superado e reduz o outro à impotência total, suplanta as relações de poder. Essas lutas, entretanto, têm um caráter desestruturador, na medida em que questionam àquelas instâncias de poder que se encontram mais próximas a elas, lutam contra os efeitos destes, questionam essa forma de governo de individualização que se exerce. Ao mesmo tempo em que ataca as instituições e grupos que exercem determinado poder, atacam também as técnicas por elas utilizadas.

Nesta visão, o poder também não é algo exterior ao indivíduo, mas está inserido nas formas de objetivação em que os seres humanos se transformam em sujeitos; da mesma forma que os sujeitos se envolvem em relações de produção e de significação durante suas vidas, se envolvem também em relações de poder:

Esta forma de poder emerge en nuestra vida cotidiana, categoriza al individuo, lo marca por su propia individualidad, lo une a su propia identidad, le impone una ley de verdad que él tiene que reconocer y al mismo tiempo otros deben reconocer en él. Es una forma de poder que construye sujetos individuales. Hay dos significados de la palabra sujeto; sujeto a otro por control y dependencia y sujeto como constreñido a su propia identidad, a la conciencia y a su propio autoconocimiento. Ambos significados sugieren una forma de poder que sojuzga y constituye al sujeto (FOUCAULT, 1983, p.4).

A influência dos processos sócio-culturais sobre a formação do ser humano, tanto corporeamente quanto psiquicamente, é uma discussão que também é trazida por outros autores. Serão trabalhados aqui principalmente aqueles relacionados à psicologia, que problematizam a influência da sociedade sobre os processos psíquicos da mente humana e as relações sociais estabelecidas pelos indivíduos; alguns clássicos da antropologia, na discussão da influência dos processos culturais sobre o homem, mais especificamente sobre seu corpo, sua constituição biológica; e também alguns autores dos estudos de gênero, que discutem como as características que são socialmente esperadas do comportamento masculino e feminino não decorrem prioritariamente de suas características biológicas, mas de uma construção histórico-social que acaba por atuar sobre as últimas, corroborando relações desiguais entre homens e mulheres.

Já nos autores clássicos da antropologia – considerados dessa forma pelo impulso para a disciplina a partir de seus estudos pioneiros – pode-se perceber a preocupação em relacionar o diálogo constante existente entre processos sócio-culturais e corporais. Isso pode ser percebido ao considerarmos os trabalhos de Mauss (1974) e Hertz (1980), que refletiram em suas obras como esses fatores influenciam na própria constituição e funcionamento do corpo em seus condicionantes biológicos. Marcel Mauss, parte da exposição das diferentes técnicas corporais – as formas de lidar com o corpo – em contextos culturais diferenciados. Ele parte da consideração de que o corpo é o primeiro instrumento utilizado pelo homem, e que, com o desenvolvimento histórico-cultural de cada sociedade, são transmitidas as formas consideradas adequadas para se servir de seus atributos.

Assim, apesar de todos compartilharmos das mesmas necessidades fisiológicas para a manutenção da vida, como a alimentação, descanso, movimentação, etc., existe um conjunto de técnicas relacionadas a elas, que chegam mesmo a modificar essas necessidades. O autor descreve as diversas posturas adotadas durante os momentos de atividade, descanso, cuidados com o corpo e posições sexuais, em algumas sociedades estudadas. Tais técnicas variam não somente de uma sociedade para outra, mas também de acordo com a idade, com o sexo,

rendimento, etc. A partir dessa diferenciação das técnicas diversas usadas de acordo com as situações sociais vividas também se pode refletir como essas posições passam a ter significados relacionados com suas funções em cada cultura.

Pode-se mencionar como exemplo, em nossa sociedade, como as posições de descanso, sentada e deitada, acabam por representar uma noção de passividade e inatividade quando adotadas em outros contextos, como nas atividades sexuais ou mesmo no próprio contexto do nascimento, na posição deitada, com as costas para baixo. As próprias técnicas diferenciadas em relação à postura materna para o nascimento também são trazidas pelo autor, considerando como em outros contextos culturais o parto em posições verticais, como em pé, de joelhos ou de cócoras e a posição de quatro. Essa referência do autor é importante na medida em que já traz uma caracterização do parto enquanto um fenômeno cultural, objeto de investigação que foge do interesse estritamente médico, do funcionamento fisiológico do processo.

Já Hertz, em seu trabalho, analisa como os padrões de comportamento social existentes atuam no sentido de aprofundar e reafirmar fatores biológicos. Para isso, o mesmo questiona a primazia da explicação da assimetria orgânica como causa fundamental das diferenças de habilidade entre as mãos direita e esquerda. O autor argumenta que a assimetria orgânica existente no cérebro não é suficiente para explicar tamanha diferença estabelecida entre os lados, e afirma que é a “imobilização social” a principal responsável desenvolvimento diferencial de habilidades nos lados direito e esquerdo do corpo humano. Essa imobilização, nos primeiros anos de vida da criança, chega mesmo a passar de uma expressão e se efetivar na prática concreta em alguns casos, como é observado pelo autor em uma região da Holanda.

A partir disso, surge o questionamento do motivo para a valorização de tal assimetria pela cultura, pois, como é questionado por ele “não recomendaria a razão que se tentasse corrigir a fraqueza da menos favorecida por meio da educação? Pelo contrário, a mão esquerda é reprimida e mantida inativa; seu desenvolvimento é metodicamente frustrado” (HERTZ, 1980, p.102). A conclusão a que Hertz chega é que a assimetria orgânica, mais do que um fato, é valorizada como um ideal, sendo representativa das divisões e hierarquias sociais, fortemente baseadas na divisão religiosa de sagrado e profano.

Assim, direita e esquerda representam uma divisão espiritual do mundo entre puro e impuro, e, além da valorização de um lado em relação ao outro, é importante que ambos estejam separados, para que não haja a contaminação, pois o contato com o que é impuro

degrada a essência do sagrado, acaba por contagiá-lo com sua imundice. Nesta divisão cósmica entre sagrado e profano, que é referenciada nas regiões em que o autor realiza seu estudo, homem e mulher também são polarizados e a diferenciação, o isolamento de suas atribuições sociais também é importante no sentido de corroborar esse pensamento. Desta forma, o pólo de referência se situa no sagrado, no masculino, que representa (inclusive pela linguagem) força física, integridade moral e intelectual, bom senso, ao passo que o pólo do profano representa o oposto de todas essas características, atribuídas ao feminino.

Hertz (1980) traz elementos bem expressivos sobre os aspectos simbólicos, relacionados à cultura, que influenciam de forma significativa características aceitas socialmente como determinadas pelo campo da fisiologia e seus aspectos orgânicos, tidos como imutáveis. Outro aspecto interessante é perceber como essa relação entre feminino e profano também foi percebida no desenvolvimento do discurso cristão (como foi discutido no capítulo anterior) e ainda hoje não se modificou em alguns aspectos, como no exemplo citado pelo autor do casamento, onde a noiva e seus convidados ocupam o lado esquerdo da igreja.

Os estudos de gênero emergem no contexto das ciências sociais contrapondo-se a esta vinculação determinante entre aspectos biológicos e características sociais, encontrada tanto no âmbito das representações sociais – conceito que será discutido logo adiante – quanto por algumas perspectivas religiosas e científicas. Assim, o eixo central de argumentação desta perspectiva é que as diferenças entre o que é considerado feminino ou masculino estão muito mais relacionadas aos construtos histórico-sociais elaborados em determinada sociedade do que nas diferenças biológicas entre os sexos.

Nesta perspectiva, diferentes características atribuídas ao comportamento feminino e masculino – fragilidade/força, docilidade/agressividade, emotividade/racionalidade, etc. – estão relacionadas de forma predominante à socialização diferenciada desde o momento em que são inseridos nas relações sociais pela primeira vez:

Os adultos educam as crianças marcando diferenças bem concretas entre meninas e meninos. A educação diferenciada dá bola e caminhãozinho para os meninos e boneca e fogãozinho para as meninas, exige formas diferentes de vestir [...] educados assim, meninas e meninos adquirem características e atribuições correspondentes aos considerados papéis femininos e masculinos. As crianças são levadas a se identificarem com modelos do que é feminino e masculino para melhor desempenharem os papéis correspondentes. Os atribuídos às mulheres não são só diferentes dos do homem, são também desvalorizados (FARIA; NOBRE, 1997).

O termo gênero, como nos indica Scott (1990), parece ter sido utilizado primeiramente entre as feministas americanas, que o resgataram do dicionário – no qual corresponde a um sistema socialmente consensual de distinções, uma forma de classificar fenômenos – para indicar os estudos que visavam evidenciar o caráter fundamentalmente social das diferenças entre homens e mulheres. Até então se usava a expressão “estudos de mulheres”, que não contemplava o caráter relacional de tais análises, na medida em que as diferentes atribuições sociais entre homens e mulheres seriam definidas em termos recíprocos, e não separadamente.

Como está inserido no referencial discutido anteriormente por Michel Foucault (1983; 1986; 1987; 1999), o conceito de gênero, assim como o conceito de poder, não se refere a algo que exista isoladamente, um substrato do ser humano, uma característica de surge e transcende sua essência, mas algo que constitui as relações sociais e só pode ser compreendido a partir delas. E, o que o conceito pretende enfatizar, é que tais relações são desiguais, e o que se pretende é:

Recolocar o debate no campo do social, pois é nele que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos. As justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas não nas diferenças biológicas [...], mas sim nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação (LOURO, 1997, p.22).

É intrinsecamente relacionado a este referencial que emerge a crítica ao atendimento tradicional à saúde feminina, que é englobada pelo Programa de Humanização no Nascimento; tal crítica – já abordada no primeiro capítulo – parte do pressuposto de que a existência de processos patológicos em uma minoria dos partos não justifica a submissão de todas as puérperas a procedimentos dolorosos e não dialogados que, quando aplicados indiscriminadamente, se constituem somente como vivência de violência física e psicológica, além de acarretar riscos à saúde da mãe e do recém-nascido.

Como nos indica Da Silveira (2006, p.18): “O parto (...) é um acontecimento singular no universo feminino. Trata-se de um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas na vida da mulher e na rede social em que está inserida”.²⁴ Neste sentido, um dos grandes desafios trazidos pelo programa é fazer do “contexto extradomiciliar um ritual mais próximo do “familiar”, integrando nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito”. (REIS; PATRÍCIO, 2005).

²⁴ (...) supressão de parte do texto original da autora, realizada para que a citação se adaptasse melhor ao contexto no qual ela foi inserida.

Assim, se discutiu fortemente questões sobre o controle institucional do corpo feminino e garantia de direitos humanos às mulheres, referenciado pelo termo “direitos reprodutivos”. A questão central é questionar o controle exercido sobre as mulheres e seus corpos nas maternidades, dando visibilidade à violência física e psicológica sofridas em nome da percepção de um parto mais seguro (vide DEL PRIORY, 1999; SOUZA, 2001; ÁVILA; CORREIA, 2003). O conceito de “direitos reprodutivos” corresponde, de uma maneira geral, à tomada de decisões sobre a reprodução que esteja livre de discriminação, coerção ou violência, abrangendo questões como contracepção, aborto, parto, entre outras. Entretanto, o foco principal nesta perspectiva é a garantia da mulher em decidir sobre seu próprio corpo, controlando seu sistema reprodutor de acordo com seu desejo e suas necessidades (ÁVILA, 2002).

Moscovici (2003), também analisa a relação dinâmica estabelecida entre a mente humana e as relações sociais, mas a partir de uma abordagem que dá mais ênfase aos processos subjetivos, ligados ao comportamento humano cotidiano, que à formação e funcionamento dos processos mentais. A partir de sua teoria das representações sociais, esse autor radicaliza a perspectiva de diálogo entre sociologia e psicologia, buscando uma forma de compreensão do pensamento e comportamento humanos, fugindo ao padrão comportamentalista – predominante para a disciplina nos anos sessenta – que tentava explicá-los pelo paradigma positivista, basicamente pelo método da teoria experimental, com suas relações de estímulo-resposta²⁵.

O autor parte do pressuposto de que existem duas formas diferenciadas de conhecimento e comunicação: uma relacionada à esfera científica, com seus cânones de linguagem e hierarquização e outra à esfera consensual, da vida cotidiana, das relações estabelecidas pelas pessoas nos diversos grupos e situações de vivência. Ambas seriam indispensáveis para a vida humana, e, apesar de não estarem totalmente separadas, as representações sociais que o autor trabalha seriam aquelas mais características ao universo consensual (ARRUDA, 2002).

Tal esfera consensual também é considerada, como nos traz Victora; Knauth e Hassen (2000), como as condições simbólicas da vida social, referentes à cultura, ao conjunto de regras e significações que determinado grupo social atribui a uma realidade, sendo estas

²⁵ Como exemplo, ver: PIAGET, Jean; INHELDER, Barbel. *Seis estudos de psicologia*. Tradução: Maria Alice M. D’Amorim e Paulo Sérgio L. Silva. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989; _____. *Psicologia da criança*. Rio de Janeiro: Difel, 2003.

elaboradas de maneira diferenciada e interligada pelos vários grupos envolvidos num processo social. Este conjunto de regras e significados elaborados culturalmente constitui formas de conhecimento e comunicação – ou representações sociais, termo cunhado por Moscovici (2003) – que emergem das práticas sociais e orientam as ações dos indivíduos nestas. Desta forma, tais representações estão duplamente ligadas ao aspecto prático das relações sociais.

É importante destacar que este processo de construção das representações pelos grupos sociais pressupõe uma seqüência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo, sendo resultado de sucessivas gerações – um conhecimento elaborado ao longo de um processo histórico – trazendo legitimidade para que as pessoas ajam de acordo com as prescrições existentes nas representações sociais privilegiadas em seu contexto cultural. Isso implica considerar ainda, como nos indica Reses (2003, s/p), que na perspectiva moscoviciana as representações estão sempre relacionadas a alguma coisa ou sujeito, e principalmente que “não existe um indivíduo abstrato, portador de esquemas mentais e lógicos universais aplicáveis a qualquer situação, mas sim, indivíduos localizados em diferentes grupos sociais concretos, nos quais compartilham, constroem e reafirmam representações sociais”.

Moscovici (2003) considera ainda que esse conjunto de representações esteja em constante modificação, na medida em que, ao surgir novos elementos que não estão contemplados na forma de comunicação e conhecimento específicos de determinado grupo, esses esquemas conceituais têm que se adequar às novas situações, a fim de orientar as práticas dos grupos neste novo contexto. Isso porque “os universos consensuais são locais onde todos querem sentir-se em casa, a salvo de qualquer risco, atrito ou conflito. Tudo o que é dito ou feito ali, apenas confirma as crenças e as interpretações adquiridas, corrobora mais do que contradiz, a tradição” (p.54).

Neste sentido, ao mesmo tempo em que se trata de um processo dinâmico, que tenta acompanhar as mudanças para dar sentido às práticas no contexto dos relacionamentos cotidianos, elas são marcadas por um forte traço de conservadorismo. Isso porque, pelas representações, há uma busca contínua na transformação do “não-familiar”, que é estranho e ameaçador – na medida em que não é compreendido, assimilado pelos esquemas conceituais conhecidos e aceitos pelo indivíduo/grupo – em algo familiar, compreensível e nominável, com o qual se saiba lidar.

3.2. Percurso metodológico

São várias as abordagens teóricas existentes nas ciências sociais para se tentar apreender os objetos específicos de interesse de seus pesquisadores: estrutural, etnometodológica, interacionista, dialética, compreensiva, positiva, entre outras. Cada uma delas se constitui de um grupo de autores que, em maior ou menor grau, compartilham de determinada perspectiva teórica.

De um lado destacam-se as escolas da “microteorização, acentuando o caráter contingente da ordem social e a centralidade da negociação individual. Por outro lado, desenvolveram-se vigorosas escolas de macroteorização, enfatizando o papel de estruturas coercitivas na determinação do comportamento individual e coletivo” (ALEXANDER, 1986, p.1). Apesar disto, essa forma de divisão objetivismo/subjetivismo que se estabeleceu nos estudos das ciências sociais, e da sociologia em particular, não significa, no entanto, um modelo a ser seguido. Pelo contrário, há entre os autores – principalmente a partir da segunda metade do século XX – uma tentativa de conciliar essas perspectivas teóricas, a partir da compreensão de que nenhuma delas, de modo isolado, conseguem contemplar de forma satisfatória o conhecimento sociológico.

Até mesmo entre aqueles autores que trabalham numa perspectiva mais estruturalista ou mais individualista, não há uma desconsideração por parte destes sobre a perspectiva do sujeito, ou do grupo:

Teorias individualistas freqüentemente reconhecem que tais estruturas extra-individuais parecem existir na sociedade, assim como reconhecem que existem padrões inteligíveis. Insistem, contudo, em que esses padrões são o resultado da negociação individual. Acreditam que as estruturas são não só ‘portadas’ pelos indivíduos, mas na realidade produzidas pelos portadores no curso de suas interações individuais (ALEXANDER, 1986, p.5).

É esse foco que recai sobre apenas o indivíduo, ou a sociedade, que passa a ser criticado por um movimento de autores cada vez mais crescente. E, mesmo com os dissensos das diversas escolas de pensamento sociológico, passou a existir um consenso de que tanto a micro e a macroteoria são igualmente insatisfatórias; ação e estrutura precisam ser agora, articuladas. Sendo assim, vários são os autores que tentam conciliar ambas as perspectivas numa mesma teoria, mas o grau de sucesso com que esses atingem seu objetivo também é questionado com freqüência.

É justamente a partir do florescimento dessa nova forma de fazer sociologia que Corcuff (2001) articula seu livro. Ele propõe o termo construtivismo para denominar esse movimento que é convergente nos trabalhos mais diversos, contra-argumentando com aqueles que vêm nos estudos da área apenas uma fragmentação de interesses justapostos. Essa forma de conhecimento construtivista se caracterizaria por um entendimento da relação de co-produção existente entre sujeito e sociedade. Ou seja, uma perspectiva na qual se considera “a relação entre os indivíduos (no sentido amplo, e não somente as interações de face a face), bem como os universos objetivados que elas fabricam e que lhes servem de suportes, enquanto eles são constitutivos ao mesmo tempo dos indivíduos e dos fenômenos sociais” (p.24).

A noção de historicidade é constitutiva dessa forma de abordagem, sendo que o mundo social tem como suporte as pré-construções passadas, que são reproduzidas, deslocadas e transformadas – conjuntamente com outras que surgem – nas práticas e nas interações da vida cotidiana dos atores, abrindo um campo de possibilidades futuras. Apesar deste aspecto não ser trabalhado ainda em grande parte dos autores e correntes teóricas que se destacaram na sociologia do século XX, o esforço construtivista pode ser encontrado em outros aspectos, na medida em que mesmo entre aqueles autores que assumem seu trabalho a partir de uma vertente mais estruturalista ou mais compreensiva pode-se perceber uma preocupação em considerar também aspectos estruturais ou individuais.

A partir desta abordagem, parte-se nesta pesquisa da compreensão que as abordagens exclusivamente qualitativas ou quantitativas não são suficientes para a apreensão do objeto desta pesquisa em sua complexidade. Parte-se ainda do entendimento que autores que tentaram romper de uma forma radical com a cisão entre estruturalismo e compreensivismo, instaurando um método de análise que conseguisse escapar de ambos os pólos, – tais como Bourdieu (1976; 1980; 2005), com seus conceitos de “campo” e “habitus”, Elias (1994; 1994a), a partir de sua noção de rede social ou Goffman (1985; 1988) com sua teoria dos rótulos e Berger e Luckmann (1985), a partir do conceito de tipificação – acabaram por atribuir uma maior predominância seja nos aspectos estruturais, como nos primeiros autores citados, seja nos aspectos subjetivos, no caso dos últimos.

Tendo em vista a dificuldade teórica em transcender esta dicotomia entre as diferentes abordagens discutidas, que é ainda mais destacada quando aplicada a um objeto de pesquisa, procurou-se neste trabalho uma utilização reflexiva da perspectiva qualitativa, na qual não se excluiu da metodologia uma abordagem quantitativa, que vise apreender também os aspectos estruturais do objeto analisado, na medida em que:

Diferentes abordagens de pesquisa podem projetar luz sobre diferentes questões e o conjunto de diferentes pontos de vista, e diferentes maneiras de coletar e analisar (qualitativa e quantitativamente), que permite uma idéia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema. A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um *cruzamento* de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular (GOLDENBERG, 2000, p.61-62, grifo da autora).

Assim, apesar desta pesquisa primar por uma abordagem mais qualitativa, não se ignorou a perspectiva quantitativa, utilizando-a de forma complementar, a fim de superar as limitações de cada uma a partir das possibilidades que a outra traz. Neste sentido, por exemplo, enfrenta-se uma crítica comum feita aos estudos qualitativos, de que “eles se dedicam a investigar fenômenos micro-sociais (um escola, um hospital, um grupo, uma pequena comunidade) sem a preocupação de relacionar a realidade observada a determinações sociais mais amplas que atuam sobre essa realidade” (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2002, p.134).

Foi a partir disto que se procurou uma compreensão das relações de poder intra-institucionais considerando as mesmas como parte de um conjunto mais amplo de relações sociais e de um desenvolvimento histórico-social específico. Foi neste sentido que se empreendeu no primeiro capítulo um panorama – mesmo que de forma sucinta, devido à extensão e complexidade do assunto – do histórico de desenvolvimento da medicina obstetrícia e do atendimento ao parto no Brasil e em vários países do mundo. A abordagem qualitativa que é congregada neste trabalho parte de uma perspectiva dialética, como é ressaltado por Minayo, na qual se “atual em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado” (MINAYO, 1993, s/p.).

A partir deste mesmo esforço foi realizado um levantamento de indicadores do atendimento ao parto e da saúde materna e neonatal, fazendo-se um paralelo entre os dados relativos a Goiás, Goiânia e às três maternidades públicas estudadas, a fim de verificar se possíveis mudanças na estrutura das relações entre usuárias e instituições já pode ser encontrada nos mesmos. Será utilizado para isso o banco de dados do SUS (Sistema Único de Saúde), conhecido por Datasus e também nos arquivos das três maternidades estudadas. Especificamente, se deu ênfase: ao levantamento de informações sobre mortalidade materna, complicações do parto e saúde do recém-nato e a alguns procedimentos visados pelo

programa, principalmente a realização de partos cirúrgicos²⁶. Como não foram registrados no Datasus dados sócio-econômicos sobre o público atendido nos contextos analisados, foram utilizados dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o levantamento de um perfil sócio-econômico básico da população das regiões nas quais as instituições se situam.

Por outro lado, a percepção dos indivíduos envolvidos nas relações estabelecidas no contexto analisado – sobre as situações que vivenciam – é considerada importante na medida em que traz uma compreensão do fenômeno numa outra perspectiva que não é captada pelo estudo quantitativo de indicadores. Como nos indica Goldenberg (2000), com os dados da pesquisa qualitativa a uma contraposição “à incapacidade da estatística de dar conta dos fenômenos complexos e da singularidade dos fenômenos que não podem ser identificados através de questionários padronizados” (p.49). Assim, o conhecimento sobre a dinâmica da conduta individual e o conjunto de pressupostos e valores que norteiam sua prática só podem ser apreendidos por meio da observação das relações cotidianas estabelecidas no contexto analisado e a partir do discurso que esses atores elaboram a partir de suas vivências e contextos sociais dos quais fazem parte.

Para se fazer esta análise em profundidade o campo de trabalho a ser encoberto pela pesquisa deve ser reduzido, na medida em que a integração do pesquisador ao campo requer uma maior imersão do mesmo no contexto analisado – sem que ele perca o estranhamento necessário para o desenvolvimento da pesquisa (GEERTZ, 1989). Além disso, se tem em vista também que, na perspectiva qualitativa, há uma tentativa de se substituir a quantidade pela qualidade, onde há uma valorização da profundidade da análise, e não de sua extensão (ALVES-MAZZOTTI, 2002).

Levando em conta as considerações acima, essa perspectiva será privilegiada no estudo de duas instituições: uma por ser referência para o parto humanizado em Goiânia e a outra por oferecer serviços mais próximos do molde tradicional de atendimento à parturiente de baixo risco. Nestes contextos foram realizadas entrevistas e observações durante, aproximadamente, três meses; não houve uma determinação prévia do número de entrevistas ou observações a serem realizadas no campo, tendo em vista a perspectiva teórica já discutida acima, na qual o método em questão prioriza a saturação da informação, em contraposição a quantidades validadas estatisticamente. Sendo assim, as entrevistas e observações foram

²⁶ Outros procedimentos considerados pelas recomendações também seriam analisados de forma mais detalhada, como a realização de induções, episiotomia, rompimento da bolsa, tricotomia e enema; todavia, o registro destas informações se mostrou muito problemático durante o trabalho de campo, sendo trabalhadas apenas alguns destes procedimentos, na medida em que foi possível.

realizadas até que o pesquisador percebeu que elas não traziam mais elementos novos e que foram contemplados, naqueles casos analisados, os principais questionamentos que regem a pesquisa. Todas as ações da pesquisa foram realizadas após a aprovação pelo Comitê de Ética na Pesquisa do Hospital Materno Infantil (Protocolo nº 20/08).

A escolha de se trabalhar com as maternidades públicas de Goiânia se justificou pelo maior poder de fiscalização que o Ministério da Saúde pode exercer sobre tais instituições em relação à implementação do programa, com a possibilidade tanto de oferecer incentivos neste contexto quanto de impor punições, caso lhe pareça conveniente. Assim, foi considerado que estas se enquadravam melhor nos objetivos propostos por este trabalho, com exceção de uma das quatro maternidades públicas de Goiânia (Dona Íris), que está em processo de reforma e teve seu atendimento redirecionado a outras instituições – inclusive hospitalares, como o Hospital Geral de Goiânia e a Santa casa de misericórdia – o que foge de análise proposto, que prevê o estudo em maternidades. Tal instituição, de gestão estadual, está em reforma visando ampliar sua capacidade de atendimento e redireciona-lo para gestações de média e alta complexidade, deixando os casos de baixa complexidade para a rede municipal, de acordo com informações da Secretaria de Saúde do Estado. Um ponto importante a esclarecer é que não haverá divulgação dos nomes das instituições analisadas, tendo em vista a preservação da imagem das instituições e a viabilidade na coleta de dados.

Não houve pré-determinação quanto ao sexo ou idade dos sujeitos entrevistados, na medida em que os únicos critérios de exclusão para a pesquisa eram que os participantes tivessem vínculo com a instituição na qual a pesquisa era realizada e aceitassem assinar o termo de consentimento esclarecido; no caso das mulheres gestantes, também era necessário que tivesse transcorrido, no mínimo, cinco meses de gravidez (em torno de vinte semanas). O contato era estabelecido durante os intervalos disponíveis nos plantões, para os profissionais, e durante a espera para realização de consultas de pré-natal ou puerpério, para as mulheres, sendo registrado por meio de gravação que voz, autorizada previamente pelo sujeito entrevistado, para posterior transcrição e análise com maior riqueza de detalhes.

Na construção dos roteiros de entrevista procurou-se incluir tópicos de abordagem que tratassem de questões relativas a aspectos de sociabilidade do indivíduo fora de seu contexto de relações dentro da instituição, tais como das representações sobre parto, gênero e sexualidade²⁷. Além destes, buscou-se aspectos sócio-econômicos que trouxessem algumas

²⁷ Foram utilizadas como fontes modelos de perguntas estimuladas e espontâneas de outras pesquisas, tais como: Almeida e Cheibub (2002), em Pesquisa Social Brasileira; Datafolha (1997), em Opinião do paulistano sobre o

indicações básicas sobre as condições de vida dos entrevistados e questionamentos sobre a percepção que estes têm dos aspectos físico/estruturais daquela instituição em suas atividades – a serem complementados pela observação de campo.

Primeiramente, a intenção era que os roteiros de entrevistas privilegiassem uma abordagem em profundidade, onde o entrevistado teria liberdade para falar sobre sua experiência e, na medida em que relatasse suas impressões, valores e sentimentos, o pesquisador faria apenas alguns questionamentos, no sentido de captar informações que ainda não tivessem sido abordadas pelo entrevistado e se encaixassem naquele momento de sua narrativa. No entanto, percebeu-se ao longo do trabalho exploratório que esse perfil de entrevista não se adaptava muito bem aos sujeitos da pesquisa, na medida em que os mesmos não estavam receptivos para contar suas experiências e valores num âmbito de maior detalhamento.

Pressupõe-se que o motivo para a baixa receptividade dos sujeitos em relação à pesquisa se dê pelo caráter eventual do contato que a pesquisadora estabeleceu com os entrevistados, em especial com as usuárias dos serviços na maternidade (grávidas/parturientes/puérperas), na medida em que as mesmas freqüentam as instituições somente por algumas horas – durante as consultas da gestação – ou alguns dias, dois em média, durante o processo de parturição. Entre os médicos esse contato também se deu somente durante os plantões, acrescentando-se ainda o fato de perceber-se pela pesquisa um sentimento de hostilidade – em grande parte das ocasiões – em relação ao objeto da pesquisa, na medida em que os mesmos se sentem monitorados e avaliados pela mesma, tendo sua legitimidade e autoridade questionadas. Duas situações de campo foram ilustrativas desta tensão permanente que integrava o campo da pesquisa, uma em cada instituição: a primeira foi o alerta feito por uma profissional para os demais colegas ao sair da sala de descanso: “tem uma menina aí que estava fazendo entrevista lá na *Maternidade A*²⁸, cuidado com ela aí, heim!”; a outra situação foi com uma gestora da outra instituição que, ao encontrar comigo em um dos corredores, declarou com ar de pesar e surpresa: “mas você ainda está aqui?” (Caderno de Campo, 10/08/2009)

A partir disto, optou-se por privilegiar um roteiro de entrevistas com um formato mais estruturado, onde as informações que são importantes para a pesquisa são abordadas de forma direcionada e, a partir disso, se insiste para que o entrevistado fale de suas vivências, se for de

aborto; Leal (1995) em WHO-body (Body, Sexuality and Reproduction). Todas as pesquisas estão disponíveis no site: <http://www.nadd.prp.usp.br/cis/index.aspx>.

²⁸ O nome da instituição foi substituído para garantir os padrões éticos de sigilo integrantes desta pesquisa.

sua vontade. Isso porque, como nos indica Becker (1999), os cientistas sociais podem e devem improvisar soluções que funcionem para resolver os seus problemas de pesquisa, sentindo-se livres para inventar os métodos capazes de responder às questões levantadas, sem perder de vista alguns princípios gerais importantes da pesquisa social.

Entretanto, esta estratégia não se mostrou suficiente, principalmente entre as usuárias dos serviços, pois por mais que se procurasse fazer as perguntas em local mais afastado, e em tom baixo, para não causar constrangimentos ou medo de possíveis retaliações durante o atendimento ficou destacado que as mulheres não se sentiam à vontade para falar de suas experiências; esta situação ficou evidenciada nos resultados, pelo caráter mais de questionário do que de entrevista, exigindo adequações inclusive no método de análise escolhido²⁹. Uma possível solução, que não foi possível para este trabalho, mas relevante para pesquisas com maior tempo disponível de execução, seria o estabelecimento de contato com as gestantes em outros ambientes e a realização da pesquisa na modalidade de estudo de caso, com acompanhamento da mesma gestante em entrevista durante a gestação, acompanhamento do parto e realização de outra entrevista após a experiência. Entre os profissionais, este inconveniente mostrou-se menos relevante, na medida em que os mesmos tinham liberdade para realizar a entrevista em locais mais reservados, ora nas salas destinadas ao seu descanso ora em consultórios vazios, sendo raras as situações em que as entrevistas foram realizadas com a presença de terceiros no mesmo ambiente.

Malinowski (1978) já ressaltava, existem fatos que não podem ser apreendidos por questionários ou anotações, sendo necessário que o etnógrafo participe de determinadas atividades para que consiga compreender os “imponderáveis da vida real”. Neste sentido, também foram realizadas observações sistematizadas, que têm por finalidade apreender o funcionamento da instituição, tanto por meio de participação nos “grupos de gestantes”, observação do cotidiano das maternidades, atendimento no pronto-socorro. Tais observações também podem ser compreendidas no sentido de complementar a análise que se pretende realizar com esse trabalho. Isso porque, além das entrevistas, a observação de campo traz uma outra perspectiva das relações que os envolvidos estabelecem entre si para além do discurso que os mesmos elaboram sobre sua prática.

Como nos adverte Bourdieu (2000), o pesquisador deve tomar cuidado para não acabar substituir as suas pré-noções pelas pré-noções de quem ele estuda, transformando seu

²⁹ As adequações motivadas por esta situação de campo serão mais bem explicitadas logo a seguir, no tópico “A análise dos resultados” deste mesmo capítulo, e podem ser observadas no capítulo IV, no qual os resultados são explorados de forma mais sistemática.

objeto de estudo num instrumento de reprodução de valores e ideais, e não numa reflexão sobre os mesmos. Ainda no mesmo sentido, as observações sistematizadas no campo são importantes, na medida em que servem como um instrumento de controle das pré-noções tanto do observador quanto dos pesquisados, na medida em que, ao longo de várias observações, feitas por um intervalo de tempo considerável, fica difícil tanto para o pesquisador ignorar as informações que contrariam os pressupostos da pesquisa quanto para os observados manipularem, o tempo todo, as impressões que passam sobre sua conduta (GOLDENBERG, 2000).

As observações de algumas experiências de parto vividas pelas usuárias e profissionais também estava prevista como parte destas atividades de participação e observação; no entanto, não foi possível de ser realizada de forma direta, relacionada principalmente a alguns motivos, como a dificuldade em encontrar oportunidades, na medida em que ambas as instituições analisadas eram “hospitais-escola”, e tinham um fluxo muito grande de acadêmicos em atividade durante os partos, inclusive durante fins de semana e feriados, tornando inviável a presença de mais uma pessoa no ambiente e a dificuldade de abordar as mulheres em trabalho de parto e obter, previamente, a assinatura do termo de consentimento esclarecido, que gera muita desconfiança em um público que tem pouco ou nenhum contato com pesquisa acadêmicas.

Uma possível solução para esse empecilho foi indicada por Carmen Tornquist (2004), em sua tese, que realizou as observações mediante autorização verbal e, no período de internação, que se dá posteriormente ao parto, retornou à instituição para conseguir a autorização por escrito do termo de consentimento esclarecido. Todavia, o pouco tempo hábil disponível para a realização desta pesquisa como um todo (um ano) e, principalmente, da abordagem e realização das observações e entrevistas (quatro meses) dificultou a adoção desta estratégia; a supressão de um mês do tempo previsto para o trabalho de campo – a ser cumprido até o final do ano de 2008 –, motivado pelos atrasos nos pareceres do Comitê de Ética, dificultou ainda mais este tipo de ajuste. Apesar disto, uma parte da dinâmica dos partos e internações foi apreendida por meio das observações do cotidiano da instituição.

3.3. A análise dos resultados

Como previsto no projeto, o levantamento de indicadores sobre morbidade e mortalidade materna e neonatal, assim como aqueles referentes aos procedimentos realizados durante o parto foram levantados a partir do DataSus, o departamento de informática

responsabilizado pelo Ministério da Saúde para coletar, processar e disseminar informações de saúde de todo o Brasil. Neste intuito, foram utilizadas três bases de dados diferenciadas: SINASC (Sistema de Nascidos Vivos), para o levantamento dos aspectos relativos à caracterização dos nascidos vivos; SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), para coleta de informações mais detalhadas sobre mortalidade materna; SIH/SUS Reduzida (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde), onde é registrado um maior número de detalhes relativos ao parto e gestação na rede pública e instituições particulares conveniadas.

A utilização das diversas bases de dados foi necessária na medida em que os sistemas SIM/SINASC trazem uma maior amplitude e detalhamento em relação a dados sobre nascimento e mortes, com informações que não são encontradas no banco de dados de SIH/SUS. Isso porque as primeiras bases abrangem todos os nascimentos ocorridos, e a última refere-se apenas aos procedimentos realizados na rede pública de saúde; entretanto, somente nas informações do SIH/SUS há disponibilidade de dados mais detalhados sobre morbidade, especificamente sobre complicações no parto e puerpério, necessárias aos objetivos propostos nesta pesquisa. Desta forma, os dados dos três sistemas são utilizados de forma complementar para trazer uma visão mais satisfatória dos indicadores em toda sua complexidade.

Apesar da utilização deste recurso, uma das dificuldades encontradas durante o levantamento dos indicadores propostos foi quanto ao nível de detalhamento dos procedimentos obstétricos registrados. Isso porque procedimentos de grande relevância, como a realização de micro-cirurgias durante o parto normal (como a episiotomia ou a perineorrafia) raramente é registrada no sistema utilizado, o que limita de forma significativa a análise proposta. Uma forma de conseguir amenizar esse tipo de limitação seria uma pesquisa de prontuários dentro das instituições de saúde, coletando os dados na fonte, um por um; entretanto, tal tipo de pesquisa foge da metodologia e do alcance proposto nesta pesquisa, sendo apontado apenas como uma indicação instigante para futuras pesquisas sobre esta temática.

Como uma forma de superar as limitações apontadas, inerentes a este campo de trabalho e ao método escolhido no mesmo, os dados da base governamental foram complementados com dados levantados dentro das maternidades analisadas, a fim de enriquecer a análise e trazer uma perspectiva mais detalhada do atendimento, abrangendo pontos que não puderam ser alcançados pelos bancos de dados do Datasus. As tabulações realizadas nos bancos de dados do SIM/SINASC (Sistema de informações de

mortalidade/nascidos vivos) foram efetuadas diretamente do sítio do Ministério da Saúde, no site do Datasus; somente os dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) foram tabulados a partir do software Tabwin32, fornecido dentro do próprio site do Ministério, do qual também foram extraídos os bancos de dados reduzidos do sistema. Utilizou-se ainda na pesquisa dois outros softwares, a fim de facilitar a análise dos dados, decorrentes tanto das entrevistas quanto das maternidades e do próprio Ministério da Saúde, a saber, o “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 10.0) e, principalmente, o Microsoft Excel 2003.

A análise destes indicadores levantados nas bases de dados referidas foi realizada por meio de um estudo simples de tabelas de contingência³⁰, a partir das quais foi realizado o cálculo percentual dos valores oferecidos, a fim de enfatizar seu caráter proporcional e facilitar as comparações de variáveis diferenciadas. Não foram realizadas análises estatísticas sofisticadas, como estudo de correlação, regressão, entre outros, tendo em vista que transcenderia os objetivos desta pesquisa, que não se detém ao estudo quantitativo; isso porque, na medida em que se pretendeu um maior alcance do objeto de estudo pela conciliação das duas metodologias, qualitativa e quantitativa, numa perspectiva complementar torna desnecessário um maior aprofundamento em cada uma delas, como já discutido anteriormente.

Desta forma, foram privilegiadas duas formas de apresentação dos dados: por meio de séries históricas, a partir da qual se evidencia a observação e descrição do comportamento das variáveis no intervalo de dez anos (de acordo com a disponibilidade das bases de dados, de 1996 a 2005 ou de 1998 a 2007); e pela análise bivariada, a partir da qual foram realizadas tanto comparações quanto cruzamento do montante de dados acumulados para cada variável analisada nos intervalos de tempo anteriormente mencionados.

Já em relação ao material levantado pela investigação qualitativa (as entrevistas e o material proveniente das observações realizadas) foi realizada uma análise de conteúdo, com foco na perspectiva temática, a partir da qual o material é descrito, dividido em categorias empíricas, a partir das quais se busca uma relação com as categorias conceituais pertinentes para o seu entendimento, inclusive aquelas que foram utilizadas na construção do objeto da pesquisa. No uso desta técnica estão dois objetivos principais: encontrar respostas para os questionamentos formulados durante a pesquisa e procurar incluir na análise, além dos

³⁰ Tendo em vista que o foco do trabalho eram as localidades (as instituições, a cidade de Goiânia e o estado de Goiás) as tabulações foram realizadas por ocorrência, na maior parte dos casos; quando registrados os casos por residência, existe a especificação no gráfico ou tabela. Também não foi usado nenhum tipo de fator de correção quanto à subnotificação, o que faz com que os dados apresentados possam não coincidir com outros indicadores, como os dados do IDB (Indicadores e Dados Básicos), IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), entre outros.

conteúdos manifestos, aqueles que são implícitos, indo além das aparências do que é comunicado pelas falas e observações; ou, como nos traz Minayo (1993, s/p), “uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifestas e atingir os significados latentes”.

Tradicionalmente, ao utilizar a análise de conteúdo em sua modalidade de recortes temáticos, o levantamento empírico realizado a partir dos resultados é submetido a operações estatísticas simples ou complexas que elucidem de forma mais clara as informações trazidas por este material; porém, como é o caso nesta pesquisa, há variantes na abordagem que tratam os resultados a partir da substituição das inferências estatísticas pelos significados que as categorias e unidades levantadas trazem. Isto porque para sociologia, diferente da psicologia, a análise das palavras e das situações expressas por informantes personalizados não permanece nos significados individuais, partindo da percepção de que a compreensão intersubjetiva requer a imersão nos significados compartilhados socialmente (MINAYO, 1994).

Em relação aos dados específicos das entrevistas com as mulheres atendidas pelos serviços essa substituição está menos presente, na medida em que, por mais que se estabelecessem estratégias para que as mulheres falassem mais sobre suas opiniões e experiências, essas não foram tão bem sucedidas como era esperado, trazendo limitações para uma análise mais focada nos expressões. Todavia, deve-se ressaltar que a predominância de determinados significados, em contraposição a outros, também é estabelecida pela frequência com que estes são evocados; assim, não é possível fazer uma desvinculação total entre as inferências estatísticas e aquelas relacionadas aos significados.

Para além da discussão sobre as análises qualitativa e quantitativa, como nos indica Nicole Ramognino:

Um trabalho de conhecimento social tem que atingir três dimensões: a simbólica, a histórica e a concreta. A dimensão simbólica contempla os significados dos sujeitos; a histórica privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico; e a concreta refere-se às estruturas e aos atores sociais em relação (1982 *apud* MINAYO, 1994, s/p).

4. Aspectos institucionais da “humanização”

O campo de estudo deste trabalho foi caracterizado pelo levantamento de dados – que serão expostos neste capítulo – realização de observações de campo e entrevistas nas três maternidades públicas de Goiânia em funcionamento durante o período da pesquisa – que serão trabalhados mais detalhadamente no próximo capítulo. Foi utilizado o critério de observação aleatória durante os plantões, a fim de contemplar tanto os turnos diurnos e noturnos, quanto os dias úteis e fins de semana, procurando minimizar os possíveis vieses no uso deste método de pesquisa. Foram realizadas ainda observações da estrutura de funcionamento, organização do espaço físico, cartazes e informativos, além do levantamento de informações e algumas observações em grupos de gestantes, retomadas principalmente de material exploratório.

Tendo em vista a não divulgação do nome destas instituições – em decorrência de um compromisso ético de preservação da imagem e não comprometimento dos serviços prestados pelas mesmas – estas serão denominadas de maternidades A, B e C. Destas, duas apresentam administração estadual, e apenas uma é de gestão da prefeitura da cidade. Ao se fazer a média dos atendimentos de emergência em ginecologia e obstetrícia realizados nas três instituições, têm-se pouco mais de quinze mil e quinhentos por ano, ou seja, mil duzentos e noventa e dois por mês, além da realização de consultas pré-natal, pelas três instituições, com, em média, cinco mil cento e oitenta atendimentos anuais – quatrocentos e trinta e dois atendimentos mensais.

4.1. Caracterização do campo de estudo

As instituições analisadas contam com uma média de vinte e cinco leitos obstétricos para realizar seus atendimentos, com uma média de um pouco mais de quatrocentos profissionais especializados entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, e outros, além de serviços de ginecologia, inclusive com realização de cirurgias. Todas elas contam também com serviços básicos para o funcionamento, que possibilitam algumas condições de trabalho com maior autonomia, como lavanderia, cozinha e refeitório, laboratório para realização de exames de sangue simples e aparelho de ultra-sonografia, além

de unidades básicas para o funcionamento, o centro cirúrgico e a farmácia, onde são guardados os medicamentos utilizados. Somente o serviço de UTI materna e perinatal é exclusivo em somente um dos estabelecimentos de saúde.

Todas as maternidades têm o título de “Hospital Amigo da Criança” desde o ano de 1999 e oferecem alojamento conjunto para mãe e o bebê, além de estimular o contato precoce entre ambos, que são separados apenas em casos de complicações; outro ponto comum é o incentivo ao aleitamento materno, com orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora após o nascimento e do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Além disto, todas contam com o serviço de fonoaudiologia, que auxilia as mães e os bebês quando têm dificuldades durante a mamada e duas das três instituições contam com banco de leite, que oferece os serviços³¹ a todas as mulheres atendidas pela rede pública.

Todas têm também a analgesia em partos normais, que é utilizada por indicação médica, principalmente em casos de trabalho de parto prolongado, somente se permitido pela parturiente³². São realizadas também nas instituições reuniões periódicas com as gestantes, nas quais participam vários profissionais, dando orientações sobre gestação, parto e cuidados puerperais e com os recém-nascidos, conhecidos como grupos de gestante. Outra modalidade de reunião são os grupos de orientação de planejamento familiar, no qual são dadas informações sobre o assunto; esse grupo é também pré-requisito para a realização das cirurgias oferecidas nas instituições, como a ligadura tubária, a vasectomia e a implantação de D.I.U. (dispositivo intra-uterino). É importante destacar ainda que todas contam com uma comissão de controle de infecção hospitalar, que orienta os profissionais quanto as condutas para redução e controle dos riscos de infecção para o público atendido e de acidentes de trabalho para os profissionais.

Algo importante a ser destacado foi que, entre os gestores entrevistados em todas as instituições, há uma compreensão sobre as ações preconizadas pelo programa, assim como os princípios do atendimento “humanizado” preconizado pelo programa; todavia há, entre eles, um desconhecimento relativo aos recursos de financiamento, disponibilizados pelo componente II do programa, que previa elaboração de projetos, em conjunto com as secretarias estaduais, para liberação de verbas específicas para reformas e compra de aparatos tecnológicos necessários, assim como as remunerações diferenciadas e incentivos previstos

³¹ Os bancos de leite prestam auxílio em casos de mastite e recolhem doações de leite materno, para os casos de bebês prematuros ou de mães com doenças que não permitam o aleitamento.

³² A anestesia fornece alívio em relação às dores do trabalho de parto, entretanto apresenta efeitos colaterais importantes, como a diminuição severa dos movimentos, risco aumentado de partos prolongados, operatórios, uso de ocitócitos, de cesárea, além das dificuldades neonatais (ENKIN; COLS, 2000 *apud* DINIZ, 2001).

pelo componente I e III (SERRUYA, 2003). Inclusive, uma das instituições³³ já foi ganhadora do prêmio Galba de Araújo, que ofereceu uma premiação no valor de trinta mil reais – apesar, claro, da administração desta quantia ser responsabilidade secretaria de saúde regional – informação que parece não ser conhecida por nenhum gestor entrevistado na instituição. Assim, foram levantados por gestores de todas as instituições, a falta de informações, negociações e recursos relacionados ao programa, para promover as adequações entre os profissionais de saúde (Maternidade B e C) e oferecimento dos serviços e conscientização entre os usuários dos serviços oferecidos (Maternidade A), como pode ser vistos nos depoimentos abaixo; como pode ser observado nos próprios depoimentos:

Você tem que conscientizar primeiro, eu acho que não adianta você botar uma lei lá em cima, se a primeira coisa, você não tem espaço físico, a segunda que você só muda a cabeça das pessoas devagar (Gestor 3: 10/09/08)

A desvantagem é que se desce uma norma, de cima pra baixo, mas sem dar condições para as maternidades [...] as verbas não vêm, mesmo quando elas existem, é muito burocrático pra poder liberar essas verbas, pra poder fazer, mudar a estrutura, pra poder fazer, é... ampliações, adquirir material novo, então, isso demora, então, às vezes, por exemplo, fala, a partir de agora vai existir isso, se fala que existe, e não existe (Gestora 1: 10/06/08)³⁴

Essa filosofia de humanização, eu acho que tem que, sei lá, ou divulgar, ou sei lá, explicar melhor que é a humanização [...] tem que ser melhor orientado às pessoas, não só as pessoas que vão usar o serviço, como as pessoas também que vão trabalhar com esse tipo de serviço, porque às vezes também, nem sempre as pessoas que vão trabalhar entendem também todo esse processo, então eu acho que ele tem que ser melhor informado, melhor divulgado (Gestor 6: 21/10/2008)

As características sociais do público atendido em cada uma das maternidades são diversificadas. Duas delas estão situadas em setores centralizados da cidade, ao passo que a outra se localiza na região noroeste de Goiânia; é nesta última instituição que o atendimento ao público residente é mais localizado na própria maternidade, sendo que as demais atendem grande número de moradores de outras regiões, ou mesmo de outras cidades. Devido às carências de dados sócio-econômicos relativos ao público atendido em cada uma das instituições, será feito um breve perfil do público residente nas regiões em que estas se localizam, procurando caracterizar um público que é potencialmente alvo de atendimento.

Em relação à região central de Goiânia, onde se encontram duas das instituições focalizadas – segundo dados da radiografia de Goiânia, fornecidos pela secretaria de

³³ Nem o nome da instituição, nem a secretaria regional correspondente ao prêmio serão divulgados para preservar o sigilo que envolve os sujeitos da pesquisa e é princípio ético deste trabalho.

³⁴ [trechos] suprimidos para ilustrar melhor os pontos enfatizados na discussão.

planejamento do estado de Goiás, publicado em 2006 com base nos dados do censo do ano de 2000 – há uma distribuição por sexo de 80459 (55,1%) mulheres e 65501 (44,9%) homens, com idade prevalente de 10 a 39 anos (54,2%), tanto para eles (55%) quanto para elas (53,6%). O tipo de domicílio, por excelência, é particular e permanente, totalizando 145116 (99,4%) dos residentes, sendo estas casas (48,1%) ou apartamentos (47,2%). Em geral, as pessoas responsáveis pelos domicílios são alfabetizadas, sejam elas homens 98% (28089) ou mulheres 96% (16840), ganham, no mínimo, dois salários mínimos (78,7%), têm mais de 10 anos de estudo (62,9%) e moram com, no máximo, três pessoas (65,7%).

Já a região noroeste de Goiânia – em que está situada a outra maternidade analisada – é caracterizada por uma população de 55523 homens (49,8%) e 55866 mulheres (50,2%), na maior parte com idade inferior a 29 anos (64,8%), tanto entre estas (64,1%) quanto entre aqueles (65,4%). O tipo de domicílio também é, por excelência, particular e permanente (99,4%), predominando entre estas as casas (98%) em relação aos apartamentos (0,1%). A taxa de alfabetização entre os responsáveis por domicílios é de 88,8% para os homens e de 80,3% para as mulheres, essas pessoas ganham até dois salários mínimos (53,8%), têm de quatro a dez anos de estudo (57,5%) e moram com, no máximo, mais três pessoas (66,5%). Mais importante que a caracterização de cada região às quais as maternidades pertencem, é necessário que se faça um detalhamento da estrutura e funcionamento de cada uma destas instituições, como será feita a seguir.

A Maternidade A apresenta uma estrutura física diferenciada, com espaços amplos, onde há liberdade de movimentação nos corredores e nas áreas internas. Deve-se destacar que ela é a maternidade mais recente, com sua construção finalizada no início desta década. É composta por áreas internas de convivência para o público assistido, como jardins de verão (espaço ao ar livre) e de inverno (áreas fechadas); têm ainda alojamentos no formato de quarto, onde a mulher é assistida individualmente, e existe espaço para acompanhante de sua escolha em tempo integral, além das visitas, que são permitidas durante todo o dia, em horários bem flexíveis. Por se tratar de uma instituição pública, com recursos financeiros escassos, uma solução para que tal formato possa ser adotado é o compartilhamento de um mesmo banheiro para dois apartamentos: existe uma pré-sala, com portas para ambos os alojamentos, e uma porta exclusiva para o banheiro, que fornece privacidade para as parturientes.

Ela conta com vinte e oito leitos obstétricos, com atendimento médio mensal de mil seiscientos e vinte oito atendimentos somente na área de obstetrícia (atendimento de

emergência, parto e consultas pré-natal)³⁵. A maternidade conta ainda com cinco profissionais da área de psicologia, quatro de odontologia, dois do serviço social e três de fonoaudiologia e nutrição, além de contar com um banco de leite. Entretanto não existe uma unidade de terapia intensiva materna ou perinatal, apenas uma sala com equipamentos básicos para os primeiros socorros, para que os recém-nascidos que nascem com complicações possam aguardar a transferência para outra instituição.

Essa instituição tem três salas de parto e quatro leitos de pré-parto, todos com chuveiro quente, onde se pode contar com o recurso da bola para massagem na região perineal. Esse espaço é insuficiente para a demanda da comunidade, especialmente por receber muitos encaminhamentos de partos e atendimentos em ginecologia da rede básica de saúde na cidade. Entretanto, deve-se destacar que, até o início do ano de 2008, Goiânia tinha quatro maternidades para atender à demanda, mas com a reforma de uma dessas unidades, que é uma situação teoricamente provisória, houve um redirecionamento do público atendido para as demais maternidades, especialmente as públicas, que são analisadas neste trabalho. É bom ressaltar que existem as outras duas maternidades públicas, além daquelas conveniadas para onde as mulheres são remanejadas, quando a instituição está sem vagas para atender a demanda.

A maternidade A é a única que tem um formato diferenciado de leito obstétrico, que possibilita uma maior flexibilidade de posições, podendo ser deitada ou se inclinar, para uma posição mais verticalizada, sentada, com apoio para as mãos e os pés, como no exemplo colocado abaixo:



Foto 1 – Modelo de leito regulável para a realização de partos normais

Fonte: Moreira, 2005

Ela é ainda a única onde existe um grupo de orientação específico sobre “humanização” com funcionários da maternidade. As reuniões são coordenadas por três

³⁵ Média realizada de acordo com dados do ano de dois mil e sete, fornecidos pela direção da própria instituição.

profissionais, duas psicólogas (uma específica da “humanização”) e uma enfermeira da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Uma das profissionais explicou um pouco das orientações dentro das reuniões de formação continuada, coordenada especificamente por uma das psicólogas e a enfermeira da C.C.I.H – que participa com orientações específicas de proteção do ambiente de trabalho – em relação à temática e metodologia:

A gente está falando de uma forma bem reduzida, e também mais de uma forma dialogada; dentro do acolhimento, a gente tem alguns princípios norteadores, dentro da política nacional de humanização a gente tem alguns princípios norteadores, aí a gente está pegando esses princípios e, dentro desses princípios, a gente está tentando se ver dentro deles, né, como profissionais, como pacientes em alguns momentos, a nossa relação com o nosso paciente, o limite dessa relação, quando se fala de humanização é importante dizer que a gente precisa fortalecer na gente e no nosso paciente, a autonomia, a individualidade precisa de ser respeitada, sem deixar de respeitar a nossa individualidade também, a humanização precisa de ser uma via de mão dupla né, até porque se não for assim não é humanização. (Gestora 1, Maternidade A, em 09/2008).

É destacado ainda que os funcionários são estimulados a se ver como parte da equipe de trabalho da instituição, buscando atenuar as noções de hierarquia entre os servidores, ou, como declara a entrevistada “se ver dentro de uma equipe, como parte de um processo, não se ver eu sou psicóloga e o resto não existe, né, na verdade não é assim”. A psicóloga específica da “humanização” faz ainda o que os funcionários conhecem por G.T.H (Grupo de Trabalho da Humanização) em que a proposta era discutir sobre o processo entre os profissionais e refletir sobre possíveis formas de enfrentar essas limitações, se colocando de forma mais ativa, como agentes do processo, responsáveis e atuantes no andamento das coisas; no entanto, essas reuniões específicas não tiveram uma adesão muito boa entre os funcionários³⁶.

A temática é tratada nas reuniões da formação continuada, onde é utilizada uma técnica que a psicóloga chama de “projeto de vida”, na qual as pessoas são chamadas a se colocarem na situação, convergindo seus planos pessoais com a experiência profissional. Neste grupo se tem conseguido uma boa adesão, apesar de ainda estar com pouco tempo de funcionamento, e com a ressalva de que entre os profissionais médicos a participação é mais baixa que entre os demais profissionais, inclusive aqueles da enfermagem, que também têm um contato mais direto com o público atendido.

³⁶ Em relação a esta temática específica, sobre as dificuldades de legitimidade por parto dos profissionais em relação ao programa, será falado no capítulo posterior, no item “a humanização no cotidiano de atuação profissional”.

Este trabalho específico com os funcionários vai ao encontro do depoimento de outra profissional na instituição, no qual ela indicou que “você tem que ter a humanização tanto para os usuários quanto para os profissionais, então você realmente tem que saber como conversar, como receber, como lidar com os problemas dos dois lados”. Isso porque, segundo esta mesma informante, se por um lado, a implementação das medidas promove uma integração com a comunidade, que é um aspecto positivo para ela, por outro lado, há uma falta de compreensão por parte da população sobre as medidas, sobre o significado da “humanização”; essa desinformação cria situações de stress para a equipe, que são reveladas principalmente pela necessidade de convencer os usuários sobre algumas rotinas consideradas sanitariamente importantes e os procedimentos realizados nas situações de complicações e dificuldades, o que exige “um maior jogo de cintura” dos profissionais. (Gestora 6: 21/10/08).

Já a segunda instituição (Maternidade B) apresenta uma estrutura física tradicional, com instalações características de ambiente hospitalar, sem espaços internos para circulação ou convivência entre as parturientes. Deve-se destacar que se trata de uma construção antiga, que atende ao público desde a década de 1960, tendo que adequar seu atendimento ao Programa de Humanização, que passou a vigorar de forma mais enfática em nossa década atual. Desta forma, as internas ficam instaladas em enfermarias, nas quais existe espaço para até oito mulheres, alojadas em leitos dispostos paralelamente um ao outro, com uma cadeira ao lado, mas sem espaço para acomodação de acompanhantes, como podemos ver na foto abaixo:

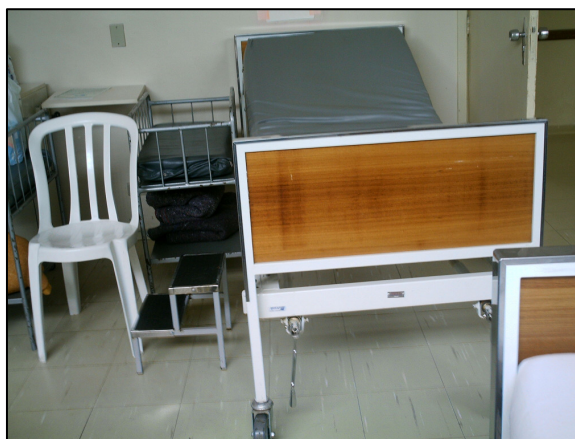


Foto 2 - Leito regulável para a realização de partos normais

Fonte: Moreira, 2005

Entretanto, o acompanhamento é permitido somente em casos excepcionais, como parturientes menores de idade, que estejam muito nervosas ou tenham alguma limitação que

exija acompanhamento³⁷. A redução do número de atendimentos, devido à incorporação dos acompanhantes nas enfermarias, é alegada por um dos gestores³⁸ da Maternidade B como justificativa para a não incorporação desta rotina, que é garantida por lei (lei 11.108/95), mas que esbarra nas dificuldades estruturais relacionadas aos estabelecimentos. É principalmente a limitação física que é evocada por um gestor desta instituição (Gestor 3: 10/09/08) como o maior problema para a implementação das propostas no ambiente da maternidade; ele também mencionou as dificuldades em lidar com resistências de alguns profissionais, principalmente as relacionadas ao diálogo e à presença de acompanhantes, como será discutido no capítulo seguinte.

Na maternidade B há somente uma sala de pré-parto, com quatro leitos, além de uma outra sala específica para internação em caso de trabalho de parto precoce, com dois leitos e duas salas de puerpério, com oito leitos, onde as puérperas ficam em observação após o parto por um período de dois dias, caso não haja complicações, totalizando vinte e dois leitos, ao todo). Durante esse período, o horário de visita é estendido, sendo que o pai da criança e a mãe da interna podem entrar a qualquer hora durante o dia, ou no início da noite, para uma visita rápida; a duração da visita, para as demais pessoas, é de uma hora, no final da tarde³⁹. Ambas as salas contam com banheiro equipado com chuveiro quente, que, no caso da sala de pré-parto, é o único recurso para o alívio não farmacológico das dores.

A Maternidade B não dispõe de unidade de terapia intensiva materna nem perinatal; o berçário é destinado apenas para os casos de recém-nascidos que sofrem de complicações puerperais, onde são assistidos e tratados e, se necessário, recebem os primeiros socorros até serem encaminhados para outro estabelecimento de saúde. Da mesma forma é no centro cirúrgico que a parturiente pode receber cuidados emergenciais até que seja disponibilizado seu encaminhamento para outra instituição com U.T.I materna, caso seja necessário. No centro obstétrico são realizados os partos normais e, como o próprio nome indica, é um local que apresenta um modelo semelhante à sala de cirurgias cesarianas: o parto é realizado em um leito horizontal, com a utilização de perneiras⁴⁰, o que restringe as opções de posições durante

³⁷ Com a ressalva de que a acompanhante tem que, necessariamente, ser do sexo feminino, para que não haja maiores constrangimentos devido à falta de privacidade existente neste tipo de acomodação coletiva.

³⁸ Declaração retirada de um jornal de grande circulação da cidade de Goiânia, no mês de julho de 2008, cuja referência não será citada a fim de preservar a imagem da instituição, que não terá seu nome divulgado neste trabalho.

³⁹ Essas informações sobre os horários e restrições foram obtidas por meio de observação direta e informações prestadas por funcionários da instituição, tendo em vista que não existem cartazes informativos a esse respeito.

⁴⁰ Estrutura para o apoio das pernas em posição levantada e semi-flexionada, auxiliando a visão dos profissionais e facilitando em possíveis intervenções.

o período expulsivo ao decúbito dorsal, no qual a mulher fica com a barriga para a cima, apoiada nas costas, com as pernas semiflexionadas para o alto:



Foto 3 – modelo de leito convencional para realização de partos normais

Fonte: Moreira, 2005

A maternidade atende a uma média mensal de cento e vinte e dois partos, quinhentos e cinquenta e quatro consultas pré-natal e oitocentos e cinquenta e oito atendimentos de emergência⁴¹. A instituição conta também com profissionais de áreas diversificadas, um mastologista, dois cardiologistas, dois urologistas, dois nutricionistas, um fisioterapeuta e dois fonoaudiólogos, quatro psicólogos, seis profissionais do serviço social, além de sete profissionais da ginecologia, vinte e quatro da obstetrícia, dezenove da pediatria, onze enfermeiros, cinquenta e quatro técnicos e trinta e dois auxiliares.

Por meio dos dados fornecidos pela Maternidade B pode-se perceber que existiam palestras relativas à “humanização” para os funcionários da instituição, entretanto, houve registro de participação nestas atividades apenas no ano de 2005, nos meses de abril (com quatorze participantes), de maio (com oitenta e sete participantes) e de julho (com trinta participantes). Outras medidas são reconhecidas por um dos gestores como já implantadas, sem maiores conflitos, tais como o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento multiprofissional, horário de visitas estendido, além de cursos de capacitação, para orientação sobre a temática (Gestor 3: 10/09/08).

Por fim, a Maternidade C, em funcionamento desde 1973, é uma unidade de referência do atendimento a gestações de alto risco, onde se realiza procedimentos de alta complexidade na área de pediatria e ginecologia, o que o caracteriza como hospital-maternidade. A unidade conta com trinta e quatro leitos obstétricos, atendendo, por mês, uma média de cento e cinquenta e três partos, dois mil cento e oitenta atendimentos emergenciais, de ginecologia e obstetrícia, e trezentas e cinco consultas de pré-natal de alto risco; por se tratar também de um

⁴¹ Os dados são baseados em uma média das modalidades de atendimento realizadas no ano de 2007, segundo dados fornecidos pela própria instituição.

hospital, a média geral de atendimento por mês é de oito mil cento e noventa e oito atendimentos, bem mais representativa que os atendimentos somente da maternidade, que totalizam dois mil seiscentos e trinta e oito atendimentos⁴².

Em relação à estrutura física da instituição há uma semelhança com a Maternidade B, tendo em vista que ambas apresentam um modelo tradicional de construção, desenhado ao molde hospitalar. O principal diferencial é que na Maternidade C, por se tratar de um hospital de maior complexidade, há uma estrutura maior, com mais leitos e um pouco mais de espaço. As enfermarias, apesar de apresentarem uma estrutura muito parecida com a mencionada anteriormente (ver foto 2, p.67), possuem apenas seis leitos cada uma, sendo respeitado o direito à presença de uma acompanhante do sexo feminino, apesar de não haver estrutura muito adequada para recebê-la. O horário de visitas é restringido ao período de uma hora por dia, também no período vespertino, no final da tarde. Uma gestora da instituição, em entrevista, ponderou sobre as dificuldades para a adequação deste espaço físico, mencionando uma obra para a melhoria do espaço físico na instituição, interrompida por falta de verbas, que ela não soube precisar se estão ou não vinculadas ao programa. De acordo com ela

A área da maternidade ela tá de reforma a mais ou menos dois anos, muito mais que dois anos, uns quatro anos, que tem o projeto, até com a parte da maternidade, com a parte de pré-parto, boxes individuais, tem esse projeto há muito tempo, mas, infelizmente, a reforma do hospital ficou parada, há dois anos atrás, por falta de verbas, uma parte do hospital teve a reforma, e a outra parte está praticamente parada (Gestora 1: 10/06/08)

As Unidades de Terapia Intensiva (U.T.I.) materna e perinatal atendem à demanda interna e também de outras instituições públicas, assim como o banco de leite. Uma equipe de vários profissionais atende na Maternidade C: dez fonoaudiólogos, dez psicólogos, cinco nutricionistas, oito fisioterapeutas, cinco mastologistas, doze servidores sociais, sessenta e nove gineco-obstetras, oitenta e quatro enfermeiros, duzentos e oito técnicos e duzentos e dezenove auxiliares. Não existem grupos específicos sobre “humanização” no parto e a temática é tratada pelos cursos de capacitação – organizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e pela Secretaria de Saúde – e por palestras internas exigidas para a admissão dos funcionários e dos voluntários. Também nesta instituição, uma gestora entrevistada (Gestora 1: 10/06/08) declarou que não existem mais problemas em relação ao trabalho de funcionários de diversas áreas, que aceitam bem o trabalho multidisciplinar.

⁴² De acordo com os dados fornecidos pela própria maternidade.

Como pode ser visto na tabela abaixo, seguem as principais características das três instituições, comparativamente:

Tabela 2: Distribuição, por instituição, da média mensal de atendimentos (no ano de 2007) e número de funcionários por especialidade:

Estrutura de atendimento	Maternidade A	Maternidade B	Maternidade C
Fluxo geral (maternidade)	1.628	1.534	2.638
Atendimentos pré-natal	436	554	305
Atendimentos de emergência	1.049	858	2.180
Número de leitos obstétricos	28	22	34
Quadro de funcionários			
Médicos obstetras/ginecologistas	147	32	69
Pediatra	24	19	55
Outras especialidades médicas	-	4	38
Enfermeiros	18	11	84
Técnicos de enfermagem	65	54	208
Auxiliares de enfermagem	40	32	219
Nutricionista	3	2	5
Psicólogos	5	4	10
Fonoaudiólogos	3	2	10
Serviço Social	2	6	12
Dentista	4	-	9
Fisioterapeuta	-	2	8

Fonte: Dados fornecidos pelas próprias instituições.

4.2. Em busca de indicadores da saúde materna e neonatal

Dentre as prioridades elegidas no Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estão: “concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal” (BRASIL, 2002). A partir disso, será analisado se tais prioridades já se refletem nos indicadores de atendimento do Datasus, tendo em vista que tal tarefa será uma das partes fundamentais na reflexão sobre as possíveis contribuições do programa para uma mudança nas relações de poder entre profissionais e usuárias das instituições analisadas, objetivo principal deste trabalho. Isso porque uma melhora nos indicadores de saúde que esteja relacionada com as práticas menos intervencionistas e mais dialogadas preconizadas pelo programa – indicam, em certa medida, um nível de modificação nestas relações, por meio de um maior respeito dos direitos reprodutivos das mulheres.

Quanto aos indicadores relativos à mortalidade materna no estado e em Goiânia, no intervalo do ano de 1996 a 2005, são encontrados índices bem desfavoráveis, tendo em vista a taxa máxima recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 20 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos. Ao se fazer a média das taxas de mortalidade maternas registradas no intervalo analisado, encontramos um índice de 79,4 ocorrências de morte materna na capital e 46,2 em Goiás; diante destes valores deve-se destacar que na capital há uma concentração dos casos de alto risco, devido à existência de unidades de referência que recebem demandas de todos os outros municípios do estado, e mesmo de outros estados vizinhos, o que pode explicar, em parte, a grande diferença encontrada nas taxas de mortalidade, não sendo possível uma comparação tão simples ou direta da capital com o estado como um todo.

Tal fator fica mais evidente nas taxas referentes apenas à população residente, nas quais se encontra tanto valores relativamente menores, quanto uma disparidade bem menor em relação aos dados da capital (44,6) e do estado como um todo (48,1), como ilustrado pelo gráfico 3⁴³:

Gráfico 3: Taxas de mortalidade materna, por ocorrência e residência, em Goiânia e Goiás (de 1996 a 2005):

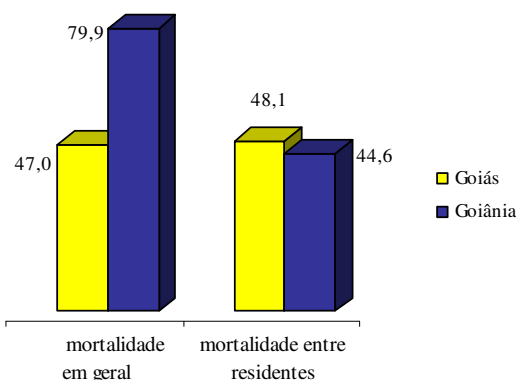
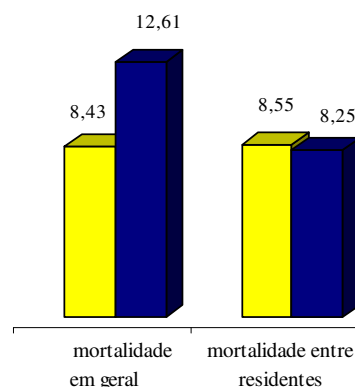


Gráfico 4: Taxas de mortalidade neonatal precoce, por ocorrência e residência, em Goiânia e Goiás (de 1996 a 2005):



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Banco de dados do SINASC 2008 (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). **Variáveis selecionadas:** Município X Ano do óbito (seleção ativa na faixa etária: 0 a 6 dias para óbitos infantis) / UF e Capital de ocorrência X Ano de nascimento.

Já em relação às taxas de mortalidade neonatal precoce⁴⁴, como se vê no gráfico 4, os índices encontrados são bem mais favoráveis, com valores abaixo do máximo tolerado pela

⁴³ Cálculo das taxas obtido pela razão do acumulado de mortes maternas de 1996 a 2005 em Goiás (395) e Goiânia (227) multiplicado por 100.000 e dividido pelo total de nascimentos no mesmo período, de acordo com base “offline” acessada em 2008, no estado (840401) e na capital (284278).

⁴⁴ Esse índice compara a proporção de mortes entre recém nascidos (0 a 6 dias) a cada 1000 nascimentos.

Organização Mundial da Saúde, que é de 10 mortes a cada 1000 nascidos vivos, havendo uma superação deste limite apenas nos dados de Goiânia, de certa forma esperada, por se tratar da capital do estado; da mesma forma que os índices de mortalidade materna, também há uma discrepância ao compararmos as taxas de mortes ocorridas e mortes entre residentes. No entanto, deve-se destacar que os índices apresentados aqui não contém nenhum fator de correção para compensar os casos subnotificados – estratégia que será explicada nos próximos parágrafos – o que faz com que os mesmos não coincidam com as taxas de mortalidade indicadas pelo IDB Brasil⁴⁵, por exemplo, que trazem perspectivas mais agravadas, em relação aos indicadores de mortalidade neo-natal (ver tabela 2). Os valores trazidos por essa fonte são obtidos pelo cálculo indireto, resultado da multiplicação da taxa de mortalidade infantil (até 1 ano) fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da taxa de mortalidade direta, obtida pela divisão do número de mortes pelo número de nascidos vivos multiplicado por mil⁴⁶.

Tabela 3: Distribuição, por ano, dos índices de mortalidade neonatal precoce (de 0 a 6 dias) por cálculo direto e indireto em Goiás:

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Direto (SIM/SINASC)	9,11	9,20	9,35	7,98	8,50	8,29	8,72	8,25	7,68
Indireto (IDB)	12,54	12,17	12,06	10,84	11,35	10,25	10,63	9,76	9,29

Fonte: Indicadores e Dados Básicos, Brasil 2007 / Banco de dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) / MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM⁴⁷.

Apesar disto, destaca-se que os índices gerados pelo cálculo indireto, que apresentam um valor maior, seguem uma tendência de queda linear nos primeiros quatro anos analisados (de 1997 a 2000), se mantendo relativamente estável nos três anos seguintes (2001 a 2003) e apresentando queda nos últimos dois anos (2004 e 2005). Também nos índices apontados pelo cálculo direto, que não apresentam uma tendência que queda tão delineada, se mantém em nível estável, sem grandes oscilações, e apresentando valor bem mais baixo no ano de 2005 (7,68) quando comparado a 1997 (9,11), situação que também acontece com os indicadores do IDB, que apresenta a marca inicial de 12,54 no ano de 1997 e cai para 9,29 no ano de 2005.

⁴⁵ Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) são produzidos pela cooperação de várias instituições – Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Ministério da Previdência Social – responsáveis pelos principais sistemas de informação de base nacional.

⁴⁶ RIPSa. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

⁴⁷ Variáveis utilizadas no SIM/SINASC: Município X Ano do óbito (seleção ativa na faixa etária: 0 a 6 dias) / UF e Capital de ocorrência X Ano de nascimento.

Também é importante destacar as limitações próprias da análise de indicadores – com uma atenção especial para o risco efetuar uma leitura cega – tendo em vista a existência da subnotificação de dados, que é um fato comum ao se trabalhar com um volume tão grande de informações, que envolve um número igualmente amplo de profissionais e gestores de saúde em diversos níveis. Desta forma, não se pode perder de vista que índices de mortalidade muito baixos podem sinalizar um nível alto de subnotificações, da mesma forma que índices muito elevados de mortalidade em determinado ano podem indicar um esforço, por parte das instituições e órgão de saúde, de apontar com maior fidedignidade as mortes maternas ocorridas de fato.

A suspeita de subnotificação de dados é encontrada, por exemplo, quando se observa os dados de mortalidade materna entre residentes de Goiânia e Goiás, tendo em vista que, em alguns anos, eles estariam abaixo ou próximos do limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (ver tabela 3), o que, infelizmente, contrasta com a análise dos dados como um todo. Isso porque, como é declarado pelo próprio Ministério da Saúde (2006), a subnotificação das mortes maternas é um problema enfrentado por vários países, inclusive alguns considerados desenvolvidos, e o Brasil não foge a essa realidade; os índices de mortalidade materna chegaram, inclusive, a motivar uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito), no esforço de investigar e baixar os níveis no país, como indicado no primeiro capítulo deste trabalho. No caso de Goiás, que tem uma abrangência satisfatória de notificação dos dados de óbito pelo sistema de informações de saúde, quando comparado a estados da região norte e nordeste, este obstáculo é relacionado ao fato do médico não declarar a morte da mulher como decorrente de causas maternas.

Tabela 4: Distribuição, por ano, das taxas de mortalidade materna por residência em Goiânia e Goiás:

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Goiás	18,1	46,4	44,2	69,1	27,4	59,2	63,9	60,8	58,1	36,0	48,1
Goiânia	8,9	31,8	27,9	43,2	44,4	91,1	49,9	59,6	65,6	30,6	44,6

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Banco de dados do SINASC 2008 (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). *Variáveis:* Município X Ano do óbito / UF e Capital de ocorrência X Ano de nascimento

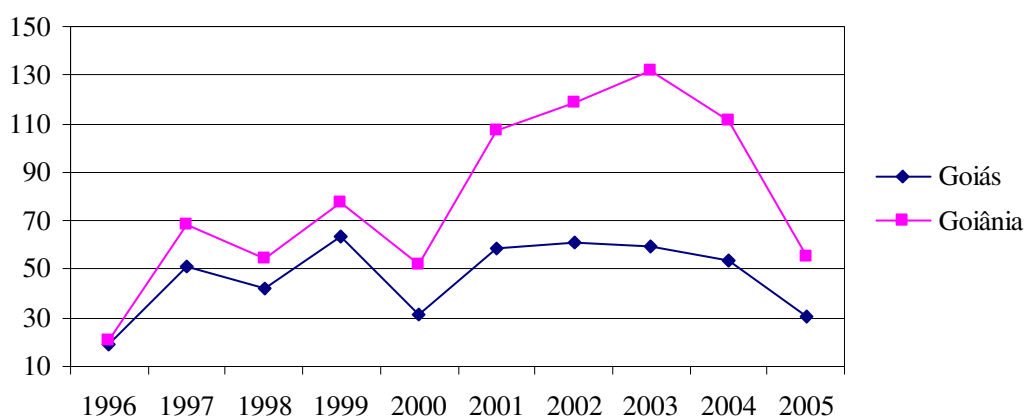
Como meio de superar essa dificuldade, a OMS, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), calculou um fator de correção destas taxas para diversos países, inclusive o Brasil, para ser aplicado às taxas oficiais e se atingir uma taxa mais próxima da mortalidade efetiva. Para o Brasil, esse fator de ajuste é de 1,4, ou seja, deve-se multiplicar a taxa por esse valor, e, nas capitais do centro-oeste, entre as quais Goiânia está

incluída, esta correção seria de 1,10. Os dados referentes ao ano de 2001 na cidade de Goiânia, por exemplo, talvez reflitam justamente um esforço em notificar casos que não eram anteriormente notificados, fazendo com que os valores assumam picos tão elevados.

Após estas indicações sobre as limitações da utilização dos indicadores de mortalidade, deve-se destacar, no entanto, que isso não invalida a sua utilização, tendo em vista que ele é uma ferramenta disponível e importante para se avaliar a qualidade no atendimento ao parto, em todo o território nacional, possibilitando um detalhamento municipal e estadual. Tal reflexão foi feita apenas no sentido de alertar sobre os limites inerentes a este tipo de análise, que, como qualquer outro tipo, não consegue refletir a realidade em sua totalidade; além disso, é importante para apontar as soluções utilizadas para amenizar tais aspectos (BECKER, 1999).

Apesar da relativa instabilidade nos indicadores, que não permite uma afirmação de queda ou alta linear constante em todo o intervalo de tempo analisado, pode-se perceber uma maior consolidação dos dados nos últimos anos, com a possibilidade de se traçar uma tendência de variação, o que pode indicar também uma maior confiabilidade dos dados. Isso porque, em Goiás, nos últimos quatro anos, percebe-se uma indicação de quedas sucessivas nas taxas de mortalidade geral, tendência que é encontrada também nos dados relativos à Goiânia, nos últimos três anos:

Gráfico 5: Distribuição, por ano, da taxa de mortalidade materna ocorridas em Goiânia e Goiás:



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Banco de dados do SINASC 2008 (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). *Variáveis tabuladas:* Município X Ano do óbito / UF/Capital de ocorrência X Ano de nascimento

Em relação aos tipos de causas relacionadas à mortalidade materna, percebe-se que a maior parte delas é de natureza direta (304 casos ou 77%), relacionadas à própria gestação, parto e puerpério, ao passo que as demais são relacionadas a causas indiretas (81 casos ou

20,5%), ou seja, doenças agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal que acabam resultando em óbito. Os dez casos restantes (2,5 % do total) são de mortes maternas relacionadas a causas obstétricas não especificadas, totalizando 395 casos de mortalidade materna ocorridas em Goiás do ano de 1996 a 2005. Em relação à Goiânia, no mesmo intervalo de tempo, há uma incidência um pouco maior de mortalidade por causas indiretas, mas sem variações muito significativas, ocorrendo 186 casos de mortes maternas relacionadas a causas diretas (82%), e 40 casos relacionados a causas indiretas (17,6%), com apenas 1 casos de mortalidade materna relacionada a causas não especificadas (0,4%).

Analizando especificamente as causas diretas de ocorrência de mortalidade materna, podemos perceber que existe uma maior incidência de mortes relacionadas ao parto e puerpério, tanto em Goiânia (124 casos) quanto em Goiás (220 casos), seguida, respectivamente por aquelas ligadas à gravidez (70 e 54) e, por último, as vinculadas a causas não determinadas quanto ao momento do ciclo gravídico-puerperal (8 e 14). Tanto nos casos de mortes obstétricas indiretas, quanto nas diretas relacionadas à gravidez, percebe-se uma maior concentração dos dados na capital. Isso pode ser novamente relacionado à concentração de casos de alto risco em Goiânia, tendo em vista que nos dois tipos de mortalidade citados os agravos à saúde costumam se relacionar com doenças que, sejam adquiridas antes ou durante a gravidez, precisam ser tratadas em centros de referência e são causas importantes de mortalidade no ciclo gravídico-puerperal. Ao se analisar esta mortalidade relacionada especificamente ao parto e puerpério temos:

Tabela 5: Distribuição, por frequência e percentual, das causas obstétricas diretas de morte materna com ocorrência relacionada ao parto e puerpério em Goiânia e Goiás (1996 a 2005):

Causas obstétricas diretas relacionadas ao parto e puerpério	Goiás		Goiânia	
	freq.	%	freq.	%
Eclampsia	78	35,5	39	31,5
Infecção puerperal	41	18,6	32	25,8
Hemorragia pós-parto	29	13,2	14	11,3
Complicações durante o parto não classificadas	18	8,2	9	7,3
Problemas no parto relativos à placenta	16	7,3	6	4,8
Anormalidades da contração uterina no parto	15	6,8	10	8,1
Traumas obstétricos	9	4,1	6	4,8
Complicações do puerpério não classificadas	7	3,2	5	4,0
Hemorragias durante o parto	2	0,9	1	0,8
Complicações devido à anestesia	1	0,5	0	0,0
Complicações devido à obstrução no parto	1	0,5	0	0,0
Complicação do parto por sofrimento fetal	1	0,5	1	0,8
Complicações venosas no puerpério	1	0,5	1	0,8
Transtornos mentais associados ao puerpério	1	0,5	-	0,0
TOTAL	220	100,0	124	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *Variáveis de origem*: Categoria Cid10 X Ano do óbito; seleções ativas: tipo de causa obstétrica – morte materna obstétrica direta, conteúdo: óbitos por ocorrência.

Entre as causas diretas relacionadas ao parto e puerpério relacionadas na tabela acima⁴⁸, encontramos a Eclampsia como o problema que mais causa mortes, tanto em Goiás (35,5%) quanto em Goiânia (31,5%), seguido pelas infecções puerperais, com valores respectivos de 18,6% e 25,8% e as hemorragias no pós-parto, com 13,2% e 11,3% do total de causas relatadas. A categoria de complicações durante o parto não classificadas atinge um valor significativo na capital (7,3%) e também no estado como um todo (8,2%), o que é preocupante, na medida em que a falta de detalhes sobre a causa específica traz um pouco de dificuldade na análise; essa opção da Cid10 (Cadastro Internacional de Doenças) é destinada para os casos em que não existe uma classificação mais específica em outra categoria do cadastro, no entanto, seu preenchimento também pode indicar que a falta de detalhamento apropriado por parte dos profissionais que realizaram a assistência.

Em relação às complicações ocorridas com maior frequência, o combate aos casos de mortalidade por eclampsia alcança bons resultados ao se ampliar a cobertura pré-natal, com monitoramento adequado das gestações de risco que, como será discutido a seguir, tem ocorrido tanto em Goiânia quanto em Goiás no intervalo de tempo analisado. Soma-se a isto ainda que, no estado como um todo se observa uma tendência de queda que persiste nos três anos, que apresenta valores bem menores, se comparados aos anos de 1997 a 1999; em Goiânia, apesar de não existir uma tendência de baixa tão delimitada, não há, por outro lado, uma tendência de alta, sendo que os dados registram picos de elevação somente em dois anos isolados, 1999 e 2003:

Tabela 6: Distribuição, por ano, das principais causas de mortalidade materna direta ocorrida em Goiânia e Goiás:

Goiás											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Eclampsia	4	13	12	13	6	9	3	8	7	3	78
Infecção puerperal	2	9	2	5	4	2	7	2	4	4	41
Hemorragia pós-parto	1	4	1	9	1	2	3	6	2		29
Goiânia											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Eclampsia		5	3	9	5	3	2	6	4	2	39
Infecção puerperal	2	6	1	2	3	2	6	2	4	4	32
Hemorragia pós-parto		2		3	1	2	1	3	2		14

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). *Variáveis*: Categoria Cid10 (O15, O85, O86, O72) X Ano do óbito.

Já no indicador de infecção puerperal nota-se que os dados de Goiânia têm grande representatividade nos dados do estado como um todo, sendo que, em cinco dos anos

⁴⁸ A partir das causas diretas foram selecionadas aquelas relacionadas de forma direta ao parto e puerpério (O15, O85, O86, O72, O75, O44, O45, O73, O62, O71, O90, O46, O67, O74, O66, O68, O87, F53)

analisados (ver valores em **negrito**), essa complicação é registrada somente na capital. Os valores apresentados mantêm uma relativa estabilidade, com frequências mais elevadas somente nos anos de 1997 e 2002; esses números não indicam uma análise muito positiva, na medida em que esse tipo de complicação geralmente está relacionado com a realização de cesarianas – que ainda é alta em Goiânia e no estado, como será discutido ainda neste capítulo – tendo visto que a chance de tais complicações específicas é bem menor entre os partos normais.

Um padrão muito parecido de variação é encontrado também em relação às hemorragias ocorridas após o parto, se mantendo constante e atingindo valores mais altos nos anos de 1999 e 2003, somente no estado como um todo; tal problema costuma se associar com problemas de tonacidade uterina, ligado principalmente a partos muito prolongados e uso de anestésicos, podendo se relacionar também a cortes e traumas, assim como retenções placentárias. Uma quantidade muito grande de intervenções durante o parto pode aumentar a chance de ocorrência destes dois agravos à saúde, entretanto, não se pode afirmar que seja essa a principal causa de tal complicação.

Considerando agora o atendimento pré-natal, podemos notar que o número de mulheres que fazem o acompanhamento da gestação é bastante satisfatório, principalmente em relação à Goiânia, onde o percentual de mulheres que realizaram sete consultas ou mais durante a gravidez foi de, em média 80% dos anos de 1996 a 2005; mesmo considerando o estado como um todo, esse índice ainda prevalece alto, com 53% dos casos, atingindo a maior parte das gestações.

Esses valores se tornam ainda mais significativos quando observamos ano a ano a evolução dos indicadores: pode perceber pelo gráfico abaixo como o indicador de mulheres que realizaram no mínimo sete consultas aumenta gradativamente, tanto na capital quanto no estado como um todo, atingindo no ano de 2005 uma cobertura de 79% em Goiás e 94% em Goiânia (ampliações de, respectivamente, 14% e 34,8% em relação ao ano de 1999). Também na perspectiva histórica destaca-se como o número de casos ignorados e não informados diminuem ao longo dos anos neste mesmo intervalo de tempo, especialmente no estado, caindo de 17% para 2,23%, mas também em Goiânia, onde houve uma queda de 16,6% para 11,61% dos casos:

Gráfico 6: Proporção, por ano, do número de consultas pré-natal realizadas em Goiás:

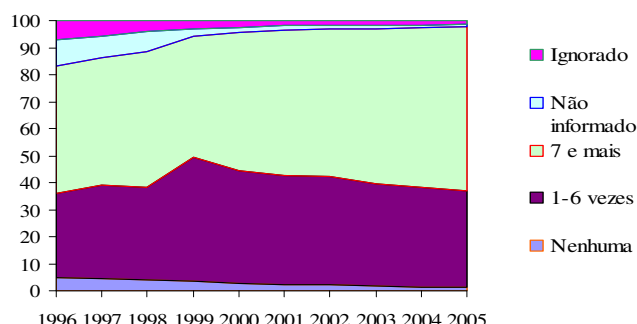
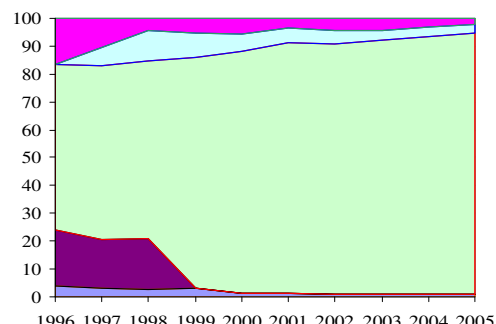


Gráfico 7: Proporção, por ano, do número de consultas pré-natal realizadas em



Fonte: Banco de dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) em 2008. *Variáveis:* Consultas X Ano de nascimento

Dentre as dezesseis entrevistadas na pesquisa, todas também fizeram a cobertura pré-natal, sendo que doze das dezesseis entrevistadas já haviam feito entre 5 e 8 consultas, incluindo gestantes e puérperas, com variação na idade gestacional de 28 (cerca de 7 meses) a 41 semanas (cerca de 9 meses completos). Se consideradas somente as puérperas, que já haviam finalizado suas consultas pré-natal, a média é de 8 consultas realizadas, com tempo gestacional entre 36 e 41 semanas (cerca de 8 a 9 meses completos). Todas as entrevistadas realizaram exames clínicos e laboratoriais, com controle dos resultados registrado pelo cartão da gestante; neste documento, que fica sob a guarda da mulher, estão contidos todos os dados considerados importantes sobre sua gestação, e ela é orientada a levá-lo toda vez que procurar os serviços de saúde.

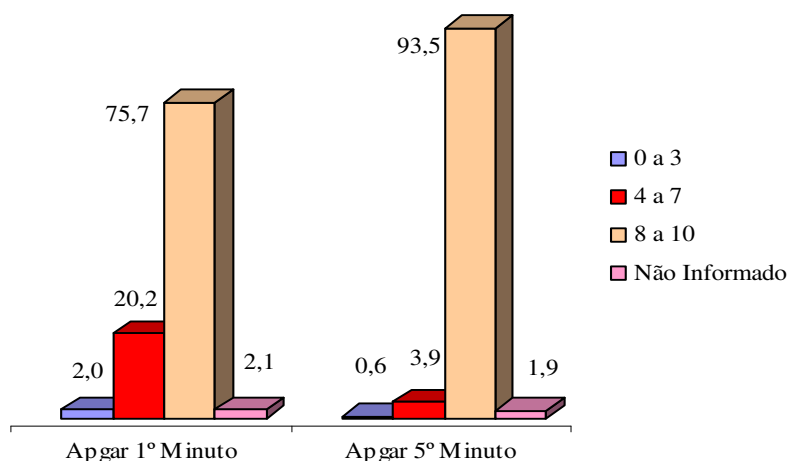
Tendo em vista também que “a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério” (BRASIL, 2002), é importante que se faça uma breve análise de alguns indicadores de saúde do recém-nascido. Neste sentido, analisaremos também dois indicativos importantes de saúde do neonato, que são os índices de Apgar ao primeiro e quinto minutos⁴⁹ e o peso ao nascer.

Na avaliação dos índices de apgar, como observado no gráfico 8, fica destacado que se tem conseguido um número satisfatório de recém-nascidos com boas pontuações, especialmente ao quinto minuto de vida, onde a maioria absoluta (93,5%) já se concentra na faixa de 8 a 10 pontos, caracterizando um bebê sem asfixia. Em relação à pontuação relativa ao primeiro minuto de vida, em que há indicadores bem menos favoráveis, a maioria dos

⁴⁹ O índice de Apgar consiste numa avaliação, feita pelo pediatra assim que o bebê nasce, dos principais sinais vitais do recém-nascido (vigor do choro, frequência cardio-respiratória, tônus muscular, cor da pele e resposta a estímulos externos), atribuindo a cada item uma pontuação, que, somadas, variam numa escala de 0 a 10 pontos.

neonatos (75,7%) ainda se mantêm sem asfixia, seguido de 20,2% com asfixia moderada e apenas 2% com asfixia grave.

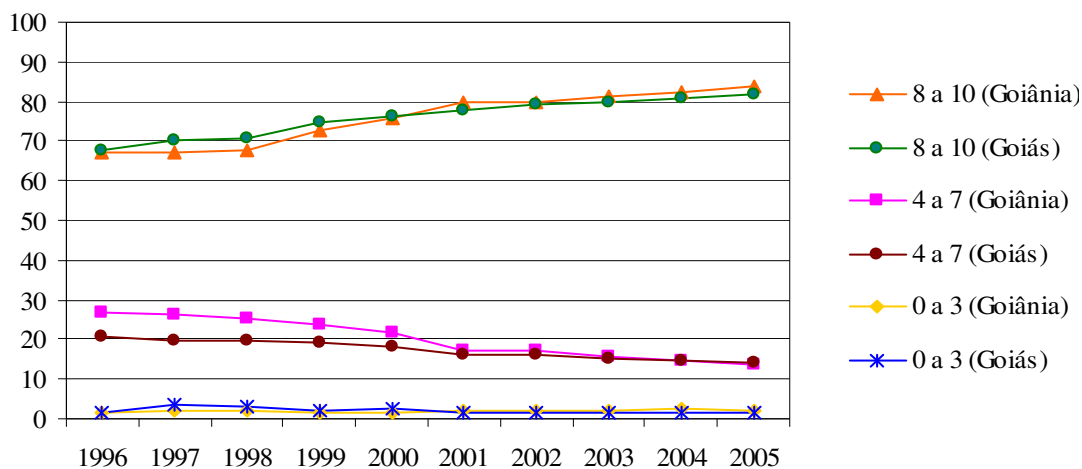
Gráfico 8: Proporção, por índices de Apgar ao 1º e 5º minutos, de recém nascidos em Goiânia (de 1996 a 2005).



Fonte: Banco de dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Variáveis: Apgar 1º e 5º minuto X Ano do Nascimento (seleção ativa: capital de ocorrência – Goiânia)

Não há, em ambos os índices, uma variação significativa entre os dados de Goiânia e Goiás, ocorrendo apenas uma leve discrepância em relação ao número de casos não informados, que no estado é um pouco maior (em média 2,5%, o que é uma perda aceitável, tendo em vista o maior volume de dados). Mesmo nos índices de Apgar ao 1º minuto, que são os mais baixos apresentados, pode-se perceber, dentro do intervalo de tempo analisado, que tal indicador manteve uma tendência de alta a cada ano (mesma tendência que é notada nos índices de Apgar ao 5º minuto, que já eram mais elevados).

Ao analisar detalhadamente a variação das pontuações de Apgar ao primeiro minuto em Goiânia, por exemplo, destaca-se que, no intervalo do ano de 1996 a 1998 já se pode delinear, tanto em Goiânia quanto no estado como um todo, uma leve tendência de melhora no índice, que só se acentua ao longo dos anos, atingindo uma escala ascendente em relação ao indicador de 8 a 10 pontos, de neonatos sem asfixia, decrescendo no mesmo ritmo em relação aos índices de asfixias moderadas, referente à pontuação de 4 a 7 pontos e se mantendo estável em relação à pontuação de 0 a 3, indicativa de asfixias severas:

Gráfico 9: Proporção, por ano, dos índices de Apgar ao 1º minuto em Goiânia e Goiás.

Fonte: Banco de dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Variáveis: Apgar 1º e 5º minuto X Ano do Nascimento (seleção ativa: capital de ocorrência – Goiânia)

Há uma melhora percentual significativa do ano de 1996 em relação a 2005 entre os recém-nascidos avaliados tanto na capital quanto no estado como um todo, sendo de, em média, 15,5% em relação ao Apgar ao primeiro minuto e de 8% em relação ao apgar no quinto minuto. Ainda há uma queda significativa e gradual em relação às taxas de subnotificação de casos, que não foram apresentados no gráfico para permitir uma melhor visualização, tendo em vista que se confundem com os percentuais de pontuação de 0 a 3; no entanto, os casos não informados apresentam uma queda linear e gradual nos anos analisados, isso nos dois índices (Apgar ao primeiro e quinto minutos), acumulando uma baixa de, respectivamente, 7,6% e 8% para Goiás⁵⁰ e de 3,9% para Goiânia, nos dois indicadores.

Também se mantêm taxas reduzidas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, tendo em vista que, tanto em Goiânia quanto em Goiás, o índice de neonatos que pesam, no mínimo, dois quilos e quinhentos gramas ao nascer é de quase 90% em relação ao total de nascidos. Tal estimativa converge com o baixo número de prematuros, que não chega a 2% no estado como um todo e, em Goiânia, não passa de 5% dos casos, valor um pouco mais elevado, muito provavelmente, pela existência de uma unidade de atendimento de alto risco na cidade que é referência para todo o estado, atendendo a demandas externas.

⁵⁰ Nas tabulações realizadas dentro do banco de dados 2008 do SINASC, as frequências foram contabilizadas por residência, não por ocorrência, como em Goiânia; isto porque, quando ativada a seleção “UF ocorrência” houve uma perda muito grande no total de dados, uma diferença de 110458 casos no acumulado do intervalo. No caso, a ausência de seleções ativas, considerando o total dos dados do banco (que é específico de Goiás) apresentou valores idênticos à realização da seleção “UF residência”.

Por fim, um dos aspectos fundamentais do Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento é a “adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos” (BRASIL, 2002).

Neste sentido serão analisados agora alguns indicadores e dados levantados na pesquisa que elucidem sobre a utilização de procedimentos benéficos e a diminuição de práticas intervencionistas desnecessárias nas instituições focalizadas, fazendo-se um paralelo com todos os atendimentos realizados pelo SUS em Goiânia. Como indicado dentro do próprio programa e também pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, as práticas consideradas benéficas e aquelas consideradas desnecessárias são as apontadas pelo documento sobre a “Classificação de Condutas do Parto Normal”, também conhecido como “Recomendações da OMS”, exposto de forma detalhada no Anexo A.

Em um levantamento preliminar, na fase de planejamento da pesquisa, acreditou-se que se poderia levantar – por meio da análise das AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares) dentro do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) – indicadores sobre procedimentos realizados no parto normal, como realização de episiorrafia⁵¹, uso de hormônios para indução do parto e realização de manobras. Entretanto, após um exame mais detalhado nas bases de dados pode-se perceber que tais indicadores não são apontados de forma sistemática, sendo relatados apenas em casos de falhas na indução, no caso do uso de hormônios e sutura de lacerações do trajeto pélvico, sem ser especificado se houve ou não episiotomia⁵²; somente as manobras durante o parto são relatadas, mas não há detalhamento quanto ao tipo de complicação específica que levou a este procedimento.

Desta forma, esses dados seriam contabilizados somente por meio de uma pesquisa de prontuários, onde está discriminado um maior número de informações sobre o andamento do parto; tendo em vista esse fator, foi possível o levantamento dos dados relativos à realização de episiotomia, em duas instituições, e de indução em uma das instituições, no ano de 2007. Ao conversar com a gestora da instituição em que não foi possível levantar os dados sobre indução, a mesma relatou que os valores eram muito baixos e quase não havia registros; os dados relativos à terceira instituição não foram fornecidos pela mesma. Foi possível, pela pesquisa no banco de dados, contabilizar dados relativos à realização de partos cirúrgicos

⁵¹ Sutura realizada após a realização da episiotomia.

⁵² Corte realizado na região do períneo, para facilitar o parto.

(cesarianas), com manobras e algumas complicações do período puerperal, inclusive as específicas deste procedimento, além da ocorrência de hemorragias no pós-parto. Além disso, também são indicados os índices de mortalidade neonatal relacionadas ao parto e a mortalidade materna por tipo de parto realizado.

Ao se fazer uma comparação entre os partos realizados em Goiás de uma forma geral e aqueles realizados pelo Sistema Único de Saúde⁵³ (nas unidades públicas e também nas particulares conveniadas) percebe-se que há uma prevalência do parto vaginal, em relação ao parto cirúrgico nos dois casos (respectivamente, 52% e 74%), sendo mais acentuada na rede pública. Em relação à Goiânia, a mesma predominância se mantém nos dados dos partos realizados pela rede pública (72%), entretanto, nos partos na capital, de um modo geral, já há uma ligeira prevalência do nascimento por cesarianas (55%):

Gráfico 10: Proporção, por base de dados, dos tipos de parto realizados em Goiás.

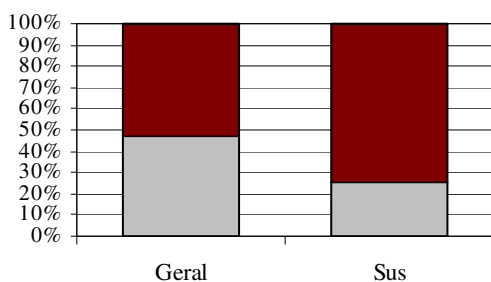
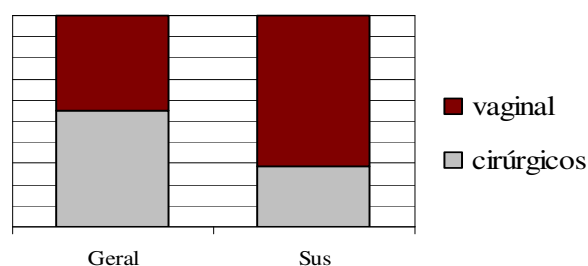


Gráfico 11: Proporção, por base de dados, dos tipos de parto realizados em Goiânia.



Fontes: Banco de dados do SINASC 2008 (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) de 1996 a 2005 / Banco de dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) – Arquivos reduzidos de 1998 a 2007. Variáveis: Tipo de parto X Ano do Nascimento (seleção ativa: capital de ocorrência – Goiânia) / Procedimento realizado X ano de internação (seleção ativa: procedimento obstétrico – partos normais e partos cesáreos)

Apesar dos dados apresentados oferecerem uma perspectiva adequada aos objetivos do programa, em relação à realização de partos cirúrgicos na rede pública, que atingem menos que 30% no total de partos realizados tanto na capital quanto no estado como um todo, novamente aqui se destaca a questão da subnotificação dos dados. Tal indicação foi apontada pelo levantamento dos indicadores especificamente nas três instituições focalizadas no trabalho, tendo em vista que, nos dados apresentados pelas mesmas, havia uma proporção muito maior de partos cirúrgicos do que a encontrada nos índices gerais, acima analisados; por outro lado, o número de partos vaginais notificados no sistema é maior do que aqueles declarados para o fim desta pesquisa. A fim de se constatar se havia, de fato, nas maternidades

⁵³ Nos dados sobre os nascimentos em geral (SINASC) foi feito um recorte do ano de 1996 até 2005, último ano disponível na ocasião da coleta de informações, já os dados referentes aos partos realizados pelo Sistema Único de saúde, o recorte se deu a partir de 1998, haja vista que os valores anteriores a este ano não foram significativos; por outro lado, nesta última base existem dados disponíveis até o ano de 2007.

em foco uma maior concentração dos partos cirúrgicos se fez uma comparação entre os dados coletados nas mesmas e aqueles indicados no SIH/SUS como referente a elas; o que se encontrou foi uma grande perda na notificação dos dados referentes aos partos cirúrgicos, acompanhada de uma sobrenotificação dos dados relativos aos partos vaginais:

Tabela 7: Proporção, por instituição analisada e fonte de dados utilizada, dos tipos de partos realizados:

	Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C	
	Vaginal	Cirúrgico	Vaginal	Cirúrgico	Vaginal	Cirúrgico
Instituição	62,86	37,14	57,74	42,26	52,10	47,90
SIH/SUS	77,96	22,04	73,12	26,88	70,52	29,48

Fonte: Dados fornecidos pelas instituições analisadas / Banco de dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) - Variáveis: Procedimento realizado X ano de internação (seleções ativas: procedimento obstétrico – partos normais e partos cesáreos; hospital GO CNPJ – instituições “A, B e C”)

Essa divergência também é importante ao analisarmos a variação na taxa de cesarianas ao longo dos anos, especialmente quando confrontados os dados das instituições específicas com os dados de Goiânia, tanto em geral quanto especificamente na rede pública de atendimento. Ao passo que Goiânia (ver gráfico 12) apresenta uma tendência de queda nos primeiros quatro/cinco anos, sucedida por uma tendência de alta nos últimos anos, nas instituições que disponibilizaram os dados, a variação é oposta, de alta nos primeiros anos da análise sucedida de queda nos últimos anos (Goiás também apresenta um parâmetro de variação muito semelhante).

Nos registros do total de partos assistidos em Goiânia nota-se que a proporção de partos cirúrgicos realizados no ano de 2005 (62%) já supera o percentual registrado no primeiro ano analisado, 1996, que era de 59%; nos registros dos partos realizados pelo SUS, a realização de partos cirúrgicos apresenta no ano de 1998 um índice de 12%, chegando a cair para 6% nos anos de 2000 e 2001, e atingindo o percentual de 11% no ano de 2007; já quando se analisa os dados fornecidos pelas instituições, os dados iniciais de 40% de partos cirúrgicos no ano de 2000 chegam a atingir 47% dos partos nos anos de 2004/2006 e caem para 43% no ano de 2008⁵⁴.

⁵⁴ Nas instituições, os dados do ano de 2008 se referem somente aos primeiros três trimestres, ocasião da coleta dos mesmos. Para cálculo das proporções das bases de dados, foram selecionadas as variáveis: Tipo de parto X Ano do Nascimento (seleção ativa: capital de ocorrência – Goiânia) para o SINASC / Procedimento realizado X ano de internação (seleção ativa: procedimento obstétrico – partos normais e partos cesáreos) para o SIH/SUS.

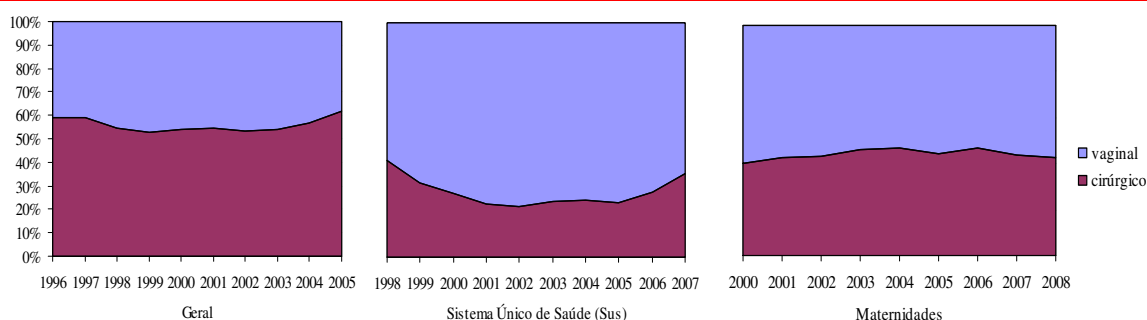


Gráfico 12: Proporção, por ano e prestador responsável, dos tipos de parto realizados em Goiânia.

Fontes: Banco de dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) / Banco de dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) – Arquivos reduzidos/ Dados disponibilizados pelas maternidades analisadas na pesquisa.

A impressão que se tem a partir de tais dos dois primeiros indicadores é que, caso essa queda na proporção de partos cirúrgicos tenha sido reflexo das medidas implementadas pelo programa, ela se mantém até os anos de 1999/2002, oscilando nos três, quatro anos seguintes e perdendo força nos últimos anos. Já a impressão a partir dos dados coletados nas maternidades é a oposta: houve um aumento significativo nos primeiros quatro anos e apresenta tendência de queda a partir de 2005, com exceção do ano de 2006, em que oscila para os valores antigos. De qualquer forma, dois dos três índices ainda apresentam proporções de partos cirúrgicos bem acima do ideal estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, que fica em torno dos 15%, principalmente ao analisarmos os dados gerais da capital.

Outro fator a ser considerado é a variação do número de partos assistidos pela rede pública de saúde, na qual se destaca que a representatividade destes na totalidade de partos realizados em Goiânia tem diminuído de forma gradual, no intervalo de 1998 a 2007: os partos realizados pelo SUS representavam 40% dos partos realizados no ano de 1998, percentual que cai para 31% do total de assistência ao parto na capital no ano de 2005. Essa diminuição gradual da assistência ao parto pela rede pública – que tem uma taxa de registros maior de parto normais em relação aos cirúrgicos – pode ser um fator a mais para explicar o aumento gradual na proporção de partos cesarianos no índice geral de assistências ao parto em Goiânia, como foi observado no gráfico anterior. Existem várias explicações possíveis para essa redução nos atendimentos: uma menor demanda por parte da população em relação ao serviço público, uma queda no número de nascimentos em geral ao longo dos anos analisados ou mesmo redução na capacidade de cobertura que o serviço público oferece; no entanto, a explicação de qual seria a principal causa desta queda demandaria um estudo mais aprofundado de outros fatores, que ultrapassa os objetivos desta pesquisa.

Já os partos em que são relatadas complicações como realização de manobras e

ocorrência de eclampsia há poucas notificações em Goiás, sendo de respectivamente 117 e 22 casos ao longo dos dez anos analisados (1998 a 2007). Dentre os dados registrados, nota-se também uma tendência de queda, nos dois indicadores, haja vista que, dentre os partos com eclampsia, desde 2001 não é registrado mais que duas ocorrências por ano, e, quanto aos partos por manobras, desde 2005 o registro máximo é de três casos, e desde o ano de 2002 os valores seguem em queda. Quanto aos dados relativos à Goiânia, os valores relatados não são significativos, na medida em que se tem, no intervalo de tempo analisado, o registro de 1 caso de parto com eclampsia e 18 partos com manobras.

Em relação aos dados referentes à realização de episiotomia durante o parto, foram disponibilizados, por duas das três instituições analisadas, apenas as proporções sobre o ano de 2007, que atingiram 38% dos partos na Maternidade A e 58% na Maternidade B, valores bem desfavoráveis. Já no percentual de induções realizadas foi relativamente mais favorável no mesmo período, representando 21% dos partos na Maternidade B, única instituição que disponibilizou tal informação⁵⁵. Se considerada ainda a possível sub-notificação estes dados se tornam mais alarmantes, pois:

Se considerarmos que a episiotomia tem indicação de ser usada, de acordo com as evidências científicas, em cerca de 10 a 15% dos casos (...) podemos imaginar o desperdício daquilo que é quantificável, como litros de sangue, dias de incapacidade, prejuízos na amamentação, material cirúrgico ou simplesmente dinheiro público, nas milhões de episiotomias inúteis realizadas anualmente. Além disso, temos o imponderável sofrimento físico e emocional das mulheres (DINIZ, 2001, p.186).

Por fim, será feito agora uma análise dos dados relativos à morbidade materna e neonatal entre os atendimentos realizados pela rede pública, a partir de dados obtidos pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que possibilitam acesso a esse tipo de informação. Entre as complicações maternas mais diretamente relacionadas ao parto, observa-se no gráfico abaixo⁵⁶ a variação das mesmas ao longo dos anos analisados em Goiás (que seguem uma tendência muito semelhante em Goiânia):

⁵⁵ Estes índices tornam-se ainda mais alarmantes ao se considerar a provável subnotificação que é inerente ao registro deste tipo de dado, como já fora discutido anteriormente; a própria falta de sistematização destes dados, que não são registrados no Datasus, já é indicativa do papel secundário que tais registros assumem. Nestes sentido, o depoimento de uma das gestoras, que afirmou que parou de registrar o número de induções porque o número de profissionais que preenchiam era insignificante já revela a dimensão do problema.

⁵⁶ A variável Cid10 foi utilizada apenas para contagem dos registros de hemorragia pós parto porque esta complicação, que é importante nos casos de mortalidade materna por causa obstétrica direta, não é registrada pela variável procedimento realizado; todavia, os registros desta última base foram mais abrangentes e detalhados no que diz respeito às infecções puerperais do que a Cid10, justificando a utilização de ambas.

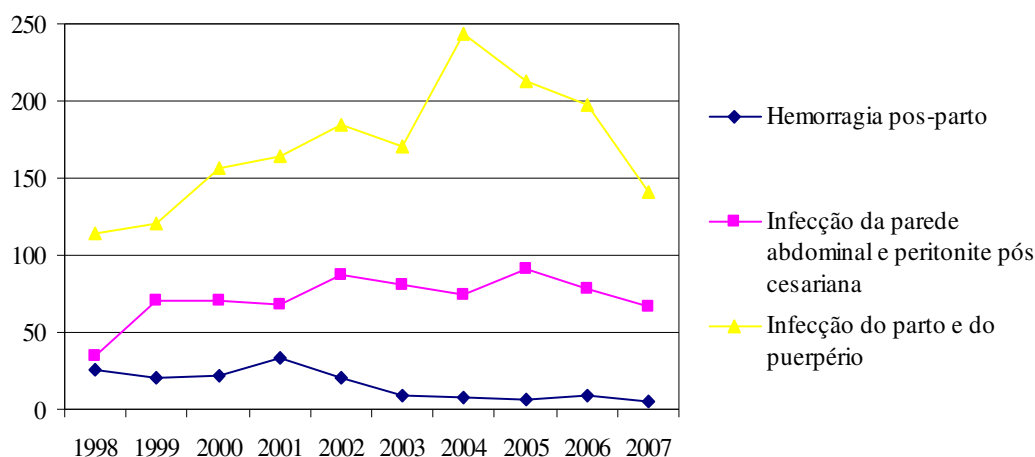


Gráfico 13: Distribuição, por ano, das principais complicações maternas diretamente relacionadas ao parto em Goiás no SUS:

Fonte: Banco de dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) – Arquivos reduzidos. **Variáveis:** Procedimento realizado (seleção ativa: 69000034, 69000042 e 69000093) X ano de internação e Diag. Cid10 cap 15 (seleção ativa: O72) X Ano de internação.

Quanto aos indicadores de infecções do parto e puerpério, que são os mais expressivos numericamente, percebe-se que os registros seguem uma tendência de alta linear até o ano de 2002, sofrendo queda acentuada no ano de 2003, registrando o maior valor encontrado no ano de 2004 (243 casos) e seguindo em baixa contínua nos três anos seguintes. Já as infecções específicas do parto cirúrgico, nos primeiros cinco anos (de 1998 a 2002) seguem em alta – não tão acentuada quanto às infecções em geral – que perde a força nos dois anos seguintes, e é retomada no ano de 2005, em que é contabilizado o maior valor (91 casos), também perdendo força nos últimos dois anos do intervalo, nos quais ocorre queda das frequências. Em relação ao registro de hemorragias específicas no pós-parto, os valores notificados foram muito baixos (o máximo de casos foi 26, no ano de 2001), e mantêm uma tendência de baixa até o ano de 2003 (com exceção do ano de 2001), apresentando relativa estabilidade após nos anos seguintes.

Os registros de autorizações de internações hospitalares (AIHs) que são contabilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) não possibilitam que se faça uma análise específica das complicações maternas por tipo de parto realizado. Entretanto, uma das instituições analisadas forneceu os dados relativos a infecções puerperais por tipo de parto realizado, que foram contabilizados no segundo semestre do ano de 2004. Apesar da quantidade de registros não indicar números alarmantes, tendo em vista que o acumulado dos seis meses indica apenas 13 casos para os 376 partos realizados, chama à atenção a superioridade da incidência deste tipo de complicação nos partos cirúrgicos (12), em

comparação com os partos normais (1 caso). Outro ponto interessante a ser destacado é a média de permanência registrada para estes tipos de complicações relacionadas ao parto (infecções, hemorragias, afecções e complicações em geral) que varia de 2,5 a 4,4 dias de internação em Goiás e de 3 a 4,9 dias em Goiânia, dias provavelmente adicionais à média de internação para o parto normal, que é de 2 dias.

Por outro lado, é possível a partir das AIHs calcular a taxa de mortalidade materna por tipo de parto realizado; ao se traçar esse comparativo, pode-se perceber que as taxas referentes aos partos cirúrgicos, no total do intervalo analisado, extrapolam, e muito, as taxas relacionadas aos partos vaginais, atingindo respectivamente, 40,4% contra 15,5% em Goiás e 69,3% contra 16,4% em Goiânia. Ao se analisar a variação dos dados sobre mortalidade em partos cirúrgicos ao longo do intervalo estabelecido, percebe-se que não há uma tendência linear estabelecida, tanto em Goiás quanto em Goiânia, sendo registradas quedas mais acentuadas nos anos de 2000, 2002 e 2005 e valores ascendentes nos demais anos, persistindo em alta nos últimos dois anos.

Tabela 8: Distribuição, por ano, da taxa de mortalidade materna no Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiânia e Goiás:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
	GOIÁS										
Partos vaginais	11,8	19,2	11,8	24,4	14,1	14,7	17,8	10,9	8,9	20,7	15,5
Partos cirúrgicos	47,5	48,3	15,9	27,0	17,6	35,0	70,7	36,2	43,9	52,3	40,4
	GOIÂNIA										
Partos vaginais	8,6	0,0	8,5	19,0	0,0	32,9	44,9	10,5	21,3	25,1	16,4
Partos cirúrgicos	61,3	49,1	22,9	32,3	30,2	52,9	141,5	69,3	110,7	134,7	69,3

Fonte: Banco de dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) – Arquivos reduzidos. Variáveis: Procedimento realizado X ano de internação (seleção ativa: procedimento obstétrico – partos normais e partos cesáreos) X frequência e óbito.

Em relação à mortalidade nos partos vaginais, há, em Goiás, uma oscilação muito grande nos primeiros cinco anos, com frequências mais estabilizadas nos anos subseqüentes (com exceção do ano de 2006, em que há uma queda representativa); quanto aos dados referentes à Goiânia, também não há um padrão de variação, sendo registradas duas altas significativas nos anos de 2001 e 2004, e três quedas acentuadas nos anos de 1999, 2002 e 2005, sendo registradas altas consecutivas nos últimos dois anos da análise.

5. A “humanização” in lócus: o parto no cotidiano institucional

Como salientado anteriormente, na tentativa de se compreender um fenômeno social em toda sua complexidade e abranger o máximo possível de aspectos que o integram, além da análise de indicadores e da estrutura de funcionamento institucional que foi empreendida no capítulo anterior é importante ainda que sejam trazidos para a discussão fatores relacionados mais diretamente à esfera subjetiva, vinculada ao próprio cotidiano das relações estudadas, que, no caso deste trabalho, estão localizadas em contextos institucionais específicos.

Neste sentido, cabe retomar que um dos pilares do Programa de Humanização é a valorização de uma “cultura de humanização”, termo trazido pelo próprio manual ministerial (BRASIL, 2000) a fim de destacar o resgate do diálogo como valor humano característico das relações, em contraposição ao uso despersonalizado da tecnologia no atendimento de saúde. A partir disto, foram questionados e observados para profissionais e usuárias dos serviços oferecidos nas duas instituições analisadas aspectos vinculados ao nível de diálogo entre médicos/enfermeiros e gestantes/puérperas, tanto no momento anteriores ao parto (consultas pré-natal, reuniões do grupo de gestantes) quanto durante o próprio processo do parto (trabalho de parto e parto).

Outro ponto trazido pelo programa, também relacionado ao diálogo, é a valorização dos aspectos culturais dos sujeitos envolvidos no processo de atendimento nas instituições de saúde; esta se relaciona tanto na ampliação de especialidades envolvidas no atendimento e as condições de trabalho envolvidas no processo (não somente materiais, mas também humanas, como capacitação, relacionamento com a equipe e a comunidade) quanto o contexto sócio-cultural do público atendido (experiências, contexto familiar, nível de escolarização, religião, etc.). Neste sentido, nas entrevistas realizadas foram abordadas também questões relativas aos valores dos sujeitos envolvidos (sobre parto, gênero e sexualidade) e às suas experiências (informações, expectativas, formação e experiência profissional, condições de trabalho).

Em muitos desses questionamentos, e também em algumas perguntas específicas, foram abordados aspectos relacionados ao conhecimento das propostas do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, e se estas eram reconhecidas como parte do programa referido, a fim de reconhecer o nível de implementação de suas propostas e até que ponto elas são reconhecidas como integrantes de uma ação governamental. Além das

descrições relativas à realização das entrevistas, também é trazido, a seguir, algumas observações realizadas entre mulheres e profissionais sobre o cotidiano de funcionamento.

5.1. Caracterização dos sujeitos entrevistados

Foram realizadas, ao todo, trinta e duas entrevistas nas duas instituições analisadas (18 em cada uma delas), sendo metade com profissionais (8 médicos, 4 enfermeiros e 4 gestores) e metade com mulheres atendidas nas maternidades (8 gestantes e 8 puérperas). Durante a abordagem no campo pode-se notar uma maior presença de gestantes na Maternidade A, situação que foi oposta à da Maternidade B, na qual se encontravam mais puérperas, o que refletiu na proporção de questionários aplicados para cada segmento em cada uma das instituições (5 gestantes para 3 puérperas, na primeira instituição, e o oposto na segunda). Entre os profissionais de medicina e enfermagem, a duração média das entrevistas foi de, aproximadamente, 16 minutos e 40 segundos, ao passo que, entre os gestores, a duração média foi de quase 20 minutos (19 minutos e 46 segundos) e com as mulheres atendidas 12 minutos e meio. Apesar desta média de duração, houve uma variação muito grande na duração das entrevistas, sendo que a mais longa teve duração de quase 43 minutos, com um dos profissionais gestores e a mais curta de 8 minutos e 18 segundos, com uma das puérperas atendidas.

A idade das mulheres entrevistadas variou entre 18 e 29 anos, sem determinação prévia, sendo mais freqüente os valores de 18 e 21 anos (três casos cada) e 20 a 27 anos (dois casos cada); quase todas declararam ser casadas ou morar junto, sendo que apenas uma é solteira. Declaram também ter uma renda familiar média de, aproximadamente, R\$ 1034, 00, havendo uma variação bem ampla, sendo a menor de R\$ 200,00 e a maior de R\$ 2000,00; a maior parte das entrevistadas mora somente com o marido (5 casos) ou com o marido e filho (8 casos), sendo que as demais moram com a mãe e outros familiares (2 casos) ou com a família do esposo (1 caso), em residências habitadas por cinco a sete pessoas; a chefia da família é declarada predominantemente como responsabilidade do marido (8 casos), em segundo lugar como encargo do casal (6 casos), e, nos dois domicílios restantes, a chefia foi atribuída à mãe e à própria entrevistada.

A maior parte das entrevistadas tem o ensino médio completo, sendo que as demais têm o ensino fundamental completo (3 casos) ou incompleto (2 casos). Em relação ao auto-reconhecimento nas categorias de raça/cor, houve uma maior predominância para a opção “parda”, escolhida por 9 entrevistadas, em contraposição à categoria “negra”, que teve a adesão de somente uma entrevistada; as demais entrevistadas se reconheceram como amarelas (dois casos) ou morenas (3 casos). Quanto à religiosidade, a maior parte delas declarou ser católica (7 casos) ou evangélica (5 casos) e apenas duas declararam não ter religião; todas afirmaram que a religiosidade é importante em suas vidas, sendo muito importante (7 casos), razoável (6 casos) ou pouca (3 casos).

Entre as mulheres entrevistadas, apenas quatro (3 gestantes e 1 puérpera) já tinham filho, além dos recém-nascidos ou daquele em gestação, sendo que duas destas relataram gestação anterior que terminou em aborto; a idade gestacional média das entrevistadas que ainda estavam grávidas era de 35 semanas (aproximadamente 8 meses), já entre as puérperas o parto ocorreu, em média, durante a trigésima nona semana (quase nove meses completos); quanto às consultas pré-natal realizadas, entre as gestantes a média ficou em 6 consultas, e entre as puérperas, que já haviam finalizado o pré-natal, a média é de 8 consultas. Tratavam-se todas de gestações de baixo risco, nenhuma com indicação prévia de parto cirúrgico, sem intercorrências graves; apenas duas gestantes relataram problemas, relacionados à perda de sangue e infecção urinária e uma puérpera com problemas respiratórios na gestação, que não ocasionaram problemas durante o parto.

Já entre os profissionais, a distribuição dos participantes da pesquisa ficou na proporção de onze mulheres para cinco homens, sem determinação prévia da distribuição; especificamente entre os seis gestores, apenas um entrevistado era homem, entre os quatro profissionais da enfermagem estava outro entrevistado do sexo masculino, e os outros três eram obstetras, entre os dez entrevistados da medicina. Houve uma variação muito grande na idade dos entrevistados, que também não foi pré-determinada e variou entre 29 e 58 anos, sendo que as idades mais comuns foram de 35 e 42 anos, com dois casos cada uma; o entrevistado mais novo foi um profissional da área de enfermagem e o mais velho foi um gestor. Apenas dois entrevistados declararam não ter nenhum tipo de pós-graduação, sendo que a especialização foi a opção predominante para essa qualificação extra (entre 9 médicos e 3 enfermeiros); a qualificação na área de mestrado foi relatada por um médico, e a licenciatura por uma enfermeira.

As pessoas deste segmento são predominantemente casadas (8 casos), sendo as demais solteiras (4 casos), separadas (3 casos) e viúvas (1 caso). A maior parte dos entrevistados declarou morar com filhos e cônjuge, sendo somente com estes (6 casos) ou também com outro familiar ou empregada (2); três declararam morar sozinhos, três declararam morar somente com a mãe (2) ou filho (1), um com pai, mãe e irmãos e um com o irmão, cunhada e sobrinhos. Pode-se perceber uma maior concentração de entrevistados casados na instituição B (6 dos 7 casos) em contraposição a maternidade A (2 dos 7 casos). Quanto à religião, somente dois entrevistados declararam não seguir nenhuma e nenhum declarou que a religiosidade não tem importância em suas vidas, em contraposição aos que declararam que esta é muito (11) ou razoavelmente (5) importante; a maior parte dos entrevistados é católica (9), sendo os demais evangélicos, espíritas (2 casos cada) ou “cristã” (1 caso).

De uma forma geral, existe um contato prolongado desses trabalhadores com a instituição, tendo em vista que apenas três têm menos que um ano de vivência profissional, dos quais dois foram remanejados para a instituição devido à reforma de outra unidade de saúde; os demais já atuam no intervalo de tempo que varia de 2 a 17 anos, sendo que o tempo mais comum de serviço foi de seis anos (citado 4 vezes), seguido pelos valores de dez e três anos (3 casos cada um). A maior parte destes profissionais (12) trabalha também em outras instituições, alguns em outra cidade ou estado (3), sendo que a carga horária relatada variou de 30 a 90 horas semanais, sendo mais comum a carga de 60 horas semanais (com 6 casos) e, em menor proporção, 40 horas (2 casos); geralmente, o trabalho se dá em outras instituições públicas (5 casos) ou em instituições públicas e privadas (4), e, com menor representatividade, somente em outras instituições privadas (2).

Percebe-se que a média de trabalho destes profissionais está bem acima do padrão regulamentado pela constituição e CLT (art. 7º e 58), o que é uma situação comum para vários segmentos profissionais, apesar de ser mais comum em trabalhos menos qualificados; entretanto, deve-se levar em conta todo o *status* que envolve a profissão de médico, além do alto custo e a dedicação exclusiva que o curso superior envolve, fazendo com que estes trabalhadores esperem por uma remuneração adequada à sua formação, o que nem sempre é realidade ao se trabalhar em instituições públicas. Deve ser destacado ainda que o trabalho de grande parte dos profissionais de saúde dentro das instituições se dá em regime de plantões de doze horas de trabalho, alternados por períodos de descanso com o triplo do tempo, trinta e seis horas (SILVA, 1994); entretanto, por vezes, alguns profissionais optam por duplicar esta carga, perfazendo carga de vinte e quatro horas de trabalho direto, seguidas por folgas de

setenta e duas horas, que algumas vezes, são utilizados para trabalhar em outros locais. Este regime de trabalho exaustivo foi relatado por uma profissional de enfermagem da Maternidade B, em conversa informal nas observações de campo realizadas.

Outro aspecto importante de ser destacado é que, nesta mesma unidade, ocorreu uma greve, com duração de aproximadamente três dias, no final do ano de dois mil e oito, na qual os profissionais reivindicaram melhores condições de trabalho e remuneração igual às demais unidades de saúde públicas da cidade⁵⁷. Como é exposto por Diniz (2001), essa carga excessiva de trabalho pode acabar por incentivar, para alguns profissionais, condutas mais intervencionistas, como realização de indução e partos cirúrgicos, a fim de organizar o tempo de atendimento e descanso durante os plantões para que o profissional possa agüentar os regimes de plantões dobrados. Neste sentido, o Programa governamental instituiu um sistema de incentivo para a realização do pré-natal (dez reais para o município que inscrever a gestante até 120 dias e quarenta reais para o município e unidade pela conclusão e registro do pré-natal com realização de todos os exames, vacina antitetânica e consulta puerperal); outro ponto englobado por este programa foi o reajuste nas remunerações dos procedimentos do parto (cento e dez reais, remuneração referente ao profissional responsável para as duas modalidades de parto)⁵⁸.

Já ao se fazer um esboço relativo aos valores dos sujeitos entrevistados, tendo como foco as questões de gênero e sexualidade, sem comparar as diferenciações quanto às categorias (profissionais ou mulheres atendidas) ou instituições analisadas, notamos que há uma maior flexibilidade em relação aos papéis de gênero, principalmente nas questões com uma abordagem mais explícita. Isso é percebido principalmente pela forte recusa do questionamento “algumas pessoas dizem que existem algumas atividades que são mais de mulher (como limpar e cozinhar, trocar fralda e dar banho nos bebês, etc.) e outras que são mais de homem (como pequenos consertos em casa, lavar o carro, levar as crianças para escola ou hospital, etc.)”, da qual vinte, das vinte e seis pessoas entrevistadas, declararam discordar muito, em contraposição àquelas que afirmaram concordar muito (4) ou um pouco (2) com a mesma; em menor escala, pode destacar ainda a baixa identificação (respectivamente 7 e 10 casos) com o provérbio “os homens mandam no mundo, mas as mulheres mandam nos homens” e a

⁵⁷ A greve foi noticiada por jornal televisivo de grande repercussão regional, e não teve seu nome nem data divulgados a fim de dificultar a identificação da instituição de saúde, que é protegida por questões éticas neste trabalho.

⁵⁸ Para mais detalhes, ver: portaria GM-MS nº 572, de 1 de junho de 2000 e Serruya (2003).

afirmação que “meninos e meninas devem ser educados de forma diferenciada, pois existem diferenças biológicas entre homens e mulheres que são descritas até mesmo pela bíblia”.

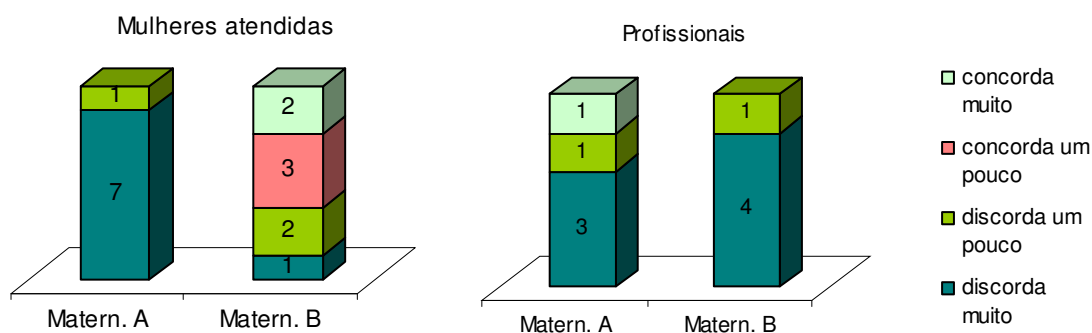
O mesmo não acontece quando os questionamentos assumem um aspecto menos explícito e se vincular com possíveis explicações biológicas ou naturalizadas que legitimem as divergências entre comportamentos femininos e masculinos. É o se percebe na análise das proposições “os homens, por natureza, são mais agressivos, agitados e menos sentimentais que as mulheres” e “as mulheres têm mais facilidade para controlar a vontade de fazer sexo que os homens” nas quais há uma maior adesão que rejeição (respectivamente, de dezoito e quatorze sujeitos da pesquisa, que afirmaram concordância). Também no questionamento sobre o papel da sexualidade predominou uma postura mais tradicional, relacionada com a associação entre sexo e amor; tradicionalmente, esta é uma relação vinculada com um ideal feminino, que converge com a característica majoritária do público entrevistado na pesquisa, na qual apenas quatro pessoas eram homens. Todavia, é importante fazer uma ressalva, na medida em que a vinculação entre sexo e amor também foi unânime entre os quatro homens entrevistados.

Neste sentido, a afirmação de que o sexo existe, em primeiro lugar “para as pessoas mostrarem que se amam” contou com a adesão de vinte e duas pessoas; em segundo lugar, dezessete participantes afirmaram que o sexo existe “para as pessoas terem prazer”, em contraposição às oito mulheres que salientaram a função “ter filhos” como segunda finalidade da prática sexual. Houve neste questionamento diferenças significativas nas respostas, tanto em relação à categoria do participante (se era profissional ou mulher atendida) quanto à instituição em que a entrevista foi realizada, sendo que houve uma maior aglomeração de casos mais conservadores entre as mulheres, principalmente aquelas atendidas na instituição B. Assim, enquanto os profissionais foram uníssomos na afirmação de que o sexo existe primeiro para demonstrar amor e depois para sentir prazer, entre as mulheres atendidas, duas afirmaram que a primeira finalidade do sexo é ter filhos e uma afirmou que é ter prazer, enquanto a segunda finalidade do sexo ficou bem dividida entre as duas opções, na proporção de oito para oito; também chama a atenção o fato de que, na Maternidade B, a demonstração de amor foi eleita de forma unânime como a primeira finalidade do sexo, tanto por profissionais quanto pelas mulheres assistidas.

Ao se analisar detalhadamente algumas questões abordadas anteriormente, percebem-se variações significativas quanto à instituição do sujeito entrevistado; ao se fazer uma investigação mais detalhada, nota-se que essa diferenciação é impulsionada ora apenas pelas

respostas das mulheres atendidas, ora por ambos os segmentos. Assim, quando revemos os posicionamentos relativos à afirmação “algumas pessoas dizem que existem algumas atividades que são mais de mulher (como limpar e cozinhar, trocar fralda e dar banho nos bebês, etc.) e outras que são mais de homem (como pequenos consertos em casa, lavar o carro, levar as crianças para escola ou hospital, etc.)” a opção “discorda muito” é destacada entre as mulheres da instituição A em proporção bem maior em relação às entrevistadas da instituição B (7 para 1), da mesma forma que as opções “concorda um pouco” ou “concorda muito” são cumulativamente bem representativas na instituição B, com 5 adesões, ao contrário da instituição A, na qual não houve nenhuma concordância; já entre os profissionais, não há uma disparidade muito grande nas respostas dadas, como se observa na ilustração abaixo:

Gráfico 14: Frequência, por categoria e instituição, de opiniões relativas existência de atividades específicas para homens e mulheres.



Fonte: Dados das entrevistas realizadas nesta pesquisa

As justificativas dadas para as respostas podem ser divididas em três grandes categorias, geralmente convergentes com as opções “concorda muito”, “concorda ou discorda em parte” e “discorda muito”: aquelas que argumentam que os cuidados com a casa são responsabilidade da mulher, como ilustrado pelas frases “serviço de casa é de mulher, homem não tem nada a ver com serviço de casa” ou “é tradicional por mais que as sociedades estejam evoluindo não se muda uma tradição assim em pouco período”; as que concordam com a afirmação de que existem atividades mais específicas para homens ou mulheres, mas que isso não impede que um ajude ou outro ou ambos pratiquem, como, por exemplo “não é uma inverdade absoluta (...) agora não quer dizer que isso aí não seja excludente, a mulher pode muito bem trocar pneu do carro, como o homem troca seu bebe”; e as que não concordam que haja nenhuma divisão nas atividades praticadas, representado por frases como “está tudo

muito misturado hoje, os dois dividem as tarefas” ou “todo mundo tem que fazer qualquer serviço, tanto homem, quanto mulher”.

Outro questionamento em que as respostas das mulheres entrevistadas na instituição B ganham destaque mais conservador é sobre a proposição “os homens, por natureza, são mais agressivos, agitados e menos sentimentais do que as mulheres”, na qual há uma predominância da opção “concorda”, que abrangeu seis das oito entrevistadas, situação diferenciada na outra instituição, na qual apenas metade das mulheres aderiu a esta opção.

No entanto, esta distinção nas opiniões encontradas nem sempre se limita apenas às mulheres atendidas, sendo que, em outras duas questões, também há uma tendência semelhante entre os profissionais entrevistados. É o que se percebe ao observar os posicionamentos sobre a afirmação “as mulheres têm mais facilidade de controlar a vontade de fazer sexo que os homens” para a qual houve discordância de apenas dois indivíduos (um profissional e uma mulher atendida) na instituição B, situação um pouco diferenciada da outra maternidade, na qual ocorreram seis casos de discordância (quatro profissionais e duas mulheres). Também na frase “é certo que meninas e meninos sejam educados de forma diferente, pois existem diferenças biológicas entre homens e mulheres que são reconhecidas até mesmo pela bíblia” a concordância dos entrevistados foi proporcionalmente menor na instituição A (2 mulheres e 1 profissional) do que na instituição B, na qual quatro mulheres e três profissionais afirmaram concordar com a mesma sentença.

A adesão a estas proposições indica uma persistência de valores que ainda são ligados a determinismos biológicos e, em uma das afirmações legitimada ainda por fundamentação religiosa; como é indicado por Citeli:

Entende-se por determinismo biológico o conjunto de teorias segundo as quais a posição ocupada por diferentes grupos nas sociedades — ou comportamentos e variações das habilidades, capacidades, padrões cognitivos e sexualidade humanos — derivam de limites ou privilégios inscritos na constituição biológica (2001, s/p).

Assim, ainda se percebe, nos valores de uma parte significativa dos entrevistados, principalmente entre as mulheres atendidas, a aceitação de que as características biológicas distintas entre homens e mulheres são constitutivas na compreensão do motivo pelo qual existem comportamentos diferenciados entre os sexos, sendo estes valores repassados de geração em geração. Em um primeiro momento, a adesão aos posicionamentos “homens são, por natureza, mais agressivos, agitados e menos sentimentais que as mulheres” ou que “as

mulheres têm mais facilidade para controlar a vontade de fazer sexo” pode não parecer importante; todavia, este tipo de concepção serve para justificar – algumas vezes apenas de forma subjetiva e inconsciente, outras vezes explicitamente – violências de gênero recorrentes em nossa sociedade.

Como exemplo, pode-se recorrer a um artigo (CITELI, 2001) que analisa o uso de pesquisas científicas, no campo das ciências naturais, pelos meios de comunicação, sempre na busca de chamar a atenção dos consumidores com manchetes impactantes, como: “Estupro: geneticamente programado no comportamento masculino (*Science Digest*); Os homens são geneticamente mais agressivos porque são mais indispensáveis (*Newsweek*); Gene pode explicar diferenças entre os sexos (O Globo, 1º de outubro de 1999)”. Também em âmbito nacional pode-se usar como exemplo uma série chamada “Neurológica”, vinculada pelo programa Fantástico, da rede globo de televisão, que toda semana buscava mostrar como determinados comportamentos – inclusive relativos a homens e mulheres – eram explicados por mecanismos biológicos do funcionamento do cérebro humano. Não é o caso, na perspectiva dos estudos de gênero, de negar ou eliminar a biologia do campo social, na medida em que se compreende que o gênero também tem uma dimensão e uma expressão biológica, o que se compreende é que há

Uma estreita e contínua imbricação do social e do biológico, e nossa compreensão de gênero provavelmente deve supor tal imbricação. Embora continuemos afirmando que a construção dos gêneros é, fundamentalmente, um processo social e histórico, temos de admitir que esse processo, sem dúvida, envolve os corpos dos sujeitos (LOURO, 1996, p.11).

Para além destes casos explícitos, a aceitação das proposições mencionadas pode se vincular também a uma postura tradicional durante o parto, na medida em que, se há uma aceitação de que a atividade e agitação são menos características na mulher, é esperado e justificável que estas adotem posições mais imobilizadas e menos verticalizadas durante o parto. Outro ponto importante, e central nesta análise, é que, se estas características são dadas pela natureza, não existe justificativa para o diálogo, na medida em que a natureza é vista como algo imutável, que, em ponto extremo, só poderia ser redefinido por modificações genéticas; aqui, novamente poderia haver uma justificativa para a aceitação da assistência ao parto nos moldes tradicionais, como a mais adequada para as características femininas.

Já a adesão à pergunta “as mulheres têm mais facilidade para controlar a vontade de fazer sexo que os homens” pode se relacionar com uma maior responsabilização da mulher sobre os métodos contraceptivos e, conseqüentemente, uma maior condenação desta em

relação à prática do aborto, na medida em que caberia a ela a maior responsabilidade em prevenir uma gravidez não desejada. Isso porque, se os homens controlam menos a vontade de fazer sexo, para eles o sexo se relaciona mais com a expressão de desejos e instintos, com um ato impulsivo, relacionado às suas necessidades biológicas, do que com uma decisão refletida, que caberia às mulheres, que têm mais facilidade para controlar seus ímpetos.

Assim, ao serem argüidos sobre se “as mulheres que interrompem a gravidez por meio de um aborto ilegal deveriam ser punidas?” também fica destacada uma divergência em relação às diferentes categorias entrevistadas: entre as mulheres atendidas não houve dúvidas, sendo que a resposta unívoca foi sim, situação que foi diferenciada entre os profissionais, que aderiram mais à resposta não, escolhida por sete dos dez entrevistados; no mesmo sentido está o tipo de punição considerada adequada entre aqueles que apontaram a punição como pertinente: entre os profissionais, o tipo de penalidade foi cadeia (2) e penas sócio-educativas (1), ao passo que entre as mulheres até mesmo a pena de morte chegou a ser evocada em dois casos, apesar da pena sócio-educativa ter sido bastante significativa (6 casos) juntamente com a detenção (7 casos) .

Quando são analisadas as justificativas para as respostas, entre as mulheres as principais linhas de argumentação são duas: de que ela tem que pagar por atentar contra a vida de um indivíduo, que apesar de não estar formado já é plenamente reconhecido como sujeito, às vezes citado genericamente como vida, mas, na maior parte das vezes celebrado como alguém, criança, neném ou pessoa; outro argumento também evocado, às vezes juntamente com o primeiro, é que existem meios para a prevenção de uma gestação não desejada e que a opção disponível para mulher é não engravidar e, uma vez que isso aconteça, ela tem obrigação de manter a gestação e deve ser punida por interrompê-la. Tais opiniões são melhor ilustradas pelos depoimentos abaixo:

“É muito errado tirar a vida de uma criança” (Gestante 2, Maternidade A: 22/10/08)

“porque eu acho que ninguém deve tirar a vida de ninguém, né” (Puérpera 8, Maternidade A: 13/10/08)

“Acho errado tirar a vida de alguém, só porque tá dentro de você, se você matar alguém na rua, você vai ser punido” (Puérpera 2, Maternidade B: 14/10/08)

“Se ela fez por livre e espontânea vontade, eu acho que tinha, porque isso é um crime” (Gestante 6, Maternidade B, 14/11/08)

“Ela tem meios de evitar, a criança não pede pra nascer, aí depois que ela já está ali, pronta e perfeita tirar” (Gestante 4, Maternidade A: 13/11/08)

“Ah, se não queria porque que fez então, se for pra abortar o bichinho, porque que fez então, a mulher que faz uns trem desse tem que morrer, né, abortar uma criança” (Puérpera 5, Maternidade B: 10/11/08).

Entre os profissionais, somente três entrevistados argumentaram pela punição das mulheres, cada um evocou uma justificativa diferenciada, sendo que duas têm pontos em comum com alguns depoimentos acima mencionados: a primeira, mais de cunho valorativo, de que é um crime e tem que ser tratado como tal; a segunda, com forte base na experiência profissional, de que existem muitos meios de prevenção, citando que na própria instituição são oferecidas palestras com adolescentes que são informadas sobre a distribuição de métodos contraceptivos e, por isso, quando engravidam devem ser punidas ao interromper a gestação; a terceira justificativa foi baseada na existência dos abortos por repetição, argumentando sobre a necessidade de medidas sócio-educativas que conscientizem as mulheres que praticam aborto sobre os riscos que isso traz à própria saúde.

Houve entre as mulheres e estes profissionais que eram favoráveis à punição nos casos de aborto uma diferença qualitativa na justificativa para a penalidade: para as mulheres a pena era associada a comentários como “alguma coisa com criança” ou “algum serviço pra ajudar a reparar o mal que ela faz”, valorizando o aspecto de castigo individual e reparação para a sociedade do erro cometido; já entre os profissionais, o aspecto regenerativo da pena foi majoritário, focalizando que a pena seria uma parte no processo de reeducação.

Entre as justificativas dos profissionais que declararam não concordar com a punição das mulheres que praticam o aborto, duas foram as principais linhas de motivação que, em algumas respostas, se encontravam combinadas. Na primeira é destacada a peculiaridade de cada caso, que não se sabe o momento que a pessoa está vivendo, e que não cabe a terceiros puni-las por não levar adiante a gestação; relacionado a isto, foi destacada também a necessidade de acompanhamento para estas mulheres, para saber a causa desta prática e orientá-las. Outro ponto discutido é a desnecessidade da aplicação de penas, haja vista que a própria mulher irá sofrer as consequências de seus atos futuramente, o que já se constitui como um tipo de punição adequado, que será aplicada a ela; o argumento de que a criança não deve nascer e passar por sofrimentos por causa de uma gravidez mal planejada também foi evocada por uma das pessoas entrevistadas. Alguns trechos dessas respostas ilustram bem esses posicionamentos:

“Acho que a punição que elas terão elas mesmas vão tá passando por ela sem que qualquer pessoa determine acho que a própria vida as ensinará” (Profissional 10, Maternidade A: 24/11/08)

“Acho que tem muita situação que é difícil você julgar, se aquela mulher vai exercer a maternidade dela de maneira plena, se ela realmente tá preparada pra ter um filho, porque as vezes ela tá tão despreparada a criança que vem vai sofrer tanto” (Profissional 3, Maternidade B: 11/11/08)

“A questão é que cabe a quem aplicar a punição [...] cada um assim a mulher sabe o momento que ela tá vivendo ela sabe os motivos, o que levou ela a fazer esse tipo de coisa” (Profissional 2, Maternidade B: 11/11/08)

“Elas deveriam ser acompanhadas, porque a situação que elas tão passando é que levaram aquela situação [...] eu acho que falta saber o que levou essa paciente a tomar essa atitude” (Profissional 5, Maternidade B: 14/11/08).

Este posicionamento diferenciado entre os profissionais e suas diferentes linhas de argumentação pode ser, muitas vezes, influenciada pelo próprio contato que os mesmos têm com a situação, que, como se sabe, é freqüente o atendimento em hospitais de mulheres em processo de abortamento induzido por elas próprias ou por terceiros de forma ineficaz e danosa (FARIA E NOBRE, 1997; REDE NACIONAL FEMINISTA, 2002; OLIVEIRA, 2005). Assim, a vivência e o contato deste grupo com as mulheres que praticam o aborto, com o sofrimento vivido por elas talvez seja um fator transformador das representações dos profissionais sobre esta prática; isto porque as representações sociais, de acordo com o referencial adotado neste trabalho (Moscovici, 2003) são estruturas dinâmicas, orientadas para as práticas dos grupos e voltadas para tornar cognitivamente compreensíveis as situações que não são familiares, propiciando um sentido de compreensão mútua que não ameace os marcos referenciais do próprio grupo. O depoimento abaixo ilustra bem o contato delicado dos profissionais com a situação:

“Não sei qual é a situação dela, qual o contexto que ela vive, uma vez chegou uma aqui que tomou o remédio em casa, desempregada, toda aquela história, né, aí a vizinha chamou a polícia, aí acharam o Citotec, levaram ela algemada pro hospital, deixaram ela algemada lá pra abortar, então quem sou eu pra julgar” (Profissional 6, Maternidade A: 14/11/08).

De uma maneira geral, ao se analisar o conjunto das respostas relacionadas às valorações de gênero e sexualidade, percebe-se que ainda persistem algumas diferenciações entre os padrões de comportamento considerados aceitos para homens e mulheres, mesmo que este, por vezes, não seja manifestado de forma explícita, como discutido anteriormente. Também é importante destacar que há uma variação significativa ao se confrontar os valores entre os diferentes grupos (profissionais e mulheres atendidas) e instituições analisadas, ficando clara, por vezes, um comportamento mais conservador por parte das usuárias dos serviços, principalmente aquelas entrevistadas na Maternidade B.

Apesar disto, deve-se destacar os limites de tais afirmações, tendo em vista que não se trata aqui de um estudo quantitativo, com definição de amostra significativa, que possa ser generalizado com certa margem de segurança para todo o público atendido pelas instituições ou os profissionais que nela trabalham. Assim, esta caracterização quanto aos valores relativos a gênero e sexualidade é válida no que diz respeito aos vinte e seis sujeitos entrevistados, ao passo que o perfil sócio-econômico inclui mais seis gestores em seu âmbito de alcance.

Pelas características deste estudo, que procura abordar a temática a partir de sua faceta quantitativa e qualitativa, não foi possível ampliar essa caracterização para todo o público e profissionais envolvidos com as instituições, haja vista o curto período de tempo para o desenvolvimento da pesquisa; a princípio, acreditou-se, por meio de observação preliminar nas bases de dados do Datasus, que as informações básicas de características sócio-econômicas do público atendido (idade, ocupação, raça-cor, etc.) estariam disponíveis nas bases de dados, todavia, nas instituições analisadas não havia coleta deste tipo de informação previamente sistematizada e, conseqüentemente, não estava disponível no sistema.

Por outro lado, tendo em vista as pretensões qualitativas de caracterizar os entrevistados quanto a valores específicos – como aqueles relativos à atribuição de determinados comportamentos como mais relacionados aos sexos masculino ou feminino – é importante destacar esta impressão de conservadorismo; isto porque este foi um aspecto que se sobressaiu na análise do conjunto de questionamentos, na medida em que o mesmo pode ajudar na compreensão da dinâmica observada nas relações estabelecidas cotidianamente dentro das instituições analisadas durante trabalho de campo. E, como nos traz Minayo (1994, p.203), uma das argumentações da metodologia qualitativa é justamente tentar “ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda”.

5.2. A “humanização” na experiência de gerar e parir no contexto institucional

Tendo em vista a importância do diálogo como base de uma nova “cultura de atendimento”, como foi discutido no início deste capítulo e também no primeiro capítulo, aspectos relativos ao nível de repasse e negociação de informações foram abordados entre as

mulheres entrevistadas; quase todas afirmaram que recebiam orientações sobre gestação e realizavam exames clínicos, como aferimento de pressão arterial, pesagem e ausculta dos batimentos cardíaco do feto, o que vai ao encontro dos indicadores discutidos no capítulo anterior, que apontam para um melhora na cobertura e no atendimento pré-natal tanto em Goiânia quanto em Goiás.

Já quando se aborda este repasse de informações em um nível mais abrangente, metade das entrevistadas afirmou não ter recebido nenhum tipo de informação sobre o parto; entre aquelas que foram informadas, somente três mulheres enfatizavam que foram bem esclarecidas e uma declarou que, apesar de ter recebido informações, estava insatisfeita porque estas foram repassadas somente na última consulta e muito rápido, e ela só descobriu mesmo na hora do parto como seria; ambas as situações são ilustradas nos depoimentos abaixo:

“Sempre foi dada orientação, mas as informações sobre o parto foram ditas muito rápido, somente na última consulta, todas as etapas que passei, só soube na hora mesmo” (Puérpera 1, Maternidade A: 15/11/08)

Entre as entrevistadas apenas três já haviam tido experiências anteriores ao parto, duas com parto anterior, uma delas também com aborto anterior, e uma somente com aborto anterior; em relação aos partos, uma relatou parto normal muito doloroso, com onze horas de duração em outra instituição, enquanto a outra teve cesariana anterior; somente uma das entrevistadas participava de grupo de orientação, de planejamento familiar, que é de adesão obrigatória para quem pretende fazer histerectomia ou implante de D.I.U. (dispositivo intra-uterino).

Apesar da quantidade significativa de mulheres que citaram não receber informações, principalmente sobre o parto, a maior parte delas (9) declarou se sentir livre para esclarecer as dúvidas; destacaram-se aquelas que utilizaram expressões bem contundentes, como “sempre” ou “ih, à vontade” para declarar sua liberdade, em contraposição às que usaram expressões como “pouca” ou “mais ou menos” quanto à liberdade para esclarecer dúvidas. Ficou evidenciado que o local no qual foi realizado o pré-natal influenciou de forma significativa no nível de informações que as mesmas tinham, principalmente sobre o parto: seis das onze mulheres que tiveram atendimento no cais não tinham informações sobre o parto, e, das cinco atendidas nas próprias instituições, as duas da Maternidade A afirmaram obter informações integrais, situação diferente das três atendidas pela Maternidade B; todavia, todas justificaram

que ainda seria falado nas próximas consultas ou que já havia feito um curso nesta mesma instituição, na gestação anterior, e já tinha as informações necessárias.

Essa diferenciação também foi percebida em outros aspectos: entre as cinco entrevistadas que fizeram o pré-natal nas próprias maternidades todas sentiam abertura para o diálogo enquanto entre as dez entrevistadas que o fizeram na rede pública, somente metade tinha a mesma opinião; a mesma situação é encontrada em relação ao sentimento de confiança no profissional, haja vista que, entre aquelas que fizeram pré-natal na própria instituição todas declararam satisfação com este aspecto, ao passo que entre as atendidas nos cais, somente duas relataram segurança com o atendimento, em contraposição a seis que disseram não confiar no atendimento. As justificativas encontradas para aquelas insatisfeitas com os serviços foram a falta de diálogo, atendimento por pediatra ou vários profissionais diferentes, gerando conflito de informações e prescrição de medicamentos que não correspondiam às queixas, sem dar explicações do motivo. Duas demonstraram muita confiança nos profissionais, sendo que ambas pediram transferência do pré-natal do cais para as instituições, uma por estar muito insatisfeita com o atendimento aos problemas durante a gestação; ambas alegaram que o profissional passa muita segurança.

Apesar da proporção entre mulheres informadas e não informadas ser bastante equilibrada – incluindo também conhecimentos relativos ao parto – ao serem argüidas sobre a principal fonte de informações sobre parto e gestação, a mais citada (9) foi a família, amigos ou conhecidos, seguido de informações de livros e na mídia ou na escola (7) e, por último, consultas ou curso (5). Assim, ao argüir se sabiam como seria o parto, metade delas declarou que não; entre as puérperas, todas declararam que o parto não foi como elas esperavam, sendo encontradas declarações como “não sabia o que ia acontecer”, “não sabia como era”, “nem tinha passado pela minha cabeça”, “não tinha noção de nada”; apesar disto, duas disseram que se sentiam preparadas para o parto, ambas fizeram parto normal e outra mulher, que fez parto cesariana, declarou que se sentia preparada apenas para o parto normal, e nem imaginava a possibilidade de parto cirúrgico. Esse conflito é bem exemplificado pelo depoimento abaixo:

“Tirando assim, que eu só fiquei com medo das contrações que eu senti, aí eu ficava assim... *[porque você ficou com medo?]* ah, tinha que estourar a bolsa, eu não sabia como era... *[mas aí como é que foi, estourou direitinho, o pessoal explicou como era, ou você acabou descobrindo sozinha?]* (risos) ah, eu descobri só, aí depois que eu já tava sentindo contração, eles me levaram pra sala de parto, aí nasceu; tava com medo só um pouco, porque

“tinha que dar o pique, mas só na hora mesmo [de uma forma geral, se sentiu preparada?] sim” (Puerpera 6, Maternidade B: 12/11/08).⁵⁹

Também ficou destacada a falta de informações sobre os procedimentos realizados, principalmente entre as gestantes, pois era perguntado: “Você sabe como vai ser o parto?” e a maior parte das mulheres respondia que sim, mas ao se pedir explicações adicionais, como “Você sabe quando tem que vir para a maternidade, como vai ser, quando tempo vai demorar, o que você tem que fazer, o que o médico vai fazer” elas diziam que não sabiam e, geralmente com uma fisionomia um pouco assustada, declaravam “vou perguntar na consulta”; entre as gestantes não foram dadas explicações adicionais quanto aos procedimentos, na medida em que tais informações poderiam causar mal estar entre as entrevistadas⁶⁰. Entre as três mulheres que tiveram partos normais, a episiotomia e ruptura da bolsa foi relatada por apenas uma mulher, sendo que outra declarou não ter tido tempo de fazer nada, porque já chegou ganhando e outra relatou apenas a deambulação, para aumentar a dilatação, e os toques, porque ela mesma pedia para o profissional monitorar.

Todas as entrevistadas declararam preferir o parto normal, mesmo aquela que teve parto normal anterior e alegou sentir muita dor e muito cansaço, por durar onze horas; as justificativas citadas para a preferência foi o medo da cirurgia e a recuperação mais rápida e menos dolorosa, como no caso da entrevistada que afirmou: “é melhor o normal que cesariana, porque só deu ver que vai cortar, que vai ficar aquele corte, eu já fico apavorada” (Gestante 8, Maternidade B: 20.11.2008); outro caso ilustrativo é a afirmação de outra mulher “eu não vou ter, não tô assim, tendo uma pessoa pra ficar comigo, porque minha mãe trabalha, minhas irmãs, não vai ter como, por isso que eu estou preferindo normal (Gestante 6, Maternidade B: 14/11/08). Estas justificativas para a priorização do parto normal vão ao encontro do que nos aponta o trabalho de Tornquist (2004, p.319), em suas observações de campo: “Isto é vivenciado de forma distinta pelas mulheres de classes populares, onde o recurso à cesárea apenas é malvisto em função do medo e da desconfiança da cirurgia e, em alguns casos, pelas dificuldades que acarreta no pós-parto”.

Deve-se destacar que a preferência pelo parto normal não se justifica por uma ausência de medo em relação ao parto, principalmente em relação à dor advinda deste, que foi citada

⁵⁹ [trecho] relativo às intervenções da pesquisadora; (trecho) referente à reação da entrevistada;

⁶⁰ Isto porque, em trabalho realizado anteriormente (MOREIRA, 2005), uma experiência levou a este cuidado: foi com uma mulher, com 42 semanas de gestação, que estava na emergência por indicação do médico – sob a declaração “vamos esperar até amanhã, se não sentir contrações você vem”; ao ser argüida sobre porque estava lá ela não soube responder e, ao perguntar se não seria para fazer o parto ela começou a chorar freneticamente, a ponto de ser preciso acalmá-la.

dez vezes como fonte de ansiedade nas entrevistas realizadas, em contraposição às quatro mulheres que declararam não ter medo da dor no parto. Bem ilustrativa da preferência pelo parto normal, mesmo diante do medo da dor é a fala de uma das depoentes: "eu tinha uma preferência, pelo normal, mas aí depois eu mudei de idéia, porque eu achei que ia ser muita dor [*mas você queria normal?*] eu queria que fosse normal, eu tinha medo da dor, mas eu queria normal"⁶¹ (puérpera 2, Maternidade B: 29.10.2008).

Ao se fazer um paralelo entre o público atendido nas Maternidades A e B pode-se perceber uma maior concentração das queixas sobre o medo da dor na segunda instituição, em relação à primeira, tanto na análise da evocação quanto da negativa deste sentimento; assim, tal sentimento é citado por seis mulheres atendidas na segunda instituição e quatro na primeira, ao passo que a ausência de medo é citada por somente uma mulher na Maternidade B e na Maternidade A essa afirmação é evocada por quatro entrevistadas.

Helman (1994, p.169) considera que “crenças sobre o significado e a importância da dor, bem como o contexto em que ocorre e as emoções associadas a este podem afetar a sensação de dor”; neste sentido, talvez o medo que as mulheres relatam de sentir dor esteja relacionado a um amplo espectro de sentimentos ligados a esta sensação, tais como o receio de ser incapaz de suportar a dor, de não saber o que fazer durante o parto, e, em última instância, o medo da doença e da morte. O próprio molde hospitalar no qual o parto é realizado, no mesmo ambiente e, por vezes, com os mesmos procedimentos de tratamento à patologias, no qual a dor é vista como sinal de mau funcionamento fisiológico, pode remeter a tais sensações. Como é trazido por Ferreira (1994, p.105) “o fato de as palavras dor e doença possuírem uma raiz etimológica comum (no latim, *dolor* e *dolentia*) é por si só bastante expressivo da íntima relação que existe entre a experiência de dor e o reconhecimento de um estado mórbido”; apesar disto, nem sempre há uma relação tão linear entre estes dois aspectos, como é exemplificado pela própria dor do parto, ou por alguns tipos de doenças que se desenvolvem de forma indolor e até mesmo pela dor decorrente de processos de cura, como injeções ou cirurgias.

Ao se analisar a relação entre o medo da dor e as experiências anteriores de parto vivenciadas pelas mulheres não houve uma associação expressiva, haja vista que, entre as quatro entrevistadas que tinham a vivência anterior de parto duas evocaram o medo da dor e duas afirmaram não ter medo da dor. Entre as puérperas, quase todas declararam que a dor foi

⁶¹ [*trecho*] relativo às intervenções da pesquisadora.

maior do que elas esperavam, sendo que esta afirmação não se restringiu aos partos normais, sendo encontrada também entre aquelas que fizeram cesariana, durante o pós-operatório:

“Na hora eu não senti , depois eu senti, passou um dia eu senti, passou outro eu senti, e no terceiro eu senti mais ainda, mas depois foi passando” (Puérpera 2, Maternidade B: 14/10/08).

“Foi bem mais do que esperava, mas acho que foi suportável, depois que passa a gente acha que foi suportável, mas na hora você não acha não” (Puérpera 1, Maternidade A: 15/11/08).

A maior parte das mulheres acredita que a dor do parto não pode ser impedida, sendo que somente três declararam que esta é evitável, citando o uso de anestésicos. Também é predominante a convicção de que a dor varia de intensidade de mulher para mulher, assim como de que existe alguma utilidade nela; as justificativas citadas para a dor foram que serve para o bebê nascer logo, para a mulher “tá ali, tá contraindo, tá vendo tudo” e até mesmo que “sem dor não teria emoção, não teria graça”. Estes depoimentos vão ao encontro de uma valorização da dor como parte de um processo de conquista e vitória, como é destacado por Diniz:

A dor física pode até ter um sentido diferente e positivo, mesmo associado à vitória e a conquista, como em rituais de iniciação, ou mesmo em nossa cultura ocidental, como nos feitos atléticos – não se espera que um campeão se supere sem enfrentar desconforto físico extremo, seja ele um maratonista ou um alpinista (2001, p.194).

Em relação à orientação sobre métodos não farmacológicos para o alívio das dores, metade das entrevistadas declarou não ter nenhum conhecimento sobre o assunto, fato predominante na Maternidade B, na qual apenas três mulheres afirmaram ter algum conhecimento sobre métodos alternativos de alívio das dores – uma foi orientada para deambular e as outras duas ouviram dizer sobre o assunto; já na Maternidade A, a situação se inverte, tendo em vista que somente duas não tinham conhecimento sobre estes métodos e três afirmaram que foram orientadas a se utilizarem destes métodos. Há um reconhecimento por grande parte das entrevistadas de que o estado psicológico da mulher tem influência na dor que a mesma sente durante o parto, sendo que dez delas concordaram com tal afirmação; como nos indica Reis; Patrício:

Entre os fatores que aumentam a percepção da dor estão o medo, o estresse mental, a tensão, a fadiga, o frio, a fome, a solidão, o desamparo social e afetivo, a desinformação sobre o que está acontecendo, um meio estranho ao que se está habituado e o início das contrações (2005, s/p).

Apesar disto, uma parte significativa delas, seis entrevistadas, declararam que não acreditam em uma relação entre dor e o estado psicológico da mulher. Não há consenso entre elas sobre a realização de procedimentos pelos profissionais influenciar na dor durante o parto, tendo em vista que as opiniões sobre o assunto ficaram divididas, assim como a influência destes procedimentos no estado psicológico da mulher; deve-se levar em conta que o conhecimento sobre estes procedimentos, assim como a vivência deles é pouco freqüente entre as mulheres.

Não havia, entre as entrevistadas, nenhuma gestação com provável indicação de cesariana, com fatores de risco previamente detectados durante o pré-natal, sendo todas gestantes de baixo risco, apesar disto, entre as puérperas, apenas três tiveram parto normal, contra cinco que fizeram cesarianas. Por outro lado, todas sabiam relatar qual tipo de complicação justificou a realização da cirurgia: a má posição fetal foi comum a todas, sendo a única justificativa para três mulheres, das quais apenas uma esteve em trabalho de parto, com dilatação cervical completa; nas outras três cirurgias havia ainda a justificativa de ausência de dilatação, aliado à pós-datismo (ambas acima de 41 semanas), somado ainda à diminuição do líquido amniótico, em um dos casos e à falta de movimentação fetal diagnosticada por exames, no outro caso. É interessante destacar que, se por um lado, o tempo excessivo de uma gestação pode ser considerado um fator de risco, que entraria como uma das justificativas para a realização da cirurgia, por outro lado, deve-se levar em consideração o número significativo de profissionais que calculam mal a idade gestacional e, com isso, acabam fazendo uma cesariana antes do que deviam, o que acarreta em prematuridade ao recém-nascido, com graves consequências para sua saúde (DINIZ, 1997).

Quanto à realização da cirurgia, todas as entrevistadas relataram terem consciência dos procedimentos realizados, sendo que apenas uma relatou que não foram dadas informações, mas mesmo assim, ela observava tudo. Entretanto, entre aquelas que tiveram parto normal, prevaleceu a queixa de falta de informações sobre o desenvolvimento do parto e os procedimentos realizados, assim como a queixa de insegurança a respeito do mesmo; somente uma das mulheres declarou que já chegou à maternidade ganhando, então foi muito rápido e quase não fizeram nada. Não foram relatadas complicações após os partos realizados, somente uma das entrevistadas relatou que já estava internada há três dias, e iria ficar pelo menos quatro dias.

O fato de algumas mulheres protelarem pelo máximo de tempo possível a busca aos serviços de saúde quando estão em trabalho de parto, muitas vezes chegando apenas no

período expulsivo, pode ser visto como uma forma – às vezes consciente ou mesmo guiada pelo medo e ansiedade – de prevenir as intervenções às quais sabem que vão ser submetidas no atendimento hospitalar; partos de baixo risco já em estágio avançado foram observados durante o trabalho de campo e relatados por alguns profissionais como comum; situação que também é relatada em outros contextos:

Marlene certamente se enquadra no tipo de mulheres que, não querendo permanecer muito tempo no hospital e dispondo de uma dose considerável de confiança em sua capacidade de vivenciar o trabalho de parto longe da equipe, protela voluntariamente a entrada na Maternidade. Forma consciente de resistência, ou estratégica inconsciente de evitar sofrimentos desnecessários, o fato é que tal fenômeno acontece em muitas maternidades (TORNQUIST, 2004, p.298).

Somente duas entrevistadas declararam não considerar importante a presença de um acompanhante durante o parto, ambas gestantes, uma delas com experiência anterior de parturição. Entre as puérperas, as três que tiveram acompanhamento avaliaram a participação positivamente, evocando principalmente a questão do apoio e tranquilidade passadas pela presença familiar; essa questão também foi trazida por uma mulher que preferiu não esperar o marido para a cesariana de emergência, e que declarou fazer muita falta alguém para apoiar de forma mais próxima: “tanto que foi o anestesista que pegou na minha mão, eu falei pega na minha mão se não eu não agüento não, tem que ter alguém aqui, do meu lado, (risos) aí ele pegou” (puérpera 8, Maternidade A: 15/11/2008). Deve-se destacar novamente o fato da maternidade B permitir acompanhamento apenas em casos especiais, e somente uma das cinco entrevistadas na instituição atendeu a este critério, geralmente determinado pela menoridade (que não era o caso), pelo estado psicológico da mulher ou pela autorização do profissional obstetra.

Por outro lado, todas as entrevistadas, independente da instituição em que foram atendidas, consideram importante que a mulher tenha uma participação ativa no parto e saiba o que está acontecendo, sendo que, entre aquelas com parto recente, todas acreditam ter vivenciado essa experiência, apesar da maior parte delas ter feito cesariana; entretanto, há uma diferenciação ao analisar a forma como as informações eram obtidas pelas mulheres, haja vista que, entre as cinco entrevistadas da Maternidade B, três afirmaram não receber as informações dos profissionais, mas terem consciência do que estava acontecendo pela observação, enquanto que na Maternidade A as três entrevistadas eram informadas pelos profissionais sobre os procedimentos.

Deve-se chamar a atenção para a percepção que estas têm de parto ativo, pois, ao serem argüídas todas respondiam que sim, mas não sabiam explicitar a justificativa para esta opinião; então, era perguntado “você acha que ela tem que estar ali, sabendo de tudo o que está acontecendo, sendo informada e atuando, participando do parto?” a maior parte se referia mais ao fato de serem informadas ou observarem o que estava acontecendo do que à sua própria atuação e participação durante o parto, numa postura de vivenciar o parto livre de intervenções. Neste sentido, quando era feita a mesma pergunta relativa aos profissionais e as respostas também eram positivas, em grande parte dos casos, afirmando a atuação do médico durante o parto, intervindo e direcionando, com uso de expressões como “tem que tá participando de tudo”, “o médico tem que ser mais ativo”, “tem que ficar intervindo”; já a atuação da mulher era referida por declarações relacionadas à informação e observação como “assistir o parto”, “eles explicavam tudo”, “eu vi tudo”.

Somente três casos se diferenciaram quanto à atuação profissional, um enfatizando a intervenção somente nos casos em que o parto é difícil e os outros referindo o papel de auxílio, com expressões como “ajudando a fazer” e “dando orientação”; uma mulher também enfatizou a participação ativa depois da cesariana, no contato imediato com o recém-nascido; a constante vivência do parto cirúrgico entre as puérperas (cinco das oito) também pode ter influenciado nesta percepção, por mais que fosse perguntado sobre a participação ativa também no parto normal. Esse tipo de percepção por parte das mulheres aponta para a manutenção, entre estas, de um modelo tecnificado, no qual a responsabilidade pelo parto se concentraria na figura do médico, que é presumido como único capaz para cumprir esta tarefa, detendo o saber necessário para o uso de tecnologia e realização de intervenções; este tipo de atribuição é questionada a partir do movimento pela “humanização” no parto (discutido no primeiro capítulo), que influenciou fortemente o Programa governamental analisado neste trabalho.

Davis-Floyd e St. John (2004 *apud* DA SILVEIRA, 2006), que foram duas autoras importantes neste contexto, identificam que o princípio da organização hierárquica implica o uso de uma ideologia do processo tecnológico como fundamento do poder político. Neste trabalho, ele é identificável principalmente sob três aspectos: a colocação dos profissionais médicos como um grupo em posição social e política superior a qualquer outro grupo de profissionais de saúde, relacionado ao saber específico de seu campo de atuação⁶², incluindo nisto o uso da tecnologia de monitoramento e outros aspectos melhor trabalhados no próximo

⁶² Aspecto discutido por Foucault, já trabalhado no capítulo dois deste trabalho.

tópico deste capítulo; a subordinação dos indivíduos à instituição, na medida em que esta funciona baseada na imposição de algumas rotinas para funcionar adequadamente, exigindo que tanto os profissionais ajustem suas condutas aos recursos disponibilizados somente neste ambiente, quanto para as mulheres, que devem aceitar as restrições de um ambiente não familiar; e a padronização do cuidado, com a incorporação de regras relacionadas ao ambiente hospitalar, como a postura intervencionista, por exemplo, na qual determinadas condutas – no caso deste trabalho, a episiotomia e o parto cirúrgico se destacaram – podem ser um ritual tão incorporado pelo profissional, devido à sua constante repetição, que acaba se tornando um ritual incorporado, raramente questionado.

A manutenção destes princípios nas representações das mulheres entrevistadas – e também dos profissionais, como será discutido posteriormente – pode influenciar na manutenção de rotinas intervencionistas de atendimento ao parto, que foram construídas e legitimadas historicamente, a fim de preservar a imagem de bons profissionais ante o público que recebe atendimento, respondendo às suas expectativas. Assim, a manutenção de determinadas rotinas, como é apontado por Tornquist (2004, p. 130), pode desempenhar a função de manter a identidade dos profissionais; outro ponto a ser destacado é que a adoção de rotinas ritualizadas pode propiciar uma sensação maior de confiança e controle para os profissionais sobre situações que, de maneira geral, são imprevisíveis, além de demonstrar competência e manter o medo à distância, postura que é esperada por grande parte das mulheres entrevistadas. Por outro lado, a ineficiência no provimento de informações sobre o parto e seus procedimentos rotineiros dificulta a participação das mulheres na decisão sobre a realização destes, pois, como nos indica Ramos (2007, p.58), uma relação com maior autonomia para a mulher torna “necessário que esta se aproprie de um conhecimento especificamente voltado para o processo de gestação, parto e pós-parto para, dessa forma, construir uma relação aberta e dialogada com os profissionais de saúde”.

Essa mesma preocupação em vincular uma postura intervencionista como forma de distinção de um bom trabalho também é identificada por Diniz (2001, p.130), ao citar um depoimento em que o profissional destacava a dificuldade entre os estagiários da maternidade analisada em abolir a prática rotineira da episiotomia, na medida em que associavam esta intervenção a uma boa assistência. Assim, a autora (p.185) indica ainda que as práticas intervencionistas que, por vezes, são extremamente dolorosas e constrangedoras, costumam ser encaradas como “mal necessário”, tanto pelos profissionais quanto pelas mulheres atendidas; alguns depoimentos podem ser ilustrativos desta situação no trabalho de campo,

como a entrevistadas que declarou que ela mesma pedia a toda hora que o profissional fizesse o toque, para verificar se havia dilatado (Puérpera 6, Maternidade B: 12/11/08) e o fato de somente uma profissional citar a postura menos intervencionista como característica do atendimento “humanizado” (Profissional 1, Maternidade A: 10/11/08).

Ao serem questionadas sobre a influência da estrutura da instituição no atendimento recebido, dez mulheres citaram que acreditam que existe uma relação, ao passo que cinco fizeram a afirmação oposta e uma não quis opinar sobre o assunto; na Maternidade A houve uma maior adesão à relação entre atendimento e estrutura da instituição, sendo que somente uma das entrevistadas negou a existência desta relação. Esta discrepância também é encontrada, em menor proporção, na satisfação com o atendimento recebido, haja vista que somente metade (4) avaliou positivamente os serviços prestados na Maternidade B, enquanto que, na Maternidade A, essa avaliação abrangeu todas as oito entrevistadas. As quatro queixas registradas quanto ao atendimento recebido se relacionaram à falta de atenção adequada no pronto-socorro e ausência de acompanhantes durante o parto e internação, como é ilustrado nos depoimentos abaixo:

“Nas consultas até que sim, mas nas emergências é que eu acho que acho que eles é meio, assim, despreocupado, não dá a importância que tem, deixa assim, meio de lado” (Gestante 5, Maternidade B: 13/11/2008)

“É porque eu não sei direito, mas o que fala é assim, não pode ter nenhuma pessoa, lá na sala de parto, não pode ter acompanhante (...) e essa é uma parte que eu não concordo, porque eu acho que, pelo menos uma pessoa devia ficar, e aqui parece que assim, não somente aqui, mas entre aspas, não pode uma pessoa ficar acompanhando, só a mãe e não é o tempo todo, vinte quatro horas, ali perto, e eu acho pra mim que isso é errado, não sei se é porque o hospital não tem estrutura, pra tá abrigando mais gente, mas é uma coisa que eu não concordo” (Gestante 6, Maternidade B: 14/11/2008)

A queixa relatada no primeiro depoimento vai de encontro com as observações realizadas no pronto socorro, na medida em que, nas ocasiões presenciadas, sempre houve o monitoramento das mulheres atendidas por um período de tempo significativo e eram prescritos exames ou medicamentos para as mesmas (Caderno de campo, dezembro de 2008). Um aspecto encontrado no trabalho de Tornquist (2004) pode indicar para uma possível compreensão desta insatisfação: a autora analisou que, algumas vezes, o reconhecimento por parte dos profissionais do mal-estar que as mulheres sentiam era-lhes negado, na medida em que a realização de exames não indicava patologias que justificassem suas dores; estas situações são indicações claras de casos onde o uso da tecnologia se sobrepõe às relações

humanas, o que é caracterizado como “desumanização” dentro do contexto do Programa governamental.

Nenhuma das entrevistadas declarou já ter ouvido falar ou conhecer o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento ou sequer o termo “parto humanizado”. Esse é um aspecto muito importante, na medida em que apesar da maior parte das mulheres ter afirmado satisfação quanto ao atendimento e acreditarem que seus direitos foram respeitados, uma parte considerável delas reconheceu insuficiência nas informações sobre e durante o parto, além de terem consciência de que a vontade de serem acompanhadas por pessoa de sua confiança não ser respeitada. Assim, essa aparente incongruência pode indicar que a satisfação destas mulheres se relaciona mais estreitamente ao direito de ser atendida em um ambiente hospitalar, mesmo que este atendimento não satisfaça todos os aspectos desejados: “aqueles que não se percebem como titulares de um direito, dificilmente podem se sentir merecedores de sua proteção ou promoção ou mesmo achar injusto que esse direito lhe seja negado” (DINIZ, 2001, p.173).

Da Silveira (2006, p.122) destaca ainda, a partir do referencial da área da psicologia (Waldenström, 2004; Hodnett, 2002 e Teijlingen et al., 2003), que as experiências e preferências pessoais são moldadas pelo conhecimento que estas possuem e que, quando as expectativas quanto a uma experiência não são satisfeitas, a negação é o primeiro estágio de uma reação à dor, na medida em que os aspectos negativos demoram mais tempo para serem integrados à experiência. Um outro ponto a ser abordado é que, muitas vezes, as instituições em que as mulheres receberam atendimento é a única opção que as mesmas têm de atendimento, o que pode ser um fator colaborador nesta concepção de “*what is, must be best*”, como uma justificativa subjetiva para uma situação à qual se pressupõe não haver possibilidade de mudança; parte deste mesmo processo é a consciência da mulher a respeito do seu próprio papel no fato ocorrido, no sentido de que foi ela mesma que procurou aquela instituição que lhe atendeu.

Sobre este último aspecto, o depoimento de uma entrevistada em trabalho preliminar realizado em Goiânia (MOREIRA, 2006) é revelador, na medida em que, após receber um atendimento com quase nenhum nível de negociação e informações sobre seu parto, isolamento, restrição de líquidos e realização de episiotomia, a mesma declarou satisfação sobre o atendimento recebido, declarando que tinha sido bom, porque ela estava muito nervosa, e não sabia de nada, era muito inexperiente, então eles ajudaram que desse tudo certo (Entrevistada A, Maternidade B: 11/11/2005). A percepção desta entrevistada converge com a

observação realizada no trabalho de Reis; Patrício:

O fato de a maioria das mulheres referir satisfação quanto à assistência recebida denuncia que elas não têm noção do que é assistência com a qualidade que merecem. A questão é que todas as mulheres entrevistadas mostraram dificuldades em relação ao entendimento do que é parto humanizado e evidenciaram desinformação acerca de direitos e condições de boa assistência (2005, s/p).

5.3. A “humanização” e o cotidiano da atuação profissional

A busca de informações sobre o parto pelas entrevistadas durante o acompanhamento pré-natal foi relatada por todos os profissionais que prestam esta modalidade de serviço, em ambas as instituições; as dúvidas se relacionam com a data em que vai acontecer o parto, o tipo de parto que será realizado e qual é melhor, sobre a dor e anestesia, além daquelas relacionadas com a gestação, como sobre alimentação, prática de exercícios, inchaço e mudanças fisiológicas da gravidez.

O repasse de informações específicas sobre o parto foi citado por quase todos os profissionais como importante durante o pré-natal ou no momento da internação, sendo que somente um mencionou informar apenas dados relativos à gestação; os informes relacionados ao parto citados foram sobre a rotina da instituição (onde vai ficar internada, quem irá atendê-la, roupa que vai usar, visitas, alimentação, etc.), sinais de trabalho de parto, dilatação, tempo previsto, acompanhante, movimentação, respiração e uso do chuveiro e da bola. Entretanto, a maior parte dos profissionais fornece apenas uma ou outra informação espontaneamente ou quando a parturiente pergunta ou está muito agitada, sendo que apenas quatro profissionais relataram expor várias dessas informações, independente de serem argüidos ou da situação, como no depoimento abaixo:

“A gente orienta pra que ela dependendo do que o médico prescrever se a dieta for zero ou for livre, se ela tiver uma dieta livre ela pode se alimentar senão a gente já fala que não pode se alimentar, ela caminha, a gente orienta ela a caminha e ao fazer o exercício com a bola, nós temos as bolas, duas bolas grandes, então ela senta em cima dessa bola e a gente orienta o exercício, a massagem também no caso ela é orientada, ela tem o direito de ter uma acompanhante esse acompanhante vai ficar com ela, é uma pessoa que ela vai escolher pra acompanhá-la até o parto então esse acompanhante vai ficar com ela até o momento do parto, se ele desejar assisti o parto ele vai assisti o parto, de preferência que seja alguém que vai ficar pra assisti o parto seja parto cesáreo ou seja parto normal [...] como deve agir pra facilita pra

ajudar, a gente orienta, como a questão da respiração, da posição acaba que elas colaboram" (Profissional 8, Maternidade B: 16/11/2008)

Por outro lado, ao serem argüidos sobre o procedimento padrão adotado num parto de baixo risco, as orientações para a gestante a respeito do trabalho de parto estão presentes em quase todos os depoimentos, exceto para um dos profissionais, que é da área de enfermagem e, como discutido anteriormente, tem a atividade mais diretamente relacionada à supervisão dos técnicos e auxiliares. Outro elemento a ser destacado é que a presença e a participação dos acompanhantes durante o parto foram evocadas (somente na Maternidade A, onde são permitidos) de forma espontânea nas falas dos entrevistados sobre o procedimento padrão adotado durante o parto de baixo risco, sendo salientado como fator importante e positivo:

"O parto padrão envolve participação dos familiares, o apoio de familiares, massagens nas costas, na cabeça" (Profissional 10, Maternidade A: 24/11/2008)

"Pede muito deambulação, pro companheiro tá sempre junto com a paciente auxiliando na deambulação, em banho" (Profissional 7, Maternidade A: 15/11/2008)

Também quando questionados sobre o incentivo destas práticas de alívio das dores, que incluem também uso de chuveiro quente, movimentação, respiração, bola ginecológica e massagens, foi unanimidade entre os profissionais a afirmação de que orientam sobre tais alternativas. Na Maternidade B são destacadas principalmente as orientações relativas ao uso de chuveiro, movimentação e banho quente, sendo que um dos profissionais ressaltou que, apesar de orientar, não observa outros profissionais acompanhando tais práticas; por outro lado, foi nesta instituição a única alusão específica ao uso da posição de cócoras para ajudar na descida do feto.

Já na Maternidade A, três profissionais afirmaram que, além da orientação feita por eles há um acompanhamento por parte de diversos profissionais (auxiliares, técnicos, enfermeiro, estagiários, doulas) na prática das atividades, sendo que o trabalho da psicologia foi considerado em um dos depoimentos como recurso não farmacológico utilizado; as práticas mais citadas também foram as massagens, banhos mornos e movimentação, além do uso da bola, outro recurso que é disponível nesta instituição. Alguns profissionais, em ambas as maternidades, declararam que o acompanhamento destas atividades só é realizado por eles mesmos quando existe tempo disponível, neste sentido, a presença dos estagiários e dos acompanhantes é citada como positiva quando não existe tempo disponível para um acompanhamento mais intensivo:

"Bem às vezes a gente não tem aquele tempo a gente faz a internação passa para enfermagem segui chega lá na frente aí vai ter doula, vai ter a equipe de enfermagem, estagiário aí elas vão orientando é um trabalho em equipe mas a gente tenta dá essa boa orientação" (Profissional 10, Maternidade A: 24/11/2008)

"Aqui a gente orienta, mas pelo que eu já percebi tem pouco tempo que eu to aqui não tem profissional que acompanha elas lá, nos primeiros dias eu vi um pessoal que era umas alunas de enfermagem, mas agora eu não tenho visto mais alguém que pudesse fazer isso a massagem, estimula, orienta a ir pro banho" (Profissional 3, Maternidade B: 11/11/2008)

A presença de práticas alternativas à medicação durante o trabalho de parto, tanto para estimular a dilatação e descida do feto quanto para a diminuição das dores é mencionada pelos profissionais novamente de forma positiva quando argüídos sobre a relação entre a mobilidade, dor e desenvolvimento do parto. Assim, quando questionados sobre a importância da utilização destes recursos, nenhum profissional declarou desacreditar ou não recorrer a estes métodos, sendo emblemáticas declarações como “o parto ocorre de uma forma melhor”, “acaba indo mais rápido”, “ajuda na descida da criança, pra aumentar a dilatação, alivia a dor também”. Por outro lado, pode-se perceber um tom de advertência nas declarações de dois profissionais da Maternidade A, que acentuam mais a importância destes recursos no auxílio de alívio das dores, deixando a impressão de que há certa supervalorização de tais métodos:

“No caso do andar, significa qualquer coisa que ela fazer pra desvia o foco da dor é útil (...) deita de barriga pra cima com dor imagina só (...) interfere, sofrimento fetal a dor dá alteração até na respiração dela e alteração ate no fluxo uterino" (Profissional 6, Maternidade A: 14.11.2008)

"Costuma ter interferência, mas não é tanto como a gente imagina não, quem tem problema tem (...) mas a gente nota que ajuda sim" (Profissional 7, Maternidade A: 15.11.2008)

Em relação ao estado psicológico considerado mais comum entre as parturientes atendidas, há uma diferença de predominância entre as respostas das duas instituições, sendo que na primeira (A) o comportamento mais ameno (preparo/informação, tranquilidade, calma) prevaleceu em contraposição ao mais angustiado (desconfiança, medo, insegurança, dúvidas, nervosismo, ansiedade/impaciência), ao passo que a situação se inverte na segunda maternidade (B). Emergiram nas respostas de alguns entrevistados dois fatores colaboradores em ambas as situações, sendo o desejo de fazer cesariana por parte das puérperas relatado como possível fonte de stress, ao passo que as experiências anteriores (partos bem sucedidos, pré-natal e reuniões de gestantes) foram citadas como fatores apaziguantes.

O conhecimento sobre o parto é destacado como elemento importante em grande parte das entrevistas, sendo que na Maternidade A é mais enfatizada como fator de contribuição, presente entre as mulheres mais calmas, exemplificada por expressões como “estão informadas” e “já chegam preparadas”; já na Maternidade B é a falta de conhecimento sobre o parto, presente em expressões como “chegam desconfiadas, acha que vai ser mal tratada”, “tem dúvidas”, “tem medo do parto, medo do novo”, que é destacada como geradora de stress tanto para as mulheres quanto para a equipe profissional, que tem maior dificuldade em trabalhar com as parturientes.

Não estar preparada psicologicamente para o parto, principalmente para o parto normal, foi destacado em alguns depoimentos e observado em campo duas vezes, na Maternidade A, como um fator gerador de stress para profissionais, para as mulheres e seus acompanhantes. Em ambos os casos, tratava-se de gestações em adolescentes: no primeiro caso, a menina atendida estava sentada e, ao sentir as dores das contrações, fechava energicamente as pernas, ao ponto de cruzá-las uma sobre a outra, recebendo orientações de uma acompanhante e da psicóloga, que tentavam acalmá-la; no segundo caso, era a mãe que indagava ao profissional sobre uma possível cesariana da filha e, ao receber a informação de que tudo transcorria para um parto normal, ela virou para mim e questionou: “Mas por quê? Porque eles fazem isso com ela, deixar uma menina de menor ficar sofrendo assim?” (Caderno de campo, dezembro de 2008). O depoimento de um dos profissionais também converge bastante com as situações de insatisfação com o parto normal, principalmente sobre o segundo caso:

“Tem paciente que chega aqui com 15, 16 anos e já teve o primeiro filho cesariana e chega aqui em trabalho de parto, a irmã falou que vai sofrer muito, às vezes até a mãe, porque nos temos aqui nessa época 20 anos atrás, como Goiás foi campeão mundial em cesariana, chega paciente aqui muitos filhos dessas mulheres que teve o primeiro filho cesariana, que tem essa opinião pré-formada, até esse preconceito fala que ela não vai dar conta, que ela vai passa muito mal, que tem risco demais pro nenê e por ai vai, eu acho assim paciente que dá mais trabalho é paciente mal orientada, nem sempre também o acompanhante ajuda já teve casos aqui bem como eu vou te falar, bem exceção mesmo que teve que pedi pra trocar o acompanhante, o acompanhante tem que passa uma certa tranquilidade, se ele passa ansiedade pra parturiente ai fica pior.” (Profissional 7: Maternidade A: 15.11.08)

Como foi observado nas entrevistas entre as usuárias dos serviços, principalmente entre aquelas que fazem pré-natal na rede básica (que é a maior responsável pelo serviço) ainda é significativo o número de mulheres não informadas sobre o parto e que o mesmo não aconteceu do jeito esperado por elas. E, como é trazido pelo Ministério da Saúde (2001): “o

objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família”(s/p).

Assim, é fundamental um preparo anterior tanto das mulheres quanto de seus acompanhantes e o momento do pré-natal é a principal ocasião para estes esclarecimentos, na medida em que as reuniões, apesar de oferecidas por ambas as instituições (apenas para as gestantes, na Maternidade B, que não permite acompanhantes), nem sempre são acessíveis ou despertam o interesse das gestantes. Tendo em vista a situação, na Maternidade A são fixados na parede da recepção cartazes para convidar as gestantes para participar das reuniões; esses cartazes são trocados, de acordo com a temática da semana, com dizeres que visam aguçar o interesse, como, por exemplo:

•Eu ando tão sem vontade de fazer amor •Vou querer mais filhos? •Meu marido quer todo dia, isso faz mal ao bebê? Essas e outras questões no grupo de gestantes, dia 18/11 às 08h30min. Presença de Doula com exercícios de preparo para o parto! (Caderno de campo, novembro de 2008).

Durante o pré-natal, na instituição, as mulheres são orientadas a participar da “acolhida”, na qual uma funcionária apresenta a estrutura da maternidade e as rotinas de atendimento na hora do parto e na internação. A Maternidade B também promove reuniões, mas em determinadas épocas do ano e as mulheres devem se inscrever previamente para participar. Os grupos abordam várias temáticas, como pode ser visto com maiores detalhes no Apêndice B.

Apesar das dificuldades relatadas, em parte significativa dos profissionais ressalta que o comportamento agressivo ou pouco colaborador das mulheres não é freqüente. Quando questionados se a dor seria a causa deste tipo de atitude, a maior parte deles discordou de tal hipótese, ponderando que a reação à dor é muito individual e que muitas parturientes sentem dor e não se tornam agressivas por isso. A falta de informações e de preparo prévio para o parto e para a dor também ficou destacada nos depoimentos, sendo ressaltado que, quando há um entendimento sobre o parto e sobre as dores que dele decorrem não existe nenhuma indisposição com as mulheres, apesar disto não significar falta de reação a dor, como é exemplificado pelo depoimento abaixo:

"A paciente que quer normal, que aquela situação é a que ela deseja ela sabe que é fisiológico que ela tá passando por ele, ela chora às vezes ela grita, só que não é agressiva ela reclama que tem dor que não tá agüentando, mas ela não tem comportamento agressivo de forma alguma" (Profissional 5, Maternidade B: 14.11.2008)

E é justamente a orientação que é evocada majoritariamente pelos profissionais como estratégia para lidar com aquelas mulheres mais agitadas e pouco colaboradoras, assim como um acompanhamento mais intensivo, por parte dos próprios profissionais ou de outros integrantes da equipe, como enfermeiros, estagiários, psicólogos, quando existe disponibilidade destes. O destaque da presença em si mesma, de “estar junto, estar perto” independente da realização de procedimentos e exames, surgiu em metade dos depoimentos como um fator importante para acalmar a mulher durante o parto, sendo que o acompanhante, neste caso, também foi citado como recurso para acalmar a mulher, na Maternidade A, na qual sua presença é permitida.

Já na Maternidade B, a estratégia de “estar presente” para lidar com o “medo da solidão” também foi mencionada por uma das profissionais como estratégia, e, no mesmo sentido, a criação de um ambiente familiar, uma relação de afinidade, acaba por constituir-se enquanto meio de compensar a ausência de familiares, como se percebe neste depoimento: “mostrando um pouco o ambiente onde ela vai ficar tentando familiarizar ela com o hospital e até com a própria equipe mesmo” (Profissional 4, Maternidade B: 13.11.2008).

A questão da relação entre o comportamento das mulheres durante o parto e o stress na ambiente foi levantada entre os questionamentos para abordar uma tensão existente entre a liberdade da mulher em expressar seus sentimentos e o mal estar que suas manifestações podem causar, principalmente pela influência em relação às demais mulheres, que, como nos traz Tornquist (2004: p.303) se preocupam “se aqueles gritos são apenas obra de uma mulher descontrolada ou se estão expressando o seu próprio e inescapável destino”; assim, apesar de não ser declarada como estratégia por nenhum profissional, este tipo de comportamento pode levar a equipe a um maior número de intervenções, como o uso de anestésico, indução do parto, episiotomia, para acelerar o parto e atenuar o sofrimento daquela mulher e das demais atendidas.

Neste aspecto, a estrutura física das instituições se mostrou um fator muito importante, tendo em vista que a inexistência de leitos privativos é um fator que intensifica esta tensão, na medida em que todas as mulheres dividem o mesmo ambiente, por vezes, cada uma em um estágio diferente de desenvolvimento do trabalho de parto e, frequentemente, uma intensidade diferente de dor. Como observou Da Silveira (2006, p.121), presenciar o processo de parto de outras mulheres parece ser uma experiência marcante para as parturientes, interferindo geralmente de forma negativa na vivência que as mesmas têm de seus próprios partos; por

outro lado, em um contexto de isolamento, os leitos conjuntos podem ser também uma forma de sociabilidade, uma opção para dialogar e compartilhar um sofrimento comum.

É importante destacar que a presença de leitos privativos não impede as manifestações mais exaltadas e, dependendo da intensidade das expressões, será possível escutá-las mesmo em quartos diferenciados; uma alternativa para amenizar o *stress* que esta situação pode causar é o esclarecimento para as demais mulheres que cada uma tem uma forma de lidar com a dor e expressá-la, como foi reconhecido pelos profissionais entrevistados. Desta forma, a liberdade de expressão dos sentimentos é algo possível apenas de forma limitada, mesmo no contexto da “humanização” hospitalar, pois, como é ressaltado por Tornquist:

A humanização do parto hospitalar se distancia dos partos domiciliares: no primeiro, a mulher é hóspede e, como tal, preocupada com sua postura; enquanto em sua casa, a relação se inverte: ela é a anfitriã, a dona do espaço, portanto, familiarizada com o ambiente e menos dependente das informações, cuidados e intervenções da equipe (2004, p.354).

Assim, no contexto institucional podem existir estratégias para que as mulheres simplesmente suprimam estas manifestações, em nome do bom funcionamento da instituição, como foi encontrado na Maternidade B, que tem uma estrutura mais limitada, na qual havia, num mural em frente à parede do posto de enfermagem, um cartaz com o dizer: “O exercício do silêncio é tão importante quanto a prática da palavra” (Caderno de campo, dezembro de 08). Todavia, deve-se levar em conta, como nos traz David Le Breton⁶³:

Se a dor é, no limite, incomunicável, a solidão vem a agravá-la, ao passo que pode ser aliviada quando há presença de amigos e pessoas que compartilhem com aquele que sofre. A possibilidade de nomear e comunicar sensações desagradáveis, desconfortos e traumas têm efeitos por vezes decisivos no processo de cura ou de alívio, seja enquanto eficácia simbólica seja em termos da socialização e de escuta por parte de outrem, processo que freqüentemente alivia os reveses, dores, sofrimentos pessoais (*Apud* TORNQUIST, 2004, p.337).

A situação de isolamento, como já foi ressaltado anteriormente, é freqüente nesta instituição, na medida em que os acompanhantes não são permitidos, sendo o contato humano referente apenas as demais internas em trabalho de parto, quando há, e aos contatos com os profissionais para monitoramento da evolução. A expressão mais exaltada da dor pode ser uma maneira, e algumas vezes a única alternativa, de comunicar a vivência de sofrimento para as demais pessoas, tendo em vista que elas estão distantes naquele momento. E, como traz o autor acima referido, tanto a expressão da dor quanto o reconhecimento, a legitimidade que é

⁶³ LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995, p. 36 (*Apud* TORNQUIST, 2004: p.337).

conferida quando as demais pessoas reconhecem a existência daquela dor comunicada pode levar ao alívio das dores, apesar de não promover a sua supressão.

Como foi discutido no primeiro capítulo deste trabalho, e também é trazido por outras autoras (DINIZ, 1997; TORNQUIST, 2004) os avanços para a medicina moderna se desenvolveram no sentido da insuportabilidade da dor, que deve ser combatida como uma patologia, o que justificaria a busca da sua contenção por meio de métodos farmacológicos, sendo o uso de anestésicos emblemático desta supressão. Como é trazido por Helman (1994), as formas pela qual a dor é comunicada e as atitudes que são assumidas a partir desta comunicação variam de acordo com o contexto cultural em que estão inseridas; neste sentido, a medicalização durante o parto predominante em nosso contexto sócio-cultural tem sido considerada a maneira mais adequada de lidar com a dor do parto.

Todavia, deve-se considerar que também estes métodos têm sua margem de ineficácia, especialmente referida nos casos de anestésicos locais, utilizados para a sutura do corte da episiotomia, por exemplo⁶⁴. Assim, o que é preconizado pelo Programa (BRASIL et al, 2001) é a eficácia de se combinar várias formas de aliviar estas dores, privilegiando-se métodos menos medicalizados, como a adequação de um ambiente tranquilo, exercícios de respiração e relaxamento, deambulação, assim como banhos mornos e massagens, que podem ser feitas tanto por profissionais quanto por acompanhantes. A utilização combinada destes métodos pode ser tão eficaz quanto o uso de medicamentos, sendo uma alternativa menos invasiva e sem efeitos colaterais; seu uso já fora relatado anteriormente de forma empática pelos profissionais, como forma de lidar com a dor, situação diferente entre as mulheres entrevistadas, haja vista que somente o uso de anestésicos foi mencionado como meio de evitar a dor no parto e que metade delas sequer ouviram falar sobre estes métodos, o que pode trazer certa resistência para praticá-las⁶⁵.

Em relação à primeira fonte de conhecimento sobre o Programa Nacional de Humanização, metade dos entrevistados declarou que foi através da Maternidade A, seja pelo contato profissional com a instituição ou por cursos realizados na instituição. As demais fontes citadas foram cursos e congressos, diversificados em localidades e realizações (em Ceres, em São Paulo, organizados pela secretaria, em nível estadual ou municipal) e leitura de

⁶⁴ Menções sobre esta ineficiência são feitas nos seguintes trabalhos (Diniz, 2001; Tornquist, 2004; MOREIRA, 2005; Rede Nacional Feminista, 2002)

⁶⁵ Vários trabalhos são elucidativos a este respeito, mas os mais popularizados são aqueles relacionados ao desenvolvimento das técnicas difundidas por Lamaze e Dick-Read, com pesquisas que aplicavam o relaxamento muscular e exercícios respiratórios para a diminuição da tensão, medo e dor durante o parto; existe um trabalho realizado também em uma maternidade de pública de Goiânia elucidativo sobre as aplicações destas técnicas (ALMEIDA, 2001).

periódicos ou informativos vinculados à Sociedade Goiana de Ginecologia; outra maternidade pública foi a primeira fonte de informações para somente uma pessoa entrevistada. É importante destacar que a Maternidade B também foi citada como fonte de informação sobre o programa, haja vista que foi promovido pela secretaria de saúde, nos anos de 2004 e 2005, palestras e cursos sobre a temática na instituição, segundo informações encontradas tanto no banco de dados fornecido pela maternidade, quanto nas entrevistas de uma profissional e de um gestor entrevistados.

Ao serem argüidos sobre o conhecimento que têm a respeito das propostas do programa para um atendimento humanizado ao parto, foram mais citadas às questões relativas à rotina de atendimento, como a escolha e presença de acompanhantes, horário de visitas estendido, alojamento conjunto, incentivo ao aleitamento, acomodação privativa e atendimento por profissionais de diversas áreas. Por outro lado, questões relativas ao próprio serviço prestado também foram mencionadas de forma significativa, como a questão da informação durante o parto, o direito de escolha sobre o parto, dentro das possibilidades da instituição e a postura assistencialista, procurando intervir o mínimo possível durante o parto.

Somente um profissional entre todos os entrevistados se mostrou pouco receptivo com todas as propostas da política de “humanização”, como se pode perceber em seu depoimento, no qual enfatiza as características éticas e inter-pessoais do exercício profissional “pra mim todo parto é humanizado, questão de educação, de respeito com a paciente esse negócio de fica diferenciando demais também...” (Profissional 6, Maternidade A: 14/06/2008). Em contrapartida, foram vários os depoimentos de funcionários da mesma instituição que ressaltavam, de maneira espontânea e num sentido valorativo, que a instituição trabalhava com um atendimento humanizado e era reconhecida pela comunidade por isso; quando argüidos sobre a necessidade ou a validade das propostas, opinavam favoravelmente, inclusive, em um dos depoimentos, o profissional chegou a citar de forma lisonjeada que era reconhecido pelos colegas como “já nascido humanizado”, e, de fato, o mesmo foi indicado pelos colegas para a realização da entrevista, sob a justificativa de que “humanização, esse assunto é com o *profissional 10*⁶⁶, ele que entende disso”.

Também na instituição B predominaram as declarações favoráveis às medidas de “humanização” no atendimento, sob as justificativas de que é um momento muito importante para a mulher, para ser mais informada, conscientizada, ter mais domínio sobre o próprio

⁶⁶ Trecho substituído, a fim de preservar o anonimato das pessoas entrevistadas, seguindo os pressupostos éticos deste trabalho.

parto e também de que ainda tem que melhorar muito o atendimento por parte de alguns profissionais; uma contraposição ao atendimento nas instituições particulares foi levantada como justificativa por duas profissionais, sendo evocada, no entanto, em dois sentidos opostos: enquanto para uma, as medidas são importantes no sentido de “dar oportunidade para as mulheres que tem nível socioeconômico mais baixo terem a mesma assistência que têm as pacientes que têm possibilidade de pagar o médico, pré-natal em hospital particular”; para a outra, tais medidas deveriam ser aplicadas nas unidades particulares, pois estas ficariam devendo em relação às unidades públicas, que “tem profissionais e, teoricamente, estrutura para trabalhar com a humanização”.

Sobre a opinião relativa à prática das propostas dentro da instituição em que trabalham, somente uma profissional respondeu que achava que a instituição não praticava a “humanização”, e, mesmo assim, alegou que tinha começado a trabalhar a pouco tempo na instituição, além de ser uma profissional do plantão noturno. Assim, a tônica das respostas girou em torno da prática da “humanização” nas instituições, sendo que uma justificativa muito freqüente foi o fato das maternidades serem hospitais amigos da criança; outras questões evocadas foram o acompanhamento multiprofissional, da família e o tipo de alojamento. Dois profissionais, em ambas as maternidades, destacaram também que, apesar de já ser praticado, ainda existem limitações, relativas ao número e formação dos profissionais, aos tipos de parto oferecidos para as mulheres e que a “humanização” deveria ser falada cotidianamente, atingir todas as categorias profissionais, em um trabalho contínuo, e que ainda há muito a ser feito.

A atuação de vários profissionais no atendimento à gestante/puérpera, apesar de pouco reconhecida pelos trabalhadores entrevistados, foi um fator destacado, principalmente por dois gestores entrevistados – cada um em uma das instituições (A e B) – como importante neste processo, especialmente pela descentralização da figura do médico durante a gestação e parto. Entretanto, as observações e interações de campo, assim como alguns depoimentos, indicam que a definição de tarefas ainda mantém certa estrutura tradicional, sendo que estes novos profissionais são englobados, mas sem uma mudança muito significativa na estrutura de funcionamento do atendimento; esse aspecto pode ser constatado principalmente pela dificuldade na implementação, por exemplo, de enfermeiras obstetrias nos contextos analisados: somente na maternidade B foi relatada a presença de uma profissional de enfermagem atendendo consultas pré-natal; também em conversa informal sobre o estágio desta área na Maternidade A, foi relatada a dificuldade entre estes estudantes de conduzir

partos, haja vista a falta de oportunidades, que são privilegiadas para os profissionais da medicina.

Outro aspecto ainda observado é o caráter mais transitório dos profissionais formados, principalmente dos médicos, sendo que estes não têm um contato mais prolongado com as mulheres, cabendo-lhes o papel de prescrever os medicamentos, as condutas a serem realizadas (dieta, deambulação, indução, etc.) e monitorar e conduzir o período expulsivo – com frequência, realizando a episiotomia e suturando o corte⁶⁷; esse aspecto, que caracterizaria a centralidade apenas simbólica deste segmento profissional, também foi ressaltado pelo trabalho de Diniz (2001) e que em vários momentos muito relevantes para as mulheres, quando estão sentindo dor e estão desesperadas, elas são acompanhadas por outros profissionais, o que converge com o trabalho de Tornquist (2004).

Deve ser destacado ainda que a responsabilidade pelos resultados do parto, no âmbito institucional, ainda está focalizado em uma só figura, no caso, o médico, o que acarreta uma maior autoridade sobre as decisões tomadas e as intervenções realizadas. Assim, pode-se perceber, principalmente na instituição B, que, muitas vezes, a incorporação das condutas humanizadas incentivadas pelo Programa (condutas menos intervencionistas, permitir acompanhantes, liberdade de movimentação e diálogo) fica condicionada à postura do profissional; estas impressões também podem ser encontradas em outros trabalhos (TORNQUIST, 2004; MOREIRA, 2006; DA SILVEIRA, 2006; REIS; PATRÍCIO, 2005), e é bem exemplificada pelo depoimento de um dos gestores da instituição acima mencionada:

“A gente encontra um pouco de restrição no acompanhamento do parto, por parte médica, às vezes o profissional tem aquela... entendeu, acha que o fulano tá dando palpite, dando palpite, vai me atrapalhar aqui, sempre tem, isso aí é difícil mudar a concepção [...] no caso do ato médico, toda responsabilidade cai em cima do ato médico, porque embora você tenha o serviço multiprofissional atuando em cima, você tem, você tem psicólogo, enfermeiro, técnico, atuando em cima da parturiente, mas o responsável é o médico, e isso aí depende muito da cabeça do profissional, tem profissional que não aceita [...] de primeiro era só médico que atuava em cima, depois foi aceitando o serviço multiprofissional, a presença, então isso aqui, eu nem me preocupo mais com isso⁶⁸” (Gestor 3, Maternidade B: 10/09/08).

Assim, nesta instituição específica, a estrutura física, como discutido no capítulo anterior, dificulta a implementação de acompanhantes, sendo que estes são permitidos apenas em regime estendido (que pode ser observado durante as observações), e não integral, como é

⁶⁷ Como foi descrito no capítulo anterior, ainda são altas as taxas de episiotomia nas instituições analisadas, de acordo com dados fornecidos pelas próprias instituições.

⁶⁸ Trechos suprimidos para enfatizar os pontos privilegiados neste momento da análise.

preconizado pelo programa; entretanto, como discutido acima, se o profissional aceita e o acompanhante insiste, algumas situações eles são permitidos, como pode ser observado numa situação de campo na emergência da instituição, na qual uma gestante aguardava atendimento e uma outra mulher entrou e comentou: “ah, diz que não pode acompanhante... quem disse que eu estou te acompanhando, você diz?” quando a estagiária que estava atendendo na triagem perguntou que era a próxima, a própria acompanhante indicou a gestante e, logo após as duas entrarem, saiu da sala (Caderno de campo, dezembro de 2008).

Além destas práticas que são elaboradas também discursivamente, algumas vezes a insubordinação às regras estabelecidas é simplesmente exercida; por exemplo, entre aquelas mulheres que, mesmo sob orientação contrária de alguns profissionais, insistem em deambular durante o trabalho de parto ou que pedem água e são atendidas pelas profissionais da enfermagem, apesar desta não lhe ser oferecida, como foi percebido no trabalho de Moreira (2005). Estas situações, que algumas vezes são aceitas, dependendo do profissional, convergem com o conceito trazido por Erving Goffman (1974) de ajustamentos secundários, no qual os participantes de uma organização empregam meios informais para conseguir finalidades não autorizadas, escapando do que formalmente “deve ser” dentro das instituições. Ainda segundo o autor, tais manobras podem se tornar tão aceitos que acabam por adquirir “caráter de ‘emolumentos’, que não são abertamente exigidos e nem discutidos” (1974, p.161); esta consideração do autor também pode ser aplicada à permissão de acompanhantes que é concedida caso a mulher esteja muito queixosa, apesar desta informação não ser repassada para as usuárias dos serviços da maternidade.

Ao se analisar a satisfação com as condições de trabalho para os profissionais entrevistados pode-se perceber uma variação significativa nas duas instituições focadas pelo trabalho. Na Maternidade A os depoimentos salientam que existem condições para a realização do parto de baixo risco, com a ressalva de eventual falta de material básico ao atendimento, que não ocorre com frequência, mas que, quando ocorre, limita a capacidade de internações na instituição (durante as observações de campo, tal fato ocorreu duas vezes). Já na Maternidade B as queixas se relacionam principalmente às limitações de ordem estrutural – como limitações no espaço físico, em materiais terapêuticos, aparelhos – que é evocada também como fator que impossibilita a presença do acompanhante:

"A estrutura física que a gente tem hoje prejudica bastante ela não colabora praticamente com nada com assistência humanizada ao parto porque o pré parto, por exemplo, que o momento assim em que a paciente tá lá, momento muito importante pra ela, ela não tem privacidade [...] o pré-parto é longe da

sala de parto, eu acho que é uma enfermaria muito quente ela pega o sol da tarde então faz muito calor, a ventilação é inadequada, eu acho que tem muitas coisas assim que a estrutura não permite, com relação a material a gente não tem aquela, não tem a bola, não tem o cavalinho, a gente não tem material que normalmente a gente usa no trabalho de parto humanizado, não permite a presença do acompanhante porque se eu tenho cinco camas na enfermaria não tem condições de coloca cinco acompanhantes, nem cabe também na enfermaria e o acompanhante é essencial nesse momento também” (Profissional 2, Maternidade B: 11/11/2008)

Além disto, também constaram queixas sobre a quantidade ou mesmo a distribuição de atividades entre os profissionais, sendo destacada principalmente entre os enfermeiros, haja vista que estes estão numericamente em desvantagem e são encarregados principalmente de coordenar a equipe de auxiliares e técnicos, não sobrando tempo para acompanhar de perto as mulheres no trabalho de parto.

“Se eu tenho que toma conta de outros setores não tem como eu ficar então você passa lá você não fica lá com elas, não acompanhar elas” (Profissional 4, Maternidade B)

“A gente não tem esse tempo, nós somos só dois enfermeiros para dois postos, entendeu, teria que ter um enfermeiro para o centro cirúrgico, pro centro obstétrico não tem, mas para isso tem também as pessoas que estão estudando tem os professores de enfermagem, os acadêmicos de enfermagem que acabam fazendo isso pra gente” (Profissional 1, Maternidade A)

É interessante notar que este tipo de distribuição de profissionais, que é encontrada em ambas as instituições – com um baixo número de profissionais com um maior nível de capacitação, como curso superior ou técnico combinado com grande número de auxiliares – pode contribuir com uma divisão entre “saber” e “cuidar”; isto porque, na medida em que aqueles com maior escolaridade são responsabilizados pelas atividades de coordenação e pela monitoração de um grande número de pessoas, o contato mais prolongado e mais próximo acaba concentrado entre aqueles trabalhadores menos qualificados. Esta divisão envolve ainda a própria concepção do atendimento ao parto, que está inserida na prática médica e, por vezes, prioriza uma concepção de cura de “fora para dentro”, com o emprego de práticas agressivas para alterar o curso da enfermidade – no caso deste trabalho, o curso do parto (DA SILVEIRA, 2006).

Nesta perspectiva são estas medidas, com resultados a curto prazo, que são priorizadas num processo tecnificado de atendimento, sendo as demais práticas, aquelas voltadas para a cura de “dentro para fora”, desvalorizadas em relação à prática médica hegemônica. Este é um ponto em que ainda existe resistência entre os profissionais para adequar suas condutas, na

medida em que, nas duas instituições analisadas qualitativamente, foi declarado por gestores entrevistados⁶⁹ que há pouca adesão, por parte dos profissionais, em relação aos grupos e palestras relacionadas à temática da “humanização”. Esse tipo de estrutura de funcionamento vai ao encontro de um dos princípios de organização hierárquica, integrante do modelo tecnocrático de atendimento ao parto, levantado discutido por Davis-Floyd e St. John (2004 *apud* DA SILVEIRA, 2006) e que é criticado pelo Programa governamental. Isto porque, como cabe ao médico a responsabilidade pelo parto – situação já discutida anteriormente – e estes profissionais têm que se responsabilizar por diversas modalidades de atendimento na instituição (consultório, pré-parto, parto, puerpério e internações) há, de certa forma, um incentivo à prática de intervenções, na medida em que estas podem ajudar a controlar e administrar melhor suas atividades.

Além disto, essa concentração de responsabilidade na figura do médico nos remete à característica do atendimento tecnocrático que coloca estes profissionais numa disposição hierárquica superior, na qual este grupo detém uma posição social e política superior a qualquer outro grupo de profissionais de saúde; isto porque estes são considerados indispensáveis, por serem os únicos agentes autorizados à intervenção, mesmo entre os partos normais, nos quais não há necessidade de se intervir. Por vezes, estas relações hierárquicas ainda envolvem relações de gênero, haja vista a grande parte dos profissionais “cuidadores” do sexo feminino; além disto, o próprio cuidado é tido como característica essencialmente feminina que, por ser pretensamente parte de sua natureza, é desvalorizada profissionalmente, sendo ofuscada a construção social destes papéis de gênero diferenciados, que são valorizados de forma diferenciada na educação de meninos e meninas desde o momento em que nascem⁷⁰ (BRUMER, 1988; GARCIA, 1992; ANDERSON, 2005; LOURO, 1997; SCOTT, 1990; VILLELA; ARILHA, 2003; FARIA e NOBRE, 1997).

Em relação à presença de estagiários dentro das maternidades – haja vista que todas são hospitais escola, como salientado anteriormente na caracterização das instituições – ela é apontada por alguns profissionais como importante, na medida em que estes cumprem funções auxiliares e têm tempo para fazer um acompanhamento mais próximo; por outro lado, a presença dos alunos é vista com cautela por alguns entrevistados, especialmente quando a mesma é considerada excessiva, como foi observado pelo depoimento de um dos profissionais, que declarou que “acreditava que a maternidade estava exagerando na política de recebimento de estagiários” (Profissional 10, Maternidade A: 24/11/08) e também pelas

⁶⁹ Gestora 2, Maternidade A: 10/08/2008 e Gestor 3, Maternidade B: 10/09/2008.

⁷⁰ Como foi discutido na caracterização dos sujeitos da pesquisa, realizada no início deste capítulo.

observações de campo, em ambas as instituições; na Maternidade acima mencionada, existia, inclusive, uma orientação do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares nas portas das salas de parto com instruções para limitar o número de pessoas durante o parto: “Rotina de permanência de alunos e acompanhantes na sala de parto: Um interno de medicina; Um estagiário de enfermagem; Um acompanhante; observação: caso haja desrespeito da rotina acima pelos alunos em geral, será convidado a se retirar”.

Apesar de a instituição referida ter uma estrutura ampla, de uma maneira geral, as salas de parto, especificamente, têm seus espaços internos bastante limitados, o que é um fator complicador para a assistência por vários profissionais neste último estágio do parto, quando a mulher é transferida para esse ambiente; este foi inclusive fator restritivo para observação de partos durante a pesquisa, haja vista que, mesmo em fins de semana, encontrou-se a presença de atividades de estágio coordenadas por um professor na instituição. Esta grande demanda também foi observada durante os dias úteis na outra instituição, principalmente durante o dia, ocasionando uma circulação bem grande de pessoas na maternidade, que já tem seu espaço físico bem limitado, de uma maneira geral, apesar de ter mais espaço na sala destinada para o período expulsivo do parto.

Por outro lado, a atuação da psicologia e fisioterapia durante o trabalho de parto é citada por alguns profissionais como aspecto positivo, no sentido de dar apoio à parturiente, uma situação de “parceria multiprofissional” corroborada pelas observações e também pelo depoimento de um gestor da instituição B, já citado anteriormente (Gestor 3: 10/09/2008); também foi presenciado pelas observações de campo (Caderno de Campo, novembro de 2008) uma situação em que os profissionais atuavam em equipe, dialogando sobre a necessidade de fazer uma intervenção cirúrgica em um parto. Os trabalhadores de outras especialidades cumprem funções consideradas importantes, mas que por vezes deixavam de ser realizadas pelos profissionais da área médica e da enfermagem, seja por falta de tempo para tal acompanhamento ou mesmo por este tipo de cuidado não se tratar de uma habilidade específica de sua área de atuação:

"Aqui temos profissionais que auxiliam tem pediatra o tempo todo, o médico obstétrico junto de você o tempo todo, meu outro colega da mesma formação, anestesista o tempo todo, enfermeira, técnico de enfermagem meninas que tem experiência, então eu acredito quanto material humano aqui é melhor de trabalhar porque você se sente protegido" (Profissional 7, Maternidade A:)

“Nós temos psicólogo aqui que faz o acompanhamento da psicologia, dá orientações para ela, nós temos fisioterapeutas que infelizmente não tem todos os dias” (Profissional 4, Maternidade B:).

6. Considerações Finais

A proposta central que norteou este trabalho foi a reflexão sobre as mudanças nas relações que poder que se estabelecem cotidianamente entre as mulheres e profissionais de saúde, em especial os médicos, durante a gestação e parto em seu atendimento nas maternidades públicas de Goiânia. Este questionamento teve como motivação a implementação das medidas constituintes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que vem ganhando maior destaque e popularidade, tanto para a comunidade em geral quanto para os profissionais envolvidos nestas modalidades de atendimento. Por outro lado, foram levantados também alguns questionamentos importantes para se atingir esta proposta de reflexão; assim, serão considerados agora os principais aspectos considerados, procurando expor a forma como os mesmos foram contemplados no âmbito desta pesquisa.

Um dos pontos elencados foi a possível interferência do novo modelo de atendimento preconizado pelo Programa nos indicadores de saúde materna e neonatal na cidade de Goiânia, fazendo uma comparação também com o estado como um todo. O que ficou destacado foi uma melhora significativa nos índices de saúde neonatal analisados, principalmente em relação às taxas de mortalidade neonatal precoce, pontuações de Apgar e peso ao nascer, que pode se relacionar com o aumento da cobertura pré-natal durante o intervalo analisado.

Já entre os indicadores de saúde materna esta tendência de melhora não ficou tão destacada. Apesar disto, em indicadores como o de mortalidade materna, a instabilidade na variação da quantidade de casos parece diminuir nos últimos anos do intervalo analisado, mantendo padrões de mudança mais estáveis, o que pode apontar para possíveis esforços no sentido abranger uma maior notificação de casos, caracterizando uma maior confiabilidade deste indicador; além disto, nos dois últimos anos analisados, houve uma tendência de queda no número de mortes, tanto aquelas notificadas em Goiânia quanto no estado como um todo. Por outro lado, as taxas de mortalidade ainda se mantêm bem acima do máximo tolerado pela Organização Mundial da Saúde, principalmente aquelas específicas dos partos cirúrgicos, que apresentam índices alarmantes; além disto, as principais causas diretas de mortalidade, quando notificadas, ainda serem relacionadas com fatores com grande chance de prevenção, quais sejam, eclampsia, infecção puerperal e hemorragias do pós parto; quanto às

especificações sobre as causas de mortalidade direta ainda há uma variação muito grandes nos índices, o que pode indicar uma dificuldade nos registros dos dados que não foi superada.

Os dados relativos à realização de partos cesáreos e também aqueles referentes à indução e realização de episiotomias (disponibilizados, respectivamente, por uma e duas das instituições analisadas especificamente neste trabalho) continuam ainda são altos. No caso específico dos partos cirúrgicos, estes permanecem com taxas altas, inclusive na análise histórica, em que apresentaram alguma queda, mas mantém tendência de alta nos últimos dois anos. Na análise dos dados específicos do Sistema Único de Saúde, as taxas são bem mais baixas, mas a tendência de alta nos últimos três anos é ainda mais evidente; além disto, deve-se levar em conta a possibilidade de subnotificação, na medida em que os índices nas maternidades analisadas são muito maiores, apesar de nestas haver uma tendência de queda nos últimos três anos.

Outro ponto importante para a reflexão proposta por este trabalho foi a estrutura e funcionamento das instituições analisadas pelo trabalho; sobre este aspecto notou-se que a influência de fatores estruturais limitadores para a implementação das medidas preconizadas pelo programa ainda está presente em dois, dos três contextos analisados, havendo poucas mudanças, principalmente em relação à estrutura física. Relacionado a isto ficou destacada a falta de diálogo relativo aos recursos para modificação destes aspectos, que estavam previstos dentro do programa, como orçamento específico, mas que eram desconhecidos entre os gestores entrevistados.

Assim, predominou entre estes uma sensação de serem exigidas adequações, como a incorporação dos familiares no contexto de atendimento e a preservação da privacidade das mulheres, sem a adequação necessária para que estes novos sujeitos fossem incorporados. Apesar disto, somente uma instituição ainda não incorporou o acompanhamento na rotina de atendimento, compensando esta limitação com a extensão no horário de visita permitida; já em relação ao direito de privacidade para a mulher durante o parto ficou extremamente prejudicado, nos dois contextos citados. Outros aspectos, tais como o alojamento conjunto e o incentivo ao aleitamento materno, com incentivo de contato precoce entre a mãe e o recém-nascido já são amplamente difundidos e incentivados em todas as instituições analisadas.

Ficou evidenciado que a estrutura organizacional dos ambientes analisados ainda converge para uma centralização das atividades de assistência ao parto normal na figura do médico obstetra, apesar de já haver uma inserção de novos profissionais, numa atuação conjunta de atendimento. Todavia, a questão da divisão de tarefas e responsabilidades entre os

profissionais ainda apresenta uma estrutura tradicional, cabendo aos trabalhadores com formação superior a responsabilidade pelo monitoramento dos fatores de risco e assistência aos partos de baixo risco; a capacitação para detecção precoce de fatores de risco entre os profissionais com formação técnica, para uma maior inserção destes no acompanhamento é uma saída para práticas de assistência ao parto mais seguras e menos intervencionistas, com o encaminhamento precoce dos casos de alto risco para o tratamento devido pelos obstetras.

Como é indicado pela própria OMS (1996) “o parto normal, desde que de baixo risco, necessita apenas observação cuidadosa por um parteiro treinado e competente, a fim de detectar sinais precoces de complicações”. Além disto, esta uma redistribuição de responsabilidades possibilitaria, nas duas instituições que não são focadas no atendimento a partos de alto risco, uma melhor distribuição das atividades, um contato mais prolongado entre os profissionais com formação superior e as parturientes, situação que foi reivindicada nos depoimentos de vários destes trabalhadores, principalmente aqueles da área de enfermagem.

Uma discussão fundamental levantada durante a realização da pesquisa foi sobre as modificações nas relações tradicionalmente estabelecidas durante o atendimento ao parto e, especificamente, sobre o nível de conflito e negociação entre usuárias dos serviços e profissionais dentro das instituições analisadas. Sobre esse aspecto, destacou-se que, entre os profissionais entrevistados, é predominante a aceitação de uma postura mais ativa da mulher durante o parto, com o repasse de informações e incentivo à deambulação e práticas menos invasivas, como massagens, respiração, uso do chuveiro quente e da bola, quando disponível; outro ponto importante é que existe para parte significativa deste grupo um reconhecimento de tais medidas como integrantes do Programa governamental, do qual as próprias instituições foram reconhecidas como propagadoras, principalmente numa delas. Esta situação é diferenciada entre as mulheres entrevistadas, na medida em que uma parte significativa delas não tem informações sobre o desenvolvimento do parto, nem sobre as práticas anteriormente mencionadas, o que é refletido na sensação de imprevisibilidade durante o processo, dificultando posturas mais ativas.

É importante apontar que os profissionais entrevistados raramente atendem na rede básica e grande parte dessas mulheres recebeu atendimento neste contexto, um fator possível para explicar que esta divergência (mulheres não informadas e funcionários que declaram informar) não indica, necessariamente, contradição entre discurso e prática profissional. Um ponto de possível contribuição para tal distinção foi a adesão voluntária na pesquisa, que pode

ter funcionado como “selecionadora” dos profissionais com alguma afinidade com a temática, na medida em que houve uma quantidade significativa de recusas quanto à participação no trabalho. Este aspecto pode indicar elementos para uma possível divergência entre discurso e prática profissional que ficou destacada principalmente em uma das instituições analisadas, na qual as mulheres atendidas afirmaram não ter recebido informações sobre o parto, apesar de sentirem liberdade para esclarecer dúvidas e confiar no atendimento. Outro aspecto a ser evocado foi a dependência da postura pessoal do profissional para a aceitação e incorporação das práticas visadas pelo programa neste contexto, ficando a cargo dele, como responsável pela condução do parto, aceitar e incentivar tais condutas durante seu plantão.

Apesar disto, de uma maneira geral, os resultados relativos ao repasse de informações e à adesão a práticas menos medicalizadas durante o parto indicou uma mudança em relação ao contexto tradicional de atendimento, principalmente em um dos contextos analisados, apesar de estar presente em ambos. Por outro lado, a falta de informações prévias de parte significativa das mulheres atendidas – tanto em relação ao parto quanto em relação às práticas vinculadas ao programa, como as práticas de movimentação e atuação mais ativa durante o parto – dificulta muito a capacidade de negociação e decisão sobre o processo. Estes aspectos, quando não acarretam em uma postura mais passiva ou receptiva das mulheres em relação à conduta dos profissionais pode se configurar como um fator de conflito nas relações estabelecidas entre os grupos analisados; assim, as situações de vulnerabilidade, como ser menor de idade, fazer “escândalo” ou postergar ao máximo a procura pelo atendimento podem ser alternativas – conscientes ou não – para lidar com a insegurança e a falta de capacidade de suportar ou combater as dores durante o parto.

Neste sentido, a falta de informações e a conseqüente “mistificação” do parto – trazida pela imprecisão sobre seu desenvolvimento e seus riscos – ainda ficou destacada principalmente pela adesão, predominante entre as mulheres, a um modelo de parto no qual o profissional tem que intervir durante todo o processo e “nunca se sabe o que pode acontecer na hora”⁷¹. Mesmo entre os profissionais – por mais que estes já tenham incorporado uma concepção de participação da parturiente de forma mais ativa durante o parto – ainda há indicadores da persistência de uma postura intervencionista: além da ausência de oferta de líquidos durante o trabalho de parto, as taxas relativamente elevadas de episiotomia, induções e partos cirúrgicos, somente um profissional relatou a ausência de intervenções intermitentes

⁷¹ Expressão utilizada pela gestante 7, na Maternidade A em 13/11/2008.

como característica de um atendimento em consonância com a proposta ministerial de “humanização”.

As intervenções no parto são esperadas pelas mulheres, o que influencia na manutenção deste modelo de atendimento pelos profissionais, a fim de preservar a imagem que é esperada; a partir disto, o que foi percebido é que, neste aspecto, as medidas implementadas pelo programa ainda apresentam pouca repercussão, faltando conscientização tanto entre os profissionais quanto entre as mulheres atendidas. Assim, o poder de negociação das mulheres quanto aos procedimentos realizados durante o parto ainda é pouco expressivo, se restringindo mais às práticas de subversão das normas ou de abstenção do atendimento pelo máximo de tempo considerado possível.

Diante disto, pode-se perceber uma incorporação parcial das mudanças preconizadas pelo Programa Governamental nas representações sociais dos grupos estudados. Isto porque, apesar de haver uma incorporação de muitas condutas incentivadas pelo programa, ainda é pouco reconhecida a necessidade e a adoção de um modelo menos intervencionista de atendimento ao parto, nas quais haja uma valorização do diálogo e do poder de decisão das mulheres sobre os procedimentos realizados.

Referências Bibliográficas

ALEXANDER, Jeffrey C. *O novo movimento teórico*. In: X Encontro Anual da ANPOCS - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciências Sociais, out. 1986, Campos do Jordão: São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPOCS, 1986.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques. *Efeitos da aplicação de um método psicoprofilático, durante o processo de parturicao, sobre a dor, a ansiedade e a liberação do hormônio adrenocorticotrófico*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Goiás, 2001.

ALVES-MAZZOTTI, Alda J; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 3 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ANDERSON, Kirla K. dos S. Quem é o chefe da casa?: Um estudo sociológico sobre gênero e família em Belém/PA. In: XXIX Encontro Anual da ANPOCS - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciências Sociais, out. 2005, Caxambu: São Paulo **Anais...** São Paulo: ANPOCS, 2005.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 117, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jul. 2008.

ÁVILA, Maria Betânia. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres. In: BRUSCHINI, Cristina (Org.). *Gênero, democracia e sociedade Brasileira*. São Paulo: FCC; Ed. 34, 2002.

ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sônia. Direitos Sexuais e reprodutivos – pauto global e percursos brasileiros. In: ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sônia. BERQUÓ, Elza (Orgs.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora da Unicamp, 2003.

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4 ed. Tradução: Marco Estevão e Renato Aguiar. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1985.

BÍBLIA Viva. **Gênesis**. 8 ed. São Paulo: Mundo Cristão, 1995.

BOURDIEU, Pierre. Algumas propriedades dos campos. In: BOURDIEU, Pierre. *Questões de Sociologia*. São Paulo: Marco Zero, 1980.

_____. *A Economia das Trocas Simbólicas*. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BOURDIEU, Pierre; SAINT-MARTIN, M. Anatomie du goftt: Goffts de classe et styles de vie. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 5, 1976, Traduzido por Paula Montero. p. 18-43.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude; CHAMBOREDON, Jean-Claude. A construção do objeto. In: BOURDIEU, Pierre (Org.) *A profissão de sociólogo, Preliminares epistemológicas*. 2. ed. São Paulo: Vozes, 2000.

BRASIL, 2000. *Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>>. Acesso em: jun. 2008

BRASIL; FEBRASGO; ABENFO; 2001. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em jun. 2008.

BRASIL, 2002. *Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>> Acesso em ago. 2006.

BRASIL, 2006. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final*. Ministério da Saúde: Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2008.

BRUMER, Anita. O Sexo da Ocupação — considerações teóricas sobre a inserção da mão de obra feminina na força do trabalho. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 8, v. 3, 1988.

CECCATO, Silvia. R.; VAN DER SAND, Isabel C. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem (online)*, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em mai. 2008.

CITELI, MARIA TERESA. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 9, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000100007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 13 ago. 2008.

CORCUFF, Philippe. *As novas sociologias: construções da realidade social*. Tradução: Viviane Ribeiro. São Paulo: EDUSC, 2001.

DA SILVEIRA, Sandra Cristina. *A assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde*. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0223.pdf>>. Acesso em: mai. 2008.

DEL PRIORI, Mary. Viagem pelo imaginário do interior feminino. *Revista Brasileira de história*. v.19, n.37, São Paulo, 1999.

DINIZ, Carmem S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação, 1997. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/parto/mestrado.html>> Acesso em: mai. 2008.

_____. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites na humanização do parto*. Tese (Doutorado em Medicina), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/parto/>>. Acesso em: mai. 2005.

ELIAS, Norbert. Uma história dos costumes. v. 1. In: _____. *O Processo civilizador*. Tradução, Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a.

FARIA, Nalú; NOBRE Miriam. O que é ser mulher? O que é ser homem? In: _____. *Gênero e desigualdade*. Cadernos Sempre Viva. São Paulo, 1997.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sócnico. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria C.S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FIRESTONE, Sulamith. *A Dialética do Sexo: um manifesto da revolução feminista*. São Paulo: Labor do Brasil, 1976.

FOUCAULT, Michel. A política da saúde no século XVIII. In: _____. *Microfísica do poder*. Tradução: Roberto Machado. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. *Corpos dóceis*. In: _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 14 ed. 1987.

_____. *El sujeto y el poder*. Tradução de Santiago Carassale y Angélica Vitale, 1983. Disponível em: http://www.4shared.com/file/20000369/3e1f2473/Foucault_Michael_-_El_sujeto_y_el_poder.html Acesso em ago. 2007.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Tradução: Roberto Machado. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 6 ed. 1986.

GARCIA, Marie France. O segundo sexo do comércio: Camponesas e negócio no Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 19, ano 7, 1992.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. 4 ed. Tradução de Maria Célia Santos Raposo. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

_____. *Estigma*. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988.

GOLDENBERG, Mirian. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000, p.44-67.

HAGUETTE, Teresa M. F. *As metodologias qualitativas na sociologia*. 8 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

HELMAN, Cecil G. Dor e cultura. In: _____. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERTZ, Robert. A proeminência da mão direita. *Religião e Sociedade*, v.6, 1980.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. saúde coletiva*., Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Ago. 2006.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW, Vera R. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas: 1996.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MALINOWSKI, Bronislaw K. Introdução: tema, método e objetivo desta pesquisa. In: _____. *Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, 1974.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco: 1994.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 28 jul. 2008.

MOREIRA, Nara. *Parto "humanizado" no SUS: uma reflexão sobre direitos reprodutivos em Goiânia* In: II Prêmio construindo a igualdade de gênero. Brasília. Disponível em: <http://www.cnpq.br/premios/2006/construindo_igualdade/pdf/nara-moreira.pdf .> Acesso em set. 2006.

_____. *Parto "humanizado" no SUS: uma reflexão sobre direitos reprodutivos em Goiânia*. Pesquisa de Campo – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Teoria Antropológica II (material não publicado): 2005.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: ago 2006.

NONATO, Ticiania R. *Humanização do parto nos contextos público e privado do distrito federal*. Dissertação. Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2702>. Acesso em jul. 2008.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Gênero e Direitos Humanos: as violações na saúde. In: XXIX Encontro Nacional da ANPOCS GT 09: Gênero na contemporaneidade. *Anais...* São Paulo: ANPOCS, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2008.

Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. Parto Humanizado. Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: set, 2006.

REDE NACIONAL FEMINISTA de saúde, direitos sexuais e reprodutivos. *Dossiê humanização do parto*. São Paulo, 2002.

REIS, Adriana Elias dos; PATRICIO, Zuleica Maria. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 10, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: ago., 2006.

RÊSES, Erlando da Silva. Do conhecimento sociológico à teoria das representações sociais. *Sociedade e Cultura: revista de pesquisas e debates em ciências sociais*. v. 6, n.2, Goiânia: UFG, 2003.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre: Faculdade de Educação/UFRGS, v.6, n 2, jul/dez 1990.

SERRUYA, Suzanne Jacob. *A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (phpn) do ministério da saúde no Brasil*. Tese, Unicamp: 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf> Acesso em: mai. 2008.

SILVA, Arceu A. da. Foucault e o fim do poder leviatã. *Datavenia*. On-line ano III, n. 16, jun. 1998, Universidade Estadual da Paraíba. Disponível em: <http://www.datavenia.net/artigos/arceu.html>. Acesso em: mai. 2008.

SILVA, Edson Braz da. *A ilegalidade do sistema de compensação de jornada de trabalho 12x36*. Goiânia, 1994. Disponível em: <<http://www.trt18.gov.br/content/TRT18/BASESJURIDICAS/PUBLICACOES/ARTIGOS/003-EBraz-Jornada12x36.pdf>>. Acesso em: jun. 2009.

SOUZA, Marta R. *Uma contribuição ao debate sobre partos cesáreos: estudo prospectivo no município de São Paulo*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

TORNQUIST, Carmen S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*., Rio de Janeiro, v. 19, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: ago, 2006.

_____. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista. Estudos. Feministas*., Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago 2006. doi: 10.1590/S0104-026X2002000200016.

VICTORA, Ceres G; KNAUTH, Daniela R; HASSEN, Maria N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLELA, Wilsa. ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. BERQUÓ, Elza (Org). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Apêndice A: Roteiros de Entrevista

1. Público assistido

1.1. Gestantes

Maternidade: _____	Voice: _____	Data: ____/____/____ às ____:____ hrs
Nome: _____	Raça/cor: _____	Idade: _____
Escolaridade _____	Est. civil: _____	
Mora com ____ pessoas: _____	Chefia: _____	
Religião? () não () sim _____	Importância: _____	
Ocupação: _____	Renda familiar: R\$ _____	

- ✓ Situação gestacional e acompanhamento
 - ◊ Tempo de gravidez, realização de exames (cartão), número de consultas pré-natal
 - ◊ Estado de saúde (antes e depois da gravidez)
- ✓ Consultas pré-natais
 - ◊ Recebeu orientação sobre a gestação e parto (fases, contrações, respiração, posição, dor, força)?
 - ◊ Existe abertura ao diálogo e dúvidas?
 - ◊ Está segura quanto a conhecimento/competência profissional?
- ✓ Informações sobre gravidez e parto: anteriores e posteriores a gestação (fontes)
 - ◊ Impressões de experiências anteriores (partos, abortos espontâneos ou induzidos)
 - ◊ Participa de grupos de orientação dentro ou fora da maternidade?
 - ◊ Comentários de amigos/familiares? Revistas/escola/ouviu dizer...?
- ✓ Tipo de parto esperado:
 - ◊ Preferência da gestante? Indicação/motivação médica?
 - ◊ Conhece os procedimentos aos quais será submetida? Já sabia, o médico informou? Se sente preparada para o parto?
 - ◊ Acredita que o parto deve ser um momento compartilhado com alguém da família? Acha que a mulher deve participar ativamente do parto ou o profissional é quem deve direcionar o parto?
 - ◊ Acredita que a estrutura física/humana da maternidade pode influenciar no parto?
- ✓ Dor e mobilidade:
 - ◊ Tem medo de sentir dor? A dor pode ser evitada? Varia muito de intensidade de mulher para mulher? Acredita que existe alguma utilidade, necessidade ou algo de positivo na dor? O estado psicológico da mulher (preparação durante a gravidez, nervosismo, medo) pode influenciar? E os procedimentos realizados pelos profissionais?
 - ◊ Acha que a mulher deve movimentar-se, usar de banhos e massagens e posições alternativas? Pretende utilizar-se disso durante o parto?
- ✓ Humanização:
 - ◊ Ouviu falar sobre e como? Concorde ou acha que é necessário?
 - ◊ **Se sim**, Acha que o atendimento prestado durante o pré-natal foi humanizado?
 - ◊ **Se não**, Ficou satisfeita com o atendimento prestado até agora? Acha que está facilitando as coisas? Sente que seus direitos são respeitados?
- ✓ Gênero e sexualidade (Estimuladas):
 - a) Algumas pessoas dizem que existem algumas atividades que são mais de mulher (como limpar e cozinhar, trocar fralda e dar banho nos bebês, etc.) e outras que são mais de homem (como pequenos consertos em casa, lavar o carro, levar as crianças para escola ou hospital, etc.). Você diria que concorda muito com essa afirmação, que concorda um pouco, que discorda um pouco ou que discorda muito disso? Por quê?
 - b) Agora, vou falar um provérbio conhecido, e gostaria que você me dissesse se concorda ou não com ele: “Os homens mandam no mundo, mas as mulheres mandam nos homens”;
 - c) Vou fazer algumas afirmações e gostaria que você me dissesse se concorda ou não com elas: “os homens, por natureza, são mais agressivos, agitados e menos sentimentais que as mulheres”; “as mulheres têm mais facilidade para controlar a vontade de fazer sexo que os homens”; “é certo que meninas e meninos sejam educados de forma diferente, pois existem diferenças biológicas entre homens e mulheres que são reconhecidas até mesmo pela bíblia”
 - d) Eu vou ler três frases e queria saber com qual você concorda mais. O sexo existe: para as pessoas terem prazer, ele existe para as pessoas mostrarem que se amam, ou para as pessoas terem filhos? E com qual concorda em segundo lugar?
 - e) Na sua opinião, as mulheres que interrompem a gravidez por meio de um aborto ilegal deveriam ser punidas? Por quê? Que tipo de punição você acha que ela deveria receber?

1.2. Puérperas

Maternidade: _____	Voice: _____	Data: ____/____/____ às ____:____ hrs
Nome: _____	Raça/cor: _____	Idade: _____
Escolaridade _____	Est. civil: _____	
Mora com _____ pessoas: _____	Chefia: _____	
Religião? () não () sim _____	Importância: _____	
Ocupação: _____	Renda familiar: R\$ _____	

- ✓ Situação gestacional e acompanhamento
 - ◊ Tempo de gravidez, exames (cartão), nº de consultas e condição de saúde na gestação.
- ✓ Consultas pré-natais:
 - ◊ Recebeu orientação sobre a gestação e parto (fases, contrações, respiração, posição, dor, força)?
 - ◊ Existia abertura ao diálogo e dúvidas?
 - ◊ Está segura quanto a conhecimento/competência profissional?
- ✓ Informações sobre gravidez e parto: anteriores e posteriores a gestação (fontes)
 - ◊ Teve abortos anteriormente? Partos (**se teve filhos**) e abortos anteriores influenciaram?
 - ◊ Participa de grupos de orientação dentro ou fora da maternidade?
 - ◊ Comentários de amigos/familiares? Revistas/escola/ouviu dizer...?
- ✓ Tipo de parto ocorrido:
 - ◊ Preferência da gestante, indicação médica? Foi o que imaginava? **Se cesáreo**, teve trabalho de parto?
 - ◊ Tinha consciência dos procedimentos aos quais era submetida? Já sabia, o médico informou? Sentia-se preparada para o parto? Acha que os procedimentos realizados influenciaram no andamento do parto? Quais foram?
 - ◊ Alguém da família te acompanhou? Acha que a participação dessa pessoa foi importante?
 - ◊ Você participou ativamente do seu parto? Acha que a mulher deve participar durante do parto vaginal ou o profissional é quem deve direcionar o parto?
 - ◊ Você ou o bebê tiveram algum problema durante ou após o parto? Qual?
 - ◊ Acredita que a estrutura física e humana influenciou no andamento do parto?
- ✓ Dor e mobilidade:
 - ◊ Como foi a relação com a dor? Foi na intensidade que imaginava? Tinha medo de sentir dor? A dor pode ser evitada? Varia muito de intensidade de mulher para mulher? Acredita que existe alguma utilidade, necessidade ou algo de positivo na dor?
 - ◊ Acredita que fatores psicológicos (nervosismo, calma, medo) influenciaram na dor? E os procedimentos realizados, modificaram a intensidade da dor?
 - ◊ Acha que existe relação entre os procedimentos realizados e seu estado psicológico?
 - ◊ Você se movimentou durante o parto? Utilizou recursos como banhos mornos, massagens e outros? Tinha conhecimento de tais métodos antes do parto?
- ✓ Humanização:
 - ◊ Ouviu falar sobre e como? Concorde ou acha que é necessário?
 - ◊ **Se sim**, Acha que o atendimento prestado é humanizado? Está satisfeita com o atendimento?
 - ◊ **Se não**, Ficou satisfeita com o atendimento prestado na maternidade? Acha que facilitou as coisas? Sentiu que seus direitos foram respeitados?
- ✓ Gênero e sexualidade (Estimuladas e espontâneas):
 - a) Algumas pessoas dizem que existem algumas atividades que são mais de mulher (como limpar e cozinhar, trocar fralda e dar banho nos bebês, etc.) e outras que são mais de homem (como pequenos consertos em casa, lavar o carro, levar as crianças para escola ou hospital, etc.). Você diria que concorda muito, concorda um pouco, discorda um pouco ou discorda muito? Por quê?
 - b) Agora, vou falar um provérbio conhecido, e gostaria que você me dissesse se concorda ou não com ele: “Os homens mandam no mundo, mas as mulheres mandam nos homens”;
 - c) Eu vou ler três frases e queria saber com qual você concorda mais. O sexo existe: para as pessoas terem prazer, ele existe para as pessoas mostrarem que se amam, ou para as pessoas terem filhos? E com qual concorda em segundo lugar? E em terceiro?
 - d) Vou fazer algumas afirmações e gostaria que você me dissesse se concorda ou não com elas: “os homens, por natureza, são mais agressivos, agitados e menos sentimentais que as mulheres”; “as mulheres têm mais facilidade para controlar a vontade de fazer sexo que os homens”; “é certo que meninas e meninos sejam educados de forma diferente, pois existem diferenças biológicas entre homens e mulheres que são descritas até mesmo pela bíblia”
 - e) Na sua opinião, as mulheres que interrompem a gravidez por meio de um aborto ilegal deveriam ser punidas? Por quê? Que tipo de punição você acha que ela deveria receber?

2. Profissionais/Gestores

Maternidade: _____	Voice: _____	Data: ____/____/____ às ____:____ hrs
Nome: _____	Idade: _____	Tempo de serviço: _____
Escolaridade/formação: _____	Pós-graduação () não () sim _____	
Religião? () não () sim _____	Importância: _____	
Est. civil: _____	Mora com _____ pessoas: _____	
C.h semanal: _____	Outros locais de trabalho: _____	

2.1. Profissionais

➤ Condições de trabalho/satisfação profissional

É oferecido o aparato material e humano necessário ao seu trabalho? Acredita que a instituição que trabalha oferece as condições adequadas para um parto seguro? Se sente satisfeito com as condições de trabalho?

➤ Relação médico-cliente: nível de diálogo e negociação, nível de informações repassadas, procedimentos realizados (gestação, parto e puerpério)

Durante as consultas no pré-natal, quais as dúvidas mais frequentes encontradas? Quais orientações considera importante repassar para gestante? Avalia que o estado psicológico da mulher pode interferir no trabalho de parto e parto? De uma forma geral, qual tipo de comportamento mais encontra e como lida com isso? A dor é um fator constante para um comportamento negativo? Acredita que a mobilidade e a dor interfere no processo? Incentiva a deambulação, o uso de massagens, banhos, etc.?

➤ Gestação de baixo risco: procedimentos e tratamento padrão, advindos da formação e experiência profissional

Explicar os procedimentos padrões adotados num parto de baixo risco; a experiência profissional acarretou em mudanças nos procedimentos que aprendeu na formação?

➤ Conhecimento sobre a humanização: informações e idealizações sobre o assunto

Situar sobre a humanização enquanto programa governamental que abrange todas as instituições públicas do país. Já ouviu falar sobre? Como? Concorda ou acha que é necessário?

Acredita que as recomendações estão sendo adotadas na instituição?

➤ Valores sobre gênero e sexualidade: ideais de comportamento masculino e feminino, crenças e valores sobre sexualidade:

- Algumas pessoas dizem que existem algumas atividades que são mais de mulher (como limpar e cozinhar, trocar fralda e dar banho nos bebês, etc.) e outras que são mais de homem (como pequenos consertos em casa, lavar o carro, levar as crianças para escola ou hospital, etc.). Você diria que concorda muito, concorda um pouco, discorda um pouco ou discorda muito? Por quê?
- Agora, vou falar um provérbio conhecido, e gostaria que você me dissesse se concorda ou não com ele: “Os homens mandam no mundo, mas as mulheres mandam nos homens”;
- Eu vou ler três frases e queria saber com qual você concorda mais. O sexo existe: para as pessoas terem prazer, ele existe para as pessoas mostrarem que se amam, ou para as pessoas terem filhos? E com qual concorda em segundo lugar? E em terceiro?
- Vou fazer algumas afirmações e gostaria que você me dissesse se concorda ou não com elas: “os homens, por natureza, são mais agressivos, agitados e menos sentimentais que as mulheres”; “as mulheres têm mais facilidade para controlar a vontade de fazer sexo que os homens”; “é certo que meninas e meninos sejam educados de forma diferente, pois existem diferenças biológicas entre homens e mulheres que são descritas até mesmo pela bíblia”
- Na sua opinião, as mulheres que interrompem a gravidez por meio de um aborto ilegal deveriam ser punidas? Por quê? Que tipo de punição você acha que ela deveria receber?

2.2. Gestores

- Informações sobre o programa
- Influência do programa na administração
- Entrada de recursos físicos e humanos
- Formas de implementação
- Cursos de capacitação (para quem? específicos da humanização? Adesão dos funcionários de cada área)
- Formação continuada (repassa de informações pelos funcionários mais antigos)?
- Hospital escola? Quanto tempo? (orientação para os estagiários e internos? Por quem? Instituições envolvidas)
- Aceitação por parte dos profissionais
- Dificuldades e repercussões sobre o programa
- Balanço sobre vantagens/desvantagens
- Posicionamento da direção

Apêndice B: Atividades do grupo de gestantes

MATERNIDADE A:

Semanalmente, no horário matutino:

- Nutrição da mãe e do bebê/Amamentação: vantagens e importância / Cuidados da gestante com a saúde bucal (Nutrição/Fonoaudiologia/BL/Odontologia)
- Direitos da gestante e do bebê (Serviço Social)
- Trabalho de parto e parto: medidas de conforto para a parturiente (Ginecologia/Psicologia)
- Puerpério e sexualidade/Planejamento Familiar (Enfermagem/Psicologia)
- Cuidados com o bebê/Audição e saúde do bebê (Neonatologia/Fonoaudiologia/Psicologia)
- Rotinas de exames na gravidez/Medicamentos e auto-medicação (Laboratório/Farmácia)
- Mudanças físicas e psicológicas da gestante (Psicologia/Ginecologia)

Duas vezes por semana, no horário matutino:

- Reuniões de apresentação da estrutura da maternidade (Psicologia/Odontologia/Serviço Social/Enfermagem)

MATERNIDADE B:

Curso oferecido para gestantes inscritas (duração de cinco semanas, com encontros semanais):

- Aspectos Psicológicos da Gravidez (Psicologia)
- Técnicas para a Facilitação do Parto (Fisioterapia)
- A Alimentação da Gestante durante e após a Gravidez (Nutrição)
- Mudanças Corporais durante a Gestação e o Desenvolvimento do Parto (Obstetrícia)
- Aleitamento Materno (Fonoaudiologia)
- Os Cuidados com o Bebê (Enfermagem)
- As Doenças mais comuns do Bebê e os Cuidados para evitá-las (Pediatria)
- Direitos e Deveres da Gestante (Serviço Social)
- Revisão de Parto e Métodos Contraceptivos (Ginecologia)
- Normas e Rotinas da Maternidade (Recepção)
- Visita à Maternidade e Encerramento.

Anexo A: Recomendações da OMS/MS

CATEGORIA A:

6.1 Práticas 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, a sua família (1.3).
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 ao longo de este último (1.3).
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento (2.1).
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto (2.3).
5. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações (2.4).
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante (2.4, 2.5).
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto (2.5).
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto (2.5).
9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto (2.5).
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem (2.5).
11. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto (2.6).
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente (2.7).
13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis, durante todo o trabalho de parto e parto (2.8).
14. Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta (2.8).
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto (3.2).
16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto (3.2, 4.6).
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo por meio do uso do partograma da OMS (3.4).
18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue (5.2, 5.4).

19. Condições estéreis ao cortar o cordão (5.6).
20. Prevenção da hipotermia do bebê (5.6).
21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno (5.6).
22. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (5.7).

CATEGORIA B:

6.2 Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que Devem Ser Eliminadas

1. Uso rotineiro de enema (2.2).
2. Uso rotineiro de tricotomia (2.2).
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto (2.3).
4. Cateterização venosa profilática de rotina (2.3).
5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto (3.2, 4.6).
6. Exame retal (3.3).
7. Uso de pelvimetria por raios-X (3.4).
8. Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos (3.5).
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto (4.6).
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto (4.4).
11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto (4.7).
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias (5.2, 5.4).
13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto (5.2).
14. Lavagem uterina de rotina após o parto (5.7).
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero após o parto (5.7).

CATEGORIA C:

- ##### **6.3 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**

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos (2.6).
2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto (3.5).
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto (4.4).
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto (4.7).
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto (4.7).
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto (5.2, 5.3, 5.4).
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical (5.5).
8. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto (5.6).

CATEGORIA D:

6.4 Práticas Frequentemente Utilizadas de Modo Inadequado

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto (2.3).
2. Controle da dor por agentes sistêmicos (2.3).
3. Controle da dor por analgesia peridural (2.6).
4. Monitoramento eletrônico fetal (2.7).
5. Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto (2.8).
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços (3.3).
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina (3.5).
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto (4.20).
9. Cateterização da bexiga (4.3).
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário (4.3).
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto (4.5).
12. Parto operatório (4.5).
13. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia (4.7).
14. Exploração manual do útero após o parto (5.7).