



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**DA NECESSIDADE DE HUMANIZAR À HUMANIZAÇÃO DO GERAR: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PARTO HUMANIZADO NO BRASIL.**

Camila Rebouças Fernandes

Rio de Janeiro,

Dezembro de 2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

Camila Rebouças Fernandes

**DA NECESSIDADE DE HUMANIZAR À HUMANIZAÇÃO DO GERAR: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PARTO HUMANIZADO NO BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Silveira de
Farias

**Rio de Janeiro,
Dezembro de 2014**

Camila Rebouças Fernandes

DA NECESSIDADE DE HUMANIZAR À HUMANIZAÇÃO DO GERAR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PARTO HUMANIZADO NO BRASIL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

**Orientadora: Profª Drª Patrícia Silveira de Farias
(NUPPII/ESS-UFRJ)**

**Avaliadora: Profª Drª Ângela Maria Hygino Rangel
(NUPPII/ESS-UFRJ)**

**Avaliadora: Profª Drª Maria Magdala Vasconcelos de Araújo Silva
(NUPPII/ESS-UFRJ)**

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que nunca pariram, às que já pariram
e às que hão de parir.*

AGRADECIMENTOS

À Lucia Maria Rebouças e Gilberto Fernandes - os amores da minha vida - que não acreditam no SUS humanizado, mas acreditam em mim.

À Camilíssima, por despertar coragem e ousadia nos momentos em que Camila sentiu medo.

À Diogo Rocha, por não ter desistido de mim desde a primeira vez em que me viu na vida e por todo amor transcendental.

À Patrícia Farias, que caminhou ao meu lado - de mãos dadas - nessa estrada chamada TCC.

À Ludmila Cavalcanti, por ter sido Lud e por ter me acolhido no NUPPII-ESS/UFRJ, onde fui muito feliz por lindos anos.

À Maria Magdala Vasconcelos, por ter se revelado uma amiga ao longo dessa trajetória de catarses, angústias, sonhos, fantasias e aspirações. Também por ter me proporcionado a experiência única de ser monitora da disciplina Política Social de Saúde.

À Ângela Hygino, pelo "não sei de nada, qualquer coisa eu pergunto a você.", que fez toda diferença e que guardo com muito carinho até hoje.

À Rosani Sales e Debora Telha, por toda compreensão e pela contribuição ímpar que proporcionaram à minha formação acadêmica.

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq, por ter financiado minha bolsa de pesquisa no Projeto intitulado "Monitoramento da atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro".

Ao Projeto de Extensão "Alunos Contadores de Histórias" do IPPMG/UFRJ, que me humanizou da forma mais bonita e singular possível.

À Mônica Pietroluongo e toda a equipe de 2014 de mediadores da Casa da Ciência, por toda amizade, companheirismo e aprendizado.

Ao CEN, Centro Educacional Nilopolitano, meu eterno segundo lar - um, espera, dois.

À Carolina Ferreira (in memoriam), minha inesquecível amiga, que estaria muito orgulhosa e compartilhando da minha alegria neste momento.

À Lorrany Storrodumof e Bruna Souza, irmãs por toda uma vida. E ao "TUNTZ, TUNTZ, TUNTZ", maior símbolo da nossa amizade, por todos os momentos de desabafo e abstração.

A Henrique Sobral, meu grande amigo barão, por viver esse sonho junto a mim desde a nossa infância.

À Ellen Oliveira, Maria Aparecida Oliveira, Larissa Rebouças, Ana Maria Martins e Stephanie Gimenes, por me darem força e luz para sonhar a partir da dança cósmica das nossas vidas, que se converge por amor.

À Cristina Andrade, Carlos Tadeu Martins e Domenique Carvalho, pelo carinho incondicional e pelo apoio em todas as esferas da minha vida, até mesmo quando não consegui me fazer presente.

À Adriene Sá e Mariana Rodrigues, presentes em forma de amizade que a UFRJ me deu, por acreditarem em mim quando nem eu mesma acreditava.

“(...) o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

(João Guimarães Rosa)

FERNANDES, C. R. **Da Necessidade de Humanizar a Humanização do Gerar: uma Revisão Bibliográfica sobre o Parto Humanizado no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O presente estudo tem como objetivo analisar o que é e quais os processos envolvidos do que se chama de humanização do parto atualmente, a partir de revisão da literatura especializada. Pretendeu-se contextualizar historicamente o surgimento da necessidade de ter um parto humanizado e estudar os princípios e diretrizes do SUS, cotejando-os com a definição de parto humanizado, de acordo com levantamento na nova literatura especializada. A metodologia adotada foi qualitativa, com pesquisa bibliográfica na base de pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde a partir do descritor “parto humanizado”. Dos 92 artigos sobre o tema publicados nesta base entre os anos de 2011 e 2013, 25 foram selecionados por abordarem a humanização do parto de forma central. Observou-se que a produção dos artigos contou com a predominância da categoria de Enfermagem e ausência do Serviço Social, além da discussão centrada na região Sudeste e por profissionais, em sua maioria, do gênero feminino. Foram extraídos dos artigos núcleos de sentido para elencar alguns pontos que os caracterizam. Esse estudo constatou que a abordagem do tema nos artigos vai na mesma direção do que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de humanização. Os artigos dão enfoque na importância da presença do acompanhante durante o processo de pré-parto, parto e pós-parto, o contato mãe-bebê pós-parto com amamentação imediata, diminuição de práticas intervencionistas e prejudiciais e do índice de partos cirúrgicos e redução da mortalidade materna e neonatal. A revisão de literatura aponta para a necessidade de investimentos no ensino em saúde e a integração entre as categorias profissionais.

Palavras-chave: parto humanizado; humanização; saúde; SUS; gênero; maternidade; sexualidade; feminismo; acesso; interdisciplinaridade; integralidade.

LISTA DE SIGLAS

ADOLEC	Adolescência Latinoamericana (Base de dados para pesquisa)
AP	Área Programática
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS Brasil	Biblioteca Virtual de Saúde do Brasil
CAP	Coordenadoria Geral de Área Programática
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CEN	Centro Educacional Nilopolitano
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EMBASE	Elsevier Base de Dados
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESS	Escola de Serviço Social
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPMG	Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPPII	Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS	Política Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto Imediato

PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RENE	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SF PLS	Senado Federal Projeto de Lei do Senado
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHOLIS	World Health Organization Library Information System

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I – ENTENDENDO A HUMANIZAÇÃO: GÊNERO, SAÚDE E POLÍTICAS.....	19
1.1 Maternidade, Feminismo e Gênero.....	19
1.2 Gênero, Saúde e Sexualidade.....	25
1.3 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.....	27
1.4 Saúde e Acesso.....	29
1.5 Violências.	34
1.6 Políticas para as Mulheres.....	38
CAPÍTULO II – SUS, HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	42
2.1 SUS.....	42
2.2 Humanização em Saúde – Ações Públicas e Discussão.....	49
2.3 Humanização da Assistência ao Parto.....	55
2.4 Projetos de Lei e a Humanização do Parto.....	63
CAPÍTULO III – PARTO HUMANIZADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	67
3.1 A Escolha do Método Qualitativo.....	67
3.2 Os Artigos e suas Problematizações.....	72
3.3 Metodologia Encontrada nos Artigos.....	82
3.4 Núcleos de Sentido.....	84

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....112

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo analisar o que é e quais os processos envolvidos do que se chama de humanização do parto atualmente a partir de revisão da literatura especializada nos anos e 2011 até 2013. Inicialmente, vale ressaltar que a produção deste trabalho vai ao encontro do terceiro macro-objetivo estabelecido pelo Programa Humaniza SUS, visto que este trabalho possibilita a divulgação da Política Nacional de Humanização (PNH) e a ampliação dos processos de formação e produção de conhecimento em articulação com instituições – mais especificamente, a UFRJ.

A pesquisa, de cunho qualitativo, visou detectar os núcleos de sentido presentes em 25 artigos. A partir daí, buscou-se cotejar as palavras-chave encontradas com as diretrizes do SUS para identificar similaridades e discrepâncias entre os dois tipos de discursos: o das atuais políticas públicas de saúde e o da literatura acadêmica.

A escolha desse tema se deu através de reflexões acerca do modo de nascer. Pensando no ato de parir como um processo recorrente em Saúde Reprodutiva, em determinado momento da minha formação acadêmica, enquanto estudante de Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro - ESS/UFRJ, senti necessidade de compreender e perceber a inserção do Serviço Social nesse processo.

Diante do meu fascínio pela área da saúde, mais especificamente pela Saúde Reprodutiva, não pude deixar de contemplar essa abordagem neste trabalho de conclusão de curso. Essa proximidade com a área se justifica, talvez, pelo incentivo recebido através das atividades acadêmicas relacionadas à área, desenvolvidas ao longo da graduação.

Durante esse período, tive a oportunidade de atuar como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq no Projeto de Pesquisa intitulado “Monitoramento da atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro”. Além disso, também atuei como pesquisadora colaboradora de Iniciação Científica no Projeto de Pesquisa

“Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”.

Além dos Projetos de Pesquisa, pude colaborar também participando do Projeto de Extensão “Prevenção da Violência Sexual”. Essas atividades foram desenvolvidas no Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades – NUPPII-ESS/UFRJ. Porém, participei de outro Projeto de Extensão, intitulado “Alunos Contadores de Histórias” no Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira – IPPMG/UFRJ.

Este último faz parte do Núcleo de Humanização do IPPMG/UFRJ, onde desenvolvi atividades lúdicas com grupos de alunos de diversos cursos de graduação da UFRJ com o objetivo de contribuir para práticas humanizadas na referida unidade. Esse olhar diferenciado às crianças e adolescentes usuárias desse serviço e seus familiares contribuem para o processo de recuperação da saúde das crianças e adolescentes e para o incentivo aos familiares, pois através da contação de histórias, das brincadeiras e das festas em datas comemorativas, estas pessoas se sentiam notavelmente renovadas e estimuladas, ao perceberem que não eram vistos como objetos inseridos em um ambiente hospitalar, mas como sujeitos com histórias de vida.

Outra atividade que contribuiu para a escolha desse tema foi a monitoria exercida ao longo de dois semestres consecutivos na disciplina de Política de Saúde, pois esta me proporcionou maior acesso ao debate acerca da história e da problematização dessa política, aguçando minha curiosidade em entender o processo saúde-doença de acordo com o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Os estágios desenvolvidos também contribuíram de forma significativa para o entendimento da Política de Saúde e a atuação do Serviço Social nessa área, fazendo a articulação teoria-prática ao tomar conhecimento dos eixos norteadores para a atuação de assistentes sociais na saúde, sob supervisão acadêmica e de campo. Os estágios exercidos foram na atenção básica/primária.

Inicialmente estagiei no Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, onde atuei acompanhada da supervisora de estágio, no processo de elaboração, execução e avaliação dos grupos de Planejamento Reprodutivo realizados na unidade, monitoramento e acompanhamento em saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e demandas espontâneas apresentadas pelos usuários.

Grande parte da minha atuação enquanto estudante¹ de Serviço Social se estabeleceu através da relação gênero-saúde. Assim, pensei nas formas de produzir um trabalho de conclusão de curso que unisse esses conceitos e abordá-los abrangendo um cuidado em saúde que tenha como direção a universalidade, a integralidade e a igualdade/equidade.

Então, é plausível registrar aqui a relevância da abordagem do tema em Serviço Social, categoria presente na área da saúde – inclusive em maternidades. Com isso, este trabalho de conclusão de curso é também uma forma de contribuir para a categoria refletir acerca de suas práticas e se sentir “provocada” a produzir mais sobre o tema, tão polêmico e significativo.

Pensar a humanização do parto no Serviço Social significa pensar na concepção de saúde ampliada, explorando as potencialidades da profissão de modo a estabelecer uma relação de vínculo e confiança com os usuários do sistema de saúde através da dimensão dialógica. Além disso, a humanização em Serviço Social está fortemente atrelada à visão integral dos usuários, entendendo que estes estão inseridos em uma totalidade, mas possuem especificidades que precisam ser respeitadas e valorizadas.

O conteúdo do presente trabalho se divide em três capítulos e considerações finais. O primeiro capítulo apresenta os conceitos adotados a

¹ Ao longo do período de graduação em Serviço Social também participei na produção de material educativo, além de congressos, jornadas, seminários, palestras, cursos de extensão, encontros, rodas de diálogo, na condição de autora e/ou apresentadora de trabalhos, organizadora de alguns eventos e ouvinte. A maioria desses eventos ocorreu na área da saúde e têm peso imensurável no que se refere à experiência adquirida.

respeito de maternidade, feminismo, gênero, sexualidade, Direitos Sexuais e Reprodutivos, saúde, acesso, violências e políticas para as mulheres.

O conceito adotado neste trabalho para maternidade faz uma relação direta com os conceitos de gênero e de feminismo, explicitando o significado histórico do “ser mãe” na sociedade, atrelado ao papel da mulher e ao discurso reproduzido acerca disso. O conceito de gênero, por sua vez, está relacionado às dicotomias presentes na sociedade a partir da diferenciação entre homens e mulheres e à rejeição do determinismo biológico. Assim, este conceito é trabalhado sob a ótica da categorização de grupos sociais a partir da atribuição de características específicas para cada grupo.

No que se refere ao feminismo, são abordados três momentos interessantes em que a maternidade surge enquanto alvo de discussão para este movimento, problematizando a maternidade e o peso simbólico que a mesma tem para o gênero feminino. Quanto ao conceito de sexualidade, pode-se dizer que a mesma é entendida neste trabalho como uma construção que perpassa as relações de gênero, dotada de culturalidade e, por isso, deve ser percebida de modo transversal, não ficando restrita ao âmbito da reprodução.

Os direitos sexuais e reprodutivos são abarcados como um avanço no que se refere aos direitos dos usuários em saúde reprodutiva, pressupondo seu exercício como estratégia política em resposta ao modelo autoritário de saúde da mulher. Já o conceito de saúde abordado no presente trabalho, diz respeito à ideia de saúde ampliada, consolidada na Constituição de 1988, que coloca a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

A concepção de acesso adotada neste trabalho vai além da ideia do usuário ser recebido na unidade de saúde, pois se relaciona às condições de ser assistido de forma continuada pela equipe. Esta é uma concepção que está diretamente atrelada aos determinantes e condicionantes sociais dos usuários, que se configuram como fatores que podem facilitar ou dificultar seu acesso à saúde.

Já o conceito de violência abordado neste trabalho se refere a ações humanas que possam causar danos ou a morte de outros seres e entende a

violência contra a mulher como uma das expressões da violência de gênero. Sendo assim, este conceito é analisado em algumas formas de violência que podem ocorrer ao longo do processo de pré-parto, parto e pós-parto, como: violência institucional e violência obstétrica.

Encerrando o primeiro capítulo, a discussão sobre as políticas para as mulheres entende as políticas como uma forma de alterar indicadores e proporcionar melhor prestação de serviços no sistema de saúde. Diante disso, são apresentados alguns programas e algumas políticas referentes às mulheres e à saúde reprodutiva, que se configuram como avanços em termos de direitos em saúde.

Já o segundo capítulo apresenta uma discussão acerca do SUS, humanização em saúde e a humanização mais especificamente da assistência ao parto. No que se refere ao SUS, são apresentadas algumas propostas do sistema, seus princípios e suas diretrizes, fazendo uma problematização com o referencial teórico adotado para a elaboração deste trabalho. Quanto à humanização em saúde, há a discussão sobre o surgimento da necessidade da inserção de práticas humanizadas no sistema, entendendo as mesmas como um modo de reorientar as práticas do modelo assistencial vigente.

No tópico que aborda a humanização na assistência ao parto, há a relação de práticas humanizadas com a incorporação de procedimentos que evitem práticas intervencionistas e desnecessárias no momento do parto, além da adoção de medidas que vão em direção oposta ao isolamento da mulher nas unidades de saúde. Também são abordados e comparados dois Projetos de Lei referentes à humanização do parto enquanto alvo de discussão política.

O terceiro capítulo se refere ao percurso metodológico utilizado para a elaboração deste trabalho, onde foi adotada a metodologia qualitativa, realizada através de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde a partir do descritor “parto humanizado”. Este capítulo apresenta a problematização dos artigos encontrados e analisados através de uma tabela e dos núcleos de sentido identificados ao longo da leitura do material.

Os núcleos de sentido neste trabalho se configuram como palavras-chave, conceitos recorrentes na bibliografia analisada e estratégias apontadas como facilitadoras das práticas humanizadas em saúde. Assim, esses núcleos são cotejados com o que é preconizado pelo SUS em termos de humanização para saber se há consonância entre os dois discursos.

Nas considerações finais, são feitas algumas recapitulações do que foi abordado ao longo do presente trabalho, fazendo uma breve relação entre o Serviço Social e o parto humanizado no Brasil. Além disso, são ressaltados pontos positivos e negativos identificados na literatura especializada e a compilação de pontos abordados e estratégias apontadas pela literatura, fazendo uma relação direta com o que é sugerido pelo SUS.

É importante ressaltar que os estudos acerca da humanização do parto e a inserção da citada categoria profissional nesse processo não se esgotam; este trabalho é um pontapé inicial que estimula minhas reflexões acerca do tema e a vontade de produzir mais.

CAPÍTULO I – ENTENDENDO A HUMANIZAÇÃO: GÊNERO, SAÚDE E POLÍTICAS

Introdução

Humano - adj. Relativo ao homem: o corpo humano; a espécie humana. / Sensível à piedade, compassivo: mostrar-se humano com seus semelhantes. // Gênero humano, o conjunto dos homens. *Humanizar* - v.t. Elevar à altura do homem: humanizar uma doutrina. / Tornar mais humano, mais sociável; civilizar. *Parto* - s.m. Ato de parir, de dar à luz. / Fig. Esforço desmedido, o resultado desse esforço. (Dicionário do Aurélio Online - /dicionariodoaurelio.com)

Pode parecer óbvio abordar o tema da humanização no que se refere à espécie humana, principalmente quando este tema está inserido na área da saúde, onde se parte do pressuposto de que seus profissionais estão com o olhar voltado para a defesa da dignidade humana e a sensibilização em relação ao próximo em sua integralidade.

Discutir a humanização da saúde torna-se ainda mais instigante e polêmico quando esta se insere no campo da saúde reprodutiva, especificamente na assistência ao parto. Isso ocorre porque o momento do parto, entendido no imaginário popular como algo quase que sublime, está relacionado ao papel exercido pela mulher na sociedade.

No entanto, esta não é uma questão óbvia. Essa discussão é necessária para entender o processo de humanização em saúde reprodutiva que está em curso, a interpretação dada a este processo pela literatura da área e a forma como o SUS incorpora esse tema. Para iniciar tal discussão, é preciso apresentar os principais conceitos trabalhados e as políticas referentes às mulheres em saúde.

1.1 Maternidade, feminismo e gênero

O significado da maternidade se alicerça em um simbolismo que permeia a sociedade como um todo; ela é percebida como parte do destino e das percepções vocacionais de toda mulher. Desta forma, a maternidade faz

parte do papel social designado para as mulheres, considerada como uma de suas prioridades e determinante do “ser mulher”.

Isto significa dizer que, quando a mulher não desempenha essa função, que lhe foi socialmente atribuída, há um estranhamento do lugar social da mesma e de sua visão de mundo. Esse estranhamento se configura a partir do momento em que a mulher se torna alvo de cobranças acerca da maternidade, tendo, inclusive, sua capacidade reprodutiva questionada quando não passa pelo processo gestacional. Enquanto isso, a mulher que passa pelo processo contínuo de maternidade é vista como alguém que deve se dedicar a esse papel e colocá-lo no topo de suas maiores aspirações, abdicando de todo e qualquer outro fator que possa comprometer o exercício materno como um projeto de vida.

Esta configuração simbólica adquiriu mais força a partir do século XIX, pois havia grande preocupação com a reprodução e com o que se referia à gravidez e aleitamento. Este momento foi marcado pela transição entre uma definição religiosa e uma definição médica da mulher, entre o estereótipo da pecadora e o da reprodutora, fazendo com que o momento do parto abarcasse desde a ideia do exercício da sexualidade como um tabu até o papel socialmente construído de mulher com a função de reproduzir.

Nos séculos seguintes, alguns autores começaram a criticar a ideia de maternidade como papel determinante do “ser mulher”, como é o caso de Badinter (1985) – apud Farias & Cavalcanti (2012), que criticou a teoria psicanalítica em sua imagem de instinto materno remetido à vivência de “boa mãe” e “normalmente devotada”, colocando o filho em primeiro plano, exonerando-se de qualquer interesse. Assim, há a crítica do encadeamento de causalidade entre o potencial biológico da mulher de gerar e o cuidado do ser gerado como uma atividade feminina.

Essa lógica vai ao encontro da negação das intermediações culturais e das condições objetivas e subjetivas vividas. Assim, Badinter (1985) – apud Farias & Cavalcanti (2012), evidencia a incerteza e a efemeridade do amor materno, que fica sujeito à variabilidade histórica e às condições materiais a que as mães estão submetidas.

Entretanto, vale ressaltar que a maternidade enquanto tema a ser problematizado surgiu por volta de 1949, com a publicação da obra “Segundo Sexo”, de Simone de Beauvoir. De acordo com Scavone (2001), a maternidade nesse momento se apresentou como um elemento radical da “politização das questões privadas”.

A maternidade como destino social da mulher começou a ser contestada e interpretada pela crítica feminista como um fator explicativo para a dominação do gênero masculino sobre o gênero feminino, considerando que a gestação, o parto, a amamentação e os cuidados para a(s) criança(s), legitimavam a inserção da mulher no âmbito privado.

Diante disso, a categoria maternidade ganhou amplo espaço nas discussões feministas da época (1949). Segundo Scavone (2001), Ferrand & Langevin (1990) analisaram esse fenômeno dividindo-o em três momentos.

O primeiro momento relaciona a ideia de maternidade com um defeito natural. De acordo com as formulações teóricas feministas desse período, o “defeito” de ser mãe confinava as mulheres em um grupo denominado como “bio-classe”.

A estratégia para subverter a dominação masculina seria a recusa da maternidade, o que, segundo as feministas que defendiam esta hipótese, possibilitaria a busca pela identidade feminina mais ampla, reconhecendo suas potencialidades. Dessa forma, é importante situar a disseminação desse pensamento na corrente feminista conhecida como *feminismo igualitário*.

Decorrente do impacto a respeito da recusa da maternidade surgiu uma série de questionamentos relacionados à mesma. O movimento feminista começou a se perguntar até que ponto a ausência da maternidade e do ato de parir o representava e se a definição do papel feminino na sociedade estaria sujeito à mutilação de uma parte significativa de sua história e identidade.

Com essas contestações, surgiu o segundo momento, que, opondo-se ao primeiro, é marcado pela exaltação da maternidade, que era vista como fonte de vida e do poder feminino. A maternidade, sendo entendida como poder insubstituível, era também percebida como alvo de inveja do gênero masculino;

afinal, somente a mulher era detentora da maternidade enquanto privilégio. Esse foi um momento fundamental para os diálogos reflexivos feministas, que se vincularam às ciências humanas e sociais.

A partir desse diálogo com algumas ciências, esse grupo feminista proporciona visibilidade ao poder exercido pela mulher consequente da maternidade. Pode-se dizer, então, que esta abordagem compõe a corrente feminista denominada *diferencialista*, por pensar e lutar pela afirmação das diferenças e da identidade do gênero feminino.

Após esses momentos, surge o terceiro e último apontado pelas autoras. Este fica marcado pela desconstrução da ideia de maternidade como algo marcado inexoravelmente como “defeito” ou “poder” natural, mostrando que o fato de reproduzir biologicamente não ratifica a posição social da mulher. Ou seja, o que atribui o significado social à maternidade são as relações de dominação.

Esse período colaborou com a expansão das Novas Tecnologias Conceptivas, que introduziram a dúvida sobre o “destino biológico inevitável” disseminado até então. De acordo com Scavone (2001), “a definição teórica destes três momentos é reveladora de uma prática social – a maternidade – com todas suas contradições, mudanças e permanências”.

Assim, é possível pensar na maternidade fortemente relacionada à concepção de gênero:

Foi com a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais (...) que alcançamos uma compreensão relacional da maternidade, respondendo pela construção social das diferenças entre os sexos. (...) A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como **símbolo** de um ideal de realização feminina, como também, símbolo da *opressão* das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as *inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo*. Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de **organização institucional** familiar, cujo núcleo central articulador é a família. E, mais ainda, foi possível compreendê-la como um **símbolo**

construído histórico, cultural e politicamente resultado das **relações de poder e dominação** de um sexo sobre o outro. Esta abordagem contribuiu para a compreensão da maternidade no contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas. (SCAVONE, 2001:142-143)

A categoria “maternidade” exerce um peso significativo na posição social da mulher. Como visto, este fator está atrelado à questão de gênero, presente na atual conjuntura. Neste trabalho de conclusão de curso, entende-se gênero como a “organização social da relação entre os sexos. Implica em rejeição do determinismo biológico e na atenção a uma dimensão específica da dinâmica da igualdade e da desigualdade.” (Scott, 1989)

Trabalha-se, então, o conceito de gênero como o exercício de atribuir algo à pessoa, uma forma de classificação humanamente masculina e feminina. Ou seja, a ideia de gênero está relacionada a um modo de categorizar os grupos sociais, atribuindo características específicas para as pessoas que compõem cada grupo.

Um exemplo dessas características são as atribuições feitas desde o momento da infância: meninas atreladas à cor rosa, brinquedos que representam a vida privada em âmbito familiar (bonecas e casinhas, por exemplo), sentimentos/emoção; e meninos atrelados à cor azul, brinquedos que representam a vida pública (carrinhos e bola, por exemplo), “ausência” de sentimentos ou sentimentos relacionados à agressividade.

Diante disso, há a diferença sexuada, que é biológica, mas socialmente construída. Desta forma, a categoria sexo faz referência ao físico, à diferença biológica/anatômica entre homens e mulheres. Então, o conceito de gênero surgiu para romper com o conceito de sexo, ao falar de homem e mulher na sociedade, deixando claro que o indivíduo não está destinado a atuar em determinados espaços por conta de seu gênero. Isto é, não há determinismo biológico.

A partir do que se compreende por gênero, não se fala em biologia, mas em como foi construído socialmente o papel de cada um na sociedade. Com

isso, há a desigualdade das relações de poder, que ocorre quando um grupo é beneficiado e o outro é prejudicado.

Porém, é plausível afirmar que os fatores biológicos precisam ser considerados, pois a construção dos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres também são pautados na biologia de cada um. Isto se reflete, por exemplo, nos agravos à saúde que acometem homens e mulheres, nos padrões corporais socialmente estabelecidos para homens e mulheres, na ideia de fragilidade atrelada ao corpo da mulher, entre outros. Além disso, abordar gênero aqui significa tentar ampliar a visibilidade e o entendimento do papel da maternidade para o gênero feminino na sociedade.

Pode-se dizer, então, que cada sociedade tem um tipo de relação entre homens e mulheres, o que se expressa principalmente de modo político. A partir da definição de Scott (1989), é importante levar em consideração que a questão de gênero não deve ser restrita somente às mulheres. Fazer esta restrição significa separar as mulheres do restante da sociedade, como se suas demandas fossem descoladas das demandas sociais.

A abordagem de gênero não trata de explorar o universo feminino, mas relacionar gênero às relações de poder, tendo a figura masculina como personagem fundamental nesse debate. Gênero, então, está intimamente ligado às relações existentes na sociedade entre dois polos (mulher e homem), entendendo que as relações de poder se definem de forma verticalizada.

Analisando a definição de gênero e o espaço ocupado por homens e mulheres cotidianamente, é possível perceber que a relação de gênero na sociedade se constrói através de oposições/dicotomias (espaço doméstico/espaço público; coisa de menina/coisa de menino). Isso se reflete, também, na divisão sexual do trabalho, onde há a supervalorização de trabalhos conhecidos como caracteristicamente masculinos e a desvalorização/invisibilidade de trabalhos conhecidos como caracteristicamente femininos.

1.2 Gênero, saúde e sexualidade

Compreendendo que a relação de gênero não é uma relação entre iguais, ou seja, não é simétrica, pode-se dizer que tal relação se configura como relação de poder e dominação. Sendo assim, a definição de gênero e seu emprego neste trabalho de conclusão de curso se fazem fundamentais para compreender a inserção da mulher na área da saúde, seja enquanto usuária e/ou enquanto profissional do sistema de saúde.

Levando em consideração que homens e mulheres se inserem na sociedade com suas respectivas especificidades, na área da saúde isso não é diferente. Quando se fala no trabalho em saúde, as mulheres preenchem em sua maioria os cargos com salários mais baixos, como atendentes, assistentes sociais, enfermeiras.

Entre as profissões da saúde, a que goza de maior prestígio, a medicina, ainda é predominantemente masculina, embora haja uma tendência recente de feminilização. Esta tendência tem sido atribuída, em grande parte, à perda do status liberal da profissão médica, responsável pelo relativo desvio dos estudantes do sexo masculino da formação médica. Do total de médicos em 1995, 67,3% eram homens e 32,7% mulheres. (MACHADO, 1998 – apud COSTA & SILVESTRE, 2004:63)

Tal processo de feminilização tem sido fortalecido pelo discurso de que as médicas são mais atenciosas e mais cuidadosas durante o atendimento, dedicando maior tempo para ouvir o usuário e proporcionando consultas mais demoradas. Neste sentido, a questão de gênero se faz presente a partir da reprodução da ideia de que a mulher tem maior capacidade de olhar para o outro de forma mais sensível e atenciosa, exercendo o papel de cuidadora.

Quanto à utilização dos serviços, percebe-se uma procura maior por parte das mulheres no requerimento a exames de rotina, serviços de promoção e prevenção de saúde. Já os homens, em sua maioria, buscam os serviços de saúde com a finalidade curativa, quando já se encontram em processo de adoecimento (PNAD, 1998 – apud Costa & Silvestre, 2004:63).

A questão de gênero encontra-se presente no campo da saúde reprodutiva desde o processo de consolidação médica na assistência ao parto, onde houve forte tentativa de desqualificar as práticas exercidas pelas parteiras

através da comparação entre os instrumentos utilizados pelos médicos (instrumentos considerados de maior tecnologia, intervenção intensa) e os instrumentos utilizados pelas parteiras (as próprias mãos e alguns objetos simples como toalhas e água morna).

Segundo Tornquist (2004) - apud Maia (2010), as parteiras ficaram em desvantagem por conta, também, da forte desigualdade de gênero, classe social e etnia em relação aos médicos, caracterizados até hoje por sua composição pela elite da sociedade e predominância de formação masculina – embora atualmente haja o processo de feminilização da profissão, como foi citado anteriormente.

Além disso, abordar a definição de gênero nesse trabalho de conclusão de curso também implica entender o modo como a mulher se insere no mercado de trabalho no mundo atual e as condições desfavoráveis a que os distintos tipos de trabalho a submete. Afinal, tais condições podem acarretar novos riscos e vulnerabilidades a sua saúde. Boa parte dos problemas de saúde apresentados pelas mulheres está ligada, entre outros aspectos, à sua crescente incorporação no mercado de trabalho.

Com isso, é possível pensar na vivência e no discurso de sexualidade, que segundo Farias & Cavalcanti (2012), se arquitetam desde as relações de gênero. De acordo com as autoras, pode-se dizer que o discurso e a vivência acerca da sexualidade dialogam com tais relações para mantê-las como estão ou ainda, para transformá-las.

Segundo as autoras, o que se pode observar sobre a sexualidade feminina é que a mesma é ainda entendida como “uma extensão de potencialidade reprodutiva, heteronormativa, por vezes, inclusive, exaltando a dominação masculina como sinal de virilidade e poder”.

Ainda em Farias & Cavalcanti (2012), torna-se claro que “a sexualidade é uma vivência que tem como sede primeira o corpo” e suas práticas são mediadas pelas relações criadas culturalmente, no caso brasileiro, segundo a lógica da tradição clássica judaico-cristã.

Nesta tradição, pautada na religiosidade, o exercício da sexualidade é visto a partir da prática sexual no casamento heterossexual. A admissão da prática sexual neste caso é justificada pela procriação, onde o casal deve, obrigatoriamente, estar disponível para a realização do ato sexual.

Pode-se dizer, então, que o fenômeno da sexualidade tem sido integrado ao controle das interações afetivo-sexuais das mulheres e ao regramento, expresso também no comportamento e na divisão de encargos do gênero feminino e do gênero masculino.

Diante disso, a sexualidade na área da saúde ainda é concebida de forma controladora; os profissionais são chamados, em seus espaços sócio-ocupacionais, a intervir normatizando as relações sexuais no período gestacional. “Esse controle é exercido por meio de permissões, proibições, orientações sobre posições mais adequadas e, até mesmo, frequência do ato sexual” (Farias & Cavalcanti, 2012:14).

De acordo com as autoras, tal dificuldade em lidar com a questão de gênero e a sexualidade feminina contribui para a redução do impacto da ação profissional. Este fator se configura como um problema relevante, pois, segundo as autoras, os profissionais de saúde são considerados atores estratégicos na execução de políticas públicas.

Além disso, pode-se dizer também que o conceito de sexualidade ainda é permeado pela disseminação do entendimento da mesma como um reflexo de forças internas, instintivas, que não podem ser dominadas por serem naturais. Com isso, há a fragmentação do corpo e da mente, evidenciando aspectos biológicos da sexualidade, desconsiderando sua culturalidade.

1.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos

Percebendo a definição de gênero fundamental no debate acerca da sexualidade, Cornwall & Jolly (2008), afirmam que a sexualidade deve ser percebida de forma transversal, reconhecendo sua relação com as múltiplas

dimensões da vida e do bem-estar, podendo se entrelaçar com o desenvolvimento de forma construtiva.

Neste sentido, relaciona-se os direitos sexuais “com o exercício da sexualidade de todas as pessoas, abrangendo o direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a), como também o direito de escolher se deseja ou não ter relações sexuais, além do direito de ter relações sexuais independentemente da reprodução.” (Ciência Hoje na Escola – adaptado por Guia Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2007:20) Os direitos sexuais também se expressam no “direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação e no direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.” (Idem, 2007:20)

Já os direitos reprodutivos são entendidos como “autonomia necessária para que cada pessoa decida quando e como reproduzir, estando entre eles o direito de as pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.” (Ciência Hoje na Escola – adaptado por Guia Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2007:20) Porém, não é apenas isso. Os direitos reprodutivos também se definem como “o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito da reprodução livre de discriminação, imposição e violência”. (Idem, 2007:20)

Tais concepções são de grande significado neste trabalho, pois expressam os direitos dos usuários em saúde reprodutiva, que devem ser considerados eixos fundamentais dos direitos humanos a partir do rompimento de tabus que envolvam o sexo e a reprodução.

Isso pressupõe o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos como fator inerente aos determinantes sociais de cada um, perpassando pelo contexto histórico em que as pessoas se inserem e respeitando esses direitos, inclusive, em campo ideológico. O conceito de direitos reprodutivos, por exemplo, é interpretado como uma estratégia política em resposta ao modelo autoritário de saúde da mulher.

Respeitar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos do usuário do sistema de saúde significa oportunizar a presença deste usuário na unidade de saúde e, mais que isso, significa viabilizar o acesso a um serviço de qualidade e pautado na concepção de saúde ampliada.

1.4 Saúde e Acesso

De acordo com Batistella (2007), o conceito ampliado de saúde teve sua formulação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Tal concepção foi resultado de intensa mobilização estabelecida em vários países da América Latina durante o período de 1970 e 1980 para responder aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

Além disso, de acordo com Batistella (2007), esse debate se fortaleceu ao longo do processo de redemocratização do país à luz do movimento da Reforma Sanitária do Brasil², representando uma grande conquista ao ser registrado em texto constitucional em 1988.

Segundo o autor, tal concepção se contrapõe ao conceito biomédico, baseado na primazia do conhecimento anatomopatológico e na visão mecanicista do corpo com modelo assistencial centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

A proposta da Reforma Sanitária e da concepção sobre a qual Batistella (2007) fala, vai de encontro com o que Mendes (1999) entende por reforma sanitária. De acordo com este último, a reforma “deve preocupar-se com uma mudança paradigmática que permita transitar do paradigma flexneriano para

² Segundo Mercadante (2002) – apud Maia (2010:24), o Movimento pela Reforma Sanitária levantou as seguintes bandeiras: “a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços”.

outro”. O outro paradigma citado pelo autor é denominado pelo mesmo como o paradigma de produção social da saúde.

Assim, o conceito de saúde adotado para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso é o conceito estabelecido pelo Art. 196 da Constituição Federal Brasileira, que foi construída e consolidada a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde. De acordo com as resoluções desta Conferência, a “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. [...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Adota-se aqui esta definição de saúde, pois este conceito não se restringe à oferta de assistência médica, mas também abrange a vigilância em saúde. Isso sugere um trabalho continuado para acompanhar o usuário e saber se os serviços prestados têm correspondido às suas demandas. Nesta definição, a saúde não é entendida de forma isolada e sim, articulada com outras políticas voltadas para o bem estar e a qualidade de vida.

Apesar de sua consolidação desde 1988, esta concepção ainda representa um grande desafio para os profissionais, pois os cuidados estão cada vez mais voltados para determinadas partes do corpo. Com isso, há um esfacelamento do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), pois essa fragmentação distancia a prática profissional da integralidade preconizada pelo mesmo.

A fragmentação do cuidado à saúde e a ideia de usuário como objeto de intervenção em saúde reprodutiva se refletem no modo como a assistência ao parto vem ocorrendo. É possível perceber o crescimento do número de cesáreas realizadas segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que indicam que entre os anos de 2000 e 2010, dos bebês nascidos no Brasil, 43,8% foram partos por cesariana.

Considerando que a OMS recomenda que as taxas de parto cirúrgico não ultrapassem o percentual de 15%, vale ressaltar que este procedimento é uma boa alternativa para salvar vidas em gestações que apresentam riscos para o bebê e/ou para a gestante, mas não deve ser feito indiscriminadamente.

De acordo com Pena & Correia (2003), a taxa de mortalidade materna está diretamente associada à falha na busca pelos serviços de saúde materna. Além disso, as autoras também informam que a elevada taxa de mortes maternas é resultante de infecções e hemorragias em um país (Brasil) onde 95% dos nascimentos ocorrem em hospitais.

Segundo as autoras, este fator sugere graves problemas na qualidade de assistência de saúde e planejamento familiar - também conhecido como planejamento reprodutivo. Pode-se relacionar, então, a alta taxa de mortalidade materna ao elevado percentual de partos por cesarianas, procedimento cirúrgico que tem sido feito de forma banalizada e que coloca as mulheres grávidas em risco e aumenta os custos de saúde.

Costa & Silvestre (2004) também abordam a mortalidade materna, apontando-a como um dos indicadores mais sensíveis para refletir o nível de saúde de uma população, manifestando a importância que o governo atribui às mulheres, como alvo de política de saúde. Ainda de acordo com as autoras, o alto índice de partos cirúrgicos reflete a incapacidade de lidar com o fenômeno “parto” e é por isso que não deve haver culpabilização da equipe médica. Não existe um ator ruim nesse processo, o que existe é uma intensa disputa de interesses que se entrelaçam diariamente.

Esta situação pode estar relacionada ao modelo de atenção médica, ainda predominante na atenção à saúde. A frustração a que está fadada este modelo, se expressa na seguinte afirmação:

O modelo de atenção médica é pobre na arte de curar, seja pela mecanização da relação médico/paciente, pela perda de carisma do médico, pela hostilidade crescente entre médicos e pacientes, pela própria natureza do processo de trabalho em que a diagnose impõe-se à terapêutica, pela perda da totalidade do corpo humano e pelo

deslocamento do sujeito como centro e objetivo da medicina. (LUZ, 1994 – apud MENDES, 1999:242-243)

Um fator que contribui para esta situação é a formação acadêmica biologicista, monocausal³ e defasada proporcionada a grande parte dos estudantes da área da saúde. Tal formação é pautada, basicamente, no paradigma flexneriano e o trabalho intervencionista e a familiarização com o bisturi não permite que o profissional enxergue o fenômeno de forma ampliada, há a perda da prática em realizar um parto vaginal.

O paradigma flexneriano, também conhecido como Medicina Científica, predominante desde o início do século XX até os dias de hoje, se estrutura a partir do Relatório Flexner, publicado em 1910. Este relatório consolidou a inserção da prática médica e de saúde no Sistema Capitalista e passou a reconhecer a saúde como uma mercadoria inserida nesse sistema.

Nesse contexto, o paradigma flexneriano se caracteriza por seu mecanicismo, fazendo uma analogia do corpo humano com a máquina; seu biologicismo, que faz reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica das doenças, suas causas e consequências; seu individualismo, que representa a visão do indivíduo como objeto desprovido de aspectos sociais, onde há também a sua responsabilização por suas condições de saúde.

Pode-se dizer que o paradigma flexneriano é bem semelhante ao modelo tecnocrático de assistência ao parto - sobre o qual falarei no capítulo seguinte - por conta de seu contexto curativo e hospitalar, onde a fisiologia da mulher é o principal fator a ser levado em consideração nesse momento. De acordo com esse paradigma, fatores psicológicos, por exemplo, não são capazes de influenciar na complexidade do parto.

Com isso, é possível pensar nos avanços que a concepção de saúde ampliada trouxe para a área da saúde no que diz respeito à assistência em saúde de uma forma geral, incluindo o acesso do usuário ao sistema e a forma como o mesmo é visto pelos profissionais de saúde. Compreender que o

³ Concepção oriunda a partir do desenvolvimento da microbiologia, que se sustentava na teoria dos germes. De acordo com essa concepção, os problemas de saúde eram justificados por uma relação agente/hospedeiro.

usuário tem suas especificidades, mas está inserido em uma totalidade com peso significativo em sua vida em todos os âmbitos, é fundamental.

Costa & Silvestre (2004), por exemplo, afirmam que o acesso aos serviços é desigual nas várias regiões, municípios, cidades e bairros, sendo influenciado de modo transversal por classe social, gênero e etnia. Além disso, as autoras deixam claro que para que haja a integralidade da atenção à saúde, é necessário que haja também o acesso desde os serviços básicos de saúde até os mais sofisticados e especializados.

Pensando no acesso como algo decisivo nas condições de saúde da população, entende-se esse conceito como de grande importância. Sendo assim, é possível pensar na acessibilidade como um aspecto “além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos *clientes* potenciais”, o que significa considerar acessibilidade como “o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção [...] Em outros termos, o acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção.” (FRENK, 1985 – apud GIOVANELLA & FLEURY, 1996:189).

Essa categoria se expressa no princípio de universalidade do SUS - do qual falarei com mais profundidade no capítulo a seguir - por exprimir características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade dos usuários utilizarem os serviços de saúde quando deles necessitarem. Alguns fatores, como a disponibilidade dos serviços e a localidade geográfica das unidades de saúde, podem influenciar diretamente no acesso aos serviços de saúde.

Porém, além desses fatores há também a qualificação dos recursos tecnológicos e humanos, a ausência de informações a que está submetida a população e os próprios profissionais, as condições socioeconômicas dos usuários e seu local de moradia.

É preciso afirmar que o conceito de acesso vai além do usuário ser recebido na unidade de saúde ou ser atendido em momentos pontuais ou de adoecimento. Ayres (2004), por exemplo, afirma que acolhimento não deve ser confundido com recepção ou pronto-atendimento.

O acolhimento faz parte de uma concepção de acesso que visa receber o indivíduo no sistema de saúde e acompanhá-lo, atentando-se para suas demandas, especificidades, estabelecendo um vínculo profissional-usuário, onde se pode desenvolver uma relação de confiança e parceria.

O conceito de acesso está relacionado, então, a um acolhimento e acompanhamento do usuário em sua plenitude, enxergando-o de forma abrangente, através de um atendimento continuado e qualificado que resulte em desdobramentos impactantes na vida dos usuários e conseqüentemente, nos indicadores.

1.5 Violências

O conceito de violência aqui adotado “consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual.” (Minayo & Souza, 1997)

Dessa forma, a violência institucional pode ocorrer quando a própria instituição inviabiliza, de alguma forma, o pleno e livre exercício dos direitos da usuária do sistema de saúde e de seus acompanhantes também. A partir do momento em que é vetada, por exemplo, a presença de um acompanhante no momento do parto, há a negação de um direito da usuária e de seu acompanhante.

Para Martinez (2008), a violência institucional é cometida principalmente contra os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Essa violência se caracteriza por ser exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, incluindo desde a dimensão mais ampla da falta de acesso a serviços até a má qualidade dos mesmos.

Ainda em Martinez (2008), a violência institucional abarca abusos decorrentes das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, podendo ser identificada de diversas formas: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; ausência de escuta, tempo e privacidade para os usuários; frieza, rispidez, falta de atenção e negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de etnia, idade, orientação sexual, gênero; deficiência física, adoecimento mental.

Além disso, segundo Martinez (2008), a violência institucional se expressa de outras formas, como: desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; tortura e violência física; banalização das necessidades e direitos dos usuários; críticas ou agressões a quem expressa insatisfação, diante da ausência de serviços que atenda as suas demandas, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando orientar a pessoa e fornecer informações necessárias; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas [HIV], quando estão grávidas ou desejam engravidar).

É plausível afirmar que o discurso acerca da violência institucional está diretamente ligado aos Direitos Humanos, pois a ocorrência da violência dentro de instituições - principalmente as de saúde, que deveriam zelar pelo bem-estar humano - reflete o descaso com que é tratada a dignidade humana e o viés autoritário que perpassa as relações sociais desde a esfera privada até a esfera pública.

Compreendendo a violência contra a mulher dentro das instituições como uma das expressões da violência de gênero, é plausível abordar esse tema neste trabalho de conclusão de curso, considerando as especificidades com que os sujeitos se inserem nos serviços de saúde.

Muitas vezes a violência é cometida de forma velada e não é percebida como tal. Isso pode ser fortalecido pelo desconhecimento que os usuários de saúde - no caso da assistência ao parto, especificamente a mulher - têm de

seus direitos. A desinformação é campo privilegiado para que a violência e, portanto, o desmonte dos direitos, ocorra.

A violência na assistência ao parto é reproduzida pelos profissionais de saúde, uma vez que atos violentos podem se configurar de forma sutil, não sendo percebidos. Esse fator é de grande relevância social, pois é complicado prevenir, combater e enfrentar a violência quando a mesma não é percebida.

Desta forma, quando a violência ocorre na assistência ao parto, entende-se que em algum momento desse processo, a mulher foi negativamente afetada seja em sua integridade física, mental, moral ou espiritual. Como o parto humanizado preza pela conservação da integridade em todas as esferas, a violência ao longo da assistência ao parto vai em direção oposta à humanização.

Quando se fala em violência institucional na assistência ao parto, compreende-se a violência obstétrica. De acordo com a definição dada pelas leis venezuelana e argentina, onde a violência obstétrica é tipificada, a violência obstétrica:

Caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (Definição extraída de documento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013:s.n.p)

Ainda de acordo com este documento, a violência obstétrica ao longo do período gestacional pode se caracterizar por: negação do atendimento à mulher ou imposição de dificuldades ao atendimento onde é realizado o pré-natal; comentários constrangedores à mulher baseados na sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos.

Outras formas de violência obstétrica durante a gestação se configuram da seguinte forma: ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família;

negligenciar o atendimento de qualidade; agendar o parto por cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico.

Segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), a violência obstétrica também se apresenta no momento do parto. As formas mais comuns desse tipo de violência são: recusa da admissão em hospital ou maternidade, também conhecida como peregrinação por leito; impedimento da entrada do acompanhante que a mulher escolheu; cesariana sem indicação clínica e consentimento da mulher.

Além disso, há também a realização de uma série de procedimentos que podem incidir sobre o corpo da mulher de forma a interferir, causar dor ou dano físico. Tais procedimentos se caracterizam pelo uso do soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto de acordo com a conveniência médica, exames de toque sucessivos e por pessoas diferentes, privação de alimentos, imobilização dos braços e das pernas da mulher, entre outros.

Ainda de acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), também são consideradas formas de violência obstétrica o impedimento ou a dificuldade do contato imediato mãe-bebê e do aleitamento materno, além de ações verbais ou comportamentais que causem na mulher sentimentos de inferioridade, instabilidade emocional, medo, insegurança, acuação, dissuasão, alienação, perda da integridade, dignidade, prestígio, entre outros.

Essas ações podem causar nas mulheres uma série de traumas significativos. Segundo Brito (2014), muitas mulheres que passam pela violência obstétrica têm reações parecidas com as mulheres que viveram situação de violência sexual, passando a rejeitar o próprio corpo e temendo relações sexuais.

Ainda segundo Brito (2014), as mulheres que passam por esse tipo de violência também podem se apavorar diante da possibilidade de passar por outra gestação, ou, ainda, almejar ansiosamente outra gestação na tentativa de obter melhores experiências.

1.6 Políticas para as Mulheres

Compreendendo o papel fundamental das políticas na alteração dos indicadores e na viabilização da melhoria da qualidade de atendimentos proporcionados pelo sistema de saúde, é importante apresentar o conceito de políticas públicas como “um conjunto de ações que tem como objetivo atender às necessidades da população, tais como saúde, educação, segurança e tudo aquilo que está ligado ao bem estar dessa população.” Desta forma, “a política pública é formulada pelo governo com participação do cidadão.” (Ciência Hoje na Escola – adaptado por Guia Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2008:8)

Essa concepção de políticas públicas foi escolhida, pois a humanização de uma forma geral está inserida na Política Nacional de Saúde (PNS), em vigor desde 2003. A saúde de qualidade é direito do cidadão e para isso, é necessário que haja o cumprimento dessa política, que pode e deve ser avaliada e monitorada no sentido de saber se a política de saúde - e no caso, o atendimento humanizado - tem correspondido às demandas expressas pela população.

No que se refere especificamente à saúde reprodutiva, há o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi publicado pelo Ministério da Saúde em 1984. De acordo com Costa (1999) – apud Pena & Correia (2003), este programa configura a atual assistência à saúde da mulher em junção com o SUS, efetivado com a Constituição de 1988.

Contudo, o SUS e o PAISM se caracterizam de forma diferenciada, pois o primeiro é horizontalizado e descentralizado no que se refere aos municípios. Enquanto isso, o segundo é um programa e é verticalizado no Ministério da Saúde.

Além disso, é importante lembrar que inicialmente o PAISM foi pensado no sentido de propiciar ampla assistência a todas as mulheres e em todas as fases da sua vida. Porém, na atual conjuntura, o programa prioriza responder as necessidades das mulheres durante os seus anos de fertilidade, dando ênfase à saúde reprodutiva.

Sobre a Assistência Integral à Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde (1984:20) entende a assistência ao parto e ao puerpério imediato abrangendo um “conjunto de ações harmônicas integradas que visam a proporcionar assistência ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal, inclusive o manejo adequado das condições que possam acarretar danos à mãe ou ao concepto”.

Para alcançar o que foi citado anteriormente, o Ministério da Saúde (1984) aponta uma série de elementos, alguns estão listados a seguir: anamnese e exame clínico-obstétrico cuidadoso; assistência ao recém-nascido; estímulo ao aleitamento materno e ações educativas relacionadas ao mesmo; assistência ao puerpério imediato.

De acordo com o I PNPM (2004), do qual falarei mais adiante, a saúde da mulher no Brasil foi acoplada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Porém, sua abordagem se restringia às demandas referentes à gravidez e ao parto. Com isso, é possível afirmar que este modelo traduzia uma visão limitada sobre a mulher, ancorada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares.

Com a publicação do PAISM em 1984, houve uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e critérios para eleição de prioridades neste campo.

Neste contexto, em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher (Ministério da Saúde) identificou a necessidade de articulação com outras áreas e ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, índias, presidiárias e lésbicas. A visibilidade para os grupos do gênero feminino se configura na heterogeneidade que caracteriza o país, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde.

Ou seja, a população feminina apresenta uma série de diferenças regionais e esta diversidade passa a ser percebida como fator essencial na implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

da Mulher. Desta forma, há a ampliação da possibilidade de uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto, com melhores resultados.

É importante lembrar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de saúde se expressem como resolução dos problemas identificados, satisfação das usuárias, fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do auto cuidado.

Neste âmbito, cabe aqui abordar o Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres (I PNPM). Publicado em 2004, o I PNPM é uma construção baseada nos resultados apresentados pela I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que contou com a articulação, também, dos governos municipais e estaduais. Este Plano apresenta alguns princípios, como: igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do Estado; universalidade das políticas; justiça social; transparências dos atos públicos e participação e controle social.

Para cumprir com estes princípios, o Estado e as esferas de governo federal, estadual e municipal têm como norte uma série de diretrizes, sendo algumas delas: garantir a implementação de políticas públicas integradas para construção e promoção da igualdade de gênero, raça e etnia; promover o equilíbrio de poder entre mulheres e homens, em termos de recursos econômicos direitos legais, participação política e relações interpessoais; reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública.

Assim, o I PNPM se subdivide em alguns capítulos, sendo um deles intitulado: Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Este capítulo, assim como os outros que elencam o Plano, é composto por objetivos, metas, prioridades e plano de ação. De acordo com o capítulo citado, mais de 90% dos partos são realizados em ambiente hospitalar. Entretanto, em muitas

regiões do Brasil - principalmente em zonas rurais - a única opção existente para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais.

Segundo este documento, embora o parto domiciliar seja, em alguns casos, uma opção da mulher, a parteira tradicional, em geral, atua sem o apoio dos serviços de saúde. Como consequência desse isolamento, os partos domiciliares ocorrem, expressivamente, em condições precárias de políticas para as mulheres e não são notificados aos sistemas de informação em saúde.

Assim, surgiram o II PNPM (2008-2011) e o III PNPM (2013-2015), este último, que aprofunda a questão da saúde reprodutiva e da equidade de gênero, começou sua difusão em 2013, quando a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) completou dez anos.

As iniciativas foram se ampliando, ao mesmo tempo em que se aprofundavam em alguns aspectos considerados mais relevantes no contexto brasileiro. Um desses aspectos, notadamente, é a humanização do parto derivada do reconhecimento da abrangência da violência obstétrica e da discussão sobre os direitos das mulheres.

CAPÍTULO II - SUS, HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA AO PARTO

2.1 SUS

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). (PAIM, 2009:43)

O SUS se coloca para a sociedade a partir da definição de saúde, citada anteriormente, contemplada no art. 196 na Constituição de 1988. A partir deste momento, a saúde começou a ser percebida como direito humano fundamental, reconhecido pelos fóruns mundiais em todas as sociedades. Além disso, a concepção de saúde ampliada deu margem para a implantação de uma estrutura social cidadã e pautada na democracia, com a ampla inclusão dos vários segmentos componentes da sociedade.

Enquanto sistema público, o SUS segue a mesma doutrina e princípios de organização em todo território nacional, sendo de responsabilidade das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal⁴.

De acordo com o art. 4º da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde – LOS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. É importante deixar claro que, segundo o inciso 2º deste mesmo artigo, “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

⁴ A esfera Federal é composta por presidência da República, Senado, Câmara dos Deputados e Tribunais Superiores. Já a esfera Estadual se compõe por: Governo Estadual, Assembleias Legislativas, entre outros. A esfera Municipal é composta por: Prefeitura, Câmara de Vereadores, entre outros.

O SUS está relacionado ao deslocamento do tema “saúde” do campo biológico para o campo político e histórico da construção dos direitos, além de ter como um de seus pressupostos a ação intersetorial, que se caracteriza pela articulação de diversas políticas sociais com a política econômica.

Além disso, a ação intersetorial implica na compreensão de que sua efetivação está sujeita à grande esforço, considerando que para isso é preciso a estreita articulação entre os diferentes níveis de complexidade. Isso ocorre, pois muitas vezes podem chegar às unidades problemas de saúde complexos e até mesmo mal definidos, exigindo a procura por outros setores, em busca de resolutividade.

Em Paim (2009), fica claro que os princípios se definem como aspectos valorizados nas relações sociais, podendo ter cunho moral, ético, filosófico, político e de direito, orientando pensamentos e ações. Já as diretrizes, de acordo com Paim (2009), se caracterizam como orientações gerais acerca da organização ou da técnica que dão suporte às partes componentes do sistema de saúde.

Os princípios do SUS se determinam pelas categorias de universalidade, igualdade e integralidade. A universalidade se caracteriza pelo sistema ser livre para o acesso de qualquer cidadão em todos os tipos de serviço e de vários níveis de assistência. Este princípio está fortemente relacionado ao conceito de acesso, trabalhado no capítulo anterior, onde fica evidente alguns pontos que podem facilitar ou dificultar o acesso ao sistema de saúde e, portanto, a sua universalidade.

Alguns pontos decisivos, facilitadores ou não, do acesso são: disponibilidade dos serviços; localização geográfica das unidades de saúde; qualificação de recursos humanos e tecnológicos; formas de financiamento; informações; condições socioeconômicas; local de moradia.

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos

diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. (TRAVASSOS & CASTRO, 2008 – apud ESCOREL, 2009:s.n.p)

O princípio da igualdade deixa claro que todo indivíduo é igual perante o sistema, por isso deve ser atendido de acordo com suas necessidades através da garantia de igualdade com justiça social. É bom lembrar que a igualdade na assistência à saúde abrange todas as ações e serviços necessários para promoção, prevenção e recuperação da saúde sem preconceitos ou privilégios.

Diante disso, segundo Escorel (2009), é importante afirmar que dentro do princípio de igualdade há o surgimento, no período contemporâneo, do conceito de equidade. Esse conceito faz referência aos direitos das minorias, introduzindo no espaço público da cidadania, a diferença.

A partir disso, inicia-se um debate de que é preciso considerar as diferenças para que o acesso aos serviços seja igualitário. Ou seja, a cidadania passa a ser contestada enquanto âmbito comum e indiferenciado. De acordo com Sposati (1999) - apud Escorel (2009), “Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”.

Segundo Escorel (2009, s.n.p), “Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas”. Para ilustrar sua afirmação, a autora cita Marx (1875), ao dizer “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades”.

É possível perceber, dentro do princípio da igualdade, que os usuários do sistema de saúde se inserem em uma totalidade que expressa sua realidade social. Contudo, os usuários enquanto sujeitos singulares, possuem uma gama de especificidades inseridas em suas subjetividades e necessidades individuais. Ou ainda, passando por situações similares, mas apresentando demandas diferenciadas.

Além disso, é fundamental ter a percepção das diferenças existentes entre os territórios e o perfil populacional de cada área para que os serviços sejam ofertados de acordo com as necessidades dos usuários.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 – apud ESCOREL, 2009:s.n.p)

Isto se reflete em Mendes (1999), quando o mesmo problematiza o conceito de território como território-processo. O autor aborda o conceito de território a partir da prática da vigilância em saúde, entendendo território como “um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política”. Considerando que tais tensões são permanentes, entende-se território como um espaço que não está acabado.

O território-processo enquanto espaço em constante reconstrução, não se limita a existir como superfície-solo dotado de unicamente características geofísicas. Ou seja, o território-processo se institui como “território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos”. (Mendes, 1999) Sendo assim, esse território simboliza, também, questões econômicas, culturais, políticas e sanitárias.

No entanto, vale ressaltar que além de ser um território inacabado, também é um território assimétrico, visto que é composto por diferentes conjuntos sociais que possuem demandas, necessidades e representações de seus interesses.

O terceiro e último princípio do SUS é o princípio da integralidade e, de acordo com Paim (2009:56), se refere ao “conjunto articulado e contínuo de órgãos e serviços de promoção, preventivos e curativos, tratamentos individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde”.

Esse princípio se expressa através da articulação entre as políticas de cunho econômico e social para atuar diretamente nos determinantes do processo saúde-doença, garantindo à população, condições satisfatórias de saúde.

Outro autor que trabalha o princípio da integralidade é Mendes (1999), que o apresenta como um dos princípios de atenção básica em saúde da família. Segundo o autor, para que esse princípio aconteça, de fato, é necessário que haja o rompimento com a organização da atenção primária baseada em programas verticais que são impostos às unidades de saúde.

Portanto, pode-se dizer que cada usuário do sistema de saúde deve ser percebido como um ser indivisível, a partir de sua inserção social. O que significa dizer que o usuário é produto do meio em que vive, com suas especificidades, mas inserido em uma realidade social.

Os princípios do SUS se referem à população usuária do sistema de saúde de uma forma geral, mas ao analisar o princípio da integralidade em saúde reprodutiva, pode-se dizer que:

A integralidade da atenção às mulheres envolve a transformação das práticas de cuidado pautadas pela universalidade do acesso, equidade com atenção diferenciada para grupos mais vulneráveis e qualidade, do cuidado, nas suas múltiplas dimensões. Deve prover um conjunto coordenado de ações e produtos para cada mulher e para o conjunto da população, em que o desafio para gestores e profissionais é produzir uma assistência à saúde articulada aos princípios tecnocientíficos, organizacionais e ético-políticos. (COSTA & SILVESTRE, 2004:67)

Nesse processo, as diretrizes do SUS são definidas como: descentralização, regionalização, hierarquização e participação e controle social. A diretriz descentralizadora é referente a um meio político-administrativo com direção única em cada esfera de governo, onde há a redistribuição das responsabilidades quanto ações e serviços e isso se expressa na municipalização.

A partir de 1993 as portarias que regulamentam o processo de descentralização definem mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre gestores do SUS, além das diferentes atribuições gestoras dos níveis federal, estadual e municipal sobre planejamento e programação da atenção à saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados no SUS, entre outras.

Já a diretriz de regionalização, remete à rede de unidades de saúde, onde seus equipamentos devem estar distribuídos geograficamente, respeitando as realidades e necessidades sociais.

A diretriz da hierarquização expressa que a rede de serviços deve ser organizada e distribuída por níveis de complexidade, que são: nível primário (atenção básica; carro-chefe/porta de entrada do usuário ao sistema de saúde); média complexidade; alta complexidade. Os dois últimos são conhecidos por gestores e técnicos pela sigla MAC.

Quando se fala em rede de assistência à saúde, vale lembrar que além de sua organização, também está incluso no poder público realizar ações de vigilância sanitária, epidemiologia e saúde do trabalhador. Também compete ao poder público a ordenação de recursos humanos para a saúde e em outras políticas relevantes, tais como: saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente.

Por fim, a diretriz referente à participação e controle social está atrelada à adesão da população quanto a fiscalização dos serviços e da sua participação ativa acerca de como os serviços tem sido operacionalizados, além do seu grau de satisfação. Desta forma, o controle social pode se configurar por meio de políticas públicas, oportunizando a participação das classes subalternas na interferência da gestão pública, orientando ações e gastos estatais norteado por seus interesses, considerando sua construção hegemônica.

Segundo Machado (1986) – apud Bravo & Correia (2012:128), “a participação em saúde é definida como o conjunto de intervenções que as

diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”.

Com isso, pode-se dizer que o controle social no SUS visa propiciar o acesso ao sistema enquanto participação cidadã – inclusive na gestão e no controle social desse sistema –, resgatar o papel político dos Conselhos de Saúde, democratizar informações, capacitar – política e tecnicamente – os Conselhos de Saúde, resistir à diminuição das políticas sociais de saúde, à sua privatização e mercantilização, entre outros.

Porém, para que haja o controle social, efetivamente, é preciso enfrentar alguns desafios como a fragilidade organizacional dos movimentos populares e sindicais, a escassa consciência de classe dos mesmos e a desinformação generalizada.

Isso se expressa em Paim (2009), quando o mesmo afirma que o SUS constitui uma política pública voltada para assegurar o direito aos serviços de saúde para todos e é a “única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros”. Em contrapartida, ainda em Paim (2009), uma pesquisa de opinião realizada em 2003 indicou que apenas 35% dos brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa o SUS.

Isso indica, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que o nível de conhecimento populacional sobre o SUS é muito parco. Ou seja, mesmo constituindo uma política de grande magnitude no país, o SUS em sua essência ainda é muito pouco conhecido por seus próprios usuários.

A falta de informação fomenta a inviabilização dos direitos, pois uma população desconhecadora do funcionamento do sistema de saúde que lhe é oferecido, provavelmente também desconhece seus direitos e quando reivindicá-los.

2.2 Humanização em Saúde – Ações Públicas e Discussão

A discussão sobre a humanização em saúde surge a partir da indicação tanto da fragmentação já citada anteriormente de políticas de saúde, como pela chamada “desumanização”. Vilar (2014), por exemplo, aposta esta última como um fator que se faz presente através de um “conjunto de práticas e lógicas impostas pelo modelo hegemônico de atenção à saúde”, caracterizando-se por ser “excludente, racionalizador e permeado por relações de poder desiguais.” Pode-se afirmar que tais relações de poder se expressam desde as relações de gênero, classe e etnia até a hierarquização profissional, tão consolidada no ambiente hospitalar.

É possível perceber, através da abordagem da autora, que não é somente a assistência ao parto que tem sido alvo da lógica mercantil norteadora do atual sistema socioeconômico brasileiro. A assistência à saúde desde o seu primeiro nível de atenção passa pelo processo de “desumanização”. (2014:7)

Mendes (1999) aponta a humanização como um dos princípios da atenção primária para buscar o resgate de alguns valores no sistema de saúde que foram negatizados. Para o autor, o princípio da humanização pretende “valorizar a vocação humanística da prática sanitária para minorar o sofrimento humano”. Isso implica “a individualização das pessoas e famílias que, pela despersonalização da atenção médica institucionalizada, se transformaram em números ou casos”.

Nesta perspectiva, um sistema de saúde onde prevalece a imediatividade, o cumprimento de metas que visam apenas a quantidade de atendimentos e não a qualidade e a grande especialização das áreas, se caracteriza por enxergar o usuário como objeto de intervenção e não como sujeito de direito com autonomia para refletir e participar ativamente da promoção, prevenção e reabilitação de sua saúde.

Essa atuação inviabiliza que o profissional perceba o sujeito de forma integral, atentando para seus determinantes sociais, que se expressam nas suas condições de saúde, habitação, trabalho, lazer, transporte, alimentação.

A prestação de serviços é, então, voltada para responder demandas emergenciais em detrimento de outras não tão emergenciais, mas igualmente importantes, onde o profissional de saúde se sente capacitado apenas para assistir o que faz parte de sua especialização, cada vez mais restrita a determinada parte do corpo humano.

Segundo Vilar (2014), as reflexões críticas que apontam a necessidade de retomar a valorização do ser humano e um maior equilíbrio entre o mesmo e a natureza, começam a fazer parte da agenda de debates em vários campos do conhecimento.

A mesma autora comenta que, no campo da saúde no Brasil, o termo “humanismo” é substituído por “humanização”, e que vários autores como Ayres (2005), Benevides (2005), Campos (2003, 2006) e Deslandes (2006) vêm discutindo a humanização em vários sentidos, mostrando suas múltiplas relações e complexidade.

Ayres (2004:22), por exemplo, afirma que “humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas”. O autor também deixa explícito que “a estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização”.

Essa “estrutura própria” está atrelada ao que o autor define como importante para a humanização “a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (2004:22). Isso significa que, para alcançar o êxito técnico, muitas vezes o profissional de saúde precisa se libertar das correntes do tecnicismo.

Isso implica em uma atuação, obviamente, com aporte teórico, porém, que vá além do protocolo e da normatividade morfofuncional das tecnociências médicas. Ou seja, como o autor sugere, que o profissional não fique restrito a um prontuário médico e códigos de doenças, compreendendo que o usuário dos serviços é um ser humano com uma história e um projeto de vida.

Muitas vezes a adesão a determinados tratamentos depende da abordagem que o profissional de saúde aplica ao conversar com o usuário. Ayres também explicita o conceito de cuidado como “conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde” (2004:22)

Ainda segundo o autor, esta capacidade de ouvir e estabelecer um diálogo com o usuário do serviço está ligada a um dispositivo tecnológico de grande destaque nas propostas de humanização em saúde. Este dispositivo é conhecido como acolhimento.

Entretanto, o autor afirma que o diferencial do atendimento não é a escuta por si só, mas sim a sua qualificação enquanto aquilo que se quer escutar. Isso implica em propiciar ao usuário um espaço onde ele possa se sentir à vontade para expor seus anseios, suas inquietações, suas expectativas.

De acordo com Ayres (2004), para que esse processo aconteça, é necessário que o profissional assuma o caráter de responsabilidade de “terapeuta”. Da mesma forma, o usuário do serviço se responsabiliza ao participar ativamente do processo saúde-doença dialogando com o profissional, expondo suas dúvidas, suas satisfações e insatisfações.

Além disso, segundo Ayres (2004), outro fator que contribui para a melhora na qualidade do atendimento em termos humanizadores, além da responsabilidade, é a identidade. O autor cita um provérbio de origem sul-africana que diz “Eu sou o que vejo de mim em sua face; eu sou porque você é”. Em outras palavras, “se perguntar acerca do por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro.” (AYRES, 2004:24)

Trabalhar em consonância com a responsabilidade e a identidade abre espaço para que o profissional e o usuário estabeleçam uma relação onde o sentido do cuidado em saúde torna-se esclarecido para ambos. Com isso, o atendimento perde o caráter monológico, onde o profissional exerce o

protagonismo em detrimento da participação do usuário, que se limita a ouvir possíveis soluções objetivas para suas demandas e tem sua fala caracterizada como um complemento do discurso profissional.

Ayres (2004) indica algumas heterodoxias terapêuticas como estratégias para atendimentos humanizados e não restritos à visão biologicista em saúde. Essas estratégias podem ir além dos serviços, mas devem se articular a eles no atendimento em saúde: apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais; desenvolvimento de talentos e vocações; atividades físicas e de vivências corporais; atividades de lazer e socialização.

Pode-se dizer então que a busca pelo atendimento humanizado em saúde se relaciona com o modo como profissionais e usuários se enxergam nesse processo, a identidade que incorporam nos serviços de saúde e o grau de responsabilidade que atribuem às suas ações.

Afinal, “a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos”. (Ayres, 2004:28)

Em Schraiber, 1997 – apud Ayres (2004:18), fica claro que “Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação”.

A partir do momento em que há a percepção de que as práticas de saúde não correspondem ao que é preconizado em termos de qualidade e bem-estar, surgem, no campo da saúde, algumas estratégias vislumbrando a reconstrução dessas práticas.

Tais estratégias se baseiam, principalmente, nas ideias de integralidade, humanização, promoção e vigilância em saúde. Diante disso, torna-se essencial citar a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH) que surgiu no Brasil em 2004 e, segundo Vilar (2014:29), “revela um ideário que envolve a produção do cuidado, as condições nas quais o trabalho está sendo desenvolvido e a forma de gestão do serviço, tudo permeado pelas

inter-relações estabelecidas entre usuários, trabalhadores e gestores de uma realidade concreta”.

Isso implica, de acordo com Vilar (2014:30), “nas condições necessárias para a realização de ações, assim como a segurança e a satisfação no ambiente de trabalho, incluindo as relações trabalhistas”, caracterizando-se como “elementos importantes tanto para o trabalhador (cuidador) quanto para o usuário (que está sendo cuidado), por influenciarem diretamente na produção do cuidado e nos seus resultados, ocasionando sentimentos de prazer ou desprazer”.

Neste âmbito, o usuário se insere como agente multiplicador das informações em saúde, contribuindo para a promoção⁵, a prevenção⁶ e a reabilitação da mesma. Afinal, à medida que o usuário participa ativamente desse processo, ele explora sua própria capacidade de reabilitar-se mais fácil e rapidamente e de repassar informações para a sua comunidade.

Uma tentativa de humanização em saúde que está ganhando espaço e visibilidade é o Programa Humaniza SUS. Este programa faz parte da Política Nacional de Humanização e se propõe a fomentar, entre outros aspectos, a autonomia e o grau de co-responsabilidade.

Além disso, o programa também se dispõe a estabelecer interação entre as demandas sociais, o compromisso com a ambiência e o reconhecimento da diversidade da população brasileira. O Programa Humaniza SUS se baseia em alguns princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; transversalidade; autonomia e protagonismo dos sujeitos.

⁵ De acordo com Mendes (1999), a expressão *promoção da saúde* se originou nos anos 40, com a contribuição de Sigerist, que definiu as quatro tarefas maiores da medicina como: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação do enfermo e sua reabilitação. No entanto, ainda em Mendes (1999), vale ressaltar que o que qualifica a promoção da saúde na modernidade é a “constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde”.

⁶ A prevenção da saúde está relacionada à forma de olhar e organizar intervenções que antecipem o processo de adoecimento e acidentes. A atuação pode acontecer em problemas e/ou grupos específicos para estabelecer uma aproximação direta com os sujeitos e/ou grupos em risco de adoecer e se acidentarem. Mendes (1999) cita alguns exemplos de ações individuais, como: imunizações, controle pré-natal, diagnóstico precoce de algumas doenças crônicas, entre outros.

A inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde se refere à incorporação da humanização desde a gestão dos serviços ao determinar as técnicas em saúde. Já a transversalidade, é referente às concepções e práticas que atravessam as variadas ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura de comunicação intra e intergrupos e ampliam as “grupaldades”. Estas “grupaldades” estão diretamente relacionadas à atuação em rede e à importância do estabelecimento de um diálogo entre as diferentes políticas, por exemplo, possibilitando pensar e executar um trabalho transversal.

O princípio da autonomia e protagonismo dos sujeitos se caracteriza como a co-responsabilidade entre os gestores, os usuários e a participação coletiva nos processos de gestão, além da ampliação da capacidade e da vontade de fazer algo.

A autonomia e protagonismo dos sujeitos, enquanto um dos princípios do Programa Humaniza SUS, se expressa na participação social, onde os sujeitos assumem um posicionamento, também, para colocar suas insatisfações e fiscalizar os serviços prestados para saber até que ponto suas demandas são consideradas. É uma forma de participar do processo de construção de um SUS voltado para os interesses coletivos.

De acordo com o endereço eletrônico hitechnologies.com.br/humanização, o Programa Humaniza SUS é baseado em cinco focos: a) contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; b) fortalecer iniciativas de humanização existentes; c) desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; d) aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; e) implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Ainda de acordo com o endereço eletrônico citado acima, para alcançar esses objetivos, o Programa Humaniza SUS⁷ trabalha com três macro-objetivos: a) ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; b) incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; c) divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Para cooperar com a efetivação desses resultados criou-se a Rede de Colaboração para a Humanização da Gestão e da Atenção no SUS, também conhecida como Rede HumanizaSUS.

A Rede HumanizaSUS é uma rede social composta por pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. Esta rede, que é aberta via internet, surgiu como um espaço de troca, onde as pessoas têm a possibilidade de dialogar sobre o tema da humanização.

2.3 Humanização da Assistência ao Parto

Trabalha-se aqui o conceito de humanização da assistência obstétrica e neonatal, segundo Serruya (2003) – apud Maia (2010), vinculando o parto humanizado à “a) adoção de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, e organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor; b) incorporação de procedimentos para o acompanhamento do parto e do nascimento que evitem práticas intervencionistas consideradas desnecessárias e que acarretem riscos para o recém-nascido e para a mulher”.

⁷ Segundo o endereço eletrônico pesquisado, as expectativas do programa Humaniza SUS com relação aos objetivos apresentados é que haja a redução de filas e do tempo de espera com ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo baseado nos critérios de risco, além da implantação do modelo de atenção onde haja responsabilização e vínculo.

Essa concepção tem forte relação com a concepção de saúde adotada pelo Ministério da Saúde, pois a ideia de humanizar os serviços prestados surge basicamente da percepção da grande dificuldade em compreender o sujeito em sua integralidade⁸. Frente a isso, a relevância em discutir a humanização do parto se respalda nos impactos que sua realização pode causar para melhorar a qualidade da assistência ao parto nas unidades de saúde.

De acordo com Maia (2010), o momento do parto se descolou da esfera familiar e comunitária e se tornou um assunto médico e hospitalar, "representando" sinônimo de modernidade, segurança e ausência de dor. Mais contemporaneamente, o momento de parto e nascimento tornou-se uma espécie de espetáculo. As próprias mulheres reproduzem a ideia de modernidade e segurança em partos cirúrgicos (também conhecidos como cesarianos), influenciadas pelas orientações dadas por seus médicos ou seguindo o discurso reproduzido por outras mulheres que se baseiam nas orientações dadas por seus médicos, é como um ciclo.

De acordo com Faúndes & Cecatti (1991) e Chacham & Perpétuo (1996) - apud Maia (2010), esse fluxo se baseia nos seguintes pontos: o fato do parto cesariano ser mais cômodo⁹ para o médico, que pode determinar um dia e um horário específico para o nascimento do bebê; o medo que a gestante tem de sentir dor; o mito de que o parto natural pode contribuir para que os músculos vaginais fiquem frouxos e isso influencie na atividade/satisfação sexual; a falta de qualificação médica para a realização do parto natural; a ausência de um pré-natal que prepare, de fato, a mulher para o momento do parto; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; a crença de que o parto vaginal é arriscado para o bebê¹⁰; o discurso de que o parto cirúrgico é mais

⁸ De acordo com Mendes (1999), este princípio está relacionado ao reconhecimento de que os serviços de atenção primária englobam ações de promoção, prevenção e reabilitação. Sendo assim, essas ações devem ser providas de forma integrada através da vigilância em saúde. É bom lembrar que este conceito também está atrelado à percepção do usuário do sistema de saúde enquanto sujeito inserido em uma totalidade, que abarca suas relações com o ambiente natural e com o ambiente social.

⁹ Um exemplo disso é o aumento do número de partos cirúrgicos realizados em vésperas de feriados, oferecendo aos médicos a oportunidade de não serem solicitados nesse período.

¹⁰ Essa crença vai em direção oposta aos benefícios que o parto vaginal - também chamado de normal - traz para a mãe e o bebê, uma vez que o parto cirúrgico impõe à criança o risco da prematuridade, pois

moderno e seguro para o bebê e sua mãe; a ausência de uma equipe multidisciplinar.

Enquanto os serviços públicos, aos quais tem acesso a população de menor poder aquisitivo, oferecem às suas mulheres o parto “normal” traumático, os serviços privados, com os quais as usuárias estabelecem uma relação de consumo, oferecem a cesariana como marca de diferenciação e “modernidade” (MAIA, 2010:49)

Essa ideia fomenta o que se chama de “SUS para pobres”, onde há a disseminação do senso comum de que a saúde pública é algo voltado para a população economicamente desfavorecida e que, segundo Paim (2009), “para quem não tem nada ou muito pouco, parece que qualquer coisa serve”. Então, há a predominância da ideia de que o SUS é um sistema para aqueles que não conseguem ter suas demandas assistidas através do sistema mercantil.

Maia (2010) critica o fato de que “a assistência à saúde no Brasil é oferecida por um *mix* de serviços públicos e privados”. Esse hibridismo, presente no sistema de saúde brasileiro, determina desigualdades sociais e assistenciais.

De acordo com o modelo de assistência ao parto ofertado atualmente (2014), o momento do parto se caracteriza por ser um procedimento onde o médico tem total poder de decisão sobre o corpo da usuária, podendo, inclusive, determinar a posição¹¹ que melhor considerar para que a gestante tenha seu filho. Isso porque, neste contexto, o médico é considerado um profissional que detem todo o conhecimento com relação ao parto.

muitas vezes esse procedimento é feito sem que a gestante entre em trabalho de parto. Diante disso, é alarmante o número de recém-nascidos que ficam por pelo menos sete dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) dos hospitais por conta de problemas respiratórios, por exemplo. Já a mãe, corre o risco de infecções e hemorragias.

¹¹ Um método utilizado até hoje pelos médicos é conhecido como Litotomia, onde a mulher fica deitada e imobilizada, dando ao médico, o protagonismo do momento do parto. Esse método é justificado pelo discurso de facilitar ao médico a visão do trabalho de parto como uma medida de proteção e segurança. A Litotomia dificulta o trabalho de parto, uma vez que a mulher não dispõe da liberdade de caminhar e relaxar o músculo perineo para obter maior dilatação. Assim, o médico faz o uso da ocitocina para acelerar o processo da liberação de hormônios, que não foram liberados por provavelmente não estar, ainda, no momento do bebê nascer.

Diante disso, cabe aqui trabalhar alguns modelos de assistência ao parto identificados por Davis-Floyd, 2001 - apud Maia, 2010:

- a) Modelo Tecnocrático: caracteriza-se como a separação do corpo e da mente, o corpo é visto como uma máquina e o médico como o mecânico que irá operacionalizá-la. Nesse modelo, o principal objeto de intervenção do profissional de saúde passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. É plausível dizer que as intervenções neste modelo de assistência ao parto geram um efeito cascata, gerando a necessidade de outras intervenções subsequentes, formando um ciclo. Neste modelo há também a alienação do usuário pelo profissional, padronização da assistência, responsabilidade apenas do profissional, sistema dirigido para lucro.
- b) Modelo Humanístico: conexão entre o corpo e a mente, o corpo é considerado um organismo e a usuária como sujeito relacional, conexão entre cuidado profissional e usuária, equilíbrio entre as necessidades da instituição e as necessidades da usuária, informação, decisão e responsabilidade compartilhados entre profissionais e usuárias, além do foco na prevenção.
- c) Modelo Holístico: unidade corpo-mente-espírito, corpo como um sistema energético ligado a outros sistemas energéticos, assistência à usuária considerando seu contexto de vida, assistência individualizada, autoridade e responsabilidade inerentes à usuária, somando-se à criação de condições de saúde e bem-estar a longo prazo.

No modelo humanístico, por exemplo, há a proposta de devolver ao parto seu lugar enquanto evento fisiológico e afetivo. Pode-se observar que para que isso aconteça, preconiza-se a presença do acompanhante ao longo do pré-parto, momento do parto e puerpério, se for da vontade da usuária.

É bom lembrar que a presença do acompanhante no momento do parto não deve ser entendida sob a ótica de práticas caritativas e/ou gentis das

unidades de saúde e seus profissionais. Conforme citado, este aspecto é preconizado pelo SUS e como tal, deve ser entendido como um direito representado em lei da usuária do sistema de saúde e seu acompanhante.

A Lei do Direito ao Acompanhante, de nº 11.108, entrou em vigor em sete de Abril de 2005 e foi integrada à Lei 8.080, do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação dessa lei tem o objetivo de garantir as parturientes o direito à presença de um acompanhante escolhido pela mesma durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS da rede própria ou conveniada. Esta prática traz benefícios no modo de parir, pois ao poder contar com a presença de alguém de sua confiança, a gestante se sente mais segura, mais confortável e mais acolhida, compartilhando um momento simbólico com uma pessoa que tenha significado na sua história de vida.

Além disso, é preconizado também que a mulher tenha a liberdade de movimentação e que haja a possibilidade dela receber métodos não farmacológicos para o alívio da dor, possa escolher a posição de parir e seja a primeira pessoa em contato com o bebê, entre outros.

Nesse sentido, “humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pari, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem”. (Wagner, 2001 – apud Maia, 2010:42).

A humanização do parto tem sido alvo de discussões e debates acerca do que pode ser feito na área da saúde para que haja, de fato, sua efetivação. Pode-se dizer, também, que o parto humanizado tem sido realizado em algumas unidades de saúde; porém, há aquelas que proporcionam partos pouco próximos do conceito de humanização aqui abordado.

Há outras instituições, ainda, que se intitulam “humanizadas” por questões estéticas, como a decoração do quarto em que a gestante se encontra ou apenas por não inviabilizar a presença de um acompanhante no momento do parto. De acordo com a antropóloga norte-americana, Robbie Davis-Floyd, essa assistência ao parto é conhecida como “humanismo

superficial”, pois não garante que a mulher terá acesso aos seus direitos com qualidade e respeito, além de compreender sua inserção no sistema de saúde de forma rasa.

Existem dois tipos de humanismo: o que eu chamo de humanismo superficial, no qual o parto é bonito e a mãe é tratada de maneira amável, mas a taxa de intervenções não diminui, e o que eu chamo de humanismo profundo, no qual a profunda fisiologia do nascimento é honrada. (DAVIS-FLOYD, 2007 – apud BENATTI, 2010:s.n.p).

O “humanismo profundo” está fortemente atrelado à restituição da mulher ao seu lugar de protagonista; é a assistência ao parto que manda a mulher de volta para sua casa se ela realmente não estiver em trabalho de parto. Não se trata de medicá-la para acelerar o trabalho de parto, trata-se de aguardar o momento do parto para que este seja realizado no tempo em que o bebê estiver “pronto” para nascer.

Este modelo se vincula à medicina baseada em evidências, que dispensa rituais e procedimentos desnecessários e que não apresentam justificativas médicas aceitáveis. Esses procedimentos se expressam, segundo a OMS (1996), em condutas consideradas prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas, tais como: uso corriqueiro de enema (lavagem intestinal), raspagem dos pelos púbicos, uso de soro e posição em que a mulher fica deitada de barriga para cima durante o trabalho de parto. Nesta última conduta, pode-se observar a mulher em uma posição de passividade, onde ela se encontra incapacitada de se mover, propiciando ao médico o protagonismo no momento do parto.

Os protocolos estabelecidos pelas unidades de saúde não dão conta das singularidades de cada mulher no momento do parto. Isso se respalda na necessidade de atuação da equipe multiprofissional e interdisciplinar na assistência ao parto, não cabendo apenas ao médico a responsabilidade e participação nesse processo.

Percebendo a necessidade de humanizar a assistência ao parto, a proposta do sistema de saúde com relação ao parto humanizado tem obtido

maior visibilidade, principalmente através da mídia e dos movimentos sociais relacionados a gênero e etnia. Esse fator se reflete através das demandas apresentadas por mulheres de diferentes segmentos quando se trata de saúde reprodutiva, como: atenção integral na assistência ao parto, “condições dignas” no momento do parto, atendimento de qualidade e considerando suas determinações sociais.

Como iniciativa governamental relacionada à humanização em saúde reprodutiva, pode ser citada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, tendo o Método Canguru¹² como sua principal recomendação. Esta Norma foi criada em 2000 para as unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, visando o atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso. Além disso, a Norma também visa incentivar o aleitamento materno¹³ e o aperfeiçoamento do vínculo familiar através do contato direto/manual com o recém-nascido.

Também em 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que segundo Vilar (2014), é vinculado ao movimento de humanização do parto. Tal movimento surgiu nos anos 1970, contando com a notável participação de mulheres, inclusive feministas, e tinha como eixos a luta pela assistência humanizada na gravidez e no parto e a defesa do parto natural.

De acordo com Vilar (2014), o PHPN baseia-se no direito à assistência obstétrica e neonatal humanizada como condição primeira para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério. Além disso, o programa se propõe a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do

¹² Atualmente este método é muito utilizado em maternidades no cuidado do recém-nascido de baixo peso. O método Canguru se configura como um tipo de assistência neonatal que implica no contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, de forma crescente e pelo tempo em que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Este método é conhecido por esse nome por conta da posição canguru, que significa manter o recém-nascido em decúbito prono, verticalizado, próximo ao peito da mãe.

¹³ De acordo com o endereço eletrônico disponibilizado pela UNICEF ([/unicef.org](http://unicef.org)), amamentar os bebês de imediato após o seu nascimento, é capaz de reduzir 22% a mortalidade neonatal – caracterizada por ocorrer até o 28º dia de vida do bebê – nos países que se encontram em desenvolvimento. Além disso, o site da UNICEF também afirma que o aleitamento materno na primeira hora de vida da criança é importante não só para a mesma, como para a mãe também, auxiliando nas contrações uterinas, reduzindo o risco de hemorragia e fortalecendo o vínculo afetivo mãe-bebê.

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

O PHPN parte do pressuposto de que o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária, nem sempre em favor do bem-estar físico e emocional da mulher e/ou do bebê. Em essência, humanizar o parto e o nascimento é resgatar a individualidade e o protagonismo da mulher na hora do parto. (MAIA, 2010:14)

Este programa compreende a humanização através de dois aspectos fundamentais: o primeiro é referente à adoção de medidas e procedimentos para o acompanhamento do parto e do nascimento e à convicção de que é dever das unidades de saúde receber a mulher, sua família e o recém-nascido com dignidade. Já o segundo aspecto, está relacionado à tentativa de evitar práticas intervencionistas desnecessárias – tais práticas se exemplificam, entre outras, através do excesso de partos cirúrgicos, podendo resultar em maiores riscos para a mãe e para o bebê.

Um exemplo de iniciativa à adesão desses aspectos é citado por Nublat (2014), que afirma que em maio de 2014, o Governo começou a oferecer incentivo às instituições para o parto humanizado no SUS. Esses incentivos se referem ao recebimento das instituições da classificação de Hospital Amigo da Criança e um acréscimo financeiro no que é pago pelos partos por meio do SUS.

Alguns dos critérios para receber esses benefícios são: uso de métodos alternativos para o alívio da dor (massagens, banheira e bola de pilates); evitar a realização de partos cirúrgicos; evitar procedimentos como a episiotomia – já citada neste trabalho de conclusão de curso. Vale lembrar que o uso de métodos alternativos para alívio da dor é uma das práticas previstas nas políticas de humanização do parto, segundo Maia (2010).

O PHPN tem tentado contribuir para os avanços em saúde reprodutiva, pois, desde a sua implementação, o Estado em conjunto com o Ministério da

Saúde, tem ampliado normativas atreladas à atenção à gestação e parto, buscando a consolidação de um novo paradigma baseado na humanização.

No entanto, é preciso observar que, de acordo com Costa & Silvestre (2004:66), os programas voltados para a humanização do atendimento às pessoas surgem em um contexto de fragmentação do cuidado à saúde:

O forte apelo à fragmentação do cuidado à saúde, inspirado pelo modelo biológico hegemônico, é um dos maiores desafios para a integralidade. Os diversos programas concebidos para a assistência às mulheres, gerados pelo Ministério da Saúde, nos últimos dez anos, estiveram voltados para o cuidado a determinada parte do corpo, agravo ou função, o que resultou no esfacelamento do modelo de atenção no SUS. [...] Essa fragmentação distanciou o modelo de atenção à saúde do sentido estruturante da integralidade, ou seja, a concepção do sujeito como integral e indissociável em suas necessidades subjetivas e nas identificadas pelos serviços.

Obviamente os programas e as políticas são fundamentais no que se refere à visibilidade das mulheres e consolidação de seus direitos, são formas de enxergar a diferença com que as mulheres se inserem em diversos espaços e proporcionar a ampliação de sua inserção de forma igualitária. Entretanto, é preciso atentar para a importância da articulação dessas ações para que estas não se tornem estratégias isoladas.

2.4 Projetos de Lei sobre a Humanização do Parto

Percebe-se a humanização do parto como alvo de lutas políticas. Um exemplo disso foi a aprovação do Projeto de Lei, no dia 25 de Setembro de 2013, que determina que as unidades do Sistema Único de Saúde propiciem condições humanizadas de parto. O projeto seguiu para a Câmara e CAS – Comissão de Assuntos Sociais¹⁴ do Senado. Caso implementado, irá gerar rebatimentos na Lei Orgânica de Saúde (LOS), fazendo com que as unidades

¹⁴ Refere-se a uma Comissão Permanente do Senado Federal, composta por 21 senadores titulares e 21 suplentes. Trata de assuntos atrelados à política de combate às causas da pobreza; proteção à infância, à juventude e ao idoso; e política de integração social, entre outros.

referentes ao SUS conduzam suas práticas de acordo com as orientações técnicas para que o parto humanizado se efetue.

O autor deste projeto é o senador Jorge Afonso Argello (PTB-DF), que justificou sua iniciativa, segundo o portal de notícias do Senado, pela finalidade de reduzir as intervenções médicas desnecessárias, entendendo o momento do parto como um processo natural e fisiológico. Assim, esse projeto é identificado como SF PLS 8/2013 e foi apresentado no dia 5 de Fevereiro de 2013, sendo remetido à Câmara dos Deputados em 10 de Outubro do mesmo ano. A ementa do referido projeto está pautada na alteração da Lei nº 8.080 (LOS) de 19 de Setembro de 1990.

De acordo com o projeto do senador Jorge Afonso Argello, a conhecida Lei Orgânica de Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, deverá sofrer alterações, como a inclusão da obrigatoriedade de obedecer às diretrizes e orientações técnicas e oferecer condições que possibilitem a realização do parto humanizado nos serviços de saúde do SUS, sejam eles conveniados ou de rede própria. Além disso, o projeto também atenta para o dever dos serviços de saúde do SUS de permitir, junto à parturiente, a presença de um acompanhante de sua escolha durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Confirmando a visibilidade e o espaço que a discussão acerca da humanização do parto tem conquistado no campo político, no dia 29 de Maio 2014 o Deputado Federal Jean Wyllys (PSOL-RJ) apresentou o Projeto de Lei 7633/2014, que trata de uma construção coletiva, contando com a participação de Artemis (Organização Não Governamental)¹⁵. Este projeto, que no ano de 2014 encontra-se aguardando despacho do presidente da Câmara dos Deputados, aborda aspectos fundamentais para o acesso ao parto humanizado e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

¹⁵ De acordo com o endereço eletrônico da instituição (artemis.org.br), a Artemis se caracteriza por ser uma organização comprometida com a promoção da autonomia da mulher e a erradicação das formas de violência contra a mulher. Segundo o endereço eletrônico, esta proposta se configura através da garantia dos direitos das mulheres e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva no cenário atual (2014) em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

Dentro desses aspectos, estão contemplados: autonomia da gestante para decidir o modo de realização do parto, fortalecimento de seu protagonismo na construção de seus direitos, repasse de informações comprovadas sobre seus direitos no momento do parto, mínima interferência médica e abortamento seguro. Além disso, o projeto protocolado por Jean Wyllys também abrange o contato mãe-bebê no primeiro momento da vida do recém-nascido como direito do neonato.

O documento, que é resultado de uma Audiência Pública ocorrida no ano de 2014, também aborda a discussão que permeia a violência obstétrica em saúde reprodutiva, defendendo seu combate e enfrentamento desde a formação acadêmica dos envolvidos com a área da saúde.

Diante disso, é possível levantar o questionamento sobre o motivo da apresentação de dois Projetos de Lei abordando a humanização do parto em um breve intervalo de tempo (2013 e 2014). Ou seja, se já havia um projeto aprovado no ano de 2013, o que motivaria a apresentação de um novo projeto abordando o mesmo tema no ano seguinte?

De acordo com a análise feita dos dois Projetos de Lei, observou-se que o primeiro aborda a humanização do parto enquanto melhor assistência prestada à mulher e o foco na presença do acompanhante. Já o segundo projeto se apresenta de forma mais detalhada, dispondo não somente da humanização do parto enquanto melhora na qualidade¹⁶ da assistência prestada à mulher, mas ao neonato também. Além disso, como já citado, o segundo projeto aborda outros pontos, como a autonomia feminina, violência obstétrica, os direitos das puérperas, inclusive o direito ao abortamento seguro, que é um tema polêmico e que se configura como questão de Saúde Pública.

¹⁶ É importante que a melhora na qualidade da assistência prestada não seja restrita à mulher, estendendo-se, assim, ao seu bebê. Essa importância se reflete, também, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) apresentados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). De acordo com este Programa, a intenção é que os objetivos sejam alcançados no período entre 1990 e 2015. São oito objetivos, onde dois estão relacionados à criança e à mulher. O quarto objetivo é reduzir a mortalidade na infância e o quinto objetivo é melhorar a saúde materna.

Dessa forma, é plausível pensar que a criação do segundo Projeto de Lei se dá através da necessidade de uma lei mais esclarecedora, que abarque os aspectos relativos à humanização do parto de forma mais abrangente, considerando que o primeiro Projeto se apresenta de forma sucinta e entendendo que a humanização do parto perpassa uma série de fatores - como os citados no segundo projeto - que merecem destaque.

O momento do parto caracteriza-se por ser uma fase transitória na vida da mulher, marcada por uma série de transformações. Dependendo do atendimento e do acolhimento proporcionado a essa mulher, essas transformações podem resultar em aspectos positivos ou negativos. Neste contexto, “humanizar o parto” está relacionado a conhecimentos, práticas e atividades que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, privacidade, autonomia e protagonismo da mulher.

CAPÍTULO III – PARTO HUMANIZADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 A Escolha do Método Qualitativo

No presente trabalho de conclusão de curso, utiliza-se o método qualitativo, através de levantamento e análise bibliográfica a respeito do que tem sido produzido dentro do tema “Humanização do Parto”. Entendo que, segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Desta forma, pode-se dizer que essa metodologia foi escolhida para saber como os aspectos citados por Minayo (2010) têm sido representados acerca do tema “Humanização do Parto”.

Considerando, ainda, o princípio da humanização em saúde e a importância da humanização em saúde reprodutiva – mais especificamente no parto – parte-se do pressuposto de que este é um fenômeno humano que merece visibilidade. Enquanto fenômeno humano, gerando uma série de rebatimentos na saúde pública, o parto humanizado é um elemento da realidade social.

A revisão de literatura é considerada, aqui, como aspecto fundamental do processo de investigação. A partir disso, buscou-se realizar uma análise com sintetização e interpretação referente ao parto humanizado através do que tem sido publicado a respeito desse tema. Essa revisão é também entendida como uma forma de fortalecer a definição do problema em questão e de apresentar como têm sido produzidos os conhecimentos sobre parto humanizado e no que isso pode contribuir para o desenvolvimento do conhecimento.

Segundo Bento (2012), “a revisão da literatura não é uma compilação de cada livro e artigo relacionado com o tópico. Deve sempre ser seletivo (a) e incluir só a informação mais relevante”. É seguindo esta lógica que, dos artigos encontrados com o descritor “parto humanizado” para a realização deste trabalho, houve a seleção dos artigos com o foco central nesse tema.

Continuando a justificativa pela escolha da revisão bibliográfica neste trabalho de conclusão de curso, é plausível afirmar que este método permitiu a leitura crítica do material coletado, proporcionando a realização de uma sistematização do mesmo, envolvendo questionamentos e avaliações. O significado maior deste método para o trabalho não foi trazer respostas imediatas ao problema apresentado, mas despertar o interesse em pesquisar e se questionar, cada vez mais, sobre a prática em saúde existente.

Com o questionamento, há a busca incessante pelo conhecimento e pelas estratégias que podem contribuir para ampliar a visibilidade do fenômeno parto e da necessidade de humanizar este serviço. Isto significa que o método adotado neste trabalho de conclusão de curso também foi útil na desconstrução de estigmas e opiniões formadas pelo senso comum¹⁷, para perceber como o parto humanizado tem sido entendido por pesquisadores e profissionais da ponta do atendimento. Ou seja, o método colabora para enxergar a forma como as informações chegam ao público por meio de pessoas envolvidas com a área da saúde e quais as lacunas e os pontos fortes destas abordagens.

Para Echer (2001), o posicionamento a respeito de um determinado assunto nasce a partir do confronto presente na opinião de diferentes autores. Através disso, algumas ideias são abandonadas, outras são acrescentadas e outras, ainda, reformuladas. Pode-se dizer, assim, que há o objetivo de mostrar o que tem sido produzido com relação ao parto humanizado.

No mês de Junho de 2014, foi realizado o levantamento de artigos na base BVS Brasil – Biblioteca Virtual de Saúde do Brasil. Para este levantamento, foi utilizado o descritor “parto humanizado” com busca para a publicação de artigos nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014. Durante esta busca, não foram encontrados artigos publicados em 2014 na base BVS. Por esse motivo, o levantamento de material foi realizado nos três anos anteriores, visando fazer uma coleta de materiais recentes, atualizados, acerca do tema.

¹⁷ De acordo com Geertz (1997) apud Farias & Cavalcanti (2012), o senso comum se caracteriza como o sistema cultural, perpassando as concepções e as práticas por ele orientadas de certo grupo social.

Foram encontrados 92 artigos, que, ao longo dos meses de Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro e Novembro de 2014 foram lidos e analisados. Por análise, aqui, entende-se a leitura crítica e reflexiva de cada artigo, extraindo seus núcleos de sentido, suas principais ideias e sua relação com as diretrizes expostas pelo SUS e aqui desenvolvidas no capítulo II.

Desses 92 artigos, 25 foram selecionados para este trabalho. A triagem feita levou em consideração o seguinte critério: apresentar o parto humanizado como assunto central do texto. Afinal, muitos artigos abordavam o tema de forma lateral ou quase que inexistente, não se centrando no debate acerca da assistência humanizada ao parto no Brasil.

A base BVS Brasil foi escolhida não somente pela sua credibilidade enquanto base de pesquisa, mas também, justamente, por ser uma biblioteca virtual em saúde, considerando que o presente trabalho é voltado para esta área.

Os 25 artigos são “distribuídos” por ano da seguinte forma: doze artigos são referentes a publicações de 2011; oito foram publicados no ano de 2012; e cinco artigos tiveram suas publicações realizadas em 2013. Isso sugere que as publicações sobre o tema têm se reduzido cada vez mais, somando-se ao fato de que até o mês de Junho de 2014 não foi encontrado nenhum artigo deste mesmo ano na base escolhida.

Este é um achado curioso, pois indica que, apesar do tema ganhar mais espaço de discussão, ser bem polêmico, ser objeto de medidas por parte do SUS e de dois Projetos de Lei – como foi exposto no capítulo anterior - a produção bibliográfica acerca do mesmo - pelo menos na base pesquisada - não tem crescido potencialmente.

É importante afirmar que a coleta de material também atentou para as publicações de diferentes categorias profissionais da área da saúde com a finalidade de percebê-las conversando entre si e se relacionando ao publicar um artigo em conjunto, por exemplo.

Entretanto, deve-se levar em conta que, enquanto assistente social produtora de uma pesquisa de conclusão de curso em Serviço Social, busco

entender a inserção do Serviço Social como categoria profissional presente nesta área no processo de humanização do parto.

Por obviedade, é possível reconhecer a importância das diferentes profissões da área da saúde se articularem para garantir a efetivação do parto humanizado. Percebe-se a relevância do trabalho interdisciplinar no que concerne à produção de material bibliográfico referente a determinado tema e/ou a atuação profissional comprometida com a qualidade do atendimento. Para isso, é pertinente abordar neste trabalho o que se entende por interdisciplinaridade.

De acordo com Costa (2007), o debate a respeito da interdisciplinaridade começou a ganhar espaço no Ocidente na década de 1960. Para a autora, seu conceito está ligado a outros termos, conhecidos como: disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Não é pretendido aqui se estender nesses conceitos, porém é interessante abordá-los, ainda que de forma sucinta. Segundo Japiassu (1976) – apud Costa (2007), o conceito de disciplinaridade é entendido como uma área homogênea de estudo, porém, com fronteiras delimitadas. Já o termo multidisciplinaridade, se coloca através da justaposição de várias disciplinas, não implicando necessariamente em um trabalho de equipe e coordenação.

A pluridisciplinaridade se baseia em um nível elevado de relação entre as disciplinas, enquanto que a transdisciplinaridade vai além dos conceitos citados anteriormente, pois tem como proposta a ausência de fronteiras entre as disciplinas. Segundo Costa (2007), muitos pesquisadores relacionam este último conceito à área da saúde.

Para a autora, a interdisciplinaridade se conceitua a partir da medida de associação entre as disciplinas e a proporção de trocas entre os especialistas. A autora afirma, ainda, que o resultado desse processo deve ser o enriquecimento de todas as disciplinas, não bastando tomar elementos umas das outras, mas “comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada”.

A relevância do trabalho interdisciplinar se esclarece a partir do seguinte fragmento:

Uma possível interdisciplinaridade no campo da saúde, incluindo as ciências sociais (e sua produção), está sendo construída a partir das exigências institucionais de gestão envolvendo o adoecimento das populações, que atingiram, nesta conjuntura de capitalismo globalizado, uma complexidade inimaginável. [...] a saúde passa a ser vista agora como um domínio de conhecimento e intervenção, domínio compartilhado com outras disciplinas, e não mais como um mero objeto, por mais complexo que seja esse objeto. (LUZ, 2000 – apud COSTA, 2007:111)

Além desses conceitos, é plausível abordar aqui também o que se entende por intersetorialidade e transetorialidade. Segundo Junqueira (2000:42), a intersetorialidade “transcende um único setor social (...), buscando superar a fragmentação das políticas, ao considerar o cidadão na sua totalidade”. De acordo com o autor, “isso passa pelas relações homem/natureza e homem/homem que determinam a construção social da cidade”.

Assim, pode-se dizer que a intersetorialidade está ligada a um novo modo de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, com a finalidade de propiciar acesso mais igualitário e enxergando os sujeitos do território de forma integrada. Segundo Junqueira (2000), esse processo se fortalece quando esses sujeitos se articulam em busca de soluções para seus territórios, onde esses passam a “assumir um papel ativo, colaborando na identificação dos problemas e na sua solução”.

Quanto ao conceito de transetorialidade, Junqueira (2000:43) o define como uma forma de integrar “saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações e constituindo uma rede centrada na identidade de projeto”. Junqueira (2000) situa o SUS como um projeto político transetorial ao identificar a concepção de saúde como irrestrita a saberes específicos, embora o autor critique sua atuação, apontando-a como intra-setorial e com uma parca atuação intersetorial.

Outro termo também utilizado para pensar as práticas em saúde é conhecido como multiprofissional. O trabalho multiprofissional em saúde se configura como a interação terapêutica entre diferentes categorias desde o momento da comunicação até o momento de alternância de técnicas profissionais. Trata-se, portanto, de um trabalho realizado de forma coletiva.

Contudo, Macedo (2007:39) aponta o trabalho multiprofissional ainda como um desafio para as categorias envolvidas:

O modelo de trabalho multiprofissional por si só, já é produtor de conflitos. A autonomia é característica do trabalho médico, enquanto que os demais trabalhadores permanecem em configurações de trabalho mais hierarquizadas, como a enfermagem, o serviço social, a psicologia, a fisioterapia e a nutrição. Isto de certa forma se traduz em relações de poder, pois as diferenças estão dadas, pressupõe níveis de subordinação e então surgem as insatisfações.

Desta forma, é possível afirmar que a integração entre as categorias profissionais da área da saúde é um fator importante não só na ponta do atendimento, como na produção científica também. Assim, será apresentada a seguir uma tabela que busca, entre outros fatores, perceber como ocorre o processo de integração entre as categorias profissionais na literatura acerca do parto humanizado no Brasil.

3.2 Os Artigos e suas Problematizações

Para iniciar a análise, foi elaborada uma tabela que tem como objetivo facilitar o entendimento do leitor e a abordagem com relação à análise dos artigos sobre parto humanizado. Os itens escolhidos para a construção dessa tabela foram pensados de forma a problematizar posteriormente como se dá a produção desses 25 artigos. Assim, considera-se que cada item presente na tabela seja de relevância na discussão do tema.

Inicialmente há a identificação dos artigos através dos seus títulos, onde o leitor pode ter acesso aos nomes dos materiais utilizados para a revisão bibliográfica deste trabalho de conclusão de curso. Em seguida, há o número

de autores envolvidos na elaboração de cada artigo, o que possibilita, parcialmente, a percepção de como se dá o processo de construção desses materiais. Desta forma, é possível perceber quantos profissionais se articulam para realizar uma única produção científica.

A coluna seguinte é referente à categoria profissional e/ou vinculação institucional presentes na construção dos artigos. Nos trabalhos em que não há a categoria profissional especificada, há a vinculação institucional dos autores, o que permite a visualização de como as categorias profissionais e/ou instituições dialogam na produção científica. Sendo assim, é possível perceber neste item se há ou não variedade de categorias profissionais produzindo sobre parto humanizado ou se as instituições se relacionam para produzir artigos sobre o tema.

No penúltimo item, “gênero dos autores”, há a possibilidade de visualizar e problematizar a formação de gênero das categorias profissionais envolvidas na produção dos artigos. Fazendo uma breve relação com o conceito de gênero discutido no primeiro capítulo deste trabalho de conclusão de curso e com a inserção de homens e mulheres na área da saúde, torna-se possível observar se há, de fato, a predominância do gênero feminino enquanto profissional dessa área.

O último item está relacionado ao local de publicação – veicular e regional – dos artigos utilizados nesse trabalho de conclusão de curso para realizar a revisão bibliográfica. A partir deste item, pode-se ter acesso ao nome de algumas revistas que publicaram artigos sobre parto humanizado entre os anos de 2011 e 2013 na base BVS Brasil e às regiões brasileiras que publicaram artigos sobre esse mesmo tema e nesta mesma base de pesquisa.

Tabela 1 - Título dos artigos, número de autores, categoria profissional/vínculo institucional, gênero dos autores e veículo de publicação/origem de publicação

Título	Número de Autores	Categoria Profissional/Vinculação Institucional	Gênero dos Autores	Veículo de Publicação/ Origem de Publicação
“Percepção de Puérperas acerca do Cuidado de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto”	3	Enfermagem	F	Revista de Enfermagem da UERJ/Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Avaliação da Estrutura e Assistência em Sala de Pré-parto, Parto e Pós-parto imediato – PPP de um Hospital Universitário”	3	Enfermagem	F	Revista Ciência, Cuidado e Saúde/Paraná – Região Sul
“Parto Humanizado de Adolescentes: concepção dos Trabalhadores da Saúde”	6	Enfermagem (5) e Medicina (1)	F (4) M (2)	Revista de Enfermagem da UERJ/ Rio de Janeiro – Região Sudeste
“O Enfermeiro no Processo Parir/Nascer: estratégia de Cuidado e Humanização do Parto”	3	Enfermagem	F	Revista de Enfermagem da UFSM/ Rio Grande do Sul – Região Sul
“Humanização do Parto e a Formação dos Profissionais da Saúde”	6	Enfermagem	F	Revista Ciência, Cuidado e Saúde/Paraná – Região Sul
“Autonomia no Parto Normal na Perspectiva das Mulheres Atendidas na Casa de Parto”	2	Enfermagem	F	Revista RENE/ Não especifica Estado – Região Nordeste
“A Humanização do Nascimento: percepção dos Profissionais de Saúde que atuam na Atenção ao Parto”	3	Enfermagem	F	Revista Gaúcha de Enfermagem/Rio Grande do Sul – Região Sul
“Vivenciando a Experiência da Parturição em um Modelo assistencial Humanizado”	3	Enfermagem	F	Revista Brasileira de Enfermagem/Brasília – Região Centro-Oeste
“Características da assistência ao Trabalho de Parto e Parto em três Modelos de Atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”	9	UNIMONTES; Hospital Sofia Feldman (BH); USP; IFF (RJ)	F (7) M (2)	Caderno de Saúde Pública/ Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Desempenho de Indicadores de Processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma Revisão Sistemática”	2	UNICAMP	F (1) M (1)	Caderno de Saúde Pública/ Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Parto Humanizado e Tipo de Parto: avaliação da Assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma Cidade do Sul do Brasil”	2	UEM; UNICAMP	F	Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil/ Pernambuco – Região Nordeste
“Vivenciando o Cuidado no Contexto de uma Casa de Parto: o Olhar das Usuárias”	4	USP; UFJF	F	Revista da Escola de Enfermagem da USP/ São Paulo – Região Sudeste
“Vivências de Puérperas sobre o Contato com o Recém-Nascido e o Aleitamento no Pós-Parto Imediato”	4	Enfermagem	F (3) M (1)	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online da UNIRIO/ Rio de Janeiro – Região Sudeste
“O Processo de Parir assistido pela Enfermeira Obstétrica no Contexto Hospitalar: significados para as Parturientes”	4	Enfermagem	F	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ/Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Participação das Enfermeiras no Processo de Implantação de Práticas Obstétricas Humanizadas na Maternidade Alexander Fleming (1998-2004)”	2	Enfermagem	F	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ/Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Escolha Informada no Parto: um Pensar para o Cuidado Centrado nas Necessidades da Mulher”	3	Enfermagem	F	Revista Ciência, Cuidado e Saúde/Paraná – Região Sul
“Percepção da Equipe de Saúde sobre a Presença do Acompanhante no Processo Parturitivo”	4	Enfermagem	F (3) M (1)	Revista RENE/ Não especifica Estado – Região Nordeste

“O Contexto Brasileiro de Inserção das Enfermeiras na assistência ao Parto Humanizado”	3	Enfermagem	F	Revista de Enfermagem da UERJ/Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: evidências na Produção Científica”	2	UFRJ; UERJ	F	Revista de Enfermagem da UERJ/Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Como os Trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a Utilização de Práticas Prejudiciais ao Parto Normal”	6	Enfermagem	F	Revista da Escola de Enfermagem da USP/ São Paulo – Região Sudeste
“Publicações Científicas Brasileiras de Enfermeiras Obstétricas sobre Parto Domiciliar: revisão Sistemática de Literatura”	4	Enfermagem (3) e Fisioterapia (1)	F	Revista Texto Contexto Enfermagem/Santa Catarina – Região Sul
“A Percepção dos Profissionais sobre a Assistência ao Parto Domiciliar Planejado”	2	Enfermagem	F	Revista Gaúcha de Enfermagem/Rio Grande do Sul – Região Sul
“Equipe de Enfermagem e os Dispositivos de Cuidado no Trabalho de Parto: enfoque na Humanização”	4	Enfermagem	F	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online da UNIRIO/ Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Condições Institucionais Desfavoráveis à Presença do Acompanhante: a Visão dos Enfermeiros”	3	Enfermagem	F (2) M (1)	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online da UNIRIO/ Rio de Janeiro – Região Sudeste
“Estado da Arte sobre o Cuidar em Neonatologia: compromisso da Enfermagem com a Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”	2	Enfermagem	F	Revista Enfermagem em Foco/ Não específica Estado e/ou Região

Fonte: tabela elaborada pela autora, 2014

Ao analisar a tabela, pode-se dizer que a produção dos artigos tem um mínimo de dois autores e um máximo de nove. Ou seja, não há produção realizada por um único autor. Isso pode se explicar principalmente pelo fato de que os artigos produzidos em âmbito acadêmico - particularmente na área das ciências da natureza, da saúde e exatas - muitas vezes são elaborados por núcleos de pesquisa, contando com a participação de diversos pesquisadores da área (docentes, discentes colaboradores ou bolsistas, profissionais).

Esta informação também sugere a interação entre as categorias profissionais envolvidas na produção dos artigos - no caso, a Enfermagem em sua maioria. Assim, pode-se dizer também que a categoria tem estabelecido considerável interação – pelo menos entre si – na produção científica.

Além disso, também é possível analisar a predominância das publicações – na categoria “veículo de publicação/origem de publicação” – em periódicos sobre saúde, concentrados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Com isso, pode-se observar um quantitativo de 13 publicações referentes à região Sudeste, sete publicações relativas à região Sul, três publicações pela região Nordeste e apenas uma publicação referente à região Centro-Oeste,

totalizando 24 artigos. O 25º artigo apresentado na tabela pertence à revista “Enfermagem em Foco”, que não especifica o Estado ou a região brasileira do mesmo; isso pode ocorrer pelo fato da revista pertencer ao Conselho Federal de Enfermagem, focando mais no âmbito nacional.

Estes são dados interessantes, pois despertam o pensamento sobre o motivo pelo qual o tema tem sido mais disseminado através de artigos nessas regiões. Pode-se pensar, por exemplo, que nessas regiões o tema do parto humanizado tem conquistado maior espaço de debate ou que há maior demanda pelo parto humanizado diante das práticas em saúde que são oferecidas nesses locais atualmente.

De acordo com Mussara (2011), as regiões onde se concentram o maior número de partos cirúrgicos são aquelas caracterizadas por mulheres mães que possuem maior nível de escolaridade, com doze ou mais anos de estudo. Este dado confirma a ideia de que o parto cirúrgico é visto por essas mulheres como sinônimo de modernidade e segurança.

Considerando que as mulheres que possuem maior nível de escolaridade também têm maior ascensão social e econômica, Patah (2008), realizou um estudo sobre as taxas de cesárea no Brasil – e mais especificamente em São Paulo - e concluiu que a escolha pelo parto cirúrgico está atrelada ao nível de escolaridade, à renda superior a dez salários mínimos e ao emprego.

Sabendo que as mulheres que constituem o grupo referido têm maiores chances de acesso ao sistema privado de saúde, Maia (2010) aponta que as taxas de cesárea – ironicamente chamada pela autora de “padrão ouro” da assistência tecnocrática - nesse sistema estão em torno de 80% no Brasil. A autora coloca, ainda, que a diferenciação no financiamento com relação à saúde é uma forma de mascarar diferenças ainda mais significativas entre as classes sociais no país, onde “a cesárea tornou-se um objeto de consumo acessível àquelas mulheres que desejam e podem custeá-la”. (Yazlle, 2001 – apud Maia, 2010).

Dessa forma, segundo Mussara (2011), o índice de partos cesarianos ¹⁸ em algumas regiões brasileiras ocorre do seguinte modo: região Centro-Oeste (77%); região Sudeste (76%); região Sul (75%); região Nordeste (17%); região Norte (15%)¹⁹.

Analisando os dados contidos na tabela e o percentual de partos cirúrgicos nas regiões brasileiras apresentadas, é possível perceber que há uma contradição. A região Centro-Oeste, por exemplo, caracterizada como a região brasileira com maior percentual de partos cirúrgicos, é representada na tabela por apenas uma publicação.

Já a região Nordeste, que apresenta o segundo menor percentual de partos cirúrgicos das regiões analisadas, apresenta mais publicações na tabela em comparação com a região Centro-Oeste. Por certo, pode-se dizer que a diferença de publicação entre as duas regiões na tabela é pequena – a região Nordeste possui duas publicações a mais – porém, isso não altera o fato da região Centro-Oeste apresentar baixo quantitativo de publicações na referida tabela.

A região Norte, que apresenta o menor percentual de partos cirúrgicos, não está presente na tabela por não conter nenhuma publicação acerca do tema de acordo com os critérios já explicitados para essa pesquisa bibliográfica. Pode-se pensar, ainda, que há maior produção de artigos sobre o tema em determinadas regiões pelas categorias profissionais – principalmente as inseridas em âmbito acadêmico - estarem preocupadas em produzir e contribuir para o aumento da incidência de partos humanizados.

Buscou-se fazer também uma análise das origens – em termos de categoria profissional – das revistas apresentadas na tabela com o objetivo de saber se as categorias que estão produzindo (em peso, a Enfermagem) o

¹⁸ Mussara (2011) também aponta a relação existente entre o parto cirúrgico e o nascimento de crianças com baixo peso (menos de 2,5 quilos). Um exemplo dessa relação se reflete nas regiões Sul e Sudeste, onde há um percentual de 8,7% e 9,2%, respectivamente, de crianças nascidas abaixo do peso.

¹⁹ Vale ressaltar que essas porcentagens são problematizadas por conta da notável diferença com o que é preconizado pela OMS de partos cirúrgicos (15%). Entretanto, não há aqui o conhecimento da porcentagem exata de partos cesarianos nessas regiões em que, de fato, houve sua necessidade.

fazem em revistas relacionadas especificamente à sua área ou a outras áreas também.

Observando as publicações, é possível afirmar que, dos 25 artigos analisados, a Enfermagem se insere em 22 – 16 pertencem a revistas especificamente de Enfermagem; três pertencem a uma revista da área da saúde, porém com ênfase na Enfermagem por ser parte de um Departamento de Enfermagem; três pertencem a uma revista sobre cuidado em saúde que integra um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências.

Além desses 22 artigos, há três artigos que completam os 25 analisados. Esses integram duas revistas voltadas para Saúde Pública e para Saúde Materno Infantil. Não ficou clara nesses artigos a formação profissional dos autores envolvidos, explicitando apenas sua vinculação institucional.

Entretanto, para ter uma visão mais otimista, vale ressaltar que os dois artigos em que as categorias de Medicina e Fisioterapia se inserem – ainda que timidamente, pois aparecem somente na produção de um artigo (cada), dos 25 analisados – são pertencentes a revistas de Enfermagem, o que sugere uma leve interação entre essas categorias em termos de produção científica.

O fato de algumas categorias profissionais produzirem mais ou menos pode ser um reflexo da forma como estas se organizam em algumas regiões brasileiras. Este fator se evidencia através das correlações de forças existentes e da rotina profissional – principalmente daqueles que se encontram na ponta do atendimento – entendendo que a imediatividade e a precarização do trabalho, tão presentes na rotina dos profissionais da área da saúde, podem inviabilizar a produção de textos científicos. Além disso, o caráter político e ideológico, juntamente com a capacidade ou não de mobilização das categorias profissionais, pode influenciar diretamente na frequência de sua produção bibliográfica.

Diante disso, não foi encontrado na tabela o que se vislumbrava anteriormente, ao iniciar a revisão bibliográfica, com relação à interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional. Isso pode ser observado

através da escassa gama de categorias profissionais envolvidas na produção de artigos sobre parto humanizado entre os anos de 2011 e 2013 na Base BVS Brasil. No entanto, é possível afirmar que a intersectorialidade é parcialmente contemplada, pois, dos 25 artigos analisados, 14 são compostos por relação de autores de diferentes universidades e/ou unidades de saúde²⁰, sendo do mesmo Estado brasileiro ou não.

Pode-se dizer que a produção desses artigos ficou restrita à Enfermagem, indicando que a citada categoria profissional tem enxergado a relevância de trabalhar o tema. Conforme mostrado na tabela, dos 25 artigos analisados nesse trabalho de conclusão de curso, nenhum deles contou com a participação de categorias fundamentais na área da saúde como: Serviço Social, Nutrição e Psicologia. Lembre-se ainda que a Medicina, categoria de presença forte nas unidades de saúde, participou da autoria de apenas um artigo analisado.

Como este trabalho de conclusão de curso é voltado para a inserção do Serviço Social no processo de humanização do parto, há aqui uma preocupação maior em problematizar a ausência dessa categoria na elaboração de artigos publicados sobre o tema.

O Serviço Social é uma profissão multifacetada, capaz de se inserir em diversos espaços sócio-ocupacionais, como: Educação, atuando em escolas e creches; Habitação; Sócio-jurídico, por meio de Varas de Justiça da Criança e da Família, execuções penais e promotorias públicas; Sistema Penitenciário; Recursos Humanos; Assessoria Gerencial; Gestão e Controle de Políticas Sociais, através de Conselhos de Saúde e de Assistência social – que podem ser Municipal, Estadual e Federal – de Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos.

Pode-se dizer que a saúde é a grande empregadora dessa profissão, presente em centros de saúde, hospitais de média e alta complexidade, maternidades, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), gestão em saúde

²⁰ Esta informação se expressa na tabela ao perceber a relação entre as universidades e instituições na produção de um único artigo; de acordo com os nomes das universidades, é possível analisar se as mesmas pertencem ao mesmo Estado brasileiro ou não. Este dado está presente na coluna referente à “categoria profissional/vinculação institucional”.

em CAPs (Coordenadoria Geral de Área Programática) de diferentes APs (Áreas Programáticas).

A área da saúde enquanto grande empregadora do Serviço Social é explicitada por Bravo & Matos (2004) quando estes afirmam que esta é uma área presente na profissão desde o seu início, se inserindo em algumas disciplinas da formação profissional. Porém, ao indagarem sobre o motivo pelo qual a área da saúde se transforma no principal campo de absorção profissional dessa categoria, os autores o relacionam ao surgimento de um conceito de saúde diferenciado em 1948, que enfatizava os aspectos biopsicossociais.

Dessa forma, houve a requisição de diferentes profissionais para trabalhar no setor; dentre esses profissionais, está o assistente social. A inserção inicial da categoria nesse espaço se deu de forma higienista e normativa; entretanto, a profissão passou por uma série de transformações que proporcionaram a construção da atuação atual, pautada na universalidade, igualdade e integralidade na saúde.

Fazendo uma relação da inserção do Serviço Social na saúde e a tabela, é possível dizer que a profissão se encontra subrepresentada. Ou seja, o assistente social, trabalhador da saúde desde o início de sua atuação profissional, não apresentou produções bibliográficas entre os anos 2011 e 2013 sobre a assistência humanizada ao parto na Base BVS Brasil no período de levantamento bibliográfico para revisão de literatura deste trabalho.

Ainda abordando o Serviço Social neste processo, é importante fazer uma análise relativa à categoria “gênero dos autores” presente na tabela. De acordo com Beltrão e Teixeira (2004) – apud Simões (2009), segundo os dados do Censo/IBGE (1970), o curso de Serviço Social assumia a segunda posição enquanto profissão de maior contingente feminino, sendo a Enfermagem a profissão ocupante da primeira posição.

Entretanto, segundo o Censo/IBGE, em 1980, 1991 e 2000, essa realidade mudou e o Serviço Social passou a se posicionar enquanto profissão de maior identidade feminina, se comparada com as outras. Sendo assim,

[...] o Serviço Social não se desvencilhou de sua imagem “feminina”, assim como não conseguiu, até hoje, romper com os mecanismos de recrutamento de um universo profissional quase que totalmente formado por mulheres. As ideias de “cuidado”, “ajuda”, “suporte”, próprios à noção de assistência, assim como o próprio significado da ideia de “serviço” relacionam a prática profissional ao universo feminino. [...] Nenhuma alteração interna e externa à profissão foi capaz de alterar esta hegemonia feminina no Serviço Social. (SIMÕES, 2009:46)

Dessa forma, é plausível afirmar que a tendência do gênero feminino não se dá apenas no Serviço Social, mas na Enfermagem também – categoria de presença significativa na tabela apresentada. Diferentemente do Serviço Social, a Enfermagem não está atrelada diretamente à assistência social, mas está inserida na área da saúde.

A saúde enquanto área ligada ao trato de seres humanos, também está dentro da mística do cuidado, da ajuda e do suporte – citada por Simões (2009) ao se referir ao Serviço Social. Assim, a Enfermagem carrega consigo essa lógica, que perpassa a categoria de gênero.

Conforme abordado no primeiro capítulo deste trabalho de conclusão de curso, o conceito de gênero em saúde ainda está intimamente relacionado à esfera do cuidado e da vocação para ajudar. Dessa forma, a figura feminina aparece como detentora deste “dom”, uma vez que é entendida como de maior sensibilidade para desempenhar essa função.

Dos 89 autores quantificados na tabela, apenas oito são homens, sendo um da Medicina. Além da inserção profissional da Enfermagem ser em sua maior parte composta pelo gênero feminino, como já explicitado anteriormente, o baixo quantitativo de profissionais homens na produção de artigos sobre parto humanizado também pode expressar certo desinteresse do gênero masculino pela temática, fortalecendo a ideia de que o parto é um assunto restrito ao universo feminino.

Diante disso, a produção de artigos sobre parto humanizado não fica apenas restrita a algumas profissões, como fica também concentrada no gênero feminino, por conta deste estar presente de forma significativa nas

profissões da saúde. Nesse sentido, essa problematização é importante para tentar entender como se dá a composição de determinadas profissões e o motivo destas, enquanto esferas receptivas do gênero feminino, estarem mais atentas à produção científica relacionada a temas considerados femininos.

3.3 Metodologia Encontrada nos Artigos

Quanto à metodologia adotada pelos artigos analisados, pode-se dizer que, dos 25 artigos, 13 trabalham somente com entrevistas; sete trabalham somente com análise bibliográfica; três artigos trabalham com análise documental e entrevista; um artigo trabalha somente com análise documental; um artigo trabalha a partir do relato de experiência sobre ações educativas desenvolvidas em unidades de saúde.

Sobre os sete artigos que utilizam somente análise bibliográfica, quatro apresentam tabelas em seus estudos. Ainda sobre esses artigos, pode-se dizer que um deles analisou oito produções científicas, dois analisaram 10 produções, um artigo fez uma análise de 13 produções bibliográficas, um artigo analisou 18 publicações, um artigo trabalhou fazendo a análise de 34 produções e o último artigo analisado neste grupo não especificou o número de produções bibliográficas com o qual trabalhou.

As bases de pesquisa citadas para consulta e seus levantamentos bibliográficos e o número de artigos que utilizou essas bases, entre parênteses, foram: SciELO (5); BDNF (2); BVS (2); LILACS (2); MEDLINE (2); ADOLEC (1); EMBASE (1); PAHO (1); REBen (1); WHOLIS (1). Um artigo não especificou a base utilizada para seu levantamento bibliográfico.

Dois artigos não deixaram explícito o recorte temporal escolhido como critério para o levantamento das produções estudadas; um artigo afirmou não ter utilizado a delimitação de tempo como critério para seu levantamento bibliográfico; um artigo trabalhou com publicações de 1986 até 2010; um artigo trabalhou com publicações de 2000 até 2011; dois artigos trabalharam com produções publicadas entre 2001 e 2010.

O presente trabalho segue a mesma linha dos artigos que fizeram pesquisa bibliográfica, uma vez que para a sua elaboração também foi realizado o levantamento bibliográfico com recorte temporal em base de pesquisa já explicitada anteriormente e análise do material encontrado.

Os três artigos que trabalham com análise documental e entrevista fizeram suas pesquisas da seguinte forma: um realizou sua pesquisa por meio de prontuários hospitalares e entrevistou as usuárias do sistema de saúde, apresentando tabelas no artigo; um fez análise documental através de diários oficiais, memorandos, decretos, convênios, resoluções, protocolos e material didático utilizado em capacitação e entrevistou profissionais da área da saúde. Neste artigo não houve a apresentação de tabelas.

O terceiro e último artigo que trabalhou com análise documental e entrevista, fez sua análise em prontuários hospitalares e livros de plantão e entrevistou a arquiteta e o engenheiro responsáveis pela construção da sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato (PPP) acerca da infraestrutura do local. Este artigo contou com a presença de tabelas.

O artigo que trabalha somente com análise documental apresentou tabelas e realizou seu estudo através de prontuários hospitalares. Já o artigo que trabalha a partir do relato de experiência de ações educativas desenvolvidas em unidades de saúde, faz parte de um trabalho de conclusão de curso. Nesse material são relatadas as vivências da prática assistencial desenvolvidas na maternidade de um hospital e em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Não há tabelas neste artigo.

Dos 13 artigos que utilizam somente a entrevista, e que fizeram a escolha da metodologia qualitativa, constatou-se que sete aplicaram entrevistas aos profissionais da área de saúde, enquanto que seis aplicaram entrevistas às usuárias do sistema.

É possível afirmar que, desses 13 artigos, há pouca diferença quantitativa entre os que entrevistaram profissionais e os artigos que entrevistaram usuárias. Isso também pode ser percebido nos três artigos que utilizaram entrevista juntamente com análise documental, que também

apresentam essa pouca diferença – um entrevistou profissionais de saúde, enquanto que outro entrevistou as usuárias do sistema. No terceiro artigo houve entrevista com profissionais, mas estes não são da área da saúde (arquitetura e engenharia).

Isso sugere que há, por parte dos autores, a preocupação tanto em saber como os profissionais de saúde se percebem no processo do parto humanizado, quanto por entender o que as usuárias do sistema pensam dos serviços que lhes são oferecidos nas unidades. Assim, pode-se dizer que há um avanço na produção científica sobre parto humanizado a partir do momento em que a avaliação das usuárias sobre esse momento é levada em consideração, não se restringindo à percepção das equipes de saúde acerca do tema.

Fortalecendo a ideia de que a produção científica tem atentado não só para as percepções das equipes de saúde, mas para as percepções das usuárias também, é importante dizer que dos seis artigos que estão no grupo de realização exclusiva de entrevistas com usuárias, um artigo conta com fala extraída de entrevistas acerca da percepção de usuárias sobre a presença do acompanhante e um artigo expõe fala extraída de entrevistas acerca da percepção de usuárias sobre o contato mãe-bebê com amamentação no pós-parto imediato.

Já no que se refere às percepções de profissionais de saúde sobre a presença do acompanhante no momento do parto, dos sete artigos que utilizam exclusivamente entrevistas com profissionais, seis apresentam a ótica dos profissionais através de falas de entrevistas relacionadas a esse aspecto. Quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre o contato mãe-bebê com amamentação no pós-parto imediato, a fala de entrevistas sobre este, aparece em apenas um artigo que aborda, simultaneamente, este aspecto e a presença do acompanhante no momento do parto.

3.4 Núcleos de Sentido

De acordo com Aguiar & Ozella (2006), o processo de organização dos núcleos de significação tem como critério “a articulação de conteúdos

semelhantes, complementares ou contraditórios” e a partir disso, torna-se possível:

(...) verificar as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que possibilitará uma análise mais consistente que nos permita ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas. (AGUIAR & OZELLA, 2006:231)

Os núcleos de sentido selecionados neste trabalho de conclusão de curso são resultantes da leitura repetida dos artigos analisados e têm como objetivo elencar alguns pontos que os caracterizam, seja pela frequência com que aparecem nesses artigos e/ou pela ênfase dada pelos autores a esses pontos, além das associações entre termos que apresentam. Considerando que os núcleos de sentido são constituídos de diferentes categorias empíricas, busca-se, com este tópico, organizar e expor algumas ideias que chamaram a atenção nos artigos durante o período de análise dos mesmos.

Todos os 25 artigos analisados entendem o parto humanizado como um fenômeno dotado de valores, atitudes, sentimentos e padrões culturais. Diante disso, foi possível observar que a concepção de parto humanizado tem sido vinculada pelos autores a um processo que abrange aspectos físicos, emocionais, psíquicos, sociais, culturais e ambientais.

A necessidade de humanizar o parto também é colocada por todos os artigos analisados como uma forma de reduzir a taxa abusiva de partos cirúrgicos e a morbimortalidade materna e neonatal. Seguindo essa lógica, os autores enfatizam a importância de reduzir as intervenções desnecessárias e a adoção de práticas não farmacológicas como alternativas para diminuição da medicalização excessiva.

Algumas palavras-chave foram utilizadas pelos autores. O quantitativo referente ao número de artigos em que essas palavras foram identificadas está entre parênteses. Sendo assim, as palavras que se caracterizam como predominantes foram encontradas em mais da metade dos artigos, ou seja, em pelo menos 13 artigos dos 25 analisados. Essas palavras são: respeito (18); autonomia (17); participação (15); acolhimento (14); cuidado (14); atenção (13).

É possível levantar a hipótese de que a repetição dessas palavras e o entendimento acerca do parto humanizado de forma aproximada entre todos os artigos analisados sejam resultantes dessas produções científicas serem de autoria de uma mesma categoria profissional - a Enfermagem, que se faz presente na autoria de todos os artigos analisados, como observado na tabela do tópico anterior. Assim, percebe-se que esta categoria apresenta, mesmo entre os artigos de diferentes regiões brasileiras, ideias bem próximas sobre o parto humanizado no Brasil.

Outras palavras consideradas fundamentais na abordagem do parto humanizado também foram identificadas nos artigos, porém não se caracterizam como predominantes. Essas palavras são: ética (12); protagonismo (11); segurança (11); integralidade (10); confiança (8); liberdade (7); privacidade (7); solidariedade (7); dignidade (6).

Fazendo uma análise das palavras que predominam nos artigos, pode-se dizer que a palavra respeito – identificada no maior número de artigos - se configura como um alicerce para o atendimento humanizado; afinal, não há condições de propiciar humanização em saúde através de atitudes desrespeitosas com os usuários do sistema. De acordo com documento do Rio Grande do Sul (2005:6) citado pela Política Nacional de Humanização – PNH (2010:174), “ressignificar as relações humanas” está relacionado a “uma ética que acolha o imprevisível, o desconhecido, que seja pautado pela abertura, pelo **respeito ao outro** como um singular”. (grifo meu)

De acordo com BRASIL, 2009 (apud Ministério da Saúde, 2014:72), assim como o acolhimento, – do qual falarei mais adiante – o respeito às diferenças é um dos importantes componentes éticos para a “construção de uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas, pois não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas”.

Diante disso, é possível afirmar que o conceito de respeito abordado pelos artigos está em consonância com o que é indicado pelo SUS, uma vez que se coloca como uma forma de dar um novo significado as relações humanas em saúde, ou seja, um significado voltado para a humanização.

Quanto ao conceito de autonomia, identificado em 17 dos 25 artigos, pode-se dizer que este está intimamente ligado à ideia de protagonismo, presente em 11 dos 25 artigos analisados. Na PNH fica claro que ambos os conceitos estão relacionados à inclusão. De acordo com Kinoshita (1996, apud Ministério da Saúde, 2010:54), “autonomia e protagonismo não entendidos como autossuficiência ou independência, mas como capacidade de criação de regras com o outro conforme as diversas situações enfrentadas na vida”.

De acordo com o SUS, o conceito de autonomia norteia os valores da Política Nacional de Humanização (PNH), entendendo que a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral está relacionada ao respeito à dignidade humana e à liberdade de escolha. Segundo Paim (2009:57), "as decisões informadas e as escolhas saudáveis supõem a emancipação dos sujeitos e não a tutela ou imposição do poder público." O autor coloca o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde" como um avanço garantido pela legislação do SUS.

Assim, é possível afirmar que os conceitos de autonomia e de protagonismo abordados nos artigos coadunam-se com o que é colocado pelo Ministério da Saúde (2010) e, portanto, pelo próprio SUS. Falar em autonomia e protagonismo em saúde implica no entendimento do usuário acerca do seu papel no processo saúde-doença.

Já o conceito de participação, encontrado em 15 dos 25 artigos analisados, diz respeito a uma das diretrizes do SUS – explicitada anteriormente neste trabalho – e se refere também ao engajamento dos usuários nos rumos das políticas da saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), assim como a autonomia e o protagonismo, a participação coletiva no processo de gestão também se configura como um dos valores norteadores da PNH.

Assim, pode-se afirmar que a participação em saúde é abordada pelo SUS da mesma forma que é abordada nos artigos, uma vez que os mesmos relacionam esse conceito à participação ativa da mulher e de sua família em todo o processo pré e pós gestacional – e, portanto, participando da efetivação desta política em saúde.

O conceito de acolhimento, como já explicitado neste trabalho, se configura como um dos princípios da atenção básica em saúde e está presente na PNH como uma forma de inclusão e entrosamento com o usuário do sistema de saúde. De acordo com esta Política, “acolher, é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar” (Ministério da Saúde, 2010).

O Ministério da Saúde (2010:66) também afirma que o ato de acolher não é apenas “interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz, mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas”. Este conceito se configura como a primeira das cinco diretrizes centrais estabelecidas pela PNH para orientar a ação das equipes de saúde e está diretamente relacionado à atenção e ao cuidado. Além disso, o conceito de acolhimento também é uma diretriz para o acesso e a qualidade do cuidado perinatal, presente no Humaniza SUS.

Deste modo, pode-se relacionar o conceito de acolhimento no SUS com o conceito de acolhimento contemplado pelos artigos, uma vez que estes últimos abordam o acolhimento desde a estrutura física para recebimento da gestante e de sua família, até a dimensão dialógica, abrangendo a escuta qualificada, orientações corretas e informações sobre o parto.

No que se refere ao conceito de cuidado, presente com a mesma frequência que acolhimento nos artigos analisados - em 14 dos 25 -, pode-se dizer que o primeiro está atrelado à integralidade em saúde, entendendo que o cuidado não se restringe à fisiologia/anatomia humana, mas se expande a diferentes esferas da vida dos usuários do sistema. Dessa forma, segundo o Ministério da Saúde (2010:15), o processo do cuidado em saúde se entrelaça com as relações estabelecidas entre profissionais e usuários:

Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações entre sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, onde a opção excludente por um dos polos não se sustenta para a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde.

Este conceito também é abordado dessa forma pelos artigos analisados, uma vez que estes defendem posturas profissionais de relação humanizada com os usuários – no caso dos artigos, as parturientes. Essas posturas humanizadas com relação ao cuidado são apontadas como compreensão por parte dos profissionais sobre o momento que a gestante está vivendo, além do entendimento que essa mulher se insere em um contexto econômico, político, social.

Encerrando a análise do grupo de palavras que se encontram de forma predominante nas produções bibliográficas, o conceito de atenção, que é abordado em 14 dos 25 artigos, também é contemplado pelo SUS. Mais especificamente na PNH, os modelos de atenção remetem aos modos de cuidar e são trabalhados da seguinte forma:

O cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS e de seu princípio de integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:15)

Dessa forma, o conceito de atenção está presente na PNH relacionado à formação em saúde que prepara profissionais para modificarem os modos de cuidar que enxergam os usuários como receptáculos de ações autoritárias. Para modificar essa situação, a atenção em saúde almejada e abarcada pelo SUS, busca estimular também o autocuidado por parte dos usuários do sistema de saúde, de modo que os mesmos se sintam atores partícipes desse processo.

É possível dizer que os artigos analisados abordam, predominantemente, conceitos contemplados pelo SUS e presentes na Política Nacional de Humanização (PNH). Contudo, há também palavras-chave de grande importância na PNH que foram citadas em menos da metade dos 25 artigos analisados para este trabalho de conclusão de curso.

Os conceitos de ética e solidariedade, por exemplo, que aparecem em 12 e 7 dos 25 artigos analisados, respectivamente, são apontados pela PNH

como práticas capazes de resgatar a valorização da saúde e o direito à vida. Segundo o Ministério da Saúde (2010:135), a humanização proposta pelo Humaniza SUS está relacionada diretamente à “construção de relações pautadas pela ética de solidariedade”. Ou seja, são fatores importantes no processo de humanização em saúde e são discutidos na Política, porém, abordados de forma não tão massiva pelos artigos.

Em 11 dos 25 artigos analisados, é possível notar a presença de mais dois conceitos, que são a segurança e o protagonismo. O conceito referente ao protagonismo já foi trabalhado aqui, juntamente com a abordagem de autonomia. Sobre o conceito de segurança, pode-se dizer que o mesmo é definido pelo Ministério da Saúde (2014:6) como um modo de “evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los”.

Essa definição é levada em conta nas abordagens feitas por estes artigos, porém, não é enfatizada pela maioria, uma vez que os mesmos relacionam o conceito de segurança ao bem-estar das parturientes e sua integridade física, emocional e espiritual. Dessa forma, a segurança no processo do parto é elencada a partir do ato de evitar procedimentos invasivos e danosos à mulher e ao bebê.

Já o conceito de integralidade, abordado em 10 dos 25 artigos analisados, é claramente explicitado no SUS sob a forma de um dos seus três princípios norteadores. Este conceito já foi abarcado no presente trabalho, entretanto, vale a pena ressaltar sua importância e sua presença na Política Nacional de Humanização (PNH), que aponta a integralidade como um avanço por parte do SUS em termos de direito ao acesso aos serviços de saúde com qualidade.

Diante disso, é possível perceber o destaque dado à integralidade pela PNH a partir do seguinte fragmento:

A integralidade, princípio e diretriz do SUS, coloca em cena alguns aspectos da maior importância, a saber: a concepção de saúde/doença, o funcionamento dos serviços de saúde em rede, a organização do processo de trabalho no campo da saúde, a não-fragmentação da assistência, as práticas de cuidado, dentre outras

questões. Assim, podemos perceber que a discussão da integralidade remete à análise dos modelos instituídos de atenção e gestão do SUS, buscando afirmar um ethos, uma prática ético-política no campo da saúde, que se contrapõe aos reducionismos, à objetivação dos sujeitos, à fragmentação dos modelos de atenção e de organização do processo de trabalho em saúde, assim como dos processos de formação. (MATTOS, 2001 - apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:16)

Assim, detectou-se a abordagem desse conceito em 10 artigos analisados quando estes colocam em tela a importância da atenção integral à saúde da mulher no sentido de não percebê-la como objeto isolado de seu contexto de vida, mas como cidadã de direitos e com empoderamento horizontal no sistema de saúde. No entanto, essa abordagem é feita em menos da metade dos artigos analisados, o que sugere que este princípio do SUS precisa de mais destaque nas produções científicas.

Dando continuidade à comparação entre o que tem sido abordado pelos artigos e o que é preconizado pelo SUS com relação a alguns conceitos, é plausível falar sobre a confiança, presente em oito dos 25 artigos estudados. Embora esta palavra esteja presente em poucos artigos, ela é de grande importância na Política Nacional de Humanização (PNH) e vai ao encontro do que é preconizado pelos poucos artigos que a abordam.

Os artigos que trabalham com o conceito de confiança, se referem ao mesmo como o resultado de um processo de formação de vínculo estabelecido entre profissionais e usuários. Este processo requer esforços de ambas as partes na tentativa de construir uma atenção à saúde onde ambos conheçam seus papéis. Em harmonia com o que é exposto pelos artigos, o Ministério da Saúde (2010:67) aponta a confiança como uma forma de propiciar e consolidar a clínica ampliada (terceira diretriz central da PNH):

(...) Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre os sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde...

O conceito de liberdade, apontado em sete dos 25 artigos analisados, é abordado pelos mesmos como uma forma da mulher exercer sua autonomia no processo do parto. Assim, a liberdade é relacionada ao direito da mulher expor suas vontades e necessidades ao longo desse processo, ficando livre para caminhar durante o trabalho de parto, beber água, comer e escolher a posição que considera mais confortável para parir.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011:15-17), a liberdade está inserida no art. 5º dos direitos e deveres dos usuários da saúde. No referido artigo fica claro que “toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde”. A liberdade está prevista neste artigo em “qualquer fase do tratamento, de procurar uma segunda opinião, ou o parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou procedimentos recomendados”.

A abordagem do conceito de liberdade está relacionada à defesa dos direitos dos usuários, que se configura como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Logo, pode-se dizer que esta discussão está presente na diretriz da PNH, embora em menos da metade dos artigos estudados, mostrando que a diretriz relativa à defesa dos direitos dos usuários é abordada de forma não tão abrangente.

Dessa forma, vale ressaltar que o que os sete artigos sugerem em termos de liberdade, de fato, é válido. Entretanto, a liberdade no processo de parir também está relacionada ao fato da mulher se sentir à vontade para questionar práticas que não se baseiam em evidências científicas, por exemplo, bem como procurar saber a opinião de outro profissional de saúde quando o profissional que a atende impuser um parto cirúrgico sem recomendações científicas.

O penúltimo conceito a ser cotejado com o SUS aqui é o da privacidade. Este se encontra em sete dos 25 artigos analisados e é trabalhado pelos mesmos como direito das parturientes, que, segundo os autores, devem ser respeitadas a partir de um comportamento ético e sigiloso, quando necessário, por parte dos profissionais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011:11-12), sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a privacidade e o conforto devem ser garantidos “nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações”. Este item faz parte do art. 4º, que diz que “toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. Dessa forma, pode-se dizer que o que é veiculado pelos artigos em termos de privacidade, também é difundido pelo Ministério da Saúde (2011).

Presente em apenas seis dos 25 artigos analisados neste trabalho, o conceito de dignidade abordado nos textos se refere ao respeito às necessidades da mulher, às suas crenças e valores e ao direito de ter uma assistência ao parto considerada justa, levando em conta sua fisiologia e sua subjetividade. Assim, o conceito de dignidade é apontado pelo Ministério da Saúde (2011:03-04) assegurado por alguns princípios, como: “todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação” e “todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e direitos”.

A partir do que é exposto pelos artigos analisados e do que é preconizado pelo SUS, é possível afirmar que ambos harmonizam a abordagem dos conceitos. No entanto, conforme colocado no presente trabalho, alguns conceitos aparecem em poucos artigos, caracterizando a existência de lacunas no que se refere à produção bibliográfica sobre humanização.

Não há uma resposta que possa justificar o motivo de alguns conceitos aparecerem em poucos artigos, mas ao fazer a análise dos artigos e de suas composições profissionais, é possível levantar a hipótese de que alguns conceitos estejam menos presentes nos artigos por também não serem recorrentes na formação acadêmica da maioria absoluta dos autores dos artigos – no caso, a Enfermagem, que se sobressai.

Em contrapartida, pode-se perceber ao longo da análise dos artigos, que há uma abordagem enfática na importância da redução de intervenções

desnecessárias e prejudiciais à saúde da mulher e do bebê. Ressaltando essa ênfase, é notável a presença dos termos "evidências científicas"/ "conhecimentos científicos"/ "princípios científicos"/ "pesquisa científica"/ "medicina baseada em evidências" em 18 dos 25 artigos analisados.

Esses termos são usados para respaldar a ideia de que as práticas hospitalares - tão enraizadas, que muitas vezes não são contestadas - devem ser realizadas quando forem comprovadamente necessárias e/ou benéficas à mulher e ao bebê. Mesmo nos artigos em que não há o uso desses termos, há a abordagem da necessidade e da importância de reduzir as intervenções desnecessárias no momento do parto.

De fato, as práticas em saúde baseadas em evidências científicas assumem caráter essencial no que se refere ao parto no Brasil. No Caderno Humaniza SUS sobre a humanização do parto e do nascimento, há um tópico específico para a abordagem dessas práticas, deixando claro que “apenas aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível devem ser adotadas, aliando a arte com a ciência, visando a um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias.” (Ministério da Saúde, 2014:31).

Outros pontos de destaque nos artigos analisados são a presença do acompanhante no momento do parto e o contato mãe-bebê com amamentação no pós-parto imediato. Dos 25 artigos estudados, 15 abordam a presença do acompanhante no momento do parto e nove abordam o contato mãe-bebê com amamentação imediata. Entretanto, esses pontos são trabalhados juntos ou de forma separada, da seguinte forma: nove artigos abordam somente a presença do acompanhante; três artigos abarcam somente o contato mãe-bebê com amamentação imediata; seis artigos abordam esses dois pontos simultaneamente.

O primeiro ponto é trabalhado nos artigos como estratégia de rompimento com o tradicional isolamento imposto à mulher no momento do parto, ressaltando a presença do acompanhante como direito previsto em lei, conforme explicitado anteriormente neste trabalho.

Este ponto está de acordo com o que é sugerido pelo SUS, uma vez que se configura como as quatro recomendações do Programa Humaniza SUS em relação ao “casal grávido”. Assim, o Ministério da Saúde recomenda para os usuários:

Dialogar entre si sobre o desejo e as possibilidades de compartilhar o momento do parto, garantindo a prerrogativa de que o direito de escolha final seja da mulher; criar estratégias para garantir que os dois possam ir juntos às consultas de pré-natal; dialogar com o serviço de saúde onde a mulher realiza o pré-natal sobre a possibilidade da presença do acompanhante durante o parto; caso o serviço recuse-se a autorizar a presença do pai, entrar em contato com o Ministério Público para garantir seu direito. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014:227)

A presença do acompanhante também é abordada pelo Ministério da Saúde a partir das recomendações em relação à estrutura do serviço:

Instalação de divisórias (biombos, cortinas, etc.) nos espaços de pré-parto e pós-parto, de modo que a mulher tenha maior privacidade e possa ter o acompanhante ao seu lado; garantia de insumos (bata, touca de cabelo, luva, etc.) para o acompanhante nos momentos em que esses insumos forem exigidos pelas normas de biossegurança; garantia de sala de espera especial para os (as) acompanhantes; realizar atividades internas de capacitação e atualização para refletir sobre os benefícios da presença do acompanhante no parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014:227)

Além disso, o Ministério da Saúde recomenda, com relação à presença do acompanhante e à equipe de saúde:

Informar à mulher que, caso ela tenha interesse, o pai pode acompanhá-la no parto, no pré-parto e no pós-parto; incentivar a participação do pai, desde o pré-natal, incluindo, entre os procedimentos, recomendações específicas sobre como deve proceder o acompanhante; no contexto do parto humanizado, garantir maior aproximação entre doulas²¹ (quando houver) e acompanhantes. Um não substitui o outro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014:227-228)

²¹ Segundo o Ministério da Saúde (2014:247), as doulas, juntamente com médicos obstetras, obstetrites, enfermeiras obstétricas e neonatologistas, “compõem algumas equipes interdisciplinares que fazem a

Dando continuidade sobre a abordagem acerca da presença do acompanhante, o Ministério da Saúde também faz recomendações em relação aos sistemas de informação em saúde, tais como:

Ampliar o conhecimento das mulheres e dos homens sobre a Lei nº 11.108, a partir da elaboração de cartazes, folhetos e especialmente uma “Cartilha do Acompanhante” que possa trazer informações relevantes sobre as condições e os procedimentos durante o pré-parto, o parto e o pós-parto; ampliar a divulgação da lei e seus princípios com os profissionais de saúde; criação de um sistema de informação que registre o número e o perfil dos(as) acompanhantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014:228)

Assim, é possível afirmar que 15 artigos analisados para a elaboração deste trabalho abordam a presença do acompanhante e colocam este fator como de suma importância para o parto humanizado, citando que o mesmo se refere a um direito dos usuários de saúde previsto em lei. Esses artigos não trabalham a presença do acompanhante com tanta abrangência e minúcia quanto o Humaniza SUS, justamente por se tratarem de artigos, enquanto que o que está presente no Humaniza SUS faz parte de um texto mais detalhado.

No entanto, vale ressaltar que esses artigos relacionam a presença do acompanhante à infraestrutura hospitalar, problematizando que o sucateamento dos serviços de saúde desfavorece a presença do acompanhante, contribuindo para o despreparo das equipes de saúde em lidar com isso.

Já o segundo ponto de destaque é visto como comprovadamente benéfico para a mulher e para o bebê, levando em consideração as vantagens²² da amamentação exclusiva e imediata. Além disso, a partir desse

assistência ao parto em domicílio de gestantes de baixo risco, com suporte técnico-tecnológico para o acompanhamento do parto natural e para intervenções em urgências/emergências obstétricas”. É importante ressaltar que a doula deve ser selecionada e passar por capacitação com conhecimentos básicos sobre trabalho de parto, gestação e relações interpessoais. Trata-se, portanto, de uma personagem que deve construir uma relação de segurança e cumplicidade com a gestante, através de afeto e empatia nas “relações horizontais femininas”.

²² De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2003), o leite materno é o alimento natural para o bebê, capaz de fornecer energia e os nutrientes necessários ao recém-nascido nos seus primeiros meses de vida. Além disso, o leite materno também é capaz de promover o desenvolvimento

contato íntimo, há o fortalecimento do vínculo e formação do apego, proporcionando que a mulher vivencie experiências que perpassam sua subjetividade.

É importante afirmar que a vinculação se configura como uma das diretrizes para o acesso e qualidade do cuidado perinatal apontadas pela humanização do parto e do nascimento no Humaniza SUS. Essa diretriz é abordada no Humaniza SUS considerando a relação da usuária com os profissionais e considerando, principalmente, a relação da usuária com o bebê a partir do contato imediato.

Ressaltando a importância da abordagem desse ponto, o Ministério da Saúde (2014) afirma que o percentual de mulheres com contato imediato pele a pele com o bebê na primeira hora de vida e o percentual de mulheres com aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê são variáveis/indicadores previstos no SisPreNatal²³.

Essas informações podem ser usadas para analisar o modelo de atenção, indicando para a discussão coletiva das “boas práticas” baseadas em evidências. Dessa forma, essas informações fazem parte do monitoramento e da vigilância acerca das práticas de assistência ao parto.

Então, pode-se dizer que a abordagem feita pelos nove artigos acerca da importância do contato mãe-bebê com amamentação imediata é pertinente na discussão sobre parto humanizado no Brasil, considerando que este fator é exposto no Caderno Humaniza SUS (Ministério da Saúde, 2014) sobre humanização do parto e nascimento como uma das práticas baseadas em evidências científicas e que trazem benefícios para a mãe e o bebê.

sensor e cognitivo da criança, protegendo-a de doenças crônicas e infecciosas. A OPAS (2003) também deixa claro que a amamentação exclusiva se configura como uma proposta para a redução da mortalidade infantil, uma vez que previne enfermidades corriqueiras da infância, como diarreia e pneumonia, podendo ajudar também na recuperação de enfermidades. Outra vantagem do aleitamento materno está relacionada ao custo financeiro, considerando que este é um dispositivo direcionado do produtor (mulher) ao consumidor (bebê).

²³ SisPreNatal significa Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e é realizado nos ambulatórios das maternidades. Este sistema faz parte de um processo de gestão, que é o monitoramento, onde cada caso é discutido. O SisPreNatal deve ser preenchido corretamente pelos serviços.

No entanto, é importante lembrar que a presença do acompanhante e o contato mãe-bebê com amamentação no pós-parto imediato não são capazes de garantir, fragmentada e isoladamente, a realização do parto humanizado. Para que este fenômeno seja alcançado em sua plenitude, é preciso inserir esses procedimentos no contexto de parto humanizado, levando em consideração as palavras-chave apresentadas nos artigos – citadas neste trabalho de conclusão de curso - e a sua concretização.

Diante disso, são apontadas pelos artigos quatro estratégias para melhorar a qualidade assistencial do parto no Brasil. A primeira estratégia é apontada por 12 artigos e está relacionada à capacitação permanente/educação continuada dos profissionais de saúde para estimular esses atores no preparo e incentivo das mulheres para a realização do parto vaginal. Os autores desses artigos entendem que a formação é contínua e deve ser sempre atualizada, de modo que os profissionais de saúde sejam reciclados no sentido de explorar sua capacidade de intervir com qualidade a partir de ações inovadoras.

Assim, esses artigos apontam a capacitação permanente/educação continuada como forma de promover atendimentos qualificados e ampliar a participação dos próprios profissionais de saúde a partir da democratização do serviço, onde o trabalhador se torna mais autônomo e com responsabilidade.

Dessa forma, o trabalhador de saúde atua também como co-gestor, não se restringindo ao papel de executor de tarefas. Isso indica que esta estratégia está em consonância com o SUS, pois a participação no processo de co-gestão, que pode ser um dos desdobramentos da capacitação permanente/educação continuada, é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

O Ministério da Saúde (2010) destaca alguns pontos sobre o trabalho no setor público:

(...) o trabalho é atravessado por instabilidades e adversidades de diferentes ordens e pode-se observar uma grande demanda que reflete no adoecimento do trabalhador. É possível destacar: a dificuldade do trabalho em equipe, poucos espaços de co-

gestão, excesso de atividades, falta de reconhecimento por parte dos usuários, necessidade de capacitação continuada... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:188)

Fortalecendo sua proposta, o Ministério da Saúde (2010) afirma:

Pensamos que sejam imprescindíveis projetos de capacitação e educação permanente em saúde ligados à construção do saber em humanização e em consonância com a atividade prática nos serviços locais de saúde como um todo... (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:213-214)

Além disso, a capacitação permanente/educação continuada também se configura como um caminho para a construção da memória de um “SUS que dá certo”, que é uma das diretrizes da PNH. Essa relação se dá, pois a partir da capacitação de profissionais engajados e comprometidos com o cumprimento daquilo que é preconizado pelo SUS, torna-se mais fácil alcançar a concretização das práticas humanizadas em saúde.

Outra estratégia assinalada diz respeito à reestruturação hospitalar. Essa estratégia é citada por nove artigos e se refere a mudanças não somente na estrutura física dos hospitais para acolher as usuárias, mas também romper com a cultura hospitalar atrelada ao domínio médico.

Não se pode pensar que os profissionais são capazes de romper com o modelo desumanizador e mercantilista na saúde, quando estes estão submetidos a rotinas e normas institucionais que constroem os avanços em termos de humanização. A literatura analisada coloca as atitudes e rotinas hospitalares como fatores que favorecem as práticas intervencionistas desnecessárias e prejudiciais, apontando para a necessidade de rever as práticas em saúde através de mudanças no paradigma assistencial vigente.

Sendo assim, é possível afirmar que essa proposta é pertinente e está em consonância com a PNH do seguinte modo:

Na perspectiva dos trabalhadores, humanização da saúde tem relação direta com a valorização do trabalho e do trabalhador. Valorizar toma duas direções centrais: democratizar as relações de trabalho, o que se faz substantivamente pela inclusão dos

trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho, como a subremuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:66)

A terceira estratégia, identificada em seis artigos dos 25 analisados, se refere à necessidade de investimentos no ensino em saúde, ou seja, desde a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde.

A proposta de mudanças na formação acadêmica se dá a partir da ideia de que os estudantes da área da saúde ainda têm uma formação baseada em um paradigma hospitalocêntrico e que desconsidera os determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-doença dos usuários. Com isso, torna-se mais difícil formar profissionais de saúde preparados para atuar de modo integral e os usuários do sistema passam a ser vistos como descolados de sua totalidade.

A Política Nacional de Humanização (PNH) também coloca essa proposta como fundamental no que se refere à humanização em saúde e a aponta como um desafio:

Formar para o mercado privado, com ações “mórbido-centradas” e assistenciais e práticas segmentadas entre especialidades, não pode ser a principal marca da formação na área da saúde nas universidades brasileiras. O SUS é o ordenador do sistema de saúde em nosso país e isto significa, no mínimo, tomar seus princípios e diretrizes para ordenar processos de formação. Formar agentes, operadores, intelectuais suficientemente capazes de conduzir a política pública de saúde, é um desafio gigantesco para a universidade brasileira. Este é um desafio para a humanização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:69-70)

Todavia, é importante problematizar a abordagem da proposta de mudanças na formação acadêmica em apenas seis artigos. Partindo do pressuposto de que essa estratégia é parte estrutural no que concerne os moldes de atuação em saúde e, portanto, basilar, a expectativa era de que os artigos atentassem mais para essa questão.

Considerando que as abordagens sobre capacitação permanente/educação continuada correspondem ao dobro de abordagens referentes a mudanças na formação acadêmica, é possível afirmar que as publicações estão mais atentas para a qualificação de profissionais da saúde do que de estudantes da área. Obviamente a capacitação continuada/educação permanente é de suma importância, mas seria relevante que as estratégias apontadas pelos artigos estivessem mais próximas das raízes do ensino em saúde, onde os profissionais começam a ser preparados.

A última estratégia, apontada por quatro artigos utilizados para esta revisão bibliográfica, é a integração entre as categorias para melhorar a qualidade dos serviços - algo que se expressa não somente na ponta do atendimento, mas também na produção científica, como mostrado na tabela deste mesmo capítulo.

Essa integração se refere, também, a uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que é o fomento das grupalidades, coletivos e redes. Embora o conceito de rede não esteja explícito nos artigos, pode-se dizer que essa diretriz é parcialmente contemplada à medida que esses artigos (poucos, apenas quatro) percebem que há a necessidade de integrar as categorias profissionais e que essa necessidade é uma estratégia rumo às práticas humanizadas em saúde.

Quanto à necessidade de integração entre as categorias profissionais, a Política Nacional de Humanização (PNH) afirma:

Não nos parece razoável exigir que os trabalhadores da saúde trabalhem, cooperem e concebam seu trabalho em uma rede afetiva se a experiência de formação se faz de forma isolada, cada um em relação apenas com seus semelhantes, em uma rede homogênea e pouco plural. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010:69)

Os artigos analisados citam essas estratégias como formas de proporcionar um atendimento qualificado à população e melhorar as condições de trabalho do profissional de saúde. Dessa forma, pode-se dizer que os artigos harmonizam com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

Para além das estratégias, algo que chama a atenção nos artigos é a necessidade de reestruturação do modelo assistencial vigente, que é indicada por 13 artigos dos 25 analisados. Esses artigos afirmam que para que haja a humanização das práticas em saúde, é necessário que haja a reorientação do atual modelo de saúde.

Cotejando os conceitos utilizados e os significados a eles atribuídos nos artigos analisados e o que é proposto pelo SUS, pode-se afirmar que o que está presente nos artigos e é colocado no presente trabalho contempla o que é representado pelo SUS sobre humanização em saúde.

No entanto, é preciso dizer que a produção bibliográfica acerca da humanização em saúde – e mais especificamente no parto – deixa lacunas em sua abordagem. Essas lacunas podem ser observadas com o baixo quantitativo de artigos que trabalham conceitos como dignidade, liberdade, privacidade e solidariedade, por exemplo.

Esses conceitos, abordados de forma tão enfática pelo SUS, não podem passar despercebidos na produção bibliográfica que chega até a sociedade civil como um todo. Dessa forma, é possível ratificar que os autores das produções analisadas neste trabalho têm proporcionado aos seus leitores abordagens referentes ao que é preconizado pelo SUS, entretanto, tais abordagens apresentam lacunas e ainda precisam avançar para expor o parto humanizado com maior propriedade.

Além disso, também é preciso ressaltar que as estratégias apontadas nas produções bibliográficas para alcançar a humanização almejada pelo SUS estão em consonância com as estratégias sugeridas pelo SUS. Todavia, essas estratégias também são apontadas por um número abaixo da metade dos artigos analisados. O investimento em ensino e formação em saúde no âmbito acadêmico, por exemplo, foi citado em apenas seis artigos de 25 analisados no presente trabalho. Este é um fator preocupante, pois o ensino e formação acadêmica são estruturantes no que diz respeito às práticas reproduzidas nas unidades de saúde.

Embora a capacitação permanente tenha sido citada pelo dobro do número de artigos que citou a necessidade do investimento em ensino em saúde, esta estratégia também poderia ser mais explorada pelos autores dos artigos, uma vez que ajuda no rompimento com tradições arraigadas no ambiente hospitalar e facilita o direcionamento da atuação voltada para a humanização.

A reestruturação hospitalar também foi abordada por um baixo quantitativo de artigos, como explicitado anteriormente. Essa estratégia também poderia ser mais discutida, levando em consideração que pode influenciar diretamente nas práticas humanizadas no sentido de propiciar aos trabalhadores da saúde condições mais favoráveis para atuar com qualidade. Além disso, essa estratégia também favorece o bem-estar dos usuários nos serviços, de forma que se sintam mais acolhidos e confortáveis em um ambiente adequado.

A estratégia menos citada, identificada em apenas quatro dos 25 artigos analisados, se refere à integração das categorias. Embora pareça muito óbvio, vale ressaltar que a integração entre as diferentes categorias profissionais – e também entre os profissionais da mesma categoria – é fundamental para a consolidação de um trabalho em equipe de qualidade. Integração entre os profissionais não significa que estes devem concordar em todas as instâncias, mas respeitar diferentes concepções e estarem abertos para dialogar acerca de alternativas para práticas humanizadas em saúde.

Reforçando a ideia de que os conceitos e estratégias trabalhados nos artigos estão em consonância com o SUS, vale ressaltar que as duas diretrizes (acolhimento e vinculação) presentes no Humaniza SUS através da humanização do parto e do nascimento são contempladas. Já no que se refere às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), pode-se dizer que todas são abordadas, porém, nem todas são discutidas com muita extensão.

As diretrizes que se caracterizam como acolhimento, clínica ampliada, co-gestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos

usuários e construção da memória do “SUS que dá certo”²⁴ são contempladas nos artigos.

Entretanto, a diretriz referente ao fomento das grupalidades, coletivos e redes, embora tenha sido abordada por meio da estratégia de integração entre as categorias profissionais, não foi percebida com muita frequência - como citado anteriormente, foi abordada em apenas quatro dos 25 artigos. A necessidade de integração entre as categorias profissionais como estratégia para práticas mais humanizadas nesses artigos, se refere a um trabalho multiprofissional, mas não faz alusão a um trabalho extra-muros e em rede, conforme sugerido pela diretriz.

²⁴ Este termo é utilizado para se referir ao funcionamento do SUS nas unidades de saúde que, de fato, está de acordo com tudo aquilo que é preconizado pelo mesmo, proporcionando aos usuários do sistema atendimentos de modo organizado, profissionais capacitados para o acolhimento, se caracterizando como serviço de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração deste trabalho de conclusão de curso, ficou claro que a humanização em saúde vem chamando a atenção do Governo, da academia e dos profissionais de saúde. Alguns exemplos referentes a isso são as iniciativas governamentais e os Projetos de Lei, citados neste trabalho, que expressam a vontade política de intervir no modo como o parto vem acontecendo nas unidades de saúde.

Quando um profissional escolhe atuar nessa área, essa escolha se dá consciente de que ele está lidando diretamente com vidas, com seres humanos que têm projetos, sonhos, angústias, frustrações, aflições, medos, fragilidades. Neste âmbito, é essencial que os profissionais dessa área tenham um olhar sensível e uma escuta qualificada para identificar vulnerabilidades e atuar de forma integral. Além disso, é importante ressaltar que a atuação voltada para a humanização não está pautada em práticas caritativas, paternalistas e normativas, pois são direcionadas para a lógica do direito, da autonomia e do cuidado qualificado.

Sendo assim, é relevante apontar a necessidade das categorias profissionais da saúde – Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Medicina – se aproximarem dessa discussão de modo a qualificar sua atuação e entender a importância de sua inserção nesse processo.

Inicialmente vislumbrava-se entender como funciona o processo do parto humanizado no Brasil, a partir da bibliografia utilizada neste trabalho de conclusão de curso. Para além disso, buscou-se, com a revisão bibliográfica, conhecer a percepção daqueles que produzem material bibliográfico sobre o tema, ou seja, analisar como as diferentes categorias profissionais da área da saúde dialogam e divulgam o parto humanizado para seus leitores.

Entretanto, no decorrer da análise, foi possível perceber a ausência de diversas categorias da saúde na produção bibliográfica, entre elas, o Serviço Social. Diante disso, pode-se dizer que o conceito de interdisciplinaridade – abordado no presente trabalho – não foi contemplado na produção científica.

Este fato é preocupante, pois a humanização do parto é um tema relevante em saúde reprodutiva no que se refere à melhora da qualidade da assistência prestada, onde todos os profissionais da área têm papel fundamental.

A ausência do assistente social nesse processo se configura como uma grande lacuna na concretização do princípio da integralidade na assistência ao parto. Considerando que este princípio preza pela percepção do usuário enquanto sujeito de direito inserido em uma realidade social, o assistente social assume caráter preponderante nessa esfera por ter uma formação que lhe dá subsídios para enxergar a realidade de modo dialético.

Assim, a saúde, enquanto campo de atuação do Serviço Social, precisa da análise, da avaliação e da intervenção do profissional dessa categoria, uma vez que o mesmo possui propriedades teórico-metodológicas para enxergar o usuário em sua totalidade, considerando seus determinantes e condicionantes sociais para intervir de forma crítica e reflexiva. A humanização em saúde se coloca como uma demanda por dignidade diante dos serviços prestados, é impossível pensar em humanização sem fazer o movimento de compreensão acerca do contexto social, econômico, político e ideológico dos usuários e dos próprios profissionais.

O Serviço Social opera a partir do entendimento do contexto em que a usuária se insere, atuando com o objetivo de viabilizar a garantia dos direitos da usuária e sua família e proporcionar um atendimento de qualidade. Atentando para o fato de que o puerpério tem um significado ímpar para cada mulher, o assistente social atua nessa conjuntura também através da dimensão dialógica, a fim de captar possíveis demandas multifacetadas que perpassam o fenômeno parto e estabelecer um vínculo de confiança e corresponsabilidade.

Assim, o trabalho deste profissional no processo do parto humanizado é fundamental também no sentido de orientar a usuária e sua família sobre suas potencialidades dentro do sistema de saúde, de modo que todos se sintam acolhidos e reconhecidos como sujeitos de direitos. No que tange à relação do assistente social com os usuários, é possível dizer que o acolhimento proporcionado por esse profissional é de suma importância para que ambos entendam seu papel neste processo.

No entanto, como foi abordado durante este trabalho, é preciso ressaltar que, na literatura especializada e no debate sobre o tema humanização, acolhimento não é o mesmo que recepção. O acolhimento oferecido pelos profissionais de saúde deve se basear em princípios éticos e na ideia de compromisso e responsabilidade com a história de vida de cada usuária, respeitando seus avanços, suas limitações, suas especificidades.

A análise dos artigos contribuiu de forma significativa para a elaboração deste trabalho, pois foi possível cotejar seus achados com o que tem sido preconizado pelo SUS no que se refere à humanização. As palavras-chave, por exemplo, apresentadas no último capítulo do presente trabalho, estabelecem relação direta com os princípios e diretrizes do SUS e com as práticas sugeridas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para propiciar a assistência humanizada em saúde.

Vale ressaltar que alguns conceitos operacionais enfatizadas pelo SUS são pouco exploradas nos artigos analisados no sentido de se apresentarem em um quantitativo abaixo da metade do total de artigos, como: ética; protagonismo; segurança; integralidade; confiança; liberdade; privacidade; solidariedade; dignidade. Contudo, pode-se afirmar também que outros conceitos considerados fundamentais no processo de humanização pelo SUS são abordados em pelo menos metade dos artigos analisados, como: respeito; autonomia; participação; acolhimento; cuidado; atenção.

A ênfase dada pela literatura às evidências científicas também é um achado interessante, uma vez que se coloca em direção oposta ao uso de métodos prejudiciais e/ou desnecessários à mulher e ao bebê, o que também se configura como prática humanizada em saúde. Além disso, há também o destaque para a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, bem como o contato mãe-bebê com amamentação imediata no pós-parto.

Esses últimos pontos também se colocam pelo SUS como práticas de humanização em saúde, considerando os benefícios da amamentação e do vínculo imediato entre mãe e bebê para ambos e a presença do acompanhante no momento do parto como uma lei inserida na Lei Orgânica de Saúde (LOS),

se configurando como um direito da parturiente e da pessoa escolhida para acompanhá-la.

De acordo com a análise da literatura especializada, foram identificadas quatro estratégias para humanizar as práticas em saúde. Essas estratégias estão em consonância com o que é apontado pelo SUS como um caminho para melhorar a assistência prestada pelos serviços e proporcionar práticas humanizadas, porém, vale ressaltar que nem todas são abordadas com abrangência nos artigos, seja pelo baixo quantitativo de artigos que aborda e/ou pela pouca minúcia com que são apresentadas.

Assim, uma dessas estratégias se expressa nas modificações no ensino em saúde, considerando que as profissões dessa área ainda tem uma formação acadêmica voltada para a fragmentação da fisiologia do usuário das demais esferas de sua vida.

Outra estratégia presente na literatura especializada e no SUS é a capacitação profissional permanente das equipes de saúde, entendendo que o conhecimento é inacabado e é preciso se atualizar acerca das práticas, das leis, dos direitos dos profissionais e dos usuários de saúde. Isso evita que o profissional se veja “engessado” diante do seu fazer profissional, além de evitar que o mesmo se utilize de práticas defasadas e que não correspondem à resolutividade necessária para as demandas apresentadas.

Uma terceira estratégia indicada pela literatura e preconizada pelo SUS é a reestruturação hospitalar. Partindo do pressuposto de que a desumanização presente na área da saúde não é um fator único e exclusivo do despreparo das equipes, se faz necessária a reestruturação hospitalar, de forma que esta propicie um ambiente de trabalho onde as equipes possam interagir e atuar com maior qualidade, além de propiciar condições para que essas equipes se capacitem ao longo do seu fazer profissional.

A última estratégia assinalada na literatura estudada e que vai de encontro ao que é disseminado pelo SUS, diz respeito à integração entre as categorias profissionais como forma de propiciar atendimentos de qualidade e humanizados. Assim, é preciso que as categorias enxerguem os ambientes

sócio-ocupacionais como espaços de discussão e aprendizado mútuo, se disponibilizando a dialogar com outros profissionais acerca dos modos de cuidar e das práticas em saúde.

Com isso, a estrutura física dos ambientes hospitalares e as normas institucionais a que os profissionais se submetem são fatores que impactam diretamente na qualidade de sua atuação. Então, é possível afirmar que a precarização e a flexibilização do trabalho se colocam como entraves para a assistência humanizada.

De acordo com os artigos que apontam a reestruturação hospitalar como um dos caminhos para a humanização em saúde e a bibliografia consultada referente ao SUS, é possível dizer que algumas rotinas estabelecidas pelas instituições podem se configurar como impedimento para que os profissionais se dediquem a capacitações e produções científicas. Diante da escassa gama de profissionais presentes na tabela apresentada por este trabalho, foi possível pensar ao longo da problematização das produções científicas, se o motivo que impede os profissionais de realizarem esse tipo de atividade estaria relacionado às suas atribuladas rotinas profissionais.

Dessa forma, é necessário problematizar as práticas em saúde sem culpabilizar os profissionais pela reprodução de práticas absorvidas em âmbito acadêmico e em campos de atuação. É importante lembrar que os profissionais de saúde estão inseridos no mercado de trabalho, sendo, portanto, alvo de suas contradições. Esse grupo de profissionais se apresenta como força de trabalho e seres humanos que também adoecem, se frustram, se indignam, se aborrecem. Com isso, é possível pensar que a desumanização reproduzida na área da saúde é resultante da desumanização que acomete os próprios trabalhadores dessa área.

Conforme citado no último capítulo deste trabalho, parte da literatura especializada (13 artigos), assim como o próprio SUS, aponta para a necessidade de mudanças no paradigma assistencial em saúde, considerando que a consolidação deste modelo desfavorece as práticas humanizadas e contribui para o isolamento do processo saúde-doença do contexto de vida dos usuários. No presente trabalho, entende-se a humanização do parto – e não

somente do parto, como de todas as práticas em saúde – como um apelo por ressignificação da saúde na vida das pessoas.

Dessa forma, vale a pena ainda elencar um ponto positivo percebido nesses artigos, que é a crítica ao modelo assistencial de saúde pautado no biologicismo, além de todas as estratégias indicadas como norte para alcançar um sistema de saúde mais humanizado. Com a análise desse material, é possível perceber a consonância entre os autores na defesa de práticas que viabilizem e garantam a execução do parto humanizado no Brasil, uma vez que os mesmos sugerem alterações no modelo de saúde para alcançar a humanização preconizada pelo SUS.

É preciso elencar também um ponto negativo percebido ao longo da análise, que está relacionado à baixa frequência com que algumas palavras-chave, enfatizadas pelo SUS, aparecem nos artigos. No entanto, fazendo uma relação das palavras-chave com a escassa gama de categorias profissionais envolvidas nas produções bibliográficas, pode-se levantar a hipótese de que a interdisciplinaridade na elaboração dos artigos poderia ampliar o leque de conceitos trabalhados, levando em conta o olhar diferenciado de outras categorias e a abordagem de outros conceitos ou dos conceitos já citados, mas em maior quantidade e de forma mais minuciosa.

Também é preciso colocar que as duas diretrizes apresentadas pelo Humaniza SUS referentes à humanização do parto e do nascimento (acolhimento e vinculação) foram contempladas de forma significativa pela literatura especializada a partir de sua explicitação no mesmo sentido que é atribuído a essas palavras pela Política Nacional de Humanização (PNH).

Já no que se refere às diretrizes apontadas pelo Humaniza SUS de uma forma geral, é possível afirmar que nem todas foram representadas com minúcia na literatura especializada. As diretrizes referentes ao acolhimento, clínica ampliada, co-gestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e construção da memória do “SUS que dá certo” são representadas e discutidas entre os artigos, como foi cotejado no último capítulo do presente trabalho.

Entretanto, conforme indicado no último capítulo deste trabalho, a diretriz referente ao fomento das grupalidades, coletivos e redes foi pouco incorporado pelos artigos analisados que se restringiram a levantar a necessidade da integração entre as categorias, mas não abordaram a importância e a necessidade do trabalho em rede, horizontalizado, fortalecendo os grupos de ação.

Assim, pode-se levantar a hipótese da atuação em rede não ser um tema explorado pelas categorias que produzem cientificamente, pelo fato das mesmas não incorporarem essa lógica no seu cotidiano. Ou seja, é possível pensar que a lacuna deixada em relação ao trabalho em rede nas produções científicas são reflexo do que é vivenciado pelos profissionais.

A expectativa com relação à elaboração deste trabalho é contribuir para possíveis reflexões teóricas acerca do tema e proporcionar ao Serviço Social um material – ainda que sucinto, se comparado à magnitude do tema – que possa contribuir para o aprofundamento das discussões e ações sobre o tema.

Além disso, vale ressaltar a ideia de que esta produção vai ao encontro do terceiro macro-objetivo do Programa Humaniza SUS, divulgando a PNH e ampliando os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com instituições, no caso, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Entendo este material como resultado do meu interesse pelo objeto de estudo, mas este interesse não se esgota aqui, me trazendo a vontade de fortalecer minha discussão sobre o tema e produzir mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J. de; OZELLA, S. **Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos.** In: **Psicologia, Ciência e Profissão** – v. 26, nº 2, p. 222-245. Brasília: Psicologia, Ciência e Profissão, 2006.

AYRES, J. R. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** In: **Saúde e Sociedade** - v. 13, nº. 3, p. 16-29 – São Paulo: Saúde e Sociedade, 2004.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.** In: **Corbo, A.D.A; Fonseca, A.F (Orgs.). O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BENATTI, L. **Normal x humanizado: você sabe mesmo a diferença?** São Paulo: Moara, 2010. Disponível em: www.casamoara.com.br/normal-x-humanizado-voce-sabe-mesmo-a-diferenca/ (acesso em 22/11/2014)

BENTO, A. V. **Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas.** In: **Revista JA (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira)** – nº 65, ano VII – Portugal: Revista JA , 2012. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf> (acesso em 22/11/2014)

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (acesso em 22/11/2014)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humaniza SUS. Volume 1 – Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humaniza SUS. Volume 4 – Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BRAVO, M.I.S.; CORREIA, M.V.C. **Desafios do controle social na atualidade**. In: **Serviço Social e Sociedade** – nº. 109, p.126-150 - São Paulo: Serviço Social e Sociedade, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a08n109.pdf> (acesso em 22/11/2014)

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: **Bravo, M.I.S; Vasconcelos, A. M. de; Gama, A. de S.; Monnerat, G. L. Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf (acesso em 22/11/2014)

CIÊNCIA HOJE NA ESCOLA. **Conversando sobre saúde com adolescentes – Adaptado por Guia Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2007.

CORNWALL, A.; JOLLY, S. **Introdução: a sexualidade é importante**. In: **Questões de sexualidade: ensaios transculturais/ org. Andrea Cornwall e Susie Jolly: tradução de Jones de Freitas** – p. 29-49 - Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

COSTA, A. M. SILVESTRE, R. M. **Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva**. In: **A mulher brasileira nos espaços público e privado** – 1ª ed., p. 61- 74 – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA, R. P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções**. *Mental* – v. 5, nº. 8, p. 107-124 – Barbacena: Mental, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf> (acesso em 22/11/2014)

ECHER, I. C. **A revisão de literatura na construção do trabalho científico**. In: **Revista de Enfermagem Gaúcha** – v. 22, nº. 2, p. 5-20 – Porto Alegre: Revista Gaúcha de Enfermagem, 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4365/2324> (acesso em 22/11/2014)

SCOREL, S. **Equidade em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

FARIAS, P. S. de; CAVALCANTI, L. F. **A sexualidade e a execução de políticas de direitos sexuais e reprodutivos: representações dos profissionais de saúde sobre a violência sexual e religiosidade em maternidades do Rio de Janeiro**. In: **Praia Vermelha: estudos de política e teoria social/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-**

Graduação em Serviço Social – v.22, nº1, p. 9-24 - Rio de Janeiro: UFRJ, 2012

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise.** In: **Política de saúde: o público e o privado.** /org. EIBENSCHUTZ, C. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde.** In: **RAP - Revista de Administração Pública** – v. 34, nº. 6, p. 35-45 - Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931> (acesso em 22/11/2014)

MACEDO, P. C. M. **Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde.** **Revista SBPH** – v.10, nº. 2, p. 33 - 41 - Rio de Janeiro, Revista SBPH, 2007. Disponível em: <http://72.29.69.19/~nead/disci/saso/docs/mod8/1.pdf> (acesso em 22/11/2014)

MAIA, M. B. **Humanização do parto: políticas públicas, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MARTINEZ, S.D.T. **Violência institucional: violação dos Direitos Humanos da mulher. Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a Mulher.** São Paulo, 2008.

MENDES, E. V. **Novo paradigma sanitário: a produção social da saúde.** In: **Por uma agenda para a saúde** – p. 233-300 - São Paulo: Hucitec – ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** **Coleção Temas Sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de: **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva – História, Ciências e Saúde** – v. 4, nº. 3, p. 513-531. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf> (acesso em 22/11/2014)

MUSSARA, F. **Cesárea: coqueluche brasileira.** Revista Planeta. Ed. 462. Brasil, 2014. Notícia disponível em: www.revistaplaneta.terra.com.br/secao/saude/cesarea-coqueluche-brasileira

NUBLAT, J. **Governo oferece incentivos para o parto humanizado no SUS.** Brasília, 2014. Notícia disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/05/1461230-governo-oferece-incentivos-para-o-parto-humanizado-no-sus.shtml>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996.

PAIM, J.S.; **O QUE É O SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PATAH, L. E. M. **Por que 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2008. Disponível em: http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/Tese_Luciano_Patah.pdf (acesso em 22/11/2014)

PENA, M. V. J.; CORREIA, M. C. **A questão de gênero no Brasil**. Brasília: BANCO MUNDIAL, 2003.

SCAVONE, L. **A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais**. **Cadernos Pagu. Núcleo de Estudos de Gênero - nº 16**, p.137-150 – São Paulo: Pagu, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08.pdf> (acesso em 22/11/2014)

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. New York, Columbia University Press, 1989.

SIMÕES, P. **Quem são os assistentes sociais – dados pessoais**. In: **Gênero, origem social e religião: os estudantes de serviço social do Rio de Janeiro** – p. 45-51 – Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

VILAR, R. L. A. de. **Humanização na Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Yendis, 2014.

HEMEROGRAFIA

Todos os endereços eletrônicos foram acessados em 22/11/2014.

<http://annelbrito.jusbrasil.com.br/artigos/115355541/violencia-obstetrica-o-que-e-isso>

www.artemis.org.br

www.camara.gov.br/sileg/integras/1257785.pdf

www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia_obstetrica.pdf

www.dicionariodoaurelio.com

hitechnologies.com.br/humanização

www.objetivosdomilenio.org.br/ODM.aspx

www.paho.org/bra/

www.senado.gov.br/atividade/material/detalhes.asp?p_cod_mate=110487

www.unicef.org

www.unicef.org/brazil/pt/activities_26202.htm