



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**PRÁTICAS DE CUIDADO PARA MULHERES PARTURIENTES:  
DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL NO PARÁ**

**AUZY CLEYCE COSTA SOUSA**

**BELÉM – PA**

**2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**AUZY CLEYCE COSTA SOUSA**

**PRÁTICAS DE CUIDADO PARA MULHERES PARTURIENTES:  
DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL NO PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Abreu Barreto

BELÉM - PA  
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C837p Costa Sousa, Auzy Cleyce

PRÁTICAS DE CUIDADO PARA MULHERES PARTURIENTES: DESAFIOS DA  
HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL NO PARÁ / Auzy Cleyce Costa Sousa. - 2017.  
115 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), Instituto de Filosofia e  
Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira  
Coorientação: Profa. Dra. Edna Abreu Barreto.

1. cuidado, parto, humanização, mulheres, obstetrícia.. 2. cuidado, parto, humanização, mulheres,  
obstetrícia.. I. Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de , *orient.* II. Título

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AUZY CLEYCE COSTA SOUSA

**PRÁTICAS DE CUIDADO PARA MULHERES PARTURIENTES:  
DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO EM UM HOSPITAL NO PARÁ**

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (UFPA) – Orientador

---

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla – Membro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Moreira dos Santos – Membro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jacqueline Isaac Machado Brigagão - Suplente

BELÉM - PA  
2017

Sou mulher, sou mãe, sou deusa,  
e assim mereço ser cuidada.  
Se parir faz parte da natureza,  
que esta força seja respeitada.

Respeitada pelos homens e por mim mesma,  
pois fazemos a humanidade crescer.  
Que as cesáreas, induções, tecnologia,  
sejam usadas com magia e saber.

Saber que os médicos dominam,  
e nós, mulheres, também.  
Conhecendo nosso corpo e instinto,  
sabemos mais do que ninguém.

Portanto, minha gente, é hora  
de parir como e com quem quiser.  
Se durante a noite ou na aurora,  
a ordem é esperar quando vier.

Chega de intervir na natureza!  
As mulheres precisam compreender,  
receber o bebê no coração,  
experimentar o "dar à luz e renascer".

*Livia Pavitra*

Para a pequena Odara.  
Saiba minha linda, que sua partida  
me deu mais coragem de lutar  
para que mulheres como sua mãe,  
não precise fugir das violências obstétricas na hora do parto.  
E que todos os bebês tenham direito a um nascimento cheio de amor,  
e suas mães possam ser cuidadas com respeito, autonomia e carinho.

Para meus pais, Francisco Costa e Auzia Costa (in memoriam) vou seguindo o  
compromisso firmado com vocês de nunca parar de estudar, muito obrigada por  
tanto incentivo! Amo vocês eternamente!!

Para os três amores da minha vida, Romier e nossos filhos Ramon e Maria Rita.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Santa Rita de Cássia que através de minha fé sempre estiveram comigo nos momentos mais difíceis.

Ao meu querido orientador que acreditou em mim, mesmo antes que eu acreditasse que seria capaz. Muito obrigada pelos momentos de intenso aprendizado, não só acadêmico, mas também de vida.

À minha co-orientadora Edna Barreto, mulher de luta contra a violência obstétrica que me inspira como mulher, profissional, ativista e mãe desde o primeiro contato.

Aos professores do PPGP pela dedicação em dar o melhor de cada um de vocês.

À professora, colega de turma, doulanda, e amiga querida, Lúcia Lima por todas as contribuições, apoio e carinho durante esse processo. À Maria, e sua linda chegada ao mundo, também fez parte desse trabalho.

À professora Elizabeth Moreira, pela disponibilidade de estar conosco e dividir um pouco de seu conhecimento e experiência de forma tão generosa.

Aos professores Alcindo Ferla e Jaqueline Brigagão pelas contribuições no meu trabalho.

A toda a equipe do hospital onde realizei a pesquisa, em especial a Daniela, Rogério, Thaíse, Idalina e Juliana por todo apoio, recepção e compreensão ao meu trabalho.

À amiga Geise Gomes, pelo incentivo e companheirismo nessa trajetória.

A minha família, por toda a torcida.

A minha querida sogra Esmeraldina Sousa, pelas trocas de experiências, por todo o apoio, carinho e incentivo ao meu estudo.

Ao grupo Ishtar pelo aprendizado de todos os dias, às mulheres que acompanhei o parto, em especial minha sobrinha Ingrid Costa, a Zélia e Laryssa que me apoiaram no grupo no momento que mais precisei.

A minha turma de mestrado pelas trocas coletivas.

Ao tão querido Grupo Saúde na Amazônia, em especial Roberta, Darlen, Ari, Eric e Inara que estiveram comigo desde o início quando o mestrado ainda era um sonho. E depois a chegada de Mário, Anaclan, Lívia, Carol Secco, Gabriela, Jennifer, Joelma, Lorena, Laura e minha linda dupla Rachel, turma irreverente, que estuda, que ama, que brinca e que apoia. Muito orgulho de fazer parte disso.

A todos os meus amigos e amigas que de uma forma ou de outra torceram, ajudaram, apoiaram.

Aos meus filhos Ramon e Maria Rita que me ensinaram e ensinam todos os dias a ser mãe. Obrigada meu Bem e minha Flor, pela paciência nas irritações da mamãe, na compreensão da ausência e por todo amor que me proporcionaram principalmente nessa reta final. Mamãe ama demais!!

E ao meu amor Romier Sousa, que sempre esteve ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis, acolhia minhas incertezas e me incentivava a levantar; você foi fundamental em todo esse processo. A você, todo meu amor e gratidão.



## RESUMO

No Brasil, as práticas de cuidados com a saúde da mulher na gestação, parto e puerpério vem sendo modificada em grande medida, motivada pela intensa pressão dos movimentos feministas e pela grande taxa de morbimortalidade materna, que mesmo com todas as políticas públicas existentes, ainda não se efetivaram suficientemente como cuidado que compreende às mulheres como protagonista. Nesta pesquisa foi analisado quais dispositivos de humanização são identificados como práticas de cuidado para puérperas em um hospital no interior do Pará, além disso, foi investigado de que forma as usuárias percebem esses dispositivos de humanização no cuidado hospitalar. Foi utilizada como caminho metodológico a pesquisa qualitativa, na qual há um diálogo mais profícuo com a produção de subjetividade e da intersubjetividade, que dialoga de forma frutífera com o objeto pesquisado. O trabalho de campo foi realizado em um hospital conveniado ao SUS, em um município no nordeste paraense. Este hospital possui um total de 96 leitos, sendo 23 para obstetrícia. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa a entrevista semi-estruturada e a observação do ambiente e das relações de trabalho que compuseram o diário de campo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dezesseis puérperas entre 18 e 39 anos internadas no hospital. A análise dos dados foi realizada a partir da organização em eixos temáticos construídos com base nos aspectos mais relevantes encontrados no trabalho de campo e no resultado das entrevistas. Com a análise das entrevistas e observações, pode-se verificar que muitos dos dispositivos da humanização eram percebidos pelas mulheres no cuidado hospitalar, porém em grande parte dos casos sem saberem ao certo que tinham direitos a essas práticas, ou mesmo que determinadas práticas de maus cuidados, historicamente realizados, não são recomendados pelas políticas públicas na atualidade. Percebeu-se que o hospital em estudo está em plena adequação às boas práticas.

Palavras chaves: cuidado, parto, humanização, mulheres, obstetrícia.

## ABSTRACT

In Brazil, practices of women's health care during pregnancy, childbirth and the puerperium have been greatly modified, motivated by the intense pressure from feminist movements and the high rate of maternal morbimortality, which, that even with all existing public policies, have not yet become sufficiently effective as care that includes women as protagonists. In this research it was analyzed which humanization devices are identified as puerperal care practices in a hospital in the interior of Pará. In addition, it was investigated how the users perceive these humanization devices in the hospital care. The qualitative research was used as a methodological path, in which there is a more profitable dialogue with the production of subjectivity and intersubjectivity, which dialogues in a intense way with the researched object. Fieldwork was performed in a hospital that is agreed upon SUS, in a municipality in northeastern of Pará. This hospital has a total of 96 beds, of which 23 are for obstetrics. The research instruments used were semi-structured interview, as well as the observation of the environment and labor relations, which made up the field diary. Semi-structured interviews were carried out with sixteen puerperal women between the ages of 18 and 39 admitted to the hospital. Data analysis was made from the organization in thematic axes that was constructed based on the most relevant aspects found in the fieldwork and the results of the interviews. With interviews and observations analysis, it can be observed that many of the devices of humanization were perceived by women in hospital care, but in most cases without knowing for sure that they had rights to these practices, or even that certain practices of bad care, historically realized, are not recommended by the public policies today. It was noticed that the hospital under study is in full compliance with good practices.

Keywords: care, childbirth, humanization, women, obstetrics.

**LISTA DE SIGLAS**

CAP's – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CASM – Centro de Atenção a Saúde da Mulher

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DINSAMI - Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

FEBRASGO - Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO - Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras

IAPs – Instituto de aposentadoria e pensões

INPS – Instituto Nacional do Seguro Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLA - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Lista de Quadros:**

**Quadro 1: Principais políticas sobre gestação, parto e puerpério.**

**Quadro 2: Eixos temáticos**

**Quadro 3: Perfil das participantes.**

## Sumário

1 – INTRODUÇÃO .....	14
2. PISTAS TEÓRICAS SOBRE O OBJETO DE PESQUISA.....	22
2.1. Práticas de cuidado em saúde da mulher .....	22
2.2 - Cuidado e obstetrícia .....	26
2.3 – A humanização do cuidado em saúde da mulher .....	30
2.4. Medicalização do corpo da mulher .....	33
3. DA LUTA À GARANTIA DE DIREITOS NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA.....	38
4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....	57
4.1 - Natureza do estudo.....	57
4.2 - Técnica de coleta de dados.....	58
4.3 - Local da Pesquisa .....	60
4.4 - Participantes da pesquisa .....	61
4.5 – As entrevistas .....	64
5. PRÁTICAS DE CUIDADO EM UM HOSPITAL DO PARÁ: VOZES DAS PARTURIENTES. ....	65
5. 1. Eixo I: O acolhimento da parturiente .....	65
5.1.1 - Respeito à escolha do acompanhante .....	70
5.1.2 - Informações: democratizadoras ou facilitadoras do processo de parto? .....	75
5.2 – Eixo II: Trabalho de parto .....	80
5. 2. 1 – Movimentos e cuidados .....	80
5.2.2 - Quem escolhe a posição de parir? .....	82
5.3 – Eixo III: No parto.....	83
5.3.1 - Uso do hormônio do "amor" ou da "dor"? .....	83
5.3.2 – Precisa de “ajuda”? .....	86
5.3.3 – O aconchego de um abraço e a primeira mamada .....	87
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
7 – REFERÊNCIAS .....	98
8 – ANEXOS.....	107

## 1 – INTRODUÇÃO

O objetivo geral desta pesquisa é analisar que dispositivos<sup>1</sup> de humanização são identificados como práticas de cuidado para parturientes em um hospital no interior do Pará. Além do que, identificar de que forma as usuárias são protagonistas desse processo e reconhecem ou não as suas práticas no interior do hospital estudado.

Sousa (2015) relata, de acordo com o mais recente relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), que as duas das maiores causas de mortalidade materna são hemorragias (27%) e infecções (11%), causas que podem ser resultados de uma assistência obstétrica inadequada e insegura para as mulheres.

As práticas de cuidados com a saúde da mulher já era preocupação para os movimentos feministas desde o final do século XIX, principalmente no debate da reprodução. Contudo, somente na década de 1960 é que a saúde da mulher aparece de maneira mais sistemática e prioritária como debate de política pública (FERREIRA, 2006).

Nas últimas três décadas, o Brasil foi palco de várias modificações quanto à assistência à saúde da mulher, em grande medida, motivada pela intensa pressão dos movimentos feministas e pela grande taxa de morbimortalidade materna, com índices atuais de 69 mulheres para 100 mil nascidos vivos (SOUSA, 2015)<sup>2</sup>. A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2007, p. 9). Ainda que tenha reduzido e venha caindo a taxa de mortalidade entre as mulheres, foi o único objetivo do milênio pactuado com os organismos internacionais que não foi alcançado até o momento.

---

<sup>1</sup> Silva (2014) baseada em Foucault, explica que o termo dispositivo refere-se ao modo como variados elementos se vinculam e se relacionam para atingir determinado fim, produzir algo que dê conta de um problema, de um anseio ou surpresa. Porém, uma vez estabelecido, o dispositivo não é estático, duro, mas dinâmico, adaptável à situação.

<sup>2</sup> O Brasil tem melhorado significativamente nos últimos anos esta taxa, contudo ainda está superior ao recomendado pela OMS que considera como alta a taxa a partir de 50 mortes por cem mil nascidos vivos. Em 2000, o Brasil firmou um compromisso internacional dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que preconiza a diminuição de dois terços dos óbitos maternos até 2015. Em números, seriam 38 mulheres por cem mil nascidos vivos<sup>2</sup>. Isso significa que esta meta ainda está longe de ser alcançada. Esse índice brasileiro ainda é alto ao comparar com países como o Canadá e os Estados Unidos que apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, ou mesmo Uruguai e Chile com valores inferiores a trinta óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Segundo Cruz (2015) até o início da década de 1980 a saúde da mulher era gerida pela coordenação materno-infantil no Ministério da Saúde e outros órgãos estaduais de gestão da saúde. Desse modo, a atenção à saúde da mulher acompanhava seus ciclos reprodutivos, em função do “nascimento a bom termo”<sup>3</sup> (p.102). Já os aspectos pessoais da vida da mulher eram tratados de forma privada, assim como a sua sexualidade. A medicina tratava do corpo da mulher apenas como um corpo reprodutor<sup>4</sup>.

Com o discurso de atender a mulher em sua integralidade<sup>5</sup> em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas, em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O clima no Brasil durante o processo de implantação do Paism era de redemocratização. Os movimentos sociais lutavam para que a reforma constitucional incluísse a participação dos cidadãos na formulação, administração e monitoramento de políticas sociais (COELHO, 2007). Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reuniram-se vários setores da sociedade para discutir propostas para a construção de um novo sistema de saúde, e foi aprovada a definição da saúde como direito de todos e dever do Estado, como consequência, posteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> A gestação a termo era definida como um período de cinco semanas, entre 37 e 42 semanas. Acreditava-se que a morbidade e a mortalidade perinatal fossem idênticas e com igual incidência nas diferentes idades gestacionais, mas dados epidemiológicos mostram que isto não é verdadeiro. Existe sim uma diferença, principalmente morbidade respiratória, dependendo da idade gestacional do nascimento dentro deste período a termo. Hoje temos a seguinte orientação: Gestação a termo inicial (early term) 37 semanas até 38 semanas e 6 dias; Gestação a termo (full term) 39 semanas até 40 semanas e 6 dias; Gestação a termo tardio (late term) 41 semanas até 41 semanas e 6 dias; Gestação pós-termo (post term) 42 semanas ou mais (FEBRASCO, 2016).

<sup>4</sup> Martins (2000) relata em seu trabalho que a construção dos saberes sobre a saúde da mulher e a formação dos profissionais foi estruturada sob uma base misógina, ou seja, uma base que tem aversão e repulsa a mulher, e talvez por isso a mulher seja tratada de forma tão desrespeitosa em seu processo de saúde e doença.

<sup>5</sup> Um princípio fundamental do SUS, que garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009, p.192).

<sup>6</sup>O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 200 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2012). O SUS “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das

Outro marco no que se refere à saúde da mulher foi lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000, também como uma proposta de maior e melhor assistência para a mulher no período de gravidez, parto e pós-parto. Este programa foi ampliado e em 2004 foi lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde – HUMANIZA-SUS, que veio indicando para a saúde a humanização como transversalidade:

Esta política torna-se mais ampla, com garantia de direito de uma assistência humanizada a todas as pessoas. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Rede Cegonha, agora com a proposta de uma rede de cuidados voltada para mãe e bebê.

Após todas essas conquistas de modelos jurídicos de gestão do cuidado na assistência à mulher, ainda há muito a ser feito para melhorar este quadro atual em nosso país. Percebe-se pelos noticiários brasileiros cotidianos, por relatos de mulheres em vivências práticas e pesquisas sobre o tema, histórias de violências no período de gravidez, parto ou puerpério<sup>7</sup>, como explica a Cartilha sobre Violência obstétrica da Rede Parto do Princípio<sup>8</sup>:

Quando a mulher se sente desrespeitada nas instituições de saúde durante o atendimento ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério, dizemos que ela passou por uma situação de violência. Essa situação é chamada de violência obstétrica. O termo violência obstétrica é relativamente novo, embora as mulheres sejam desrespeitadas quando procuram atendimento a sua saúde sexual e reprodutiva há muito tempo (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p.4).

Segundo Batalha (2012) cerca de 96% dos partos no país se realizam em ambiente hospitalar e 98% das mulheres passam ao menos por uma consulta de pré-natal. Apesar da assistência praticamente universal, para a mulher ser mãe ainda não é tão seguro quanto deveria. Percebe-se que os procedimentos invasivos durante o

---

Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada” (Lei Federal 8.080/90).

<sup>7</sup> Histórias como de Ana Carolina Santiago de 18 anos, que foi internada e soube que apresentava sinais de que possivelmente não teria condições de ter parto normal. Mesmo assim, foi submetida a vários procedimentos, como empurrar a barriga da mãe, tendo a médica forçado o nascimento do bebê, até constatar a morte dele .. a médica encaminhou a jovem, mas infelizmente Ana não resistiu e também faleceu. (DIÁRIO ONLINE, 2016). Ou ainda de Wanessa Santos, com 7 meses de gravidez de gêmeos, que após percorrer dois hospitais públicos de Belém-PA, deu à luz ao primeiro bebê dentro da ambulância do Corpo de Bombeiros em frente a Santa Casa de Misericórdia do Pará. Contudo, o bebê nasceu morto. A segunda criança já nasceu nas instalações do referido hospital, mas também estava morto (JORNAL NACIONAL, 2011).

<sup>8</sup> A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais (<http://www.partodoprincipio.com.br/#!sobre/cjg9>, 2016).



trabalho de parto, ainda são considerados como parte do parto normal pela população em geral. Viana (2014) revela que o enfrentamento à violência institucional no momento do parto contra a mulher é difícil, justamente porque as próprias vítimas não compreendem os dispositivos necessários à humanização e não reconhecem todas as práticas realizadas na hora do parto como violência à saúde da mulher.

Grande parte das mulheres não percebe que seu sofrimento durante o parto poderia ser evitado, por isso não reconhecem como violência, como conclui Vianna (2014).

Apesar de relatarem várias situações envolvendo a transferência de mulheres em longas viagens e o risco no traslado, demora de atendimento, isolamento, falta de informação, agressividade e algumas das mulheres narrarem em detalhes o sofrimento pelos quais passaram, percebemos que elas não reconhecem isso como violência institucional, por conseguinte, não se reconhecem como vítimas (VIANNA, 2014, p.82).

Além das situações levantadas pela autora, as mulheres ainda passam por procedimentos obsoletos e muitas vezes desnecessários, como é o caso da episiotomia de rotina, procedimento cirúrgico que consiste no corte realizado da musculatura perineal da vagina, com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia, com intuito de aumentar o canal de parto. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No Brasil, é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. É considerado aceitável pela OMS em até 10% das mulheres, porém, é realizado de forma rotineira no Brasil. Estima-se que seja realizada em 94% dos partos normais no Brasil (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Porém, quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Outro procedimento desaconselhável é a manobra de Kristeller, que consiste em fazer pressão na barriga da mulher - realizada pelo profissional de saúde - empurrando o bebê para que este saia pelo canal vaginal mais rápido. Sousa (2015) ressalta que existe um consenso mundial que esse procedimento é desaconselhável pelo alto impacto

negativo na mulher e na criança. No entanto, a referida autora, revela que essa prática é realizada em 36% dos partos vaginais.

Na pesquisa realizada pela Fiocruz com 23.894 mulheres, foi constatado que grande parte delas foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito, sem estímulo para caminhar, sem se alimentar, deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém empurrando sua barriga. Esses procedimentos quando são usados sem indicação clínica causam dor e sofrimento desnecessários, e não são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO, 2014).

Outra preocupação é o grande índice de cirurgias cesarianas. As cesarianas hoje correspondem a 52% dos nascimentos nos hospitais públicos, e um espantoso índice de 82% na rede particular. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um percentual aceitável de 15% de cesárias (BATALHA, 2012). Esses dados foram utilizados como justificativa para a criação do Programa Rede Cegonha, por incidirem diretamente na morbimortalidade materna.

Duarte (2013)<sup>9</sup>, em entrevista à Revista Carta capital, relata que a lista de procedimentos inadequados é imensa, e muitas mulheres nem sabem que podem chamar isso de violência:

Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência, tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido, tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, submeter a mulher a mais de um exame de toque, especialmente por mais de um profissional, dar hormônios para tornar o parto mais rápido, fazer episiotomia sem consentimento (DUARTE, 2013, p.1).

Depoimento de Télia Negrão, secretária-executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, à agência Brasil de Brasília em 2008, afirma que a má qualidade no atendimento de saúde antes, durante e depois do parto é responsável pelas quatro maiores causas da mortalidade materna no país: hipertensão na gestação, hemorragias, infecções pós-parto e complicações em

---

<sup>9</sup> Parteira (Obstetriz) e educadora perinatal, com vasta experiência em acompanhamento de parto domiciliar, organizadora do Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO).

decorrência de aborto. Télia Negrão lembra ainda que cerca de duas mil mulheres são vítimas de mortalidade materna por ano no Brasil (BRENDLER, 2008).

Em relação a essa temática, relato brevemente que minha experiência profissional iniciou-se trabalhando com agricultoras familiares em um assentamento rural no nordeste paraense, onde pude observar o quanto as mulheres deixam sua saúde em segundo plano, priorizando a saúde dos filhos e de seus companheiros (COSTA SOUSA, 2006). Ainda trabalhando com agricultoras em um projeto intitulado “Gênero e saúde no campo”<sup>10</sup>, percebi o quanto as mulheres rurais utilizam de modos tradicionais, como infusões, chás de ervas, massagens, entre outros, para cuidarem da saúde de suas famílias. Observei também a dificuldade em receber informações sobre cuidados, promoção e prevenção em saúde, principalmente adaptadas para a população rural.

Como psicóloga do Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM) no município do interior do Para, trabalhei durante dois anos e meio (de 2008 a 2010), acompanhando grávidas de alto risco que necessitavam de atenção e cuidados específicos, e que muitas vezes, eram ignoradas nas suas necessidades. Por outro lado, tive a experiência nos cuidados com grávidas no pré-natal, parto e pós-parto, dando escuta, e acolhendo neste momento. Na pós-graduação em psicologia hospitalar e da saúde, tive a oportunidade de estagiar em um hospital/maternidade na capital paraense, onde observei que mesmo com tantos avanços, muitas orientações de humanização e cuidado com as mulheres grávidas ainda não são cumpridas. Na ocasião, acompanhava mulheres no pré-parto e parto, e percebi o despreparo da equipe no cuidado, e no acolhimento de manifestações emocionais destas mulheres (COSTA SOUSA, 2008).

Em 2014 fiz o curso de formação de Doulas, que segundo Diniz e Duarte (2004) são acompanhantes de parto treinadas para oferecer suporte físico, emocional e afetivo ao casal durante o trabalho de parto e parto. Na experiência adquirida, poderia dizer que esse apoio vem desde a gravidez levando informações e discutindo temas importantes com a família, até o puerpério na escuta acolhedora sobre a mudança de rotina e suporte na amamentação.

Após o curso, recebi a proposta de coordenar o grupo Ishtar - espaço para gestantes na cidade em que resido. Este grupo, que apoia a gestação, o parto ativo e

---

<sup>10</sup> Projeto desenvolvido pela Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura do Estado do Pará, em parceria com o Ministério da Saúde, Governo Brasileiro.

amamentação, iniciou suas atividades em 2007 em Recife, com a união de três mulheres que enfrentavam os desafios da maternidade, e resolveram juntar-se a outras pessoas em torno de um mesmo ideal, a vontade de parir e criar seus filhos de uma forma respeitosa e humanizada. Hoje o Ishtar tem 20 núcleos em diversas cidades no país, que se reúnem de forma gratuita a fim de estudar e trocar experiências referentes à maternidade, parto, e amamentação. Participei também do Simpósio Internacional de Assistência ao Parto em 2015, onde pude perceber outra forma de cuidado na assistência ao parto, baseada em evidências científicas, sem pressa, sem intervenções desnecessárias, individualizado e respeitoso.

Por último, tenho acompanhado partos como doula, e percebo a importância do conhecimento e empoderamento da mulher para lutar por seu parto digno e com o cuidado devido.

Em relação ao aspecto acadêmico, ao realizar uma breve revisão sobre o assunto, mais especificamente, encontrei trabalhos que relatam os cuidados no parto, porém sempre pelo enfoque da falta de cuidado, ou seja, da violência institucional ou obstétrica como nos trabalhos de Aguiar (2010) e Vianna (2014).

Serruya (2003) em sua pesquisa de doutorado realizou uma avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da saúde, sendo um dos trabalhos pioneiros na temática de humanização do parto no Pará. Em suas conclusões ela mostrou que a concepção que orientou a criação do Programa partiu do pressuposto que a humanização da assistência pré-natal requer antes de tudo, o cumprimento do conjunto de procedimentos básicos proposto, para prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura. Contudo, muitas questões merecem análise e certamente duas ações merecem avaliações imediatas e amplas: o vínculo, entre as duas instâncias assistenciais, e a presença das práticas humanizadoras na atenção ao parto. O estudo mostrou que o programa esteve limitado aos aspectos mensuráveis do processo da assistência, necessitando de releituras que possam estar mais próximos dos atores envolvidos.

Trabalhos ainda como o de Salin et al (2012) que desenvolveram um estudo intergeracional, estudando os sentidos atribuídos ao cuidado no parto e analisando como as diferentes práticas de cuidado em obstetrícia estão presentes no discurso de mulheres

de diferentes gerações de uma mesma família mostrou como esse cuidado foi se modificando ao longo do tempo.

Silveira et al (2010) fizeram um estudo de caráter comparativo que teve por objetivo investigar representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde, sobre a assistência ao parto em maternidades, e concluiu que para as mulheres atendidas, a qualidade da relação estabelecida com os profissionais é o fator de maior influência sobre a maneira como representam a assistência recebida.

Na psicologia, os trabalhos encontrados são geralmente associados a depressão pós-parto, relação mãe e bebê, e também sobre aspectos emocionais da gravidez e/ou parto e puerpério. Como em Rodrigues e Siqueira (2008), Lopes et al (2005), Figueiredo et al (2002) e Airosa e Silva (2013).

Foram encontrados poucos trabalhos relacionados ao cuidado no parto com o olhar das próprias mulheres sobre a forma de assistência recebida.

Portanto, as questões mobilizadoras nesta pesquisa são as seguintes: que dispositivos de humanização são práticas de cuidados para parturientes em um hospital no nordeste Paraense? Como as mulheres identificam esses dispositivos de cuidado? Elas são protagonistas e decidem como será o seu parto?

O trabalho foi constituído pela introdução que compõe o primeiro capítulo. No segundo capítulo foram abordados os temas essenciais para o diálogo buscando compreender os eixos temáticos e sua relação com o objeto da pesquisa. O primeiro diz respeito às práticas de cuidado em saúde da mulher, em que será apresentado os conceitos de cuidados em saúde e práticas de cuidado. Logo após será exposto sobre o cuidado obstétrico e como é construído o cuidado com as mulheres no processo de parturição. Como conceito integrador serão também trabalhadas as definições de integralidade e humanização do cuidado às mulheres parturientes. Na terceira seção serão tratadas a questão da medicalização do corpo da mulher, especialmente no que diz respeito ao momento do parto.

No terceiro capítulo, que trata da luta histórica à garantia de direitos na atenção obstétrica, será apresentado um breve histórico de como foram construídas as legislações existentes no Brasil que normatizam sobre a necessidade do cuidado com a mulher e seu bebê durante todo o processo de gravidez, parto e puerpério.

No quarto capítulo apresentarei as considerações metodológicas, tais como: a natureza do estudo; as técnicas de coleta de dados; local da pesquisa; participantes da pesquisa e seu perfil, e como foram as entrevistas.

No quinto capítulo serão analisados os resultados da pesquisa segundo as entrevistas e as observações no trabalho de campo, com foco nas categorias encontradas durante as entrevistas.

No sexto capítulo trataremos das considerações finais, onde apresentaremos os aspectos mais relevantes da pesquisa.

## **2. PISTAS TEÓRICAS SOBRE O OBJETO DE PESQUISA**

Para analisar quais são os dispositivos de humanização identificados como práticas de cuidado com mulheres parturientes, foram escolhidas como categorias de análise aquelas que podem auxiliar no entendimento de como a saúde da parturiente vem sendo estruturada no ambiente hospitalar. Nesta seção discutiremos quatro eixos temáticos, que são: 1) Práticas de cuidado em saúde da mulher; 2) Cuidado e obstetrícia; 3) Saúde integral da mulher; e 4) Medicalização do corpo da mulher.

### **2.1. Práticas de cuidado em saúde da mulher**

O cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é anterior ao ato, ele surge junto às relações que se estabelecem e é avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que compartilham (BARROS; GOMES, 2011). No caso da assistência à saúde, falar de cuidado parece óbvio quando pensamos que todas as pessoas que procuram um serviço necessitam de algum tipo de cuidado. No entanto, como e que tipo de cuidado está sendo oferecido? Lovato, Ferla e Oliveira (2014) relatam que a análise do cuidado do ponto de vista conceitual reivindica uma reflexão prévia sobre o que se espera da atenção e assistência à saúde, pois em geral, quando o usuário procura um serviço de saúde, ele espera ser cuidado.

Santana et al (2010) explicitam que o cuidado é entendido como uma dimensão humana, que se dá no plano da intersubjetividade. Nesse caso existem várias formas de cuidar e de conhecimentos sobre esse cuidar. Do encontro entre profissionais de saúde e usuários implicam mudanças nas relações de poder, nesse processo dialético e dinâmico que se pode garantir práticas inovadoras em todos os espaços de atenção e cuidado à saúde, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde.

Cecílio e Merhy (2003) ressaltam que o cuidado em saúde é composto por uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa.

Merhy e Ceccim (2009) apontam que o encontro entre pacientes e profissionais de saúde nas práticas cotidianas está marcado pela presença de forças externas, antecedentes ao encontro, uma ausência de interação, onde o conhecimento técnico, protocolar, disciplinar, burocrático é superior ao encontro. Com isso tendemos a dizer que os profissionais de saúde ao entrar em contato com o usuário estão submetidos a ordenamentos que definem a sua forma de agir no cuidado.

O que se supõe que a dificuldade de interação tenha início na própria formação dos profissionais de saúde. A centralidade desta prática educacional reside na concepção mecanicista de que o contato, o conhecimento e o envolvimento com o paciente pode gerar emoções, carinhos, afeto, e isso enfraqueceria a "neutralidade" necessária para o tratamento da doença.

Dejours (2014) explica sobre a organização prescrita e a organização real do trabalho, mostrando que existe uma diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O trabalho prescrito diz respeito às prescrições, às normas, regulamentações, leis que definem a organização do trabalho. E o trabalho real é a própria prática que estabelece o contato direto entre o profissional de saúde e a usuária.

Nesse sentido, para executar um trabalho a pessoa pensa, elabora organiza a ação anteriormente em pensamento, porém ao executar percebe a diferença na prática. Isso pode explicar esse distanciamento entre profissionais de saúde e usuárias, tendo em vista que o trabalho prescrito possui uma tendência do estabelecimento de padrões lineares e sequenciados de ação que nem sempre são desenvolvidos pelos trabalhadores em si. No caso de profissionais de saúde, podem ser desenvolvidos por seus supervisores, ou seja, há uma alienação do seu saber.

Diniz et al (2016) explicitando sobre o cuidado com parturientes, nos mostram que o aparelho formador da área médica continua a reproduzir práticas instituídas há décadas, desconsiderando os conhecimentos científicos acumulados mais recentemente, e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação.

É o caso do uso fórceps<sup>11</sup>. Hotimsky (2009) relata que é utilizado tanto por professores como por estudantes. Sua realização é normatizada, em algumas faculdades,

---

<sup>11</sup> instrumento de prensão e tração é utilizado para a extração da cabeça fetal.

como elemento da assistência que se presta ao parto normal em todas as primigestas<sup>12</sup>, geralmente está no protocolo do hospital e mostra que sua indicação não está necessariamente relacionada com a saúde ou bem-estar de mãe e/ou feto. Usa-se “fórceps didático” para ensinar os estudantes, e o fórceps de alívio por indicação médica.

Diniz 2006 expõe que:

Na maioria das escolas de medicina do Brasil, os profissionais de saúde ainda aprendem o modelo intervencionista. Habilidades cirúrgicas e sofisticados exames patológicos são bastante valorizados, enquanto cuidados focados na mulher para um parto normal e a comunicação e interação com a parturiente recebem comparativamente pouca atenção (DINIZ e CHACHAN, 2006, p. 2).

Na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos “treinandos” são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes.

É comum nas narrativas de mulheres ao saírem do consultório médico reclamarem de não serem ouvidas e não terem a atenção necessária exigida, muitas vezes em momentos de fragilidades físicas e emocionais. O que mais surpreende estas mulheres é que, a princípio, esses espaços poderiam ser de elaboração de suas queixas, dores, dúvidas etc. Merhy (2007) ao refletir sobre este aspecto ressalta:

A existência de práticas de médicos, nas quais a abordagem de indivíduos é tanto uma ritualística técnica onde a relação médico-paciente é elaborada mediante um jogo de falas e escutas, como por uma relação reduzida a um processo comunicativo do tipo queixa conduta, onde a fala é mínima, servindo somente como revelação oral da sintomatologia que será alvo de uma intervenção via procedimentos curativos ou exploratórios imediatos (MERHY, 2007, p. 2).

Esse tipo de assistência revela o quanto a relação profissional de saúde-usuário está verticalizada, entre o ser que vai buscar alívio para o seu sofrimento e o detentor de conhecimento que vai “resolver o seu problema” usando de seus conhecimentos técnicos para cuidar da enfermidade, porém não dando voz às especificidades de cada pessoa.

Estas práticas inadequadas de atenção em saúde não se limitam apenas ao profissional médico. Cecílio e Merhy (2003) explanam que o cuidado nas organizações

---

<sup>12</sup> Primigesta (Primigrávida) descreve a mulher que se encontra grávida pela primeira vez (RICCI, 2008); Primípara: Mulher que deu à luz apenas uma vez a feto (com 20 semanas ou mais) vivo ou morto. (RICCI, 2008).



de saúde em geral é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, desde a recepção, limpeza até equipe de enfermagem e médicos. Porém, mecanismos instituídos de dominação, de uma relação assimétrica mascaram a necessária colaboração que deve existir entre profissionais como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça.

Nas observações de Merhy e Franco (2013) têm-se concluído que para além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, lugar de tecnologias mais estruturadas, há outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado, pois o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do trabalho vivo em ato, ou seja, no momento que está sendo produzido.

Ainda nessa linha<sup>13</sup>, estes dois autores dizem que essas relações de trabalho podem ser burocráticas, onde o saber médico é produtor de procedimentos. E outra, onde as relações de trabalho são estabelecidas pelo trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde, que são chamadas de tecnologias leves. As tecnologias inscritas nos instrumentos são chamadas de duras, e por fim as tecnologias leves-duras, que são representadas pelo conhecimento técnico, onde encontramos uma parte dura (saber estruturado), e outra leve (diz respeito ao modo singular que o profissional usa para produzir o cuidado).

Merhy e Ceccim (2009) acrescentam que o profissional de saúde, ao atuar no cotidiano dos serviços junto ao usuário, está submetido a ordenamentos que definem de forma imperativa suas maneiras de agir no cuidado. Isso explica a falta de atendimento adequado de certos profissionais, que nesse cotidiano privilegiam situações protocolares, burocráticas, e deixam de lado a pessoa que está necessitando de atendimento. Porém, vemos que existem profissionais, muitas vezes da mesma categoria, que têm formas diferentes de agir na produção do cuidado.

Nesta perspectiva das diferentes práticas em saúde, Junqueira (2005) relata que o cuidado diz respeito, entre outros fatores, em uma relação usuário/profissional de saúde preocupada em incluir e escutar a subjetividade do usuário, além é claro, de ser aliada

---

<sup>13</sup> Deleuze (2002) relata que o encontro de dois corpos, ou de ideias tanto acontece, que as duas relações se compõe para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe o outro e destrói a coesão das suas partes, eis o que é prodigioso tanto no corpo como no espírito: esses conjuntos de partes vivas que se compõem e decompõem segundo leis complexas.

ao atendimento das necessidades amplas de tecnologia. Aliar as necessidades do usuário às tecnologias de cuidado é o grande desafio na assistência à saúde.

Aires (2009) conceitua o cuidado como:

Um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AIRES, 2009, p. 42).

Nesse sentido, o autor dá ênfase ao encontro entre dois ou mais indivíduos, e ao objetivo deste encontro, que no caso do cuidado terá sempre o propósito de aliviar sofrimento ou alcançar um bem-estar físico ou emocional. Porém, hoje o cuidado em saúde é embasado pela racionalidade científica, no qual segundo Luz (1988) não se caracteriza pelos ideais contemplativos de compreensão do ser, e sim pela praticidade, transformação da realidade, intervenção e classificação.

Atualmente, persiste uma cultura de tecnificação dos cuidados em saúde, representada pela centralidade dos hospitais no imaginário de cuidados da população (LOVATO, FERLA E OLIVEIRA, 2014). A valorização da figura do médico como a maior autoridade sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento do paciente também são aspectos presentes neste imaginário social. Esta autoridade é por assim dizer, a fonte do poder médico. Entretanto, é importante frisar que essa autoridade médica é também exercida por outros profissionais, em diferentes níveis, envolvida nas práticas de saúde (AGUIAR, 2010).

## **2.2 - Cuidado e obstetrícia**

Davis-Floyd (1992), esclarece que o modelo tecnocrático, inspirado no método cartesiano, separa mente-corpo e considera o corpo como máquina. O paradigma tecnocrático em medicina se baseia no conceito de separação. Segundo este princípio, a matéria pode ser mais bem entendida se extraída de seu contexto, separada dos objetos e das relações que a rodeiam. Assim, a medicina divide os sujeitos em partes e separa a experiência do nascimento do fluxo maior da vida. Mecanizando o corpo humano e definindo-o como máquina objeto dos cuidados médicos. A padronização do atendimento é dramaticamente evidente nos mais modernos hospitais, onde a grande maioria dos procedimentos rotineiros são desprovidos de validade científica.

Para Davis-Floyd (2002) a assistência ao parto é rodeada por um ritual com a encenação padronizada, repetitiva, simbólica e transformativa de uma crença ou valor cultural, com o objetivo de alinhar o sistema de crença do indivíduo (no caso, da mulher) com o da sociedade. Nesse sentido a autora conclui que os valores e crenças dos norte-americanos sobre o parto é de tentar retirar seu simbolismo, sua matriz cognitiva, o padrão repetitivo, a desestruturação e estabilização cognitiva, e passar a controlar com outro tipo de rituais, por procedimentos como: o uso de uma roupa padrão, permanência no leito, jejum e restrição a água, o uso da ocitocina, puxos dirigidos, entre outros (DINIS, 2002).

Para Davis-Floyd (2002) os procedimentos obstétricos tenderiam a permanecer, independentemente de sua efetividade, de sua segurança ou do sofrimento que provocam, por serem “respostas rituais racionais para o medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência”.

Lovato, Ferla e Oliveira (2014) comentam que mudanças importantes na assistência à saúde são necessárias para um cuidado mais efetivo, superando o modelo biomédico com ampliação da integralidade da atenção oferecida para a população. Essas mudanças devem passar pelo reconhecimento dos direitos dos usuários e profissionais de saúde, entre outras iniciativas que se podem se estruturar como dispositivos de humanização.

Com a promulgação da Constituição de 1988, ganhou-se mais um elemento para a efetivação do cuidado em saúde - a integralidade. Segundo Souto (2008) a integralidade faz parte do conceito ampliado de saúde definido na Constituição Federal, sendo resultante de determinantes e condicionantes de natureza econômica, política e social, e encontra-se explicitado na Lei 8.080/90 como um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Na cartilha SUS de A ao Z, a integralidade foi definida como:

Segundo Mattos (2006) a integralidade, como toda *imagem objetivo*<sup>14</sup>, é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Ela traz consigo um grande número de

---

<sup>14</sup> A noção de *imagem objetivo* tem sido usada na área de planejamento para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns autores na arena política consideram desejável. Diferencia-se da utopia por alguns atores que a sustentam considerar que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido (DE MATTOS, 2006).

possibilidade de realidades futuras a serem criadas. Portanto, o termo integralidade não tem um conceito único e estático, ele vai se construindo na prática dos serviços de saúde, no encontro com os usuários.

Silva e Sena (2007) relatam que na atenção básica, a integralidade constitui-se no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre o usuário e os profissionais, incluindo a enfermagem.

Para Pinheiro (SD) a 'integralidade' está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico (profissional de saúde) busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A 'integralidade' está presente também na preocupação deste profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

Nesta lógica, a integralidade garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009).

Ferla (2009) afirma que a integralidade implica na inserção do indivíduo a uma rede de serviço capaz de responder às necessidades, e que minimamente seja capaz de oferecer ações de promoção e proteção da saúde, integradas às ações assistenciais necessárias a demanda de cada indivíduo. A perspectiva da integralidade em saúde rompe com a noção de tratamento apenas da doença a partir de uma abordagem curativa.

A integralidade considera a pessoa em sua singularidade, e ao ser inserido em uma rede de serviços espera-se um acompanhamento mais amplo desde a promoção à saúde até a reabilitação, sem que um exclua o outro. Ou seja, uma pessoa pode estar sendo acompanhada por ser portadora de HIV, e continua recebendo acompanhamento na prevenção de outros agravos como a diabetes.

Mattos (2004) identificou pelo menos três sentidos da integralidade. O primeiro diz respeito a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, que envolvam desde a prevenção até a assistência, sem prejuízo a nenhuma delas, articulando ações preventivas com as assistenciais, dentro da política de saúde. O segundo é relativo aos aspectos da organização dos serviços de saúde de forma descentralizada e horizontalizada, onde a atenção básica seja fortalecida,

em detrimento ao modelo hegemônico de atenção hospitalar. E por fim, o terceiro está voltado para atributos das práticas de saúde propriamente ditas.

Concordando com Pedrosa (2005), a saúde deve ser compreendida como o resultado do processo e das relações sociais que garantem maior ou menor qualidade de vida para uma população. Não pode, portanto, ser encarada como a ausência de doenças. Desta maneira, entende-se aqui como práticas de cuidado, a ação que visa um cuidado baseado em tecnologias avançadas, combinado com uma organização dos serviços, não só local, mas como redes de serviços, e uma ação que considere o encontro entre profissional e usuária, em uma relação horizontal, de autonomia da usuária, respeito e confiança, e com bases em evidências científicas, centrando o cuidado nessa relação e nas necessidades da usuária.

Contudo Cecílio destaca que:

é necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços (2001, p. 5).

Nesse caso, o autor nos mostra que não teremos essa integralidade plena, justamente porque é necessário um esforço coletivo e solidário, em cada atendimento, cada profissional deve estar compromissado com a maior integralidade possível, sempre. Porém, como humano, em algum momento esse profissional também pode não estar bem, e não usar de toda essa integralidade.

Portanto, o cuidado sem a integralidade, não produzirá o encontro necessário para práticas de cuidado, e passa a contribuir assim com a tecnificação da vida, do cuidar pelo cuidar, e não do cuidado centrado nas necessidades apresentadas no encontro entre usuária-trabalhador.

Mesmo quando o profissional de saúde é atualizado dos conhecimentos tecnológicos mais avançados, não deve deixar de cuidar da usuária de forma particular, pois aí que aparece a singularidade do cuidado, e a sinergia intersubjetiva entre usuárias-trabalhadores de saúde.

### 2.3 – A humanização do cuidado em saúde da mulher

A qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional de saúde é entendido por humanização, de acordo com Deslandes (2004). Esta autora, em sua análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, diz que o termo "humanização" tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde.

Vários autores se complementam na construção do conceito de humanização da saúde. Lacaz e Sato (2006) relatam a humanização como a busca contínua do conforto físico, psíquico e mental diante das necessidades dos pacientes, de suas famílias, da própria equipe de saúde que os assiste, em conformidade com as relações que se estabelecem. Os mesmos autores comentam que particularidades do ambiente de trabalho também influenciam neste cuidado, como a ambiência, equipamentos, e organização dos serviços.

A humanização das práticas de saúde, neste caso, é um termo utilizado desde a década de 1960 com as lutas dos movimentos feministas em torno da saúde da mulher, mas foi com o processo de criação do SUS, nos anos 1970 e 1980 que o termo ganhou expressão (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.2).

A Política Nacional de Humanização (PNH) destaca que, a humanização é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Por outro lado, Benevides e Passos (2005) explicam que quando a humanização é expressa em ações fragmentadas, com imprecisão e fragilidade do termo, é ligada ao voluntarismo, paternalismos, até mesmo a um tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Assim como, a burocratização dos serviços, a fragmentação e descontinuidade destes serviços acabam produzindo práticas desumanizadas e trazem prejuízos e sofrimentos.

Campos (2005) conclui que as relações sociais são desumanas na medida em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. O autor explica que a humanização seria então:

Uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivização científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração. A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso (CAMPOS, 2005, p. 3).

Percebe-se então, que o conceito de humanização não pode ser tratado como um conceito estático, como somente um conjunto de procedimentos e técnicas. Para isso Benevides e Passos (2005) chamaram de conceito sintoma, ou seja, a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. A humanização vista como segmentada por áreas, como se apenas algumas tivessem que ser mais humanizada – por exemplo - a saúde da mulher, da criança ou do idoso. Identificadas por certas profissões, como psicologia, terapia ocupacional, ou caracterizada por gênero e orientados pelo mercado que visa o foco no bem-estar do cliente/paciente. Porém, precisamos entender que a humanização deve ser um conceito mais amplo, para todas as áreas, profissões ou público, enquanto for tratada por seguimentos a política terá dificuldades em avançar para um atendimento mais eficaz.

Neste sentido, os autores referidos dizem que é preciso rever sempre este conceito instituído de idealização do ser humano, partindo para o concreto e para as experiências do SUS que dão certo. Passando também pela mudança de construção das políticas públicas de saúde, marcado pelo “especialismo”, levando a uma certa confusão em relação a especificidade de área. É o caso da saúde da criança, idoso e saúde da mulher, no caso deste trabalho, humanização do parto.

No que tange a humanização da assistência ao parto, Diniz (2005) entende como uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano, ou seja, ouvir o que de fato a pessoa necessita, dar a outra a possibilidade de escolha sobre seu tratamento.

Na mesma linha, Carneiro (2015) entende parto humanizado como o parto com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis ou, então, o que respeita o

tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com o consentimento para todo e qualquer procedimento informado.

Seibert et al (2005) relatam que a humanização do parto viria como uma forma de garantir uma assistência baseada em evidências científicas<sup>15</sup> e na segurança, e não na conveniência de instituições ou profissionais. Diz também que a técnica não pode ser mais importante do que as pessoas envolvidas, e que o parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico natural feminino.

Maia (2010) com base em vários autores, explica que o conceito de humanização do parto é amplo e polissêmico, envolvendo os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, oferecendo procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias e que sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal.

Neste trabalho, usaremos o conceito de humanização do parto elaborado por Seibert et al (2005) ao dizer que:

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera expectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e conseqüentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê (SEIBERT et al, 2005, p. 249).

Portanto, o retorno do poder à mulher, sendo protagonista de seu processo de gestação, parto e puerpério, tendo autonomia e poder de escolha, assim como, sendo amparada por uma rede familiar de sua escolha, fortalecendo vínculos, aliada a uma equipe de saúde respeitosa e proporcionando um ambiente acolhedor para a recepção ao recém-nascido é essencial.

---

<sup>15</sup> A Medicina Baseada em Evidências –MBE é um movimento internacional criado na década de 1980, que nasceu do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e eficácia dos procedimentos utilizados, e sim por pesquisas muitas vezes tendenciosas. Com isso foi organizado uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico “menos tendencioso” a respeito de cada procedimento médico, por especialidade. Foram dezenas de pesquisadores e profissionais para avaliar a qualidade das pesquisas em suas áreas, dando prioridade às pesquisas que apresentavam menos vieses (Diniz e Duarte, 2004)



## 2.4. Medicalização do corpo da mulher

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para se referir a crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina (GAUDENZI E ORTEGA, 2012) e tem sido estudado em diferentes campos de conhecimento: saúde coletiva, antropologia médica, sociologia da saúde e dentre as diversas áreas que compõem as ciências humanas e sociais (ZORZANELLI et al, 2014). Figueira e Caliman (2014) relatam que a ideia de que problemas cotidianos podem ser diagnosticados e tratados pela medicina é uma tendência antiga e ao mesmo tempo cada vez mais comum na atualidade.

Essa ideia fez com que os comportamentos, e conseqüentemente seu tratamento, obedecessem normas, tornando-se cada vez mais padronizado, como nos diz Gaudenzi e Ortega (2012).

Os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricão de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos (2012, p.2)

Ivan Illich, considerado um dos primeiros autores a se dedicar à crítica às práticas generalizadas de medicalização na sociedade, aponta como ferrenhas as conseqüências dessas práticas para o controle político da vida:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra *saúde*; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano (IVAN ILLICH, 1975, p. 6).

Contudo, esse controle do corpo e dos comportamentos não ficou restrito aos saberes médicos e tecnobiológicos. Há com o desenvolvimento de outras tecnologias uma crescente cultura do corpo, produção de corpos e performances por meio de academias, suplementos alimentares, mídias em geral disseminando modelos de beleza, modos de ser na atualidade, exacerbados por uma indústria de “auto-cuidado” (NOGUEIRA, 2003).

Desse modo, podemos falar que a medicalização não é um conceito em si, mas deve ser evidenciada as condições, os alvos, e os elementos dos quais trata, conferindo

as especificidades de seu emprego. Nesse sentido, Zorzanelli et al (2014) destacam a medicalização como pertencente a processos irregulares, variáveis, não auto-excludentes, desiguais e que nomeia determinados grupos sociais como referências para abordagens e manejos.

Esses autores escrevem um importante panorama dos usos do termo medicalização compreendidos no espaço temporal entre os anos de 1950 a 2010, a fim de levantar o debate sobre o emprego desse termo que em muitos casos quando é usado de forma indiscriminada acaba esvaziando a importância conceitual que o mesmo poderia ter. Assim, para estes, existem determinados momentos históricos que delimitam o aparecimento desse termo. Citam como exemplo o emprego dado por Michel Foucault ao trabalhar as biopolíticas de Estado do contexto europeu no final do século XVIII e início do XIX, em que os saberes médicos são utilizados para a organização de um Estado-Nação (controle das doenças, registros, práticas de salubridade, etc.).

Em um segundo momento, Foucault (2011) situa que no período do pós-Segunda Guerra é quase impossível descrever as experiências com o corpo humano, sem a vigilância do saber médico. Essas experiências vão se ampliando para fora do escopo médico, o que ele designa como “medicalização indefinida”, que passa a se ocupar não apenas das doenças, mas dos estados de saúde e bem-estar, produzindo funções normatizantes para as definições do que é normal ou anormal.

Outro momento importante do emprego desse termo é destacado nos estudos sobre a apropriação e invenção de comportamentos desviantes pelos saberes médicos. Toma-se como foco os debates da psiquiatria ocorridos nos anos de 1950 a 1960 dos quais os autores citam os trabalhos desenvolvidos por Barbara Wootton [1897-1988]; Thomas Szasz [1920-2012] na produção social da doença mental.

No âmbito da sociologia, na década de 1970, são citadas as contribuições de Eliot Freidson [1923-2005], Irving Zola [1935-1994] e Ivan Illich [1926-2002]. Os dois primeiros vão sublinhar a apropriação de algumas categorias como o crime, a pobreza e a loucura para o campo das doenças e da substituição do julgamento moral para a ordem da verdade que institui um novo tipo de regulação social. Ivan Illich, nesse contexto, chama atenção para o alargamento dos limites dos saberes médicos, que para este autor estariam funcionando como formas de aprisionamento dos sujeitos tirando-lhes sua capacidade de autonomia diante dos processos de saúde. Essas ideias são revisitadas pelo autor vinte anos depois, reavaliando que não somente a medicina exercia esse

poder sobre as pessoas, mas havia um compartilhamento entre outros agentes quanto a esse poder sobre objetivar as pessoas.

Na contemporaneidade, o debate sobre os sentidos do termo medicalização tem se tornado profícuo. Um destes gira em torno da questão colocada pelas análises desenvolvidas nos anos de 1970 que passavam uma visão muito passiva das pessoas frente às relações de poder engendradas pelos processos de medicalização (ZORZANELLI et al, 2014).

Assim, inclusive outros termos são sugeridos para dar conta das especificidades que temos nessas relações entre os saberes e os efeitos produzidos por estes na sociedade e a forma como são apropriadas por esta também. Logo, não é só a medicina que “impõe” seus saberes, mas outros agentes têm se destacado nas diversas áreas do conhecimento (psicologias, educação física, pedagogias, nutricionistas etc.; associações de pais) advogando as demandas de saúde e de cuidados com o corpo e o bem-estar (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

Tendo em vista essa observação é que queremos pontuar a assertiva de que o uso do termo medicalização neste trabalho toma como parâmetros de análise o uso de práticas e saberes médicos no desenvolvimento de dispositivos que elegeram o corpo da mulher como alvo.

Farias e Silveira (2000) relatam que o corpo feminino foi historicamente um território ocupado e que os invasores foram os representantes da cultura patriarcal. Um corpo exposto para estudos, e procedimentos para aprendizagem. Sobre isso, Rotania relata:

O corpo feminino foi observado, comparado, inferiorizado pela sua natureza em si, representado pela exaltação ou execração, medido, quantificado, transformado em objeto de experiência, seccionado, enfim, conhecido, manipulado e domesticado (ROTANIA, 2000, p. 15)

Com tantos conhecimentos sobre o funcionamento do corpo feminino, foram traçadas várias formas de controlá-lo, é o que Rotania (2000) fala ainda do ciclo tecnológico reprodutivo, que seria a contracepção medicalizada, o parto cirúrgico, a esterilização e a reprodução assistida, esta última ao mesmo tempo que pode ser um dispositivo de humanização por se tratar de uma forma de tornar viável uma gravidez, é uma intervenção do homem no processo natural, que nem sempre dá certo e pode trazer diversas consequências para as mulheres.

Pode-se acrescentar outros eventos, como a medicalização excessiva como procedimento médico corriqueiro de administração da vida das mulheres: a supressão da menstruação em mulheres saudáveis através da utilização de procedimentos químicos cirúrgicos, as histerectomias (retirada do útero) e ooforectomias (remoção dos ovários) desnecessárias, os partos cirúrgicos que se instalam como padrão moderno de parir e nascer, a terapia de reposição hormonal, até esterilização com a retirada de órgãos.

Esse ciclo tecnológico tornou a saúde da mulher cada vez mais controlada. A contracepção por medicamentos garante à mulher escolher o momento de engravidar, porém nem sempre é seguro, tanto da mulher não engravidar, como de engravidar no momento que deseja. Algumas fazem cálculos para engravidar e ter seu filho em um momento oportuno do trabalho, para que tenha um maior tempo com o filho. Outras, organizam suas datas para que o bebê nasça no dia do aniversário de alguém especial, como o pai do bebê. Essas possibilidades reforçam a ideia de controle do natural.

A cirurgia cesariana garante que o desejo em escolher a data exata do nascimento do bebê seja atendido. Segundo Maia (2010) existe a crença que a cesárea é o método mais seguro por se ter mais controle. A equipe sabe exatamente o que vai acontecer, como um ritual. Checa-se os exames, marca-se o dia, hora e local, define-se quem vai entrar com a mulher, e na sala de cirurgia a equipe tem o controle da situação.

Tem-se também a definição de quantos filhos deseja, e para isso a medicina apresenta uma proposta de ligação ou retirada das trompas de falópio (laqueadura). Porém, Dias et al. (1998) explica que a laqueadura pode causar várias alterações na saúde da mulher. Já se fala na existência de uma síndrome pós-laqueadura, Dias (1998) relata que essa síndrome seria então a desarmonia do ciclo menstrual (metrorragia, sangramento intermenstrual, “spotting” e amenorreia), algia pélvica, dismenorreia, dispareunia, tensão pré-menstrual e manifestações psicológicas.

Aguiar (2010) diz que na mulher esta extensão se dá sobre todos os seus ciclos vitais – menstruação, gravidez, parto e menopausa - que passam a ser objetos de intervenção da medicina, numa produção de ideias que vê o corpo feminino como essencialmente contaminado e patológico, a fim de justificar condutas medicamentosas adotadas. Aplicada ao parto, a medicalização revela de forma geral como a própria sociedade e a medicina em particular encaram a mulher.

Segundo Seibert et al. (2005) o cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações tecnológicas através dos tempos, decorrentes da

medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina.

Diversos autores como Serruya (2003), Nagahama e Santiago (2005), Maia (2010), Vianna (2014), traçam um histórico sobre a assistência ao parto no Brasil, onde estar grávida e parir eram acontecimentos da esfera privada, um evento feminino, assistido e apoiado por mulheres em espaços reservados.

Nagahama e Santiago (2005) relatam que por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade.

Maia (2010) relata que em um pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas.

Vianna (2014) reflete que no Brasil, até o começo do século XIX, os médicos só atendiam as mulheres quando haviam casos extremamente graves ou quando a mulher e a criança corriam risco de morte. Isso mostra como a assistência ao parto no Brasil foi modificando e se institucionalizando. O parto deixou de ser atendido em casa com a parteira, e foi para o hospital com o médico. E saiu de uma relação de protagonismo da mulher, para a de passividade – agora a paciente.

### 3. DA LUTA À GARANTIA DE DIREITOS NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Nesta sessão apresentaremos as legislações já existentes no Brasil, que reforçam a necessidade de cuidados com a saúde de mulheres parturientes durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Pedrosa (2005) explicita que a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida do ser humano, incluindo o meio ambiente em que se vive, as possibilidades de lazer, o acesso à alimentação, a renda e as condições de trabalho e moradia. Para a mulher, outras questões também deveriam ser consideradas para a garantia de qualidade em saúde – como exemplo, podemos citar a relação desigual de trabalho, por sua dupla jornada, pois a mulher, além do trabalho formal, na maioria das vezes se responsabiliza também pelos trabalhos domésticos e cuidado com os filhos. Outro fato é o caso das mulheres viverem mais do que os homens, o que se entende que por isso as mulheres adoçam mais.

No Brasil, as proposições políticas voltadas para a saúde da mulher centralizavam-se em sua vida reprodutiva, especialmente na atenção à gestante ao parto e puerpério. Proposições seriamente criticadas pelos movimentos feministas por reduzirem os cuidados à saúde das mulheres apenas em seu ciclo gravídico puerperal.

Mesmo com tanta atenção para a saúde reprodutiva, a saúde da mulher na segunda metade do século XX indicava números assustadores de morte materna e de intervenções desnecessárias durante o parto. As mulheres viviam o parto de forma consciente, imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, medicalizada para que o funcionamento do útero fosse acelerado ou reduzido, e assistidas por pessoas desconhecidas (DINIZ, 2005).

Nos anos 1980, as condições políticas sociais brasileiras possibilitaram a incorporação nas formulações governamentais de necessidade de saúde do grupo para além das relacionadas à reprodução (MANDÚ et al, 1999, p. 1). O movimento feminista passou a reivindicar um olhar para a saúde da mulher para além da saúde reprodutiva, mas para a saúde integral, como nos mostra Pedrosa (2005).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir, na agenda política, questões até então deixadas em segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço das relações privadas. Naquele momento, tratava-se de denunciar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os gêneros: os problemas associados à sexualidade, à reprodução, à anticoncepção e às doenças sexualmente transmissíveis, além

da sobrecarga de trabalho, incluindo as responsabilidades com o trabalho doméstico e a criação dos filhos (PEDROSA, 2005, p. 4).

Com essa forte pressão do movimento de mulheres, foi então que em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas.

É difícil discorrer sobre a saúde de mulheres parturientes, sem citar o PAISM, a primeira política a tratar de cuidado integral com mulheres. O movimento que instigou a criação deste programa foi de primordial importância na política de saúde da mulher, como afirma Cruz (2015):

A movimentação política que propiciou a formulação e aprovação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher é reconhecidamente um movimento importante na qualificação das ações de saúde no Brasil, na democratização do acesso a serviços em direção a alterações de concepção de modelos hospitalocêntricos e medicalocêntricos e tecnicistas, tratados anteriormente, para modelos de cuidado integral, tendo a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde como as condutoras das ações de saúde e levando em consideração as condições socioambientais, de melhoria da qualidade de vida, incluindo educação, transporte, moradia e o ambiente político favorável a alterações na gestão de políticas de saúde (CRUZ, 2015, p. 102).

O movimento conseguiu pensar em uma proposta de política de saúde da mulher mais abrangente, qualificando a assistência para um modelo de cuidado integral nos vários níveis de atendimento incluindo as questões sociais como a moradia, transporte, lazer, entre outros.

Esse novo olhar da política foi fundamental na proposição de uma saúde da mulher de mais informação e autonomia. Preocupados em reduzir a morte materna e perinatal, em 1999 o Governo brasileiro criou os Centros de Partos Normais – CPN - pela portaria 985/1999. Esta, considera que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem a humanização na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis. Os CPN's são unidades de saúde que garantem atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias<sup>16</sup>. Devem ser integrados à Rede de saúde local, estando ligados principalmente às Unidade de Saúde da Família, por ser o local em que as gestantes são

---

<sup>16</sup> Distocia fetal é a ocorrência de anormalidades de tamanho ou posição fetal, resultando em dificuldades no parto. Partos mais difíceis, provavelmente com complicações.

acompanhadas no pré-natal. Podem atuar dentro de um estabelecimento de saúde hospitalar ou separadamente, desde que tenha estrutura adequada (BRASIL, 1999, p. 1).

Nos CPN's a assistência é feita por enfermeiras obstetras (enfermeiras-parteiras), a exemplo do modelo europeu e japonês de assistência. Diniz (2005) diz que essa perspectiva envolve disputas corporativas e de recursos, e é um campo de intenso conflito, pois os médicos sentem seu espaço expropriado, não aceitando a ideia de um centro de saúde sem a presença deste profissional. Porém, esta medida faz parte de medidas normalizadas pelo Ministério da Saúde, visando promover a humanização da assistência ao parto, pois as enfermeiras o veem como processo fisiológico a ser realizado com pouca ou nenhuma intervenção, considerando o estado emocional da mulher e seu bem-estar. A própria forma de nomear o parto tem diferença entre os profissionais médicos e enfermeiras: o médico “faz” ou conduz o parto, enquanto a enfermeira “assiste” (MAIA, 2010, p. 71).

O inquérito “Nascer no Brasil” (2014) mostrou que apenas 15% dos partos no Brasil são assistidos por enfermeiras obstetras ou obstetras, com mais frequência em regiões mais pobres, e que há ausência do médico.

Em oposição a criação de CPN, as cirurgias cesarianas foram crescendo cada vez mais. O Ministério da Saúde percebendo esse grande aumento, lançou a Portaria N° 466/2000, estabelecendo limites de cesarianas em relação ao número total de partos realizados por hospital, nos estados e Distrito Federal e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado (BRASIL, 2000).

O grande número de cirurgias cesarianas 52%, enquanto que o recomendado pela OMS é até 15%, mostra a adoção da cirurgia como principal via de parto no Brasil em casos que não seriam indicadas clinicamente, ou seja, desnecessárias. Esse aumento implica em diversos fatores que funcionam em efeito cascata, ou seja, como uma cadeia de eventos, que um é causa do efeito do outro. São exemplos desse efeito: a maior incidência de prematuridade de neonatos, que resulta no aumento do uso e permanência de UTI neonatal, dificuldades na amamentação na primeira hora de vida, impactando negativamente no estabelecimento de vínculo entre mãe e filho e prejudicando o processo natural de amamentação e nutrição adequada do bebê (SOUSA, 2015).



Essa autora explica ainda que para a mulher a cesariana implica também no aumento de risco de morte pelas consequências do próprio procedimento cirúrgico, além do maior risco de hemorragias, histerectomias (retirada do útero) e infecções (SOUSA, 2015). Sobre essa questão Patah e Malik (2011) explicam:

A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. Essa intervenção não é isenta de risco, a despeito das melhorias na segurança dessa operação. Antes só realizada em mulheres mortas para salvar a vida do feto, a cesariana passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade (PATAH; MALIK, 2011, p. 2).

Sendo assim, a cirurgia cesariana não deveria ser a principal via de nascimento no país, e sim uma importante alternativa para partos complicados, já considerados de risco e com necessidade de uma tecnologia que garanta a segurança para mãe e bebê nestes casos.

Porém, segundo o próprio Ministério da Saúde (2015), no Brasil as mulheres passaram a ter duas alternativas: um parto vaginal cheio de intervenções desnecessárias e violentas, ou uma cirurgia de grande porte de extração do feto, que desde 2009 predomina como a forma de nascer do brasileiro, que quando bem indicada salva vidas, e era esse para ser o seu papel, e não uma substituição ao parto normal.

Dessa forma, foram aumentando as iniciativas que inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzido pelo Ministério da Saúde, como o lançamento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), Portaria 569/2000, com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Serruya (2003) em sua tese de doutorado fez uma avaliação do PHPN, e observou dois pontos de estrangulamento no programa, a realização de exames laboratoriais e a consulta puerperal, isso porque poucas mulheres cadastradas tiveram o cumprimento integral desses critérios, a maioria teve uma assistência desarticulada e parcial. O que, segundo a autora, sinalizam para a necessidade de rever os mecanismos atuais e propor novas medidas, além das necessárias mudanças baseadas em novas evidências.

Porém, Diniz (2005) ressalta que talvez pela ênfase em garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas e exames, imunizações, etc.) e seu registro,

o programa não incorporou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização, sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados, apresentando ainda, técnicas desumanizadas e sem base na evidência científica, sendo basicamente um instrumento de gestão, o que reforça a ideia de um modelo tecnocrático de atendimento onde modelos protocolares, número de procedimentos são mais importantes do que a forma de atendimento e a relação estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher.

Para Boaretto (2003) esse Programa foi bem difundido, porém sua agenda foi parcial, pois alguns procedimentos estão mais consolidados do que outros. Serruya (2003) confirma explicando que:

Muitos itens foram parcialmente implantados: o estímulo a posições não supinas (75%), a realização de anestesia peridural em partos normais (75%), o controle de intervenção obstétrica (70%) e avaliação da satisfação das usuárias (55%). O trabalho do profissional de enfermagem na assistência ao parto foi relatado por apenas 25% dos dirigentes. Também o acesso de acompanhantes é restrito, salvo para gestantes adolescentes, e a própria visitação, salvo quando feita pelo pai, sofre restrições importantes em diversos estabelecimentos (SERRUYA, 2003, p. 99).

Assim, alguns itens considerados importantes para a humanização do parto, como a presença de um acompanhante e a avaliação da satisfação das usuárias, mostraram-se ainda deficientes. Boaretto (2003) em sua dissertação de mestrado identificou na avaliação dos protocolos de rotina com as puérperas que quando se refere a itens que envolvem atividades de suporte social e emocional, os resultados são desfavoráveis:

No geral, as mulheres receberam poucas informações e orientações em todo o processo de gestação e parto por parte dos serviços de saúde. A participação em grupos educativos no pré-natal foi baixa (24,3), a orientação da maternidade a partir dos serviços de pré-natal também foi pequena (43,5%), as informações e explicações sobre o parto, exames, medicamentos e procedimentos na maternidade, bem como o suporte emocional no parto, foram aquém do recomendado (BOARETTO, 2003, p. 107).

Outro ponto importante que a autora nos mostrou, bem frequente em sua pesquisa, foi sobre a quantidade de procedimentos mais invasivos, como a cateterização venosa (58,1%), a amniotomia (47,4%), a episiotomia (73,3) e a cesárea (33,9%).

Esse modelo de assistência ainda apresentava altas taxas de mortalidade materna no início dos anos 2000, revelando um desafio para os serviços de saúde e para a

sociedade como um todo, configurando como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública. Foi neste contexto que no ano de 2004, o Ministério da saúde propôs a adoção de um Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

Este pacto apresenta as principais causas de morte materna e propõem ações estratégicas para redução dessas mortes. Entre essas ações, destacamos a garantia de acolhimento nos serviços, mesmo que estes não tenham condições de receber a situação, a gestante deverá ser assistida até que seja garantido transporte seguro e transferência para outras unidades de maior complexidade capazes de atender suas necessidades (BRASIL, 2004).

Destacamos também, a garantia de ampliação de serviços de atenção ao abortamento, assegurando um atendimento humanizado a mulheres, uma vez que o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna e tema pouco discutido por sua complexidade. No Brasil, estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortamentos inseguros ao ano. O artigo 128 do código Penal de 1940 prevê o abortamento legalizado para gestações resultantes de estupro e para o caso de risco de morte para a mulher (BRASIL, 2011), além disso, o ministro do Superior Tribunal Federal (STF), Marco Aurélio Mello, colocou os casos de anencefalia entre as exceções à lei que tipifica o aborto como um crime.

Porém, a condição para se cumprir esse direito ainda é de difícil acesso, como explica o trecho abaixo:

Por lei, todo hospital público que tiver um serviço de obstetrícia é obrigado a oferecer o procedimento de interrupção da gravidez nos casos legais. Em casos de estupro, nenhuma documentação é exigida, mas em outros, como anencefalia do feto, são necessários dois laudos de médicos diferentes comprovando a condição. Com os documentos em mãos, toda mulher tem direito ao aborto. O problema é que, na prática, são poucos os hospitais que realizam o aborto legal. E são muitas as mulheres que saem mal informadas sobre seus direitos. No Brasil, não há um protocolo de informações para a paciente quando procura pelo aborto legal. O resultado é que o SUS acaba fazendo um número muito menor de abortos do que de atendimentos pós-aborto (PREVIDELLI, 2016).

Dessa forma, percebemos que mesmo sendo garantido em lei, a prática do aborto legal é dificultada pelos serviços de saúde, e muitas mulheres não o fazem ou fazem de forma clandestinas e acabam morrendo por complicações na saúde.

Outra ação estratégica proposta por esse pacto foi a garantia de um acompanhante antes, durante e depois do parto, de escolha da mulher, que no ano seguinte tornou-se Lei.

Desde o início dos anos 2000, passou a ser construída uma nova política de saúde da mulher onde se destacou a importância da participação popular por meio da parceria com os movimentos de mulheres, o movimento negro e de trabalhadoras rurais. Também a articulação com sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área e organizações não governamentais (CRUZ, 2014).

Foi nesse clima que em 2004 foi lançado pelo Ministério da saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Nesta política é possível, então, verificar a evolução na atenção integral à saúde da mulher com o reconhecimento da diversidade entre as mulheres e novas compreensões sobre os motivos de morte e adoecimento das mulheres como a violência sexual e doméstica (CRUZ, 2014).

No documento da política, encontramos o seguinte conceito de atenção integral à saúde da mulher:

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (BRASIL, 2004, p.64).

Esse trecho nos mostra a amplitude que a política buscou, envolvendo os vários níveis de assistência – promoção, proteção, assistência e recuperação – da atenção básica até a alta complexidade, em todas as fases da vida da mulher e em diversos contextos sociais.

A PNAISM tem como objetivo geral:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004, p. 67).

Esta política mostra então o interesse em construir uma assistência diferenciada à saúde da mulher, envolvendo desde aspectos sociais a um atendimento integral e humanizado, assim como, contribuir para redução da mortalidade feminina, que

segundo o documentos da PNAISM tem como sua principal causa as doenças do aparelho respiratório (28,8%) e 6,3% por complicações na gravidez, parto e do puerpério.

Ainda em 2004, buscando pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, o Governo Federal através do Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde – PNH com a proposta de não ser apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, com normativas próprias a serem cumpridas, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. A PNH tem como diretriz a) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; b) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; c) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; d) atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004).

Essa política de humanização da saúde, que é geral, passa a ratificar as políticas já existentes de saúde da mulher, no sentido da atenção integral e da humanização dos serviços garantindo a autonomia dos usuários no processo.

Porém, o debate acerca dos direitos das mulheres perpassa também pela superação da violência presente nas relações e práticas em saúde feminina, como o excesso de intervenções ao parto normal e valorização de experiências corporais, resgatando o sentido mais amplo da sexualidade nos serviços (MANDÚ, 2002).

Deste modo, essa compreensão sobre a integralidade da saúde mulher ainda é algo a ser conquistado, pois essa violência contra a mulher não pode existir em uma proposta de saúde integral.

Em 7 de Abril de 2005 foi sancionada a Lei 11. 108, chamada de Lei do Acompanhante. A partir dessa Lei, os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada ficaram obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante, indicado pela mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O acompanhante é parte do imaginário da gestante quando esta pensa no momento do parto. Nele é depositada pela parturiente a segurança de ter alguém próximo e confiável, assim como é à equipe de profissionais que ela atribui a tarefa do atendimento do manejo do parto. Deste modo, o acompanhante não pode ser o único provedor do suporte, assim como a equipe de saúde não promove o cuidado que o acompanhante oferece, principalmente no que se refere ao fortalecimento do vínculo afetivo da rede social (LONGO et al, 2012, p. 3).

Portanto, o acompanhante faz parte da rede de suporte da mulher, proporcionando naquele momento segurança e confiança para a parturiente.

A OMS tem recomendado desde 1985, que a mulher tenha um acompanhante no parto, tendo como base várias pesquisas científicas indicando benefícios tanto para a mulher, como para o bebê, além de estreitar o vínculo familiar. Entre esses benefícios destacamos: a diminuição do tempo de trabalho de parto, o aumento do sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação e de analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher (KONDO,2010).

Além de todos esses benefícios o acompanhante pode ser um importante instrumento de inibição de violências obstétricas. Diniz et al (2014) em outra análise do inquérito Nascer no Brasil sobre a satisfação das mulheres no que diz respeito à experiência delas sobre violência durante a assistência ao parto, verificou-se que se uma mulher tinha um acompanhante presente, ela era menos vulnerável à violência.

Destacamos, entretanto, que quase uma década depois de promulgada a lei, menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esse ainda o privilégio de mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que fizeram cesarianas (Nascer no Brasil, 2014, p. 4).

Após os resultados da análise da situação da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, e também como forma de ampliar os esforços em alcançar as metas estabelecidas pelo Pacto Nacional de Redução de Morte Materna e Neonatal, foi lançada ainda em 2005 a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005).

No período entre o ano 2006 até 2011, várias outras portarias foram instituídas ainda na perspectiva da redução da mortalidade materna e infantil, como é o caso da Portaria 2669/2009 – Prioridades do Pacto pela saúde e Pacto pela vida para a redução da mortalidade infantil e materna, e também a Portaria 4279/2010 da organização da Rede de atenção à saúde para a redução da mortalidade materna e infantil (SOUSA, 2015, p. 29).

Considerando que a mortalidade materna possui elevados números, sendo assim um grande desafio na saúde, e apesar do pré-natal ser praticamente universal, a qualidade da atenção ainda não era satisfatória. Foi então que em 2011 foi lançada a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha foi severamente criticada pelos movimentos feministas por ser reduzida apenas a concepção materno-infantil, além disso, em nenhum momento foi citado no texto a atenção à mulher da Rede Cegonha, nenhuma questão que abordasse a epidemia de abortamento no Brasil. As críticas são também pelo cadastro que precisa ser feito no SIS pré-natal, que deixa disponíveis dados da mulher que podem servir para uma possível perseguição em caso de interrupção de uma gravidez (MILENA, 2012).

Mesmo com todas as críticas, a Rede Cegonha trouxe diversas normativas assegurando o direito ao cuidado integral à saúde da mulher na fase de reprodução, apresentando como princípio: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com

as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a) (BRASIL, 2011, p. 3).

Esta política agrega diversas recomendações já existentes desde 1996 pela OMS, até as mais recentes orientações feitas pelo Ministério da Saúde quanto a assistência ao parto e ao Nascimento.

A Rede Cegonha traz em seu Art 3 os seguintes objetivos:

- II - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Portanto, em seus objetivos ficam claros que essa política é um recorte de uma política mais abrangente, neste caso, voltada para mulheres que desejam gerar filhos, garantindo a proteção e assistência adequada para o momento.

Essa Rede incorpora as recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS, organizadas a partir de uma reunião desta com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS em 1996, em Fortaleza-CE, e explica em seus documentos que o não cumprimento dessas recomendações podem ser consideradas negligência ou iatrogenia no cuidado.

Nesse caso, as recomendações são classificadas em:

- a. Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas
- b. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas



- c. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão
- d. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Trataremos neste trabalho, principalmente sobre a categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas e algumas da categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, a seguir.

#### Categoria A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
- Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos após o nascimento) e tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto
- Condições estéreis ao cortar o cordão
- Prevenção da hipotermia do bebê
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

Brasil, 2011.

**Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

Uso rotineiro de enema

- Uso rotineiro de tricotomia
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
- Exame retal
- Uso de pelvimetria por Raios-X
- Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- Lavagem uterina rotineira após o parto
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

FONTE: BRASIL, 2011

Portanto, essas são as orientações que devem ser seguidas pelos hospitais no que tange a assistência à mulher antes, durante e depois do parto.

Em 2014, foi lançado através da Portaria 371, as diretrizes para atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN). Nela consta as recomendações para o atendimento ao recém-nascido com boas condições de saúde, até o bebê que nasce com necessidades de reanimação. O Art 4º apresenta as diretrizes para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomendando:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor; II - proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/ HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato; III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como

procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos (BRASIL, 2014, p.3).

Essas diretrizes já foram citadas nas recomendações de OMS em 1996 e percebe-se a necessidade em reafirmá-las em outras políticas.

Em 2016 os índices de cesarianas no Brasil estavam em torno de 56%, com ampla variação dos serviços públicos e privados. No sistema público apresentava cerca de 40%, enquanto que a rede particular apresentava o alarmante índice de 85%. Estudos recentes da OMS sugerem que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal, e recomenda um índice possível de 15% (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde aprovou diretrizes de atenção à gestante sobre a operação cesariana. Essas diretrizes tiveram como objetivo principal avaliar e sintetizar informações científicas em relação a algumas práticas comuns relativas à operação cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança (BRASIL, 2016).

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou as "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal", pela Portaria 353/ 2017, com o objetivo de fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal, baseado nas mais recentes informações científicas disponíveis em relação às práticas comuns na assistência ao parto e ao nascimento.

Nessas diretrizes compreende 225 recomendações para assistência ao parto e ao recém-nascidos, um documento bastante extenso que pode dificultar a sua assimilação e a incorporação de novos dispositivos necessário as boas práticas de cuidado ao parto. Abordaremos aqui algumas dessas recomendações, e o documento completo encontra-se disponível no anexo deste trabalho.

Quanto aos cuidados gerais no trabalho de parto, destacamos a orientação aos profissionais de saúde de tratar a parturiente com respeito e acesso a informações sobre o local de parto e riscos, assim como garantindo a privacidade, sempre batendo na porta ao entrar na sala, e pedir permissão para qualquer procedimento que for realizar. Sobre o apoio físico e emocional, é explicado que o apoio de pessoas de fora, não dispensa o apoio da equipe do hospital, a mulher não pode ficar sozinha, a não ser por um curto

período de tempo ou a pedido dela. Não há necessidade de jejum, e deve-se encorajar a mulher de se hidratar com água. Avaliar o bebê através da ausculta antes, durante e imediatamente depois da contração por pelo menos um minuto, e a cada 30 minutos. Sobre o alívio da dor, recomenda-se que a mulher deve ser apoiada se escolher por alguma técnica de massagem ou relaxamento. Apoiar também que sejam tocadas músicas da escolha da mulher, assim como a imersão em água para alívio da dor. As parturientes devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem posições que sejam mais confortáveis. Amniotomia precoce (estourar a bolsa de água) associada à ocitocina não deve ser realizado de rotina, evitar os puxos dirigido (mandar a mulher fazer força na hora do expulsivo), e por último, não deve ser realizada manobra de Kristeler, e também não deve ser realizada episiotomia de rotina (BRASIL, 2017).

Percebe-se então, um esforço do poder público no sentido de garantir políticas que atendam as necessidades de atenção à saúde da mulher no processo de gravidez, parto e puerpério. Porém, não foi o suficiente para garantir os padrões preconizados para a mortalidade materna; permanecem em níveis alarmantes a produção de cesarianas desnecessárias especialmente no setor privado e a que se conquistar a questão de dispositivos e práticas de cuidados acolhedoras que contribuam para diminuir a expressiva violência que acontece nos serviços do nosso país, estes dados já foram citados anteriormente.

A seguir será apresentado o **Quadro 1** que mostra as principais políticas públicas relacionadas a gestação, parto e puerpério em ordem cronológica.

**Quadro 1: Principais políticas sobre gestação, parto e puerpério.**

POLÍTICA	DATA DE PROMULGAÇÃO E/OU PORTARIA	PRINCIPAIS DIRETRIZES
PAISM	1983	Primeiro programa que cita a saúde da mulher de forma integral, incluindo inclusive questões sociais, como educação, transporte, moradia e meio ambiente.

<b>POLÍTICA</b>	<b>DATA DE PROMULGAÇÃO E/OU PORTARIA</b>	<b>PRINCIPAIS DIRETRIZES</b>
Criação das casas de partos	985/1999	Instituiu as casas de partos consideradas unidades de saúde que garantem atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias. Nestes centros as mulheres são assistidas por enfermeiras obstétricas.
Pacto pela redução das cesarianas	466/2000	Definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado.
PHPN	569/2000	Direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura; direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.
PNAISM	2004	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.</p> <p>Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.</p>
PNH	2004	Ampliar o diálogo em todas as instancias; implantar, estimular e fortalecer grupos

		de trabalho de humanização; Sensibilizar as equipes de saúde ao problema de violência intrafamiliar, e a questão dos preconceitos; adequar os serviços ao ambiente e a cultura local.
<b>POLÍTICA</b>	<b>DATA DE PROMULGAÇÃO E/OU PORTARIA</b>	<b>PRINCIPAIS DIRETRIZES</b>
Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal	08/03/2004	Controle social; direito a acompanhante e alojamento conjunto; garantia de acolhimento nos serviços; atenção humanizada ao abortamento; Assegurar que a trabalhadora gestante não se exponha a fatores de risco; Oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas respeitando suas particularidades.
Política Nacional de Atenção obstétrica e neonatal	1067/2005	Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura; toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro; toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.
Lei do acompanhante	LEI 11.108/2005	Obriga os hospitais, maternidades e assemelhados que permitam a presença de um <b>acompanhante</b> indicado pela gestante para acompanhá-la durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (período por até 10 dias). Isso vale para todos os hospitais brasileiros, seja particular ou público.
Resolução da Diretoria Colegiada - RDC	Nº 36, de 03 de Junho de 2008.	Dispõe sobre regulamento técnico para Funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
Rede cegonha	1459/2011	Assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Incorporou diversas recomendações da

		OMS na assistência ao parto.
<b>POLÍTICA</b>	<b>DATA DE PROMULGAÇÃO E/OU PORTARIA</b>	<b>PRINCIPAIS DIRETRIZES</b>
Atenção humanizada ao recém nascido	371/2014	Assegura o contato pele a pele imediato e contínuo ao RN, colocando sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida; proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos); estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida; postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida.
Diretrizes sobre a operação cesariana	306/ 2016	<p>É recomendada a obtenção de um termo de consentimento informado de das mulheres que serão submetidas à cesariana programada;</p> <p>É recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão pela cirurgia e, quando possível, qual deles é o mais influente;</p> <p>Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica.</p> <p>Durante a operação cesariana, é recomendada a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.</p> <p>O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado.</p> <p>É recomendado o clampeamento tardio do cordão umbilical para o recém-nascido (RN) a termo e pré-termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.</p>
Diretrizes de assistência técnica ao parto	353/ 2017	Respeito e acesso a informações sobre o local de parto e riscos, assim como garantindo a privacidade da parturiente; a mulher não pode ficar sozinha, a não ser

normal		por um curto período de tempo ou a pedido dela. Não há necessidade de jejum, e deve-se encorajar a mulher de se hidratar com água. Ausculta e avaliação do bebê a cada 30 minutos; Apoiar a mulher caso queira massagens e relaxamentos durante o trabalho de parto; devem ser encorajadas também a se movimentarem e adotarem posições mais confortáveis para elas; não se deve estourar bolsa e usar ocitocina de rotina; não se deve fazer a manobra de Kristeler, e não se deve fazer episiotomia de rotina.
--------	--	--

Fonte: Elaboração Própria.

Como podemos observar, as políticas públicas voltadas para o cuidado a saúde da mulher no pré-natal, parto e puerpério podem ser consideradas uma díade: (i) de um lado avanços na legislação e em práticas inovadoras de cuidado começam a serem incorporadas nos serviços de saúde e (ii) desafios permanecem tais como: redução das taxas de cesarianas; da violência obstétrica; da ampliação de novos dispositivos de humanização e da mortalidade materna para níveis compatíveis com a defesa da vida, Campos (1994).

Por isso a necessidade em pesquisar em um hospital no nordeste paraense sobre os cuidados com parturientes, atentando para que dispositivos de humanização são práticas de cuidados para parturientes neste hospital? Como as mulheres identificam esses dispositivos de cuidado? Elas são protagonistas e decidem como será o seu parto?



## 4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

### 4.1 - Natureza do estudo

A pesquisa foi realizada a partir da metodologia qualitativa, para analisar que dispositivos de humanização são identificados como práticas de cuidado para puérperas em um hospital no interior do Pará.

A metodologia qualitativa não se fecha aos princípios epistemológicos que estão na base do conhecimento científico dominante<sup>17</sup>, produzindo alternativas na pesquisa que possa explicar as novas dimensões do objeto, como é o caso da subjetividade. Rey (2011) explica que:

Em primeiro lugar, a ciência não é só racionalidade, é subjetividade em tudo o que o termo implica, é emoção, individualização, contradição, enfim, é expressão íntegra do fluxo de vida humana, que se realiza através de sujeitos individuais, nos quais sua experiência se concretiza na forma individualizada de sua produção (REY, 20011, p. 28).

Essa característica desse tipo de pesquisa - de ampliar o olhar das ciências para o subjetivo torna-se essencial para a pesquisa em psicologia - por permitir uma escuta mais detalhada e uma proximidade maior com o objeto. Portanto, esta pesquisa será realizada no campo da pesquisa qualitativa, isso por se tratar de uma relação subjetiva e intersubjetiva, particular e dinâmica.

A pesquisa qualitativa desenvolve-se em um campo interdisciplinar que envolve as ciências humanas e sociais. Chizzoti (2003) explicando sobre pesquisa qualitativa revela que:

O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científica, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa (CHIZZOTI, 2003, p.1).

---

<sup>17</sup> No paradigma dominante percebe-se que o homem (ser humano) se tornou um fator perturbador e o sujeito não teve lugar neste pensamento. Galileu tirou a qualidade das ciências quando disse “Não acredito que em corpos externos existe algo que provoca sabor, cheiro, som, etc., apenas tamanho, forma quantidade e movimento...penso se as orelhas, a língua e o nariz fossem eliminados, ficariam formas e números” (SCHMITZ, 2005. p.19).

Percebemos então, que a pesquisa qualitativa incorpora outras informações como emoções, crenças, ambiência, ou seja, incorpora o que se tem de mais subjetivo, “a abordagem qualitativa, portanto permite a identificação de nuances de intensidade e essência ao longo da extensão do fenômeno” (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013, p. 4). Características essas importantes para uma pesquisa que tratará de um momento extremamente delicado como o puerpério.

Turato (2004) nos diz que trabalhar qualitativamente implica em entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, com técnicas adequadas a esse método de pesquisa, como a observação e entrevistas em profundidade, assim como técnicas adequadas a cada problema de pesquisa.

#### **4.2 - Técnica de coleta de dados**

A escolha pela técnica de coleta de dados desta pesquisa se configurou em um ponto de reflexão, pois a princípio foi pensado em usar a técnica de observação participante em conjunto com as entrevistas, pois acreditávamos que a coleta de dados seria mais rica. Porém, percebemos que poderíamos ter dificuldade de entrar em uma sala de parto sem um papel efetivo a cumprir no auxílio àquele parto, e também pelos resultados já serem enviados pela presença da pesquisadora.

Vasconcelos (2013) relata que a observação constitui num recurso sempre utilizado na coleta de dados, mesmo que de maneira informal e assistemática. O autor diz que uma das vantagens é que os fenômenos serão percebidos sem intermediários. E a desvantagem é que a presença do pesquisador sempre provoca alterações no comportamento de quem está sendo observado.

Neste sentido preferimos trabalhar com a observação direta ou diário de campo como uma técnica de coleta de dados. Segundo Vasconcelos (2013) o pesquisador assume uma atitude e identidade mais externa a situação observada, observando de maneira espontânea e informal o objeto em foco, e o registro é feito através de diários ou cadernos de campo, gravadores, câmeras fotográficas, etc.

A outra técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Aragaki et al. (2014) diz que para responder as perguntas feitas, o participante recorre às informações constituídas durante suas experiências de vida e que circulam em seu meio,

podendo na entrevista organizá-las, questioná-las, ratificá-las e/ou ressignificá-las. Portanto, a entrevista pode ser um importante instrumento para a pesquisa, por esse momento ainda estar recente para essas mulheres, dando-lhes a oportunidade de falar sobre isso.

A entrevista semiestruturada consiste em perguntas abertas e fechadas, na qual a informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A pesquisadora deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ela o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005). Esse tom informal trouxe benefícios para a pesquisa, pois fez com que a pesquisadora estivesse mais próxima das entrevistadas, em uma relação de confiança, revelando como se deram os procedimentos na hora de seus partos.

Aragaki et al. (2014, p.58) revelam que na entrevista não colhemos informações soltas, prontas, acabadas esperando que alguém a recolha, sem a participação ativa de quem entrevista, “ela é coproduzida em ato, estando, portanto, a reflexividade presente desde o momento da escolha da entrevista como ferramenta”

Diversas pesquisas que tratam do cuidado usaram da entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de informações, como os estudos de Rocha (2012), Dias (2013), Scarton et al (2015), Aguiar (2010) entre outros.

Como procedimento inicial da entrevista, foi realizada uma conversa com as puérperas explicado para elas sobre a pesquisa, seus objetivos e etapas, assim como foi exposto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TLCE. De acordo com as normas éticas de pesquisa, foi oferecido direito de não-resposta, garantia de anonimato e de desistência em qualquer momento da pesquisa, e me responsabilizei por qualquer dano que a pesquisa possa causar a participante, oferecendo-lhes acompanhamento por até 6 meses após a pesquisa. Foi solicitada autorização para registro das situações em diário de campo e em áudio. Esse procedimento foi realizado com todas as mulheres que foram entrevistadas e aceitaram participar da pesquisa, conforme foi acordado com o Comitê de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA, através da Plataforma Brasil no processo nº 66627216.4.0000.0018.

As informações coletadas foram organizadas por eixos temáticos a partir das diretrizes estabelecidos pela Rede Cegonha, e pelos mais relevantes que surgiram a partir das entrevistas. Tais como: 1) Respeito à mulher e suas decisões durante o trabalho de parto, parto e puerpério ; 2) Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações; 3) Respeito ao direito da mulher à privacidade no

local do parto; 4) Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; 5) Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; 6) Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno, entre outras. Esses seis elementos foram agregados nos quatro eixos organizados no quadro abaixo.

**Quadro 2: Eixos temáticos**

EIXOS	DADOS DE ANÁLISE			
RECEPÇÃO DA PARTURIENTE	Acolhimento	Avaliação	Acompanhante	Informações
TRABALHO DE PARTO	Informações	Métodos não farmacológicos de alívio de dor		
NO PARTO	Posição	Uso de ocitocina	Episiotomia/ Kristeller	Contato pele a pele
SATISFAÇÃO DA PUÉRPERA				

Fonte: Elaboração Própria.

### 4.3 - Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital-maternidade localizado no nordeste paraense. Este hospital possui um total de 96 leitos, sendo 23 para obstetria. No mês de junho foram realizados 372 partos, desses 38% foram normais, e 62% de cesarianas,

não tendo uma diferença significativa desta porcentagem para os outros meses do corrente ano. O atendimento pelo SUS alcança uma média de 90% neste hospital, os outros 10% se distribuem entre particular e convênios. Por questões éticas, não será revelado mais informações que possam identificar o local da pesquisa.

É importante dizer que já existe uma proximidade da pesquisadora com este hospital, pelo fato de já ter realizado trabalhos no mesmo. Mas, para que a pesquisa fosse concretizada da melhor forma, foi realizada uma reunião com a administração do hospital a fim de apresentar a pesquisa, seus aspectos éticos e enfatizando que seus resultados que poderão ser importantes para futuras capacitações nesta área. Após a autorização do hospital o projeto foi inserido na Plataforma Brasil através do endereço [www.saude.gov.br/plataformabrasil](http://www.saude.gov.br/plataformabrasil). Segundo Rodrigues (2013) a Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios – desde sua submissão até a aprovação final no CEP e pela CONEP. Após a apreciação dos documentos enviados, o Comitê respondeu positivamente aprovando o projeto. A partir disso foi iniciado o trabalho de campo efetivamente.

#### **4.4 - Participantes da pesquisa**

A escolha das participantes se deu de forma aleatória, não havendo nenhum contato delas com a pesquisadora antes da pesquisa. Geralmente a pesquisadora se dirigia ao hospital em dias escolhidos por ela, se encaminhava direto a equipe de enfermagem, que indicavam as mulheres que haviam tido parto normal para a entrevista.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com dezesseis mulheres. O perfil das participantes desta pesquisa segundo o projeto é de mulheres acima de 18 anos, ou seja, maiores de idade, por se entender que menores precisariam de autorização dos responsáveis, que nem sempre estão presentes.

As dezesseis mulheres tinham entre 18 e 39 anos, estavam internadas no hospital durante o puerpério<sup>18</sup> de um parto não agendando. Ou seja, não foram entrevistadas mulheres com cesarianas eletivas, por estas não passarem pelo trabalho de parto, um dos momentos da pesquisa. Também não encontrei nenhuma mulher que tenha sido

---

<sup>18</sup> O puerpério se refere ao período que se estende desde logo após se dar o nascimento até o 43º dia. Ele pode ser dividido em puerpério imediato (do 1º ao 10º dia), puerpério tardio (11º ao 42º dia), e puerpério remoto que corresponde (a partir do 43º dia) (BRASIL, 2001).

submetida à cesariana, durante o trabalho de parto (cesárea intra-parto), por isso não houve entrevista com essa situação.

As questões elencadas no roteiro de entrevista foram respondidas pela amostra de forma suficiente para que se pudesse estruturar os eixos temáticos mais relevantes encontrados nas entrevistas. Visando garantir o anonimato e preservando as questões éticas, utilizarei nomes fictícios de mulheres que tiveram papel importante na história do Brasil<sup>19</sup> em lugar dos nomes das entrevistadas. No quadro 1 encontra-se o perfil das mulheres entrevistadas.

**Quadro 3: Perfil das participantes.**

Nº	Nome	Idade	Nº de filhos	Escolaridade	Origem	Estado Civil
1	Margarida Alves	24	1	Médio completo	Castanhal	Estável
2	Anita Garibaldi	20	2	5ª Série	Ipixuna	Estável
3	Maria da Penha	30	4	1º ano médio	Castanhal	Estável
4	Olga Benário	20	2	2º ano médio	Castanhal	Estável
5	Nísia Floresta	18	1	8ª série	São Miguel	Estável
6	Chiquinha Gonzaga	39	3	3º ano médio	Castanhal	Casada

<sup>19</sup> Uma descrição mais detalhada do papel destas mulheres em seu tempo será apresentada no Anexo 2.

7	Cora Coralina	18	1	Médio completo	São Domingos do Capim	Estável
	Nome	Idade	Nº de filhos	Escolaridade	Origem	Estado Civil
8	Carmen Miranda	32	7	1º médio	São Domingos do Capim	Estável
9	Dandara	21	2	7ª série	Castanhal	Solteira
10	Nise da Silveira	19	1	Médio completo	Santa Maria	Solteira
11	Leila Diniz	19	1	6ª série	Santa Maria	Estável
12	Tarsila do Amaral	34	4	8ª série	São João da Ponta	Solteira
13	Maria Quitéria	22	1	2º ano médio	Castanhal	Solteira
14	Zuzu Angel	23	3	5ª Série	São João da Ponta	Estável
15	Doroth Stang	29	2	Ensino médio	Castanhal	Casada
16	Maria José	36	9	7ª Série	São Domingos do Capim	Solteira

#### 4.5 – As entrevistas

Para a entrevista, foi solicitado à direção do hospital um espaço para essa escuta, por entender que a presença de uma pesquisadora, mudaria o cenário e poderia alterar as informações dadas pela participante, pois, no referido hospital as puérperas ficam geralmente, em alojamento conjunto.

No primeiro dia de entrevista, fui recebida pela enfermeira chefe da maternidade, que já tinha conhecimento da pesquisa e me apresentou para a equipe de plantão e disse que estava fazendo uma pesquisa sobre parto humanizado. Percebi alguns olhares desconfiados entre as técnicas. Logo em seguida, a enfermeira me acompanhou até a enfermaria, e me apresentou como pesquisadora para as puérperas internadas e seus acompanhantes. Então me direcionei as que tinham feito partos vaginais.

Foi reservada uma sala onde funciona a sala de estar dos técnicos para que fosse feita a entrevista, porém a sala ficava ao lado do balcão de enfermagem aonde os técnicos se encontravam, causando um barulho que afetava as entrevistas, assim como a entrada e saída de técnicos na sala para buscar seus pertences no armário.

Foi percebido que algumas mulheres entenderam que eu fazia parte da equipe do hospital, e por isso aparentavam certa timidez, o que precisou ser explicado para cada uma do que se tratava. Também por isso, algumas entrevistas foram realizadas no próprio leito, aonde se sentiam mais à vontade. Como pesquisadora também sentia mais liberdade no leito das mulheres, por achar que na sala de enfermagem dava para ouvir o que estávamos falando, e por vezes os profissionais entravam na sala, cortando a entrevista.

Nesse primeiro momento foram realizadas seis entrevistas em três semanas de idas ao hospital. Porém, senti a necessidade de aprofundar algumas leituras para que voltasse a campo e realizasse as outras entrevistas.

No segundo momento, foram realizadas oito entrevistas, uma no corredor da maternidade, e as outras sete no leito onde as mulheres encontravam-se, pois foi percebido que mesmo causando curiosidade nas outras companheiras de quarto, e com o barulho, as puérperas sentiam-se mais à vontade, o que ajudava no andamento da entrevista.



## **5. PRÁTICAS DE CUIDADO EM UM HOSPITAL DO PARÁ: VOZES DAS PARTURIENTES.**

Nesta sessão serão apresentados os principais achados da pesquisa a partir de duas perspectivas: a primeira será pelas vozes das mulheres que foram entrevistadas, e a segunda consistirá nas observações feitas pela pesquisadora no decorrer das entrevistas durante o trabalho de campo, e também em outros momentos no qual estive acompanhando partos neste hospital.

As respostas foram organizadas em quatro eixos temáticos. O primeiro tratou da recepção da parturiente ao local de parto (hospital, neste caso): acolhimento, avaliação, acompanhante e informações; O segundo foi tratado o momento durante o trabalho de parto: informações e métodos não farmacológicos de alívio de dor; no terceiro eixo tratamos a ocasião do parto: posição, uso de ocitocina, episiotomia/Kristeller, contato pele a pele entre mãe e bebê; e no quarto foi tratado sobre a satisfação da puérpera.

### **5. 1. Eixo I: O acolhimento da parturiente**

A recepção no hospital diz respeito ao primeiro atendimento, que chamamos de acolhimento, a primeira avaliação do trabalho de parto, a escolha do acompanhante, e as informações dadas à parturiente.

As diretrizes para assistência ao parto normal (2017) recomendam que para uma boa comunicação com a mulher o profissional deve, entre outras coisas, cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada; manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando a ela que tudo está indo bem; perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa; verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta.

O hospital estudado é um hospital geral, e não dispõe de uma recepção exclusiva para maternidade. Atende a todas as emergências e internações que lhe chegam, ficando assim sempre lotado. É muito comum, durante o dia encontrarmos na recepção, grávidas com seus pertences em mãos, juntamente com os familiares à espera do momento de sua cesariana eletiva.

A recepção possui um longo corredor estreito, onde as grávidas percorrem até chegar a um balcão de atendimento semelhante aos que encontramos em gerências de bancos ou mesmo recepção de planos de saúde (onde há uma separação e distanciamento estabelecidos entre cliente e vendedor). Há pouco tempo foram fixados cartazes explicando sobre a Lei do acompanhante, o que pode ser entendido como uma divulgação da Lei para as famílias.

Não foi percebido qualquer tratamento diferenciado em relação aos demais usuários do hospital, como prioridades para quem chega em trabalho de parto, nem mesmo em relação as acomodações. As grávidas ficam sentadas em cadeiras comuns com pouco conforto.

O espaço não possui qualquer identificação simbólica, com desenhos ou cores mais animadoras, que demonstrem que ali é um local de espera para ter um bebê. Talvez o que caracterize esta situação seja exatamente a presença constante das grávidas sentadas em cadeiras ou mesmo em um banco encostado na parede. Neste local, o fluxo de pessoas é grande, e para mulher que esteja em trabalho de parto pode ser bastante constrangedor, pois estas costumam ficar à vontade, de camisolas, perdendo secreções vaginais e com dor.

Nas recomendações da RDC 36/ 2008 a recepção à mulher em trabalho de parto deve contar com um ambiente confortável para espera; atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados; avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal para definir atendimento prioritário.

Nesse contexto, a recepção acaba ficando falha, pois não se tem tempo de se fazer um acolhimento com mais atenção, porém, percebi que para algumas mulheres, somente o fato delas serem atendidas, e de ter leito para ficar, já garantiu que lhes foi dado um bom atendimento, apresentando sentimentos de gratidão.

Eu cheguei, fui bem atendida, não era pra mim ficar por que eu tava com 1 cm ainda, mas aí a enfermeira deixou por que eu moro muito longe, aí nós entramos, fizemos o cadastro aqui com a mulher e me mandou pro quarto até sentir a dor do parto mesmo (Nísia Floresta, 1 filho).

Muitas mulheres que chegam para serem atendidas são de municípios vizinhos e às vezes do espaço rural, fato que dificulta bastante o retorno às suas casas após uma primeira avaliação, principalmente por não possuírem condições financeiras para esse deslocamento. O aceite dela nas dependências do hospital já é, para algumas um grande alívio, conforme nos contou Nísia Floresta.

Ah foi deles me atenderem, por que em outros lugares assim a gente fica, a gente podia tá com dor e eles ficavam só espiando, aqui não, eles vieram logo atender (Carmem Miranda, 7º filho).

Esse primeiro momento no hospital é de extrema importância para estabelecimento de confiança e vínculo entre a parturiente e a equipe, já que a mulher encontra-se fragilizada, com uma mistura de ansiedade, medo e alegria, necessitando ser acolhida e tranquilizada através de informações de seu estado de saúde e de seu bebê. Na RDC 36/ 2008 consta a garantia da permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação. Portanto, percebemos um acolhimento favorável em respeito às normas, que considera a especificidade de uma mulher que mora longe e precisa ficar no hospital para não correr risco de ter o bebê sem assistência.

Esse acolhimento não aconteceu da mesma forma com Maria da Penha. Ela foi encaminhada ao hospital depois de estagnar seu trabalho de parto aos 8 (oito) centímetros por mais de seis horas, em outro estabelecimento de saúde. Neste, detectaram má posicionamento do bebê na qual precisaria de uma melhor assistência. Porém, ao chegar ao hospital a parturiente se deparou com a seguinte situação:

[eu cheguei] com 8cm, parece que já ... Na ultrassom disse que tava bom o coração da criança, aí depois ela chamou o médico pra me avaliar, ele mesmo, aí ele foi e disse que ainda não tava na hora... que era pra gente ir pra casa, mas eu não fui, eu disse que eu não ia por que eu tava sentindo dor e se eu fosse pra casa podia ter filho lá, eu disse eu vou ficar aqui lhe aguardando, aí ele disse, “só que não tem leito não” aí ele disse que se quisesse aguardar era pra ficar ali, aí a gente ficou ali no corredor, por que eu fiquei com medo de ter filho na estrada, com essas chuvas, aí eu fiquei, imagine com aquela dor, eu sabia que tinha alguma coisa errada (Maria da Penha, 4º filho).

Nas últimas diretrizes de parto normal do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), foi apresentado como trabalho de parto estabelecido quando há contrações uterinas regulares e quando há dilatação cervical progressiva a partir dos quatro centímetros. No trecho acima relatado, a parturiente já estava em seu quarto trabalho de parto (múltipara), e ressaltava que não sentia muita dor, mas tinha contrações regulares e chegou com oito centímetros de dilatação, e mesmo assim o médico não aceitava a admissão, alegando que ainda não era trabalho de parto.

Maria da Penha apresentava tristeza ao falar desse momento, disse que não achou que foi bem tratada quando chegou, e engasgava ao falar. Ficar aguardando na recepção do hospital com o trabalho de parto avançado e com uma possível distocia que pode causar mais dor, revela que realmente a parturiente não recebeu o cuidado adequado, acolhimento, escuta e sua privacidade não foi respeitada.

Junqueira (2005) refere que o cuidado acontece na relação usuário/profissional de saúde, com a escuta deste usuário e seus anseios, aliado a escolha de tecnologias mais amplas para o alívio de suas necessidades. No acolhimento feito a Maria da Penha, o profissional usou de seus conhecimentos técnicos para desqualificar a fala da parturiente, tentando fazer com que a mesma acreditasse que não estava em trabalho de parto, e não aceitava sua opinião para a melhor decisão.

Campos (2005) reflete que nas relações desumanas existe um grande desequilíbrio de poder, e que os poderosos se aproveitam dessa vantagem para desconsiderar os desejos e anseio dos outros. Maria da Penha estava em seu quarto parto vaginal, conhecia as dores, sabia como ajudar o seu corpo para o nascimento de seu filho, sabia inclusive que não daria tempo de ficar em casa a espera. E esse conhecimento lhe trazia segurança para o momento, mas ao ter sua palavra posta em dúvida pelo médico, se desestabilizou e o parto estagnou.

O acolhimento de Olga foi realizado por uma enfermeira, e diferenciou-se dos demais. Ela relata que a profissional conversou com ela com muita calma, pois a mesma (Olga) estava com medo:

Foi, eu não me lembro o nome dela, mas foi uma enfermeira aqui, aí ela fez tudo certinho, com a maior calma, conversava, só que o meu primeiro filho também foi aqui, aí eu optei por que achei melhor, foi o lugar que me tratou bem, aí eu quis vim pra cá, mas eu tava com medo, por que não tavam mais aceitando mulher de parto normal (Olga Benário, 2º filho)

As novas políticas de assistência ao parto, desde a criação das casas de parto (1999) até as mais recentes diretrizes ao parto normal (2017) que visam promover a humanização trazem a necessidade de reconhecimento da atuação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto sem distocias, justamente por acreditar que este profissional vê o trabalho de parto como processo fisiológico, necessitando de pouca ou nenhuma intervenção, podendo atender as necessidades dessa parturiente de forma mais respeitosa.

Outra situação comum em hospitais-maternidade públicas no Pará é a lotação. Isso ocasiona a falta de espaço e privacidade para a mulher está em seu trabalho de parto, considerando que com dores ela precisa se movimentar, sua roupa pode incomodar, ela estará tendo perdas de fluidos vaginais necessitando de um espaço apropriado nesta recepção para a espera de um encaminhamento que pode ser de internamento ou de transferência para um outro hospital. Foi o que aconteceu com Nise, que esperava por uma transferência que não deu tempo.

Assim que eu cheguei eu fui logo examinada, aí eu seria encaminhada pra Belém, por falta de leito, mas não deu tempo. Eu fiquei logo (Nise da Silveira, 1º filho).

Nise chegou ao hospital com dois centímetros de dilatação e foi informada que não tinha leito disponível, e que seria encaminhada para um hospital em Belém. Ficou na recepção do hospital aguardando a ambulância, que demorou tanto que ela chegou aos sete centímetros sem condições de ser encaminhada para outra cidade. Na RDC (2008) diz que a transferência da mulher, em caso de necessidade, deve ser realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Neste caso, não se sabe se estava garantida a vaga de Nise em outro hospital, assim como não foi possível seu transporte a tempo.

A parturiente já havia passado grande parte de seu trabalho de parto na recepção do hospital. Porém, não percebeu a falta de cuidado prestado a ela, que não teve nenhuma privacidade em seu processo de espera de seu bebê. Provavelmente, não recebeu informações durante o seu pré-natal sobre seu direito à privacidade no local do parto.

Essa falta de compreensão do que de fato aconteceu, também foi percebida por Vianna (2014), em sua dissertação de mestrado. A referida autora encontrou mulheres que tiveram seus direitos ao acesso negados, porém referiam-se com naturalidade a esse fato e sem demonstrar qualquer tipo de indignação, sem entenderem que sofreram violência pela negação do seu direito. Como explica no trecho abaixo:

Pelas narrativas das mulheres, não verificamos nenhuma queixa ou reclamação pelo fato de terem ido de um hospital a outro. Não atribuem nenhum valor e nem se referem a isso como um tipo de violência institucional, percebe-se o desconhecimento de seus direitos e não consegue identificar como violência (Vianna, 2014, p. 49).

As parturientes passam a acreditar que a equipe fez o melhor, enquanto que a equipe se acomoda em suas práticas e não avançam para um processo mais respeitoso e reflexivo sobre a condição da mulher. Esta questão, em grande medida, está ligada a ausência de um direito à saúde, que se naturaliza na visão geral da população, especialmente em municípios mais distantes da capital e onde estes serviços não são disponíveis. Quando a parturiente recebe algum destes serviços, acaba tendo a percepção de que foi bem atendida ou mesmo não faz queixa do tipo de atendimento que lhe foi disponibilizado.

### 5.1.1 - Respeito à escolha do acompanhante

Segundo pesquisa realizada pela Rede Parto do Princípio (2012) a OMS já recomendava a presença de um acompanhante para a mulher no parto desde o ano de 1985 e de acordo com a mesma pesquisa, os benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante são: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar<sup>20</sup> abaixo de sete, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto.

Estar com alguém do seu ciclo afetivo em um momento delicado como o trabalho de parto, parto e puerpério é no mínimo confortável. Há um sentimento de segurança em saber que caso aconteça alguma intercorrência tem alguém para cuidar de você, que conhece suas preferências, sua família, seus desejos. Conhece suas preferências de como cuidar de seu bebê, e não vai desampará-lo. Isso é importante para a mulher sentir-se segura e relaxar para o parto acontecer.

O direito ao acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério foi conquistado no ano de 2005, porém foi percebido, que muitas mulheres não sabiam que se tratava de um direito, e relacionava como opcional ao hospital.

Tive [acompanhante] as enfermeiras, e a minha mãe... Não, é pq eles deixam entrar aí ela entrou (Margarida Alves, 1º filho).

Margarida se referia à enfermeira também como acompanhante, porém o acompanhante deve ser alguém do conhecimento e confiança da mulher, de sua rede social - o companheiro ou companheira, mãe, pai, irmã, prima, amiga, enfim alguém da escolha dela.

Nas diretrizes a assistência ao parto normal (2017) encontra-se que todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e

---

<sup>20</sup> Criado por Virgínia **Apgar**, na década de 50. É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. Consiste na avaliação de 5 itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida (PINTO, 2016).

parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar. Mas o apoio do acompanhante, não dispensa o suporte oferecido pela equipe.

O surgimento dessa lei e o incentivo à participação do acompanhante ocorreram devido ao reconhecimento de que essa prática contribui para a humanização do parto e nascimento. Acredita-se que a vivência de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém que escolheram ao seu lado durante esses eventos é diferente das que vivenciaram essa experiência sozinha, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido o cuidado e conforto necessário, pois esta mulher terá a oportunidade de vivenciar o parto como um evento familiar, mesmo com apenas uma pessoa de seu círculo de convivência.

Foi observado que em relação à escolha do acompanhante durante o pré-parto, todas as parturientes tiveram acompanhantes mulheres (mães, irmãs, cunhadas). E durante o parto, somente duas tiveram a presença do companheiro.

A escolha por uma acompanhante de parto do sexo feminino pode sinalizar a volta de antigos costumes de partos que eram acompanhados por mulheres da família e da comunidade (MAIA, 2010). Mas também, pode mostrar a falta de preparo do hospital em acolher acompanhantes homens. A estrutura física onde as mulheres permanecem durante o trabalho de parto, é coletiva, dificultando assim o acesso de acompanhantes homens, por tirar a privacidade de outras parturientes. Essa questão também foi apresentada no trabalho de Janaina Aguiar (2010), em que a presença do companheiro é permitida na hora do parto, porém no trabalho de parto todos os hospitais estudados por ela não apresentavam estrutura física para permitir a presença de homens. Essa dificuldade se apresenta como um problema e servindo como justificativa para que a mulher não tenha acompanhante, já que muitas delas são levadas ao hospital apenas por seus companheiros.

Foi observado no hospital estudado, que quando as mulheres são internadas em trabalho de parto, elas se instalam juntamente com seus acompanhantes nos leitos coletivos. Neste hospital as enfermarias variam entre quatro e seis leitos.

Elas passam pelo trabalho de parto andando por corredores não exclusivos, ou seja, que outras pessoas transitam inclusive no horário de visita. O corredor que as mulheres usam para caminhar é pequeno, tendo a entrada para quartos dos dois lados. Em um dos lados apresenta uma pequena área descoberta onde as mulheres podem ter noção do tempo. No final deste corredor existe uma porta de metal e dentro o balcão da enfermagem, e também a sala de parto. Elas não têm um espaço próprio com

privacidade, o que dificulta a concentração da mulher e sua liberdade de movimento. Esta recomendação é realizada pelo Ministério da Saúde desde a implantação da Rede Cegonha (2011) até as novas diretrizes de assistência ao parto de 2017, ambas apoiadas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36/2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A RDC 36/2008 considera, entre outras orientações que em Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais) e/ou ambientes fins deve dispor de:

Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante, sala de exame e admissão de parturientes; a sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal. quarto pré parto, parto e puerpério (PPP); prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling. O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica. Banheiro para parturiente; área para deambulação<sup>21</sup> (interna ou externa); posto de enfermagem; sala de serviço; área para prescrição médica; área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços; sala de parto cirúrgico/curetagem; área de recuperação anestésica; sala para AMIU<sup>22</sup>; área de indução anestésica (BRASIL, 2008, p. 15) .

Nesta mesma resolução prevê uma sala de admissão da parturiente, assim como as de deambulação, necessárias para a privacidade da parturiente, o que no caso deste hospital apresenta o espaço, mas sem muita privacidade, por se tratar de uma maternidade dentro de um hospital geral, com estrutura antiga e sem espaço suficiente que considere a privacidade da mulher

Quando o trabalho de parto está avançado, elas são levadas para uma sala de parto, que tem mais privacidade, sendo mais adequada para receber acompanhantes homens. Nesta sala, encontra-se uma maca hospitalar com estribos e foco cirúrgico, além do berço aquecido, materiais essenciais para um acompanhamento de parto com modelo tecnocrático, com a mulher deitada, de perna para cima com o foco de luz voltado para o nascedouro, e o bebê sendo aquecido artificialmente ao invés de ser aquecido pelo calor da própria mãe no contato pele a pele.

Nesta sala também se encontra banquetta de parto, bola suíça e barras de ferro na parede para as mulheres se apoiarem conforme as normas da RDC 36/2008. Porém esses materiais são pouco explorados pela equipe. Depois do nascimento, as mulheres e

---

<sup>21</sup> Caminhar, passear.

<sup>22</sup> Procedimento para a limpeza do útero após aborto retido é realizado através de um aspirador a vácuo, que remove todo o conteúdo uterino pela aspiração manual.



seus bebês são levados de volta ao leito. Essa também é configurada como uma prática tecnocrática, pois configura o trabalho de parto como relata Maia (2010) uma linha de montagem que em cada etapa do trabalho de parto é transferida para uma sala diferente, recepção, pré-parto, sala de parto, e de volta ao leito. Apesar de ser mais conveniente para os prestadores de serviço, é extremamente desconfortável para a parturiente que tem que trocar de lugar e de posição no momento mais doloroso.

Tendo todo esse incômodo, a figura do acompanhante torna-se ainda mais necessária tanto para o apoio logístico como emocional, este último sendo essencial. A presença do acompanhante fornece o apoio emocional que a mulher necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento, o que permite reduzir os sentimentos de solidão, a ansiedade e os níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher neste momento, pelo desconforto durante o trabalho de parto, medo diante do que está por vir, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas (DOUDOU et al, 2014). Olga e Chiquinha deixaram claro o quanto foi importante para elas:

Tive, minha irmã, nos dois casos deixaram entrar minhas duas irmãs, que parece que acalma a gente, quando sabe que tem lá uma pessoa da nossa confiança da gente (Olga Benário, 2º filho).

Tive, meu marido... Era por que eu não tava tendo coragem de ter, aí eu pedi pra ele entrar, pra gente ficar junto ne, pra eu ter força, eu se pendurava nele (Chiquinha Gonzaga, 3º filho).

Mesmo que a maior parte das mulheres entrevistadas tenham tido seu direito respeitado, Maria da Penha relatou não ter tido acompanhante porque não sabia que podia, e os funcionários do hospital não esclareceram do direito, pelo contrário, pediram que esperassem do lado de fora, como relatou.

Ah, a minha irmã, e logo depois chegou o meu marido.  
Ninguém não, nem ela nem ele não entrou.  
Acho que foi, por que a minha irmã falou que não sabia que podia entrar, aí não entrou, e ele foi lá pra fora, por que falou que não podia ficar aqui.  
...mandaram ele ir lá pra fora, esperar la pra fora (Maria da Penha, 4º filho).

A falta de informação sobre seus direitos, e muitas vezes o medo de represália com a parturiente, fazem com que as mulheres e seus familiares não discordem dos

profissionais, aceitando o que foi dito, principalmente sobre a escolha do acompanhante. Rita Vianna (2014) encontrou resultados semelhantes em sua pesquisa

Não cabe reclamar do procedimento, pois o profissional tem o domínio da tecnologia e como tal detém o poder de decisão. À mulher cabe apenas “ajudar” esse profissional a realizar o seu trabalho (Vianna, 2014, p. 87).

Maria da Penha já havia tido problemas na recepção do hospital pelo médico duvidar que ela estivesse em trabalho de parto, o que irritou a parturiente e sua família, criando assim um pequeno desentendimento. Nesse caso, a equipe preferiu manter o companheiro de Maria longe para que não houvesse outros desentendimentos, desrespeitando a lei, e tirando da família um momento tão importante da chegada de um filho.

Diniz et al (2014) comenta que estudos qualitativos sobre os serviços públicos mostram que as mulheres sabem que existe o direito a acompanhante, mas elas não confiam que os serviços vão respeitar o seu direito, e com base na experiência de dificuldades relatadas por parentes e amigas nestas situações, têm medo de confronto e retaliação durante a internação, se elas insistirem em ter um acompanhante.

O preparo do acompanhante, mesmo que brevemente no hospital, é de extrema importância para que este apoie a mulher e auxilie a equipe. Quando o acompanhante se desequilibra a tendência é que a parturiente também se desespere, prejudicando o momento.

Na situação de Maria Quitéria, que sua bebê nasceu apresentando dificuldade respiratória, e sem muitos movimentos, e foi levada às pressas pela equipe para a UCI, sua irmã que estava acompanhando se desesperou em ver a cena, como conta:

Aí depois que ela nasceu colocaram em cima de mim, aí como ela não chorou, dizendo eles, a desculpa deles é que eu não tinha comido, mas eu acho que isso não tem nada a ver não, que a neném nasceu fraca, aí levaram ela aqui pra trás, não sei o que foi que fizeram com ela, aí levaram ela lá pra cima e eu fiquei aqui deitada, aí depois a minha irmã entrou em desespero, dizendo que ela ia morrer, ia morrer, e eu fiquei na minha, não podia fazer nada (Maria Quitéria, 1ª filha).

Quitéria relatou que conseguiu conter o desespero mesmo vendo sua irmã descontrolada, mas na entrevista foi percebido que essa suposta tranquilidade pode ser explicada tanto pelo desconhecimento da real situação, quanto pelo choque em esperar um bebê “perfeito”, e se deparar com uma filha que precisa de cuidados imediatos e com risco até de morte.

Ainda sobre o acompanhante, nos momentos de intercorrências, como a que aconteceu com Maria Quitéria, se faz ainda mais necessário a presença de uma pessoa de confiança para cuidar da mulher. E foi percebido que para as famílias o cuidado após o parto é para o bebê, como foi dito por Quitéria demonstrando muita tristeza e solidão:

Sim, eu tava com a mamãe ontem, mas ela foi embora, por que ela falou que não tinha nada pra fazer aqui, por que a neném não tava comigo, tava lá pra cima, e ela não podia ver, só pode a mãe e o pai, aí ela preferiu ir embora (Maria Quitéria, 1ª filha).

Foi percebido através das entrevistas que mesmo com a situação de uma entrevistada, o hospital cumpre a Lei do acompanhante, porém ainda precisa ser incorporado como um dispositivo importante, e ser divulgado de forma mais pertinente pela equipe no hospital.

Esta preparação do acompanhante deveria iniciar de fato no pré-natal. A pessoa escolhida deveria passar por pelo menos uma consulta junto com a mulher no pré-natal, e assim receber informações importantes do que pode acontecer durante o trabalho de parto, pois entendendo o processo sua ansiedade e medos tendem a diminuir, a pessoa se tranquilizar e poder ajudar a parturiente. Mas quando isso não é possível, uma rápida conversa no hospital, mantendo a pessoa sempre informada do que está acontecendo, pode ser o suporte para este acompanhante.

### **5.1.2 - Informações: democratizadoras ou facilitadoras do processo de parto?**

A partir de minha experiência através dos partos que acompanhei, percebi que a informação constitui uma importante ferramenta para um parto respeitoso, isso porque com conhecimento de seu processo fisiológico, e o que pode ser feito para ajudar o seu corpo, esta mulher torna-se mais própria de seu parto, e mais segura, aumentando a chance de concentração no seu corpo, e também de um parto rápido e com menos intervenções.

As novas diretrizes de assistência ao parto normal (2017) recomenda que:

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados (BRASIL, 2017, p. 15).

Essas informações devem ser fornecidas a cada consulta de pré-natal como preparação para o parto, momento que deve ir para o hospital, sobre sinais de parto, etc. Também no momento da recepção do hospital, explicando sobre o direito a acompanhante e evolução de seu trabalho de parto. E no trabalho de parto, as formas de alívio de dor, posições, etc. Essas informações são fundamentais para o seu empoderamento enquanto garantia de direitos.

Em algumas unidades de saúde são realizados grupos de grávidas para discussão de temas importantes para esse momento, com profissionais como enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, entre outras. Porém, percebe-se muitas vezes a falta de vínculo das mulheres quando se trata de grupos, algumas por vergonha de se expor, outras por questões de trabalho ou familiar.

Em minha experiência como psicóloga de um Núcleo de apoio à saúde da família – NASF, que se refere a uma equipe multidisciplinar que apoia os técnicos da Estratégia Saúde da Família nas unidades de saúde, por várias vezes, montamos grupos de grávidas, porém nem sempre com êxito. Percebemos que muitas mulheres não tinham interesse em participar, por motivos diversos, como o retorno para o trabalho, e o cuidado com o outro filho. Os afazeres domésticos que são cobrados apenas das mulheres, principalmente com filhos, dificultavam a participação das mulheres em grupos. Outra questão importante de citar é que, as discussões sobre a condição feminina sempre foram tabu na nossa sociedade, as mulheres não são preparadas para parir, não se conversa sobre isso, nem em casa, nem na escola, ou outros lugares de convivência, e quando se é falado geralmente é contado situações de violência no parto, o que deixa as mulheres com medo de passar por essa experiência. O parto por ser resultado de uma relação sexual, pode está entre os temas de difícil debate, não sendo confortável para algumas mulheres discutir em grupo.

Mas, percebi também, que algumas não apresentavam interesse em conhecimentos mais detalhados do trabalho de parto, provavelmente por não se sentirem inclusas nele, como se o parto fosse apenas de responsabilidade da equipe ou médico, e que a opinião dela de nada valeria. Neste sentido, o estudo tornava-se pouco interessante para elas.

Experiências como dos grupos de apoio como o Ishtar, que realiza um trabalho voluntário através de rodas de conversa quinzenalmente, sobre temas relacionados à

gestação, parto, puerpério e amamentação, além de grupo virtual de apoio às mulheres/mães, alcança bons números de participantes. Este público em geral são mulheres com nível de escolaridade maior, assim como sua renda, são mulheres bem esclarecidas que buscam serviços de saúde suplementar ou particular. Porém, para as participantes do grupo no município onde foi realizada esta pesquisa, essa realidade não se aplica, as participantes apesar de apresentarem um nível de escolaridade maior, o nível de renda não acompanha, e grande parte usa o atendimento público para o acompanhamento pré-natal e parto, e o grupo auxilia através de apoio e informações, fazendo com que as mulheres que na sua maioria, cheguem ao final da gestação mais seguras de suas escolhas.

Margarida sentiu falta de informações durante seu trabalho de parto, como explicou:

Ah eu acho que depois que me deram a informação de como conduzir como era pra fazer a força, eu acho que foi bem mais rápido, só que se tivesse sido antes teria tido ela mais rápido (Margarida Alves, 1º filho).

A parturiente explica que não teve informações de como se dava o trabalho de parto, e nem do período expulsivo, e que por isso, seu parto foi demorado, porque ela não sabia o que fazer para ajudar.

A pesquisa de Viana (2014) também mostrou que as mulheres têm pouca ou nenhuma informação a respeito dos procedimentos técnicos a que estão submetidas, as situações pouco esclarecidas ou a total falta de informações e orientações podem gerar insegurança para as mulheres e mesmo seus familiares a respeito das situações e procedimentos a serem executados.

Margarida comentou que na hora do expulsivo, quando a contração vinha ela fazia força na parte superior do corpo, peito e pescoço, e que o médico explicou que precisava fazer força para baixo. Mas quando foi dada a informação ela pôde direcionar melhor.

Dorothy também relatou sobre a falta de segurança por não ter tido orientação na gravidez e tão pouco no hospital.

Eu fiquei mais nervosa por que o meu primeiro foi cesáreo... quando eu cheguei aqui que eu deitei, que a moça me mandou eu deitar... ai eu gritava, ai meu Deus, me ajuda, me ajuda, aí ela falou pra mim essa dor é pra fazer cocô? Eu disse: é muito, é por que é uma dor insuportável, aí eu disse: me ajude, por que eu não sei como é, eu não tive experiência eu falei pra ela. Ela falou: não, é assim, tu faz força pra baixo. E me ajudou, entendeu? Eu agradei muito ela depois (Dorothy Stang, 2º filho).

As mulheres tendem a duvidar de seu poder de parir, dizendo que não sabem o que, e como fazer para ter seus filhos. Isso pode ser explicado por ainda termos um modelo tecnocrático de assistência, que tira da mulher esse poder, autonomia e segurança, não a reconhecendo como a protagonista do processo, transferindo este protagonismo para as tecnologias avançadas como o especialista médico, as cirurgias cesarianas, etc. É válido lembrar que durante séculos, as mulheres pariam sem qualquer assistência profissional, só deixando o corpo agir por si só.

As informações dadas pela equipe de forma equivocada podem causar vários transtornos, como: insegurança da parturiente, medo e desespero; foi o que aconteceu com Maria da Penha ao receber a informação errada sobre o andamento de seu parto.

É, aí eu fiquei lá esperando. Aí o médico disse que ainda não era a dor de quem vai ter filho

É, ele disse não é dor não isso aqui, por que quando é dor pra ter filho a mulher gritava espernegava, mas eu sentia assim que já era pra ter, eu tava dois dias já (Maria da Penha, 4º filho)

Apesar de pouca instrução, Maria já havia tido outros três filhos de parto normal, tinha conhecimento do seu corpo, e da dor de um trabalho de parto, e justamente por já ser multípara, seu trabalho de parto tende a ser mais rápido e menos doloroso. Porém, quando o médico deu a informação que ainda não estava na hora de seu bebê nascer, a parturiente encheu-se de dúvidas e medo.

Uma boa conversa e explicação de seu estado poderia deixar Maria mais tranquila, para que seu trabalho de parto tivesse prosseguimento, já que em situações de medo e ansiedade nosso corpo libera hormônios como a adrenalina que é contraproducente das endorfinas - substância de efeito semelhante ao da morfina, diminuindo a sensação de dor e entorpecedor de consciência, são produzidas no parto, orgasmo e amamentação (Diniz e Duarte, 2004). Não sendo liberadas endorfinas o trabalho de parto estagna, até que a situação volte a ser favorável para a continuidade.

Outra situação encontrada nas entrevistas foi quando a informação é oferecida de forma incompleta à parturiente. Como explica Nísia:

Que era pra mim ficar fazendo só o esforço ne, pra ver se ele vinha mais rápido e os centímetros aumentasse, por que ele tava vindo rápido, mas era por contração de hora em hora, aí eu fiquei fazendo os exercícios que eles estavam falando lá na sala, aí acho que com 1 h de tempo assim foi uns 4 min pra dar uma dor forte, aí já entrei pra sala do parto, acho que lá mais meia hora de tempo e nasceu (Nísia Floresta, 1º filho).

Foi observado que as informações dadas às parturientes eram mais relacionadas ao estímulo a exercícios de agachamento e caminhadas, como forma de agilizar o

trabalho de parto, porém, em suas falas, não observei a preocupação e o cuidado da equipe com a situação emocional da parturiente, com explicações do que ela estava sentindo, palavras de incentivo, acolhimento nos momentos de desespero.

É por que eles mandaram eu ficar andando pra ficar coisando mais, aí quando eu tava com muita dor eu não tava conseguindo andar, se eu andar eu vou fazer força, se eu fazer força aí que o negocio piora, por que aí dá aquela vontade neh? Aí a minha irmã falou assim, ó, não faz força não, por que se tu fazer força a cabeça da neném vai voltar e não vai encaixar, eu disse agora pronto, não vou mais fazer força nenhuma! Aí quando deu umas 10 e pouco me chamaram pra cá, já tava passando da hora de nascer já, aí fui só levantado a perna ali e aí eu fiz força, quando eu fiz força aí a bolsa estourou aí ela tava vindo já, a cabecinha dela, acho que eles demoraram muito a me chamar pra ter ela (Maria Quitéria, 1º filho).

A falta de informações mais detalhadas fez Maria Quitéria acreditar que precisava esperar pela equipe para fazer com que ela parisse, e como a equipe não estava presente precisava ficar quieta para não estimular a vinda de sua filha. Porém, quando a equipe chamou, para ela havia passado do tempo de sua filha nascer, causando assim vários problemas para a bebê.

A falta de orientação para as mulheres durante o trabalho de parto, também é percebida na hora do parto. A entrevistada Cora Coralina relata que foi orientada a fazer força, porém ainda não sentia vontade de fazer:

-Ela falou pra mim fazer na hora da dor, fazer a força na hora da dor. Pois é, mas nem sempre na hora da dor da vontade da gente fazer neh, só na hora que ta pra nascer mesmo que a gente sente aquela vontade mesmo (Cora Coralina, 1º filho).

Porém, Enkin (2005) diz que com a dilatação total do colo do útero, pode ou não coincidir com o início da fase de expulsão do bebê, ou seja, a mulher pode alcançar a dilatação total do colo, mas não sentir vontade de fazer força para expulsar o bebê. Algumas mulheres sentem essa vontade mesmo antes do colo estar totalmente dilatado, enquanto outras só sentem essa vontade bem depois de estar dilatada. Esse “desejo” involuntário de fazer força é chamado de puxos ou reflexo de Ferguson (OLIVEIRA, 2009).

Oliveira (2009), também relata que alguns autores afirmam que os puxos direcionados não se baseiam nos princípios fisiológicos e anatômicos materno-fetais que regem o trabalho de parto, baseando-se geralmente tão somente na dilatação de 10 centímetros. Este fato pode sugerir que um puxo direcionado antes da rotação interna do feto na pelve materna pode impedir um posicionamento adequado do feto, fator que pode prolongar o tempo do período expulsivo.

Enkin et al. (2005) descrevem que quando a mulher não sente vontade de fazer força, coloca o bem-estar do bebê em risco, pois a interrupção da respiração da mulher pode comprometer a oxigenação para o bebê.

Portanto, não há indicações de que o esforço de empurrar precocemente tenha qualquer vantagem para a mãe e o bebê. E apesar das novas diretrizes (2017) recomendarem que evite os puxos dirigidos, ainda é observado essa prática no hospital estudado.

Como percebemos, muitas informações importantes não são devidamente passadas às parturientes. Sabemos que parte dessas informações deveriam ser fornecidas durante o pré-natal, e a equipe do hospital somente acompanharia o processo. Porém, muitas mulheres vêm de um pré-natal precário e vão necessitar dessas informações no próprio hospital, o que dificulta para a equipe que recebe um grande fluxo e muitas vezes não dispõe de tempo para tantas informações.

## **5.2 – Eixo II: Trabalho de parto**

### **5.2.1 – Movimentos e cuidados**

Sobre os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio de dor, foi observado na fala das parturientes que poucos métodos são incentivados e disponibilizados para as parturientes neste hospital. Foram citados somente técnicas de respiração, e banhos, além da orientação de fazer caminhadas e agachamentos. Porém, muitas são as opções de métodos de alívio da dor segundo as novas diretrizes nacionais de assistência ao parto (BRASIL, 2017); Diniz e Duarte (2004). São elas: massagens, baixa iluminação, imersão em água, aromaterapia, silêncio, privacidade e ambiente adequado, musicoterapia, técnicas de relaxamento, acupuntura, entre outras.

Para Olga foram orientados banhos, caminhadas e agachamentos:

Aí eu fiquei esperando da os 10 cm, falavam pra eu fazer agachamento, ficar debaixo d'água que relaxava, e aí eu fui fazendo. Andar, tomar banho, fui fazendo, não demorou muito estorou a bolsa aí eu vim pra cá, e quando eu vi foi já nascendo (OLGA BENÁRIO, 2º filho).

Os banhos mornos são relaxantes e diminui a sensação de dor. Porém, o hospital não dispõe de duchas para banhos mornos na maternidade. Os banhos são frios, o que na hora do parto pode ser desconfortante, pois as mulheres em trabalho de parto têm variações rápidas de sensação térmica (sente muito calor, e logo depois muito frio).



Mobilidade durante o trabalho de parto também é uma importante técnica de alívio da dor, pois auxilia na mobilidade dos ossos da bacia, aumentando a dilatação e diminui o tempo de trabalho de parto. Parece óbvio, mas muitas mulheres passam o trabalho de parto deitadas em macas em salas de pré-parto (Diniz e Duarte, 2004), isso pode aumentar a sensação de dor e o tempo de trabalho de parto.

Técnicas de respiração também se faz necessário durante o trabalho de parto, pois ajudam na oxigenação durante as contrações e no relaxamento durante os intervalos, apesar de não ser uma regra fixa, muitas mulheres se sentem bem ao receber e tentar essa dica (Diniz e Duarte, 2004). Foi o caso de Leila, que recebeu informações sobre técnicas de respiração e admitiu que sentia-se melhor:

A enfermeira me disse que era pra quando eu tivesse sentindo bastante dor que era pra eu respirar pelo nariz e soltar devagazinho pela boca que ia me ajudar a aliviar mais um pouco a dor, aí eu tava fazendo isso e até que tava melhorando (Leila Diniz, 1º filho).

Leila comentou que também foi orientada a caminhar para aumentar sua dilatação e logo ela ter o bebê:

...me recomendaram a andar pras contrações vim mais rápido e eu ter logo o menino, aí eu comecei a andar aí foi aumentando, aumentando até que a hora chegou (Leila Diniz, 1º filho).

Para a parturiente, essas informações foram essenciais para o sucesso de seu trabalho de parto, pois lhe nortearam de como poderia ajudar seu corpo nesse processo, e deram segurança para continuar.

Mas nem sempre os profissionais de saúde desse hospital mostraram-se preocupados em aliviar as dores das mulheres. Alguns deles passam por elas nos corredores quando estas mostram muitas dores, mas isso não lhes afeta. Talvez pela quantidade de mulheres que recebem por dia, já é algo comum para eles. Não se percebe a preocupação em deixá-las mais confortável. Nísia comentou sobre esse descuido:

Ah eu acho que eles tinham que dá mais atenção, que a gente fica com muita dor, e não dão nenhum remédio pra aumentar, ou diminuir, ou aumentar logo de uma vez, aí a gente vai lá e não faz o toque não faz nada, aí quando a gente vai pra ter já é estourando tudo já, pra nascer (Nísia Floresta, 1º filho).

A falta de informação adequada, de que o parto é um processo fisiológico, e para acontecer precisa de tempo, que na maioria das vezes não tem necessidade de

intervenções faz com que a mulher se sinta largada, negligenciada. Mas quando a mulher é informada de tudo isso, e acompanhada por avaliações do bem-estar físico e emocional dela e de seu bebê, dificilmente apresenta queixas desse tipo.

### **5.2.2 - Quem escolhe a posição de parir?**

Uma das grandes mudanças no cenário de parto foi a posição corporal da mulher. Em tempos atrás, a mulher durante o trabalho de parto, tinha liberdade de caminhar, agachar e fazer qualquer outra atividade que desejasse. Porém, a medicalização obrigou a mulher a se imobilizar e a se deitar. Esta posição é considerada um fator que dificulta o processo fisiológico (MAIA, 2010).

A posição de litotomia (deitada) favorece somente a equipe de assistência ao parto, por deixar o canal de nascedouro nivelado ao olhar de quem está assistindo, e também por facilitar a condução ativa da equipe e não da mulher. Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e aberta, fica claro que o sujeito do parto é o médico e não a mulher (MAIA, 2010, p. 36).

Por isso, muitos profissionais não estimulam que a mulher procure a posição mais confortável para ela, que está passando por intensas dores. Geralmente não se trata de uma proibição de se escolher a melhor posição, mas o contexto leva a mulher a tal situação, como por exemplo, podemos citar o acesso venoso de soro, que dificulta o caminhar e outras posições, assim também a falta de estrutura adequada, como um espaço mais privativo, que a mulher possa assumir diversas posições sem se constranger.

Estimular a mulher a assumir se verticalizar é de extrema importância, pois nesta posição diminuem as sensações dolorosas, assim como a necessidade de analgesias, causa menos desconforto e dificuldades na hora do período expulsivo, apresenta menos traumatismo vaginal ou perineal, entre outros benefícios.

Das dezesseis mulheres entrevistadas, apenas Chiquinha assumiu posição vertical, sentada na banqueta de parto, como a mesma relata.

Tava sentada, por que eu não consegui ter ele na mesa, aí eu descí pro piniquinho aí estourou a bolsa. (Chiquinha Gonzaga, 3º filho).

Todas as outras estavam em posição supina:

- Não, eu tive deitada (Olga Benário, 2º filho).
- Tava deitada (Nísia Floresta, 1º filho).

Ao perguntar para uma das entrevistadas qual a posição ela estava na hora do parto, ela disse, com um pouco de dúvida, que estava quase sentada. Sua mãe, que estava como acompanhante, consertou que ela estava praticamente deitada, que só a cabeça que ela ergueu. Senti que a mãe da parturiente considerava que estar deitada durante o parto era um cuidado com a mulher, e que dizendo que ela estava quase sentada poderia prejudicar o hospital.

Senti em outras as falas a mesma percepção das mulheres, como se deitada fosse melhor para a mulher. Mais uma vez percebi a falta de informação das mulheres, privilegiando os profissionais de saúde. E estes, sem a preocupação em oferecer uma informação que possa trazer o mínimo de conforto e cuidado com a mulher nesse momento tão doloroso.

A pesquisa realizada pela Rede Parto do Princípio “Parirás com dor” (2012) confirma esse resultado explicando que apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde, da recomendação do Ministério da Saúde, da Portaria 1.067 de 2005, RDC 36 de 2008 da ANVISA, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina para o parto.

### **5.3 – Eixo III: No parto**

#### **5.3.1 - Uso do hormônio do "amor" ou da "dor"?**

A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher para ajudar no trabalho do parto. É também conhecido como hormônio do amor, por também estar presente nas relações sexuais, nas interações sociais, na amamentação e é importante para a ligação entre mãe e bebê. O uso da ocitocina artificial apenas para acelerar o parto, sem uma indicação correta, não é adequado para a saúde da mãe e do bebê, podendo trazer riscos desnecessários (Ministério Público de Pernambuco, 2015).

O uso da ocitocina sintética deve ser cauteloso pelos potenciais problemas que ela pode causar à parturiente. Dentre esses problemas está a hiperestimulação uterina - fazendo com que o útero contraia em um ritmo muito acelerado, podendo provocar a

rotura uterina e ainda trazer efeitos adversos à mulher e ao bebê. Na mulher a ocitocina eleva consideravelmente a dor, o estresse e o medo; no bebê a complicação mais frequente é o sofrimento fetal agudo, ocasionado pela redução da circulação sanguínea trazida pelo curto intervalo entre as contrações (DOMINGUES, 2016).

Maria da Penha, depois de ter ficado na recepção do hospital, pelo médico ter dito que mesmo com oito centímetro de dilatação ainda não era trabalho de parto, ela foi admitida e submetida a ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, como explicou.

...mas aí me deram aquele soro pra aumentar a dor e foi aí que eu tive, a minha irmã ainda falou assim, o médico ainda disse que não era pra hoje, e se tu fosse embora pra casa, tinha tido lá (Maria da Penha, 4º filho).

A ideia da padronização do cuidado entende que existe um tempo certo para o trabalho de parto, que pode durar de 12 a 14 horas, ou em média, 1 centímetro por hora, e passar desse tempo faz com que a equipe se antecipe e intervenha com medicamentos para adiantar o nascimento. Porém, os estudos baseados em evidências científicas mostram que não há um tempo exato para o trabalho de parto. O ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) baseado na curva de Zhang define que, na fase ativa do trabalho de parto, se houver mais de 6 cm de dilatação com membranas rompidas (bolsa de água estourada), só devemos diagnosticar trabalho de parto protraído (que não evolui, a famosa “distocia de progressão”) se não houver mudança na dilatação após 4 horas de contrações efetivas, ou 6 horas de contrações ineficazes. Estagnar as dilatações é comum, e pode estar envolvido com fatores emocionais, e também com o ambiente em que a mulher se encontra, se tem privacidade, pouca luminosidade, pouco barulho (Obstetric care consensus, 2014).

Não foi observada na fala das puérperas, algum momento de conversa ou orientação, oferta de uma sessão de relaxamento ou massagem da parte dos profissionais de saúde para com a mulher no momento de estagnação do trabalho de parto, somente a decisão pela ocitocina sintética.

A parturiente Dandara relatou que passou quatro dias em trabalho de parto, ia ao hospital para avaliar e voltava para casa, provavelmente estava em pródromos, que são contrações de treinamento. A mulher sente dores (cólicas) suportáveis, a barriga contrai (fica dura), mas não tem um ritmo de contrações como o trabalho de parto, não há dilatação significativa. Ela foi internada com quatro centímetros, revelando que ainda não estava em trabalho de parto ativo. Diniz e Duarte (2004) relatam que internar a

mulher neste período cria-se um limite de tempo para o parto, que, ultrapassado começam a realizar intervenções.

Falaram que era pra eu ficar caminhando um pouco, praticando os exercícios ne, aí eu tentei, tentei, mas não deu certo e eu fui pro remédio, aplicaram um soro, e aumentaram a dor, aí dilatou todinho ... Aí eu tomei o remédio, a doutora veio, aí fez o toque de novo, aí ela que rompeu a bolsa, aí pronto, depois disso, dor, dor e dor, aí demorou um pouquinho ela nasceu (Dandara, 2º filho).

Apesar de Dandara ter sido orientada a caminhar e praticar exercícios, não é garantia de cuidado e conforto no trabalho de parto. Como já foi abordado anteriormente, o hospital estudado não dispõe de estrutura que permita a privacidade necessária à parturiente, e isso pode acarretar perda de progressão do trabalho de parto. A indicação de praticar exercícios deve ser orientada quando a mulher já se encontra em trabalho de parto ativo, quando o próprio corpo da mulher solicita movimentos para aliviar a dor. A prática de exercícios antes desse período pode cansar a mulher e dificultar o trabalho de parto.

Maia (2010) explica que as intervenções realizadas no modelo tecnocrático de assistência ao parto geram um efeito cascata, ou seja, submetem as mulheres a intervenções que podem levar a complicações, que terminam em uma intervenção final, que pode chegar até em uma cesárea.

A médica que atendeu Dandara aplicou ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a parturiente estava deitada dificultando a progressão do parto, a médica então estourou a bolsa das águas (amniotomia). Mas segundo Diniz e Duarte (2004) o líquido amniótico contido na bolsa tem efeito protetor, diminuindo a pressão na cabeça do bebê e do colo do útero, além de aumentar as chances de prolapso de cordão (saída do cordão umbilical primeiro que o bebê), considerado um evento emergencial no parto - também fica mais exposto a infecções e cria um limite de tempo para o parto acontecer, por isso a amniotomia não é recomendada.

Maria José chegou ao hospital com fortes dores, porém sem dilatação, talvez por morar em outro município distante, ela foi internada mesmo sem estar em trabalho de parto. Foi orientada a caminhar para estimular a vinda das contrações. Mas explicou que como ainda não tinha dilatação, a médica resolveu estourar a bolsa.

- Eu fiquei andando pra um lado e pra outro... ele só subia ele não descia, aí eles estouraram logo a bolsa.

-Não tinha nenhum centímetro não... eles estouraram pra ver se ele descia logo de vez (Maria José, 9º filho).

Como já foi dito, o risco de amniotomia é grande, principalmente no início do trabalho de parto, mais ainda sem dilatação nenhuma. A parturiente ainda informou que sua pretensão era se submeter a uma cesariana para que também fosse feita uma laqueadura, pois já tem nove filhos. Ao sentir as primeiras dores foi para o hospital com a intenção de fazer a cirurgia, porém não tinha anestesista no local. O que torna ainda mais perigoso o procedimento de estourar a bolsa, pois caso precisasse de uma cirurgia de emergência não seria possível.

### 5.3.2 – Precisa de “ajuda”?

A prática do corte no períneo a fim de ampliar o canal de parto – episiotomia - foi encontrado apenas em uma participante da pesquisa. Segundo a pesquisa Nacer no Brasil, estima-se que este procedimento é realizado em 94% dos partos normais no Brasil. Essa proporção é estimada por meio de pesquisa domiciliar amostral, e pode ser ainda mais elevada, uma vez que não há registro oficial do procedimento (Inquérito Nacer no Brasil, 2012),

Pesquisas realizadas por AMORIM; KATZ (2008) e CARROLI; MIGNINI (2010), entre outros, relatam que além de incontinência urinária, fecal e de flatos, a episiotomia pode trazer outras complicações como: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma.

A episiotomia, assim como alguns procedimentos considerados desnecessário e prejudiciais para saúde da mulher, é vista como parte do parto normal, e as mulheres que desconhecem tratam desse corte com naturalidade.

Durante as entrevistas surgiu uma curiosidade sobre a episiotomia. Uma participante relatou que em seu primeiro parto recebeu o corte, e que neste segundo parto achava que também iria precisar dessa “ajuda”.

Eles cortaram um pouquinho, por que foi o primeiro, eu tinha passagem, só que ele era muito grande e eles ajudaram um pouquinho, eu até tava querendo, mas depois eu soube que não pode mais fazer, é proibido agora (Olga Benário, 2º filho).

A resposta dos profissionais mostrou que já há uma preocupação e cuidado com a mulher no que se trata desse procedimento neste hospital. Durante as visitas para a

realização das entrevistas, escutei de alguns profissionais de enfermagem que estes estão evitando fazer episiotomia de rotina, porém quando os médicos entram na cena do parto, geralmente o fazem alegando estar ajudando a parturiente.

A manobra de Kristeller é definida pelo empurrão na barriga da parturiente no momento do parto, para que o bebê nasça mais rapidamente. Procedimento que não é recomendado tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela OMS, mas que ainda é realizado em cerca de 36% dos partos no Brasil (SOUSA, 2015). Não foi referido por nenhuma participante desta pesquisa. O que mostra um grande avanço do hospital no sentido da humanização do parto.

### **5.3.3 – O aconchego de um abraço e a primeira mamada**

O contato pele a pele entre mãe e bebê deve ser estimulado assim que o bebê nasce, por tratar-se de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo a exploração do corpo da mãe pelo bebê. Deve ser contínuo, prolongado e estabelecido entre mãe-filho saudáveis. Entre os benefícios, este contato acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única, proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe, além de estimular a amamentação na primeira hora de vida da criança (MATOS TA, et al., 2010).

Apesar das diretrizes do Ministério da Saúde apontarem para evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento, percebeu-se que no modelo medicalizado, no geral, é feito o corte do cordão umbilical do bebê logo que nasce, depois ergue-se a criança para mostrá-la à mãe, e o bebê é levado para o berço aquecido, não havendo qualquer tipo de aproximação e interação entre o binômio, sendo impossibilitados de dar seguimento ao vínculo precoce que se estabelece logo após o nascimento (CRUZ, 2007).

No hospital estudado os profissionais já cumprem essa orientação, apesar de ser pouco tempo de contato entre mãe e bebê, geralmente o tempo de cortar o cordão umbilical. Como relatam algumas entrevistadas.

...daí eles colocaram em cima de mim, e passaram pra limpeza, dele (Chiquinha Gonzaga, 3º filho).

...colocaram aqui em cima de mim da minha barriga e mandaram eu respirar pra mim passar respiração pra ele pelo umbigo, aí depois que demorou um instantinho, aí ela foi e cortou um umbigo... (Leila Diniz, 1º filho)

Primeiro foi, enrolou num pano e colocou no meu colo, aí depois limpou lá uns negocio, aí depois levou ele pra pesar e limpar aí ele chegou (Nísia Floresta, 1º filho)

Algumas participantes não tiveram a oportunidade de ter esse momento de reconhecimento com seu filho, e na hora do nascimento foi separada para realizar procedimentos no bebê e também nas mulheres. Como relatam abaixo.

Não, não foi, eles primeiro foram dar banho, depois eles me liberaram pra vim pra cá, e eles trouxeram depois (ent. 7)

Para os bebês que nascem saudáveis, os cuidados podem ser prestados mantendo-se e respeitando este momento de interação para que se favoreça o estabelecimento precoce do vínculo (CRUZ, 2007). Portanto para esses bebês qualquer procedimento pode ser esperado ou feito no próprio colo da mãe.

A importância da proximidade e do toque entre o binômio é relatada mencionando pesquisas que evidenciam as vantagens no estado de saúde, atenção e responsividade dos filhos que foram carregados no colo em comparação com os que não o foram (CRUZ, 2007).

Nise foi separada de sua filha para realizar procedimentos de rotina.

Aí me trouxeram pra sala de parto, trouxeram ela pra pesar, medir  
- Trouxeram logo ela pra fazer os procedimento pra limpar, pra pesar (Nise da Silveira, 1º filho)

Nesse momento, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionou a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação ao novo ser, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intrauterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.

Sobre a amamentação, nenhuma entrevistada relatou ter amamentado nesse primeiro contato na hora do nascimento, o que já é preconizado tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela OMS. Zuzu, explicando que só amamentou quando foi para o seu leito, pois na sala de parto ninguém orientou que ela desse:

Amamentei, quando eu fui pra sala ela começou a chorar aí eu amamentei.  
(Zuzu Angel, 3º filho).



Nesse caso, não foi observado estímulo à amamentação na primeira hora, que é importante tanto para o sucesso da amamentação, quanto para os vínculos entre mãe e filho, e também ajuda na expulsão da placenta.

#### **5.4 – Eixo IV: Satisfação da puérpera**

##### **5.4.1 – A melhor parte.**

Foi perguntado às puérperas quais os pontos positivos que elas perceberam em seus atendimentos, e foi entendido que para a maioria delas o ponto positivo diz respeito ao atendimento recebido por elas, como disse Cora Coralina:

Foi a parte que eles vinham toda hora ver se eu tava bem, se eu tinha alguma coisa, quando eu tava com dor eles vinham examinar, tirar a pressão (Cora Coralina, 1º filho).

Na opinião de Cora a atenção que os profissionais tiveram com ela, em verificar se estava ocorrendo tudo bem foi fundamental para que ela se sentisse segura, confiasse na equipe e se entregasse ao trabalho de parto. Resultado semelhante foi observado na pesquisa de Aguiar (2010) onde foi percebido que uma boa interação com o profissional também inclui o uso da tecnologia através de pedidos de exames e de procedimentos que são entendidos pelas pacientes como adequados. Outro ponto semelhante desta pesquisa é sobre o cuidado com o bem-estar da paciente e a percepção do que ela necessita naquele momento.

Olga frisou que um ponto positivo do hospital foi a paciência que a equipe teve com ela, no entendimento de que uma mulher em trabalho de parto necessita de ajuda.

Por que nós vamos com uma confiança de que naquele lugar, nós vamos ser bem atendidos... eu já vim pra cá por que como ela (irmã) foi bem tratada, e no meu primeiro também fui, e no segundo foi do mesmo jeito... é a paciência que eles tem ne? Não é aquela pessoa ignorante ne? Que chegam tu ta vendo la, vão e te ajudam, o que eles puderem conversar contigo eles fazem (Olga Benário, 2º filho).

Olga já conhecia o hospital, e o escolheu consciente de que lá teria um bom atendimento. Tarsila também relatou sobre a paciência que a equipe teve com ela, pois mesmo sendo o quarto filho, necessitava de atenção e orientação.

Eu acho que foi a paciência delas comigo. Que eu já sou mãe de quatro filhos ne, mas só que cada gravidez é diferente uma da outra(Tarsila do Amaral, 4º filho).

Nise considerou como ponto positivo ter conseguido leito no hospital, pois esta vinha de um outro município e ia ser encaminhada para algum hospital na capital, Belém.

Acho que foi por que quando eu vim não tinha leito disponível, aí a responsável la embaixo viu que eu não tinha condições de ir pra Belém , ela conseguiu leito pra mim aqui, por que não teria condições [de ser transferida para algum hospital de Belém] (Nise da Silveira, 1º filho).

Não foi observada na fala de Nise nenhuma revolta em ter que sair de sua cidade para outra em busca de atendimento, somente gratidão por ter conseguido leito neste hospital. Situação parecida ocorreu na pesquisa de Viana (2014) onde esta não verificou nenhuma queixa ou reclamação das puérperas pelo fato de terem ido de um hospital a outro. Não atribuíram nenhum valor e nem se referiram a isso como um tipo de violência institucional, percebeu-se o desconhecimento de seus direitos e não conseguem identificar como violência.

Outras respostas percorreram entre rapidez no atendimento, orientação durante o parto, e somente uma disse não identificar pontos positivos. Também foi falado sobre o recebimento de demandas, ou seja, as mulheres sentiram-se cuidadas pelo simples fato de terem sido recebidas no hospital, pois segundo elas, muitos não recebem alegando falta de leito, ou outros motivos, como relataram as mulheres abaixo.

Ah foi deles me atenderem, por que em outros lugares assim a gente fica, a gente podia ta com dor e eles ficavam só espiando, aqui não, eles vieram logo atender (Carmen Miranda, 7º filho).

Como esse hospital recebe a demanda de vários municípios vizinhos, alguns bem pequenos que não têm maternidade, outros que possuem hospitais gerais que não têm boas condições de atendimento ao parto, foi percebido que para algumas mulheres a insuficiente atenção que lhes foi prestada, fez a diferença em seu atendimento. Foi o caso de Anita:

Diferente por que la no município onde eu moro não tem todas essas coisas que tem aqui, já foi um monte de gente me visitar, já foram ver como tava meu sangramento, se eu tinha leite no peito e lá não tem essas coisas e aqui tem, por isso que é diferente (Anita Garibaldi, 2º filho).

Também foi investigado sobre o que o hospital precisa melhorar, ou seja, o que viram de pontos negativos que precisam ser melhorados. Várias puérperas disseram não saber responder por acreditar que foram muito bem tratadas. Outras, queixaram-se do atendimento na recepção, como Maria da Penha:

- Eu não achei que fui bem tratada quando eu cheguei, por que a gente conhece as pessoas quando tão escutando o que a gente ta falando e comentando com outras pessoas, tipo assim, sei lá, parece que não ta nem aí pro que a gente ta falando, parece que ta fingindo, tipo assim.

- A gente vem pro hospital pra ser bem tratada, dizer olha ainda não ta na hora, mas aguarde aí que a gente ta sem leito, mas a gente vai resolver, mas não foi isso que aconteceu. Inclusive as vezes as pessoas ainda fica fazendo graça, eu ouvi a menina lá dizendo, que não sei o que, que eu tinha que ir embora cuidar do resto filhos, lavar uma roupa e tudo, isso aí não é pra dizer uma coisa dessas, por que a gente escuta uma coisa dessas já ta a ponto de perder, bem dizer a criança por que a gente já ta a dois dias assim (Maria da Penha, 4º filho).

O malcuidado na hora do parto passa também por palavras desrespeitosas proferida por profissionais ou por outras pessoas presentes no momento. Isso pode afetar emocionalmente a mulher, que pode se sentir diminuída, triste, revoltada, quebrando todo o círculo hormonal e dificultando o trabalho de parto.

Porém, foi percebido um certo desconforto das mulheres em avaliarem seus atendimentos, algumas foram bem sucintas em suas palavras. Nesse caso, estudos como de Domingues, Santos e Leal (2004) apontam para a dificuldade que as mulheres têm na avaliação de seus partos, principalmente em situações de risco:

Alguns trabalhos que discutem a avaliação da satisfação das mulheres com a assistência ao parto apontam dificuldades para realização desse tipo de estudo. Os pacientes, de modo geral, têm dificuldade em criticar o serviço de saúde e os profissionais que o atenderam, principalmente em situações de risco. No caso da assistência perinatal, essa dificuldade pode ser ainda maior, pois as mulheres tendem a se sentir aliviadas, agradecidas e com sentimentos positivos após o nascimento de uma criança saudável, compensando qualquer experiência negativa durante a assistência. Nos dias imediatamente após o parto, em especial, as mulheres podem hesitar em criticar a assistência recebida e os profissionais envolvidos (Domingues et al, 2004).

Isso pode explicar a dificuldade observada com algumas entrevistadas em falar sobre o momento de seus partos, muitas vezes respondendo objetivamente o que lhe foi indagado, e não aprofundando a entrevista. Essa questão também pode ser explicada pela falta de vínculo da pesquisadora com as mulheres, ou seja, por ainda não conhecer

a pesquisadora, as puérperas não tinham uma relação de confiança e não se sentiram a vontade de falar sobre esse momento.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo analisar que dispositivos de humanização são identificados como práticas de cuidado para puérperas em um hospital no interior do Pará; e identificar de que forma as usuárias percebem os dispositivos de humanização no cuidado hospitalar e são protagonistas de seus partos. Para tanto, elaborou-se as seguintes perguntas: que dispositivos de humanização são reconhecidos como práticas de cuidados para parturientes em um hospital no nordeste Paraense? Como as mulheres identificam esses dispositivos de cuidado?

Visando responder estas questões, foi apresentado como se configurou as práticas de cuidado na saúde da mulher, mostrando que essas práticas outrora eram de domínio das mulheres, e com o advento da obstetrícia e da entrada de médicos nesse espaço, o conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo e as práticas de cuidados foram sendo deixados de lado, evidenciando-se o saber médico e suas tecnologias.

Assim, as mulheres foram perdendo seu espaço como protagonista do processo de parturição, passando a ser a “paciente”. Porém, a vinda de tecnologias para a obstetrícia trouxe procedimentos dolorosos, medicalizados e desrespeitosos, em nome de um parto supostamente mais seguro e controlado.

Diante de muitas críticas e pressão realizadas pelos movimentos feministas, o governo brasileiro, vem construindo várias políticas públicas que visam a melhoria na assistência ao parto. Porém, neste trabalho foi visto que apesar de valorosas legislações, muito ainda precisa ser compreendido do processo de parturição, principalmente por profissionais de saúde que ainda são formados para intervir no parto, e “resolver o problema”, “fazer o parto” e não a cuidar de forma singular daquele momento tão importante para as mulheres e suas famílias.

Precisamos avançar para uma efetivação das políticas conquistadas, primeiro melhorando a qualidade do pré-natal dando garantia não só de realização de consultas e exames, mas também de informações sobre todo esse processo de parturição e seus direitos.

No hospital estudado, um ponto foi bem significativo - a contratação de enfermeiras obstetras para assumirem os partos de baixo risco - essa contratação coincidiu com o início da pesquisa, e já apresenta mudança no aumento de partos normais, assim como na qualidade da assistência. A Rede Cegonha dispõe de uma residência em obstetrícia baseado nas boas práticas de assistência ao parto, o que também já mostra sua eficácia na formação de novas enfermeiras obstetras, centradas no cuidado, deixando assim para os médicos somente os partos de risco e as cirurgias cesarianas. É importante ressaltar que a obstetrícia, como toda a área de saúde, avança em pesquisas e mudam as práticas cotidianamente, por isso a importância de se investir sempre em qualificação por cursos, congressos e etc.

Com a análise das entrevistas e observações, pude notar que muitos dos dispositivos da humanização eram percebidos pelas mulheres no cuidado hospitalar, porém em grande parte dos casos sem saberem ao certo que tinham direitos a essas práticas, ou mesmo que determinadas práticas de maus cuidados, historicamente realizados, eram rechaçados pelas políticas públicas na atualidade.

A maioria das puérperas disse ter tido uma boa recepção no hospital. Foi percebido que para elas ser bem recepcionada é ter a garantia de atendimento e internação. E o hospital mostrou sensibilidade com algumas mulheres que vêm de outros municípios e não podem ir e voltar várias vezes até que se inicie o trabalho de parto efetivo. Em geral, realizavam a internação destes casos. Outra percepção das puérperas é de que uma boa recepção, é um atendimento que o profissional examine, converse, explique a situação, dê atenção para a mulher, fato ocorrido na maior parte das vezes.

Em outros casos, é percebido nas narrativas das participantes da pesquisa que para elas, ser bem recebidas tem a ver com um atendimento rápido, e em ter leito para a internação. Para elas não interessava muito o resultado da avaliação médica, tanto que nem sabiam ao certo o que haviam feito na sala de triagem. Era como se essas informações só servissem para a equipe que a atendeu, e fizesse parte de um conhecimento somente deles. Para elas era importante saber com quantos centímetros de dilatação estavam, provavelmente visando ter ciência se o parto ainda demoraria.

Em relação à Lei do acompanhante, as puérperas falavam com entusiasmo que tiveram acompanhantes. Porém, foi percebido que a maioria entendia o fato de ter acompanhante como uma “bondade” do hospital, e não reconhecendo como um direito delas, mesmo tendo cartazes espalhados nas paredes do hospital explicando a Lei. Foi observado que a Lei está sendo cumprida no hospital na grande maioria das vezes, todavia ainda com a ressalva que somente mulheres poderiam acompanhar em algumas fases do parto ou pós parto, por falta de estrutura do hospital, o que vai de encontro a Lei que diz que o acompanhante é a escolha da mulher em todas as fases do parto.

Esse fato mostra que as mulheres precisam ser mais orientadas sobre seus direitos durante o pré-natal, e a equipe precisa ser mais sensibilizada para que compreenda que a Lei do acompanhante é direito da mulher, e entenda o real motivo de um acompanhante da escolha da mulher neste momento. A necessidade de mais informações durante o parto também foi observada pelas puérperas, o fato delas terem informações sobre o processo de parto, o que vai acontecer e o que a mulher pode fazer para ajudar, traz mais segurança e tranquilidade para ela. Segundo as parturientes, as informações são dadas no hospital de forma muito rápida e sem detalhes, o que dificulta no entendimento.

Para as puérperas participantes desta pesquisa os métodos não farmacológicos de alívio de dor ajudaram a passar pelo trabalho de parto. As caminhadas, banhos e técnicas de respiração foram os mais orientados e utilizados por elas. No caso da posição assumida no parto, foi percebido que as puérperas consideravam como cuidado estarem deitadas, como se essa posição fosse a mais confortável, e não foi observado em suas falas o estímulo por parte da equipe em fazê-las assumir outras posições. Em relação às intervenções invasivas, como o uso de ocitocina, foi observada uma naturalidade na fala das puérperas sobre tal procedimento, mostrando como se os profissionais estivessem ajudando.

Sobre o contato pele a pele entre mãe e bebê, as puérperas em sua maioria puderam vivenciar esse momento, mesmo que por pouco tempo, demonstrando claramente que o hospital, aos poucos, vai abrindo as possibilidades para a implementação dos dispositivos de humanização.

As mulheres em sua maioria entenderam como pontos positivos do hospital o atendimento e a atenção que elas receberam. Mostrando assim um desnível discursivo, pois ao mesmo tempo em que demonstram insatisfação no primeiro momento no hospital com a forma de tratamento e falta de informação, dizem que foi algo positivo. Mas, outras mulheres, por terem outras experiências conseguem perceber a dificuldade com a recepção e informações.

O hospital estudado tem uma estrutura física antiga de hospital geral. E como já foi relatado, não é adequado às necessidades de uma maternidade, com pouca privacidade para as mulheres. Portanto, as puérperas e a própria equipe de profissionais também se deparam com algumas dificuldades que afetam a assistência, como por exemplo, poucos profissionais no atendimento, alguns que atendem tanto a maternidade quanto outros setores do hospital, pré-natal mal feito, falta de equipamentos adequados.

Todavia, ao se falar em um hospital em plena adequação, se percebe o interesse em melhorar seu atendimento e cuidado para as mulheres e suas famílias, esclarecendo que por mais que a concepção deste estabelecimento de saúde mude no sentido da humanização, algumas práticas são inerentes a uma boa gestão do trabalho e educação em saúde que compreenda a integralidade e humanização como imagens - objetivo para a transformação das práticas de cuidado que possibilitem adequação ao que está prescrito na legislação, e por outro lado garantam que os dispositivos construídos a partir das políticas públicas elencadas neste trabalho possam garantir o protagonismo das mulheres na hora do parto.

Neste caso, algumas mudanças tornam-se necessárias para essa adequação ser mais eficaz, como: a garantia de uma recepção somente para a maternidade, pois assim as mulheres teriam mais atenção e informações no acolhimento, assim como privacidade e segurança em estar em um ambiente separado dos doentes. Outra adequação seria em estimular a mulher em procurar posições verticais não só no trabalho de parto, mas principalmente no parto, evitando a solicitação para a mulher deitar na maca de parto na hora do expulsivo. Salas de parto com pouca luz, equipe em silêncio ou falando baixo ajudam muito na concentração da mulher, fazendo com que o parto flua melhor, evitando inclusive a necessidade do uso de ocitocina para acelerar o parto. Avaliar a necessidade real da colocação de acesso de injetáveis como rotina para todas que internam em trabalho de parto. O acesso limita alguns movimentos nas mãos



das mulheres, acontecendo inclusive de sair durante o processo, colocar somente se necessário. A instalação de chuveiros elétricos seria muito útil para as parturientes, pois como já foi dito neste trabalho, o banho quente alivia as dores e proporciona um melhor relaxamento no trabalho de parto. O contato pele a pele precisa ser respeitado por pelo menos 30 minutos, assim como o clampeamento tardio do cordão umbilical.

## 7 – REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.. **Práticas de cuidado na assistência neonatal: um estudo acerca da integralidade em saúde em um hospital público.** Tese apresentada a Faculdade de medicina de São Paulo para obtenção do título de doutor em ciências. São Paulo, 2010.

AIROSA, Sara; SILVA, Isabel. **Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade.** Psicologia, saúde & doenças, 2013, 14 (1), 64-77.

AMORIM, Melania. **Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências.** Disponível em <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html> Acessado em 04/05/2016.

ANDRÉ, M. E.D.A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional.** Brasília: liberlivro, 2005.

ARAGAKI, S. S., LIMA, M. L. C., PEREIRA, C. C. Q., NASCIMENTO, V.L.V.. **Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade.** IN: SPINK, M.J. P.; BRIGAGÃO J.I.M. ;NASCIMENTO, V. L. V do; PRIOLI, M.. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** Cordeiro, organizadoras. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual).

ARENDT, H. **A condição humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.  
BARROS. M. E. B; GOMES, R da S. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado.** Fractal, Rev. Psicol. vol.23 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2011.

BATALHA, E. **Parto e nascimento com cidadania.** In: RADIS Comunicação e saúde. **Acesso e humanização, direitos da mãe e do bebê.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em [http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/117/radis\\_117.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/117/radis_117.pdf) acessado em 10/06/2015.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):11-16, 2005.

BOARETTO, MC, **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.** 2003.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC .Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.**

BRASIL, **Apresentação.** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1395](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395). Acesso em 15/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações**

**Programáticas Estratégicas.** – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. PAISM – **Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher.** Acesso em 28 de março de 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília, 2004. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf) Acessado em 25/04/2016.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS.** Brasília, 2004.

BRASIL. **Rede Cegonha.** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082) Acessado em 06/10/2011.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em 30 de julho de 2015.

BRENDLER, Adriana. **Falhas no atendimento de saúde são responsáveis por mortalidade materna, afirma ativista.** Agência Brasil, 1 de Maio de 2008. Acessado em 22 de Setembro de 2009. Disponível em <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/>.

Campo Grande, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A saúde pública e a defesa da vida. In: **Saúde em debate.** Hucitec, 1994.

CAMPOS, Gastão W.S.. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico;** tradução de Maria Tereza R. C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 4ª Edição, Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 1995.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CARRARO, T. E.; KNOBEL, R.; RADÜNZ, V.; MEINCKE S.M.K.; FIEWSKI, M. F. C.; FRELLO, A. T.; MARTINS, M. S.; LOPES, C.V.; BERTON, Andressa. **Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 97-104.

CARTA CAPITAL, **Uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto**. 2013. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-no-parto> acessado em 26/07/2017.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acessado em 10 de março de 2009.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa nas ciências humanas e sociais: evolução e desafio. Ver portuguesa de educação. Vol.16 N. 2, Universidade de Minho, Portugal. 2003.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2ª Edição, São Paulo: Cortez Editora. 1995.

COELHO, Vera S. P. **DEMOCRATIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE**. Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7703> Acessado em 08/05/2016.

COSTA SOUSA, A. C. **Constituição da Subjetividade das Agricultoras Familiares no Nordeste Paraense**. UFPA, 2006. (Trabalho de Conclusão de Curso).

COSTA SOUSA, A. C. **Relatório de atividades realizadas no período da prática hospitalar**, IEPS, 2008.

CRUZ, E. A. da. **As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e 2004**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, do Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, da Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana a análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho**. 1 ed. – São Paulo, Atlas 2014.

DELEUZE, Gilles. **Espinoza**. São Paulo. Ed. Escuta, 2002.

DESLANDES, Suely F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.9 n°1 Rio de Janeiro, 2004.

DIÁRIO DO PARÁ. **Grávida de 8 meses morre por falta de atendimento**. Edição do dia 30/08/2010. Disponível em: <http://diariodopara.diarioonline.com.br/N-108969-GRAVIDA+DE+8+MESES+MORRE+POR+FALTA+DE+ATENDIMENTO.html>. Acessado em 02/09/2011.

DIAS, D.N.S.. **A humanização como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde: um olhar sobre a unidade mista de saúde de Barcarena**. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Pará. Belém, 2013.

DIAS, Rogério; NAHÁS, Eliana Aguiar Petri; ROGENSKI, Olívia Maria; DE LUCA, Laurival A.; VISCOMI, Francesco A; LOPES, Reginaldo G. C. **Síndrome Pós-**

**Laqueadura - Repercussões Clínicas e Psíquicas da Pós-Laqueadura.** RBGO - v. 20, n° 4, 1998.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2016, vol.20, n.56, pp.253-259.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.10 no.3 Rio de Janeiro. 2005.

DINIZ, Simone G., DUARTE, Ana Cristina. **Parto Normal o cesárea? O que toda mulher deve saber e todo homem também.** Unesp, 2004.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62, 2004.

DUARTE, Ana Cristina. **As escolhas na hora do parto: uma questão de liberdade** (Entrevista à Patrícia Fachin em 2012) Disponível em: [http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4516&secao=396](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4516&secao=396) Acessado em 12 de maio de 2016.

ESCOREL, Sarah, TEIXEIRA, Luiz antonio. **Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista.** IN: GIOVANELLA, Lígia. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2008.

FEBRASCO. **Definição de gestação a termo: uma nova e melhor visão.** Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7703> Acessado em 02/05/2016.

FERREIRA, Verônica. **Da mulher como objeto às mulheres como sujeito: A trajetória da crítica feminista às políticas de saúde no Brasil.** Fortaleza: UFCE, 2006. (Dissertação de mestrado).

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Rachel; PACHECO, Alexandra. Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica (2002), 2 (XX): 203-217.**

FIO CRUZ. **Inquérito nascer no Brasil,** 2014.

FOUCAULT, Michel. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. **Rio de Janeiro: Forense Universitária,** 2011.

FRACOLLI, LA; ZOBOLI, ELP; GRANJA GF; ERMEL. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1135-41

FREITAS, Sandra L. Felix de. **Nomenclatura obstétrica.** Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABt2YAH/nomenclatura-obstetrica#> Acessado em 04/07/2017.

- FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: Novas tendências e questões emergentes**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2011.
- HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese de doutorado apresentada no Departamento de Medicina preventiva da Universidade de São Paulo. São Paulo 2007.
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 1979**. Rio de Janeiro, 1979. Disponível em [http://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos\\_download/trabalho/1979/trabalho\\_1979\\_aeb\\_011.pdf](http://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/trabalho/1979/trabalho_1979_aeb_011.pdf) Acessado em 02/05/2016.
- IBGE. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150240&search=paracastanhall>, Acessado em 20 de julho de 2015.
- IBGE. **Estimativas da população em 2009**. Brasília: IBGE. Disponível em [www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat). Acesso em 30 de agosto de 2010.
- JORNAL NACIONAL. **Grávida perde gêmeos após tentar fazer parto em dois hospitais no Pará**. Edição do dia 23/08/2011. Disponível em <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2011/08/gravida-perde-gemeos-apos-tentar-fazer-parto-em-dois-hospitais-no-para.html>. Acessado em 02/09/2011.
- JUNQUEIRA, M. F. P. da Silva. **Resenha Reviews do livro Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004, 320 p. *Ciência & Saúde coletiva*, 10(3) - 780 - 785, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a36v10n3.pdf> Acessado 10/05/2016.
- KONDO, Cristiane, <http://www.partodoprincipio.com.br/beneficios-acompanhante>, 2010.
- LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 3<sup>a</sup> edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.
- LEISTER, Nathalie. **Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram a luz nas décadas de 1940 a 1980**. Dissertação de mestrado apresentada a Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
- LOPES, R.C.S., T.S. DONELLI, LIMA, C.M.; PICCININI, C. A.; **O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(2), pp.247-254.
- LOVATO, Andrea; FERLA, Alcindo A.; OLIVEIRA, Paulo de Tarso R. **Integralidade em saúde e famílias em vulnerabilidade: questões para superar a patologização da vida na organização do cuidado**. IN: GUEDES, A.C. OLIVEIRA, P.T.R. PIANI, P.P.F.. **Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção**. Belém, Paka-tatu, 2014.
- MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Trajatória Assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, Século XX**. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 10, Nº 3 Ribeirão Preto, 2002.

MARTINES, W.R.V., MACHADO, A.L., COLVERO, L.A. **A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde**. Disponível em [file:///C:/Users/Note%20Dell/Downloads/1354-3027-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Note%20Dell/Downloads/1354-3027-1-PB%20(1).pdf) Acessado em 18/04/2016.

MARTINS, A.P.V. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia do Século XX**. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de história do Programa de Filosofia e ciências humanas da Universidade de Estadual de Campinas, 2000.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. IN: Pinheiro, Roseni, Mattos; Ruben Araujo de, Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MATTOS, Ruben Araújo. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MERHY, Emersom E., CECÍLIO, L. C. de Oliveira. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

MERHY, Emerson Elias, FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. IN: FRANCO, T.B.. MERHY, E.E. **Trabalho produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, HUCITEC, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. IN: FRANCO, T.B.. MERHY, E.E. **Trabalho produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, HUCITEC, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **Introdução a saúde pública: prática técnica e social (os sentidos das ações em saúde)**. 2002. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>. Acessado em 10 de março de 2009.

MERHY, Emerson Elias; CECCIM, Ricardo Burg. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a política nacional de humanização**. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>. Acessado em 10 de março de 2009.

MILENA, Lilian. **Prós e contras do programa Rede Cegonha**. 2012. Disponível em <http://advivo.com.br/materia-artigo/pros-e-contras-do-programa-rede-cegonha> Acessado em 04/05/2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Cartilha de humanização do parto: Nasce o respeito, informações práticas sobre seus direitos**. Recife, 2015.



MOLDENHAUER, Julie S. **Distocia fetal**. Disponível em: <http://www.merckmanuals.com/pt-us/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-e-complica%C3%A7%C3%B5es-do-trabalho-de-parto-e-do-parto/distocia-fetal>. Acessado em 04/07/2017.

Moldenhauer, Julie S. Distocia fetal. Disponível em: <http://www.merckmanuals.com/pt-us/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-e-complica%C3%A7%C3%B5es-do-trabalho-de-parto-e-do-parto/distocia-fetal>. Acessado em 04/07/2017.

MORIN, E. Introdução do pensamento complexo. 4ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

Nomenclatura obstétrica

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABt2YAH/nomenclatura-obstetrica#> Campo Grande, 2010.

NUNES ED 1996. **Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação**. Ciência & saúde coletiva, vol.1, n.1:55-69

OBSTETRIC CARE CONSENSUS. **Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery**. Number 1. March 2014. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20170726T0001350816> acessado em 18/07/2017.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. (Coleção Contemporânea).

PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA L.. **Pistas do método da cartografia pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Editora Sulima, 2009.

PEDROSA, Michele. Atenção integral a saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Rev Bras Med Fam e Com Rio de Janeiro, v.1, n] 3, out / dez 2005.

PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em <http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou> Acessado em 22/06/2015.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#topo> Acessado em:

PINTO, B. C. M.. **Nas Veredas da Sobrevivência – Memória, gênero e símbolo de poder feminino em povoados amazônicos**. Belém. Ed. Paka-Tatu, 2004.

PORTALCFM, **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**, 2012. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3) Acessado em 04/05/2016.



RADIS, Nº 117 • Maio de 2012 Av. Brasil, 4.036/510, Manguinhos Rio de Janeiro, RJ • 21040-361. Disponível em [www.ensp.fiocruz.br/radis](http://www.ensp.fiocruz.br/radis).

RAUPP, F. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In. BEUREN, IM (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade. 3a. ed.** São Paulo: Atlas, 2009.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Disponível em <http://www.partodoprincipio.com.br/#!/sobre/cjg9>. Acessado em 01 de julho de 2015.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica - “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

Disponível: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acessado em 01 de julho de 2015.

ROCHA JA, NOVAES PB. **Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal.** FEMINA , Março 2010 , vol 38, nº 3. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf> Acessado em 21/05/2016.

ROCHA, S. P.. **Práticas de cuidado na assistência neonatal: um estudo acerca da integralidade em saúde em um hospital público.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de pós graduação de psicologia social da Universidade federal do Pará. Belém, 2012.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A.A.F. **Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.8 no.2 Recife Jan./Mar. 2008

ROMAGNOLI, R. C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida.** PUC de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2009.

SALIN, N.R., SOARES, G.C.F., BRIGAGÃO, J. I. M., GUALDA, D. M. R. **Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional.** Cogitare Enferm. 2012 Out/Dez; 17(4):628-34.

SANTIAGO, S.M.; NAGAHAMA , E.E.I. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1859-1868, ago, 2008.

SANTOS FILHO, S; SOUZA, T.P.; GONSALVES, L. **Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas.** IN: CAMPOS, R. O.; SANTOS, L. **Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde.** Disponível em <http://jus.com.br/revista/texto/7378/saude-conceito-e-atribuicoes-do-sistema-unico-de-saude> Elaborado em 06/2005, acessado em 02/10/2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência.** 8 Ed, São Paulo, Ed Cortez, 2011.

SCARTON, L. A.; PRATES, L. A.; WILHELM, L. A.; SILVA, S. C. da; POSSATI, A. B.; ILHA, C. B.; RESSEL, L. B. **“No final compensa ver o rostinho dele”:** vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):143-51.

SCHMITZ, Heribert. **Abordagem sistêmica e agricultura familiar.** IN: MOTA, D.M.; SCHMITZ, H.; VASCONCELOS, H.E.M.. *Agricultura familiar e abordagem sistêmica.* Sociedade brasileira de sistemas de produção. Aracaju, SE. 2005.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** Campinas, SP, 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José G.; LAGO, Tânia di G.. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** *Caderno de Saúde Pública*, vol. 20, N° 5. Rio de Janeiro, 2004a.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia di G; CECATTI, José G.. **O panorama da atenção pré-natal na Brasil e o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 4. N° 3. Recife, 2004b.

SILVA, Priscila da. **Dispositivo: um conceito, uma estratégia.** *Revista Profanações.* Ano 1, n. 2, p. 144-158, jul./dez. 2014.

SILVEIRA, SC da; CAMARGO, Brígido V.; CREPALDI, Maria Aparecida. **Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde.** *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2010.

SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica.** Nota técnica: Considerações sobre violação de direitos humanos das mulheres no parto: puerpério e abortamento. São Paulo. Artemis, 2015.

SPINK, M.J.P.; MATTA, G. C.. **A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos.** In: SPINK, M.J.P. (Org) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.* Ed. Casa do psicólogo, São Paulo, 2007. Tese (Doutorado).

TORNQUIST, Carmen S.. **Paradoxo da Humanização em uma maternidade no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Vol. 19, RJ, 2003.

TURATO, E. R. **A questão da complementariedade e das diferenças entre método quantitativo e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária.** IN: GRUBITS, S., NORIEGA, J.A.V. *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação.* São Paulo, Vetor, 2004.

VIANNA, Rita de C. de S.. **A violência institucional na assistência ao parto sob a Perspectiva da mulher.** Rio de Janeiro, 2014. (Dissertação de mestrado).

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JR., Benilton. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):1859-1868, 2014.

## 8 – ANEXOS

Anexo I:

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES

NOME:

IDADE:

NÚMERO DE FILHOS:

DATA DO PARTO:

TIPOS DE PARTO:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

IG:

DADOS BB: SEXO:

PESO:

ENDEREÇO:

1 – Como foi a sua chegada ao hospital, quem lhe recepcionou? Como lhe recepcionaram?

2 – Fizeram avaliação? O que foi feito na avaliação?

2 – Foi lhe dada informações sobre os procedimentos e o que aconteceria? Você conseguiu entender? Você achou o suficiente?

3 – Você teve acompanhante? Da sua escolha?

4 – Como foi o seu parto? Foi feita alguma coisa pra aliviar as dores? Algum procedimento pra nascer logo?

5 – Como você e seu acompanhante foram tratados?

6 – Quais pontos positivos você achou na atenção recebida pelo hospital?

7 – O Que você acha que pode melhorar?

8 – De uma escala de 1 a 10, como você avalia o atendimento que lhe foi dado?

## Anexo II:

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

Prezada (o).....,

Eu, Auzy Cleyce Costa Sousa, Psicóloga e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Área de concentração **Psicologia, Sociedade e Saúde** da Universidade Federal do Pará, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica de escrever minha dissertação de mestrado cujo título é: Práticas de cuidado para mulheres parturientes: desafios da humanização em um hospital no Pará. Esta pesquisa é orientada pelo Profº. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Sua colaboração será muito importante para a realização do trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. É necessário que você tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à sua participação:

1. Sua participação é voluntária, consiste em permitir que os dados coletados na observação de seu parto seja utilizado pela pesquisadora, participar de uma Entrevista, e autorizar que sua fala seja gravada.
3. Durante a realização da pesquisa você terá liberdade para desistir a qualquer momento de participar, sem risco de qualquer penalização.
4. Durante a implementação da pesquisa, poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.
5. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação pela participação na pesquisa.
7. Caso sinta necessidade, você poderá entrar em contato com a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados.
8. A Entrevista será gravada e lhe será permitido ouvi-la bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar.
9. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir com a pesquisadora.
10. Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora em local seguro e será destruído, pela própria pesquisadora, após 5 anos do término da pesquisa.
11. A pesquisadora se coloca a disposição da participante até uma ano após a pesquisa, caso esse momento cause algum dano emocional.

Certa de contar com o seu apoio, agradeço.

Auzy Cleyce Costa Sousa

**Contato da pesquisadora:**

Tel.: (091) 99626 8576 e-mail: cleycecosta@hotmail.com

Endereço: Trav. Oscar Monteiro, 1721, saudade I, Castanhal-Pará

## Anexo III:

Nº	Nome	Quem foi/é
1	Margarida Alves	<p><b>Margarida Maria Alves</b>, Nascida em <b>5 de agosto de 1933</b> em Alagoa Grande, no Brejo Paraibano, foi a <b>primeira mulher presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais</b> da cidade. Lá, fundou o Centro de Educação e Cultura do Trabalhador Rural, uma iniciativa que, até hoje, contribui para o desenvolvimento rural e urbano sustentável, fortalecendo a agricultura familiar. Margarida Alves foi a primeira mulher no estado da Paraíba, durante a ditadura militar, a lutar pelos direitos trabalhistas, como: direito a férias, jornada de trabalho de oito horas diárias, décimo terceiro, carteira assinada, entre outros. Durante os doze anos de sua participação no sindicato foram movidas mais de 600 ações trabalhistas. <b>Foi assassinada por um matador de aluguel no dia 12 de agosto de 1983, com um tiro que deixou seu rosto deformado.</b> Após a sua morte tornou-se um símbolo político, representativo das mulheres trabalhadoras rurais, que deram seu nome ao evento mais emblemático que realizam – a Marcha das Margaridas, uma mobilização nacional que reúne em Brasília milhares de mulheres trabalhadoras rurais.</p> <p><b>Fonte:</b> <a href="http://mulheres-incriveis.blogspot.com.br/2012/05/margarida-alves.html">http://mulheres-incriveis.blogspot.com.br/2012/05/margarida-alves.html</a>;  <a href="http://www.fundacaomargaridaalves.org.br/homenagens/">http://www.fundacaomargaridaalves.org.br/homenagens/</a></p>
2	Anita Garibaldi	<p>Ana Maria de Jesus Ribeiro, mais conhecida como <b>Anita Garibaldi</b>, nasceu em Laguna, Santa Catarina, no dia 30 de agosto de 1821. Foi a "Heroína dos Dois Mundos". Recebeu esse título por ter participado no Brasil e na Itália, ao lado de seu marido Giuseppe Garibaldi, de diversas batalhas. Lutou na Revolução Farroupilha (Guerra dos Farrapos), na Batalha dos Curitibanos e na Batalha de Gianicolo, na Itália. Em 1849, Garibaldi e Anita seguem para os combates em Roma, mas são perseguidos e durante a fuga, próximo a província de Ravenna, Anita é acometida por febre tifoide e não resiste. Anita Maria de Jesus Ribeiro morre no dia 04 de agosto de 1849. Em Roma, na colina de Gianicolo, foi erguido um monumento equestre, onde está enterrado seu corpo.</p> <p>Fonte: <a href="https://www.ebiografia.com/anita_garibaldi/">https://www.ebiografia.com/anita_garibaldi/</a></p>
3	Maria da Penha	<p>Maria da Penha Maia Fernandes, nasceu em 01 de novembro de 1945 no Ceará. É uma <a href="#">farmacêutica brasileira</a> que lutou para que seu agressor viesse a ser condenado. Com 71 anos e três filhas, hoje ela é líder de movimentos de defesa dos <a href="#">direitos das mulheres</a>, vítima emblemática da <a href="#">violência doméstica</a>. Inspiradora da Lei nº 11.340 (mais conhecida por Lei Maria da Penha), vítima de um relacionamento abusivo com um marido que tentou matá-la, por duas vezes e que a deixou paraplégica, Penha sobreviveu e lutou para o que aconteceu com ela não fosse enquadrado apenas nos crimes que</p>

		<p>já constavam do Código Penal Brasileiro. A partir dela, a violência doméstica contra as mulheres passa a ser reconhecida como um crime grave que ocorre muito, e, em todos os níveis sociais.</p> <p>Fonte: <a href="https://pradolia.wordpress.com/2016/08/04/a-historia-de-maria-da-penha-maia-fernandes/">https://pradolia.wordpress.com/2016/08/04/a-historia-de-maria-da-penha-maia-fernandes/</a></p>
4	Olga Benário	<p>Olga Gutmann Benário nasceu em 12 de fevereiro de 1908, na cidade alemã de Munique. <b>Olga Benário</b> foi uma revolucionária alemã que teve grande destaque no Partido Comunista da Alemanha e da União Soviética. Após receber uma missão desse partido de Moscou, ela veio ao Brasil junto de Luís Carlos Prestes e participou da <b>Intentona Comunista</b> de 1935. Como consequência, Olga foi presa e deportada para a Alemanha, onde morreu na câmara de gás em 1942.</p> <p>Fonte: <a href="http://historiadomundo.uol.com.br/idade-contemporanea/vida-olga-benario-prestes.htm">http://historiadomundo.uol.com.br/idade-contemporanea/vida-olga-benario-prestes.htm</a></p>
5	Nísia Floresta	<p>Nísia Floresta Brasileira Augusta era o pseudônimo de Dionísia Gonçalves Pinto, nascida em Papari — hoje cidade Nísia Floresta — Rio Grande do Norte, em 12 de outubro de 1810. Nísia casou-se aos 13 anos de idade com o proprietário de terras Manuel Alexandre Seabra de Melo. Entretanto, sentia-se infeliz, e abandonou-lhe meses depois, retornando à casa de seus pais. Como educadora, Nísia defendeu suas posições revolucionárias em obras e ensaios, enfatizando a temática feminina, e sendo considerada a primeira mulher a romper barreiras entre o público e o privado, em tempos em que a imprensa nacional engatinhava.</p> <p>Fonte: <a href="http://blogueirasfeministas.com/2014/08/nisia-floresta-a-primeira-feminista-brasileira/">http://blogueirasfeministas.com/2014/08/nisia-floresta-a-primeira-feminista-brasileira/</a></p>
6	Chiquinha Gonzaga	<p><b>Francisca Edwiges Neves Gonzaga</b> nasceu no Rio de Janeiro, em 17 de outubro de 1847, da união de <a href="#">José Basileu Neves Gonzaga</a>, militar de ilustre linhagem no Império, com a forra <a href="#">Rosa</a>, filha de escrava. A menina cresceu e se educou num período de grandes transformações na vida da cidade. Além de escrever, ler e fazer cálculos, estudar o catecismo, e outras prendas femininas, a jovem sinhazinha aprendeu a tocar piano. Educada para ser dama de salão, aos 16 anos Chiquinha se casou com o promissor empresário Jacinto Ribeiro do Amaral, escolhido por seu pai. Continuou dedicando atenção ao piano, para desespero do marido, que não gostava de música e encarava o instrumento como seu rival. Inquieta e determinada, Chiquinha se rebelou e decidiu abandonar o casamento ao se apaixonar pelo engenheiro <a href="#">João Batista de Carvalho</a>, com quem passou a viver. A compositora e maestrina carioca <b>Chiquinha Gonzaga</b> (1847-1935) destaca-se na história da cultura brasileira e da luta pelas liberdades no país pelo seu pioneirismo. A coragem com que enfrentou a opressora sociedade patriarcal e criou uma profissão inédita para a mulher, causou escândalo em seu tempo. Atuando no rico ambiente musical do Rio de Janeiro do Segundo Reinado, no qual imperavam polcas, tangos e valsas, Chiquinha Gonzaga não hesitou em incorporar ao seu piano toda a diversidade que encontrou, sem preconceitos.</p> <p>Fonte: <a href="http://chiquinhagonzaga.com/wp/biografia/">http://chiquinhagonzaga.com/wp/biografia/</a></p>
7	Cora	<p>Cora Coralina, pseudônimo de Ana Lins do Guimarães Peixoto</p>

	Coralina	Bretas (1889 - 1985), é a grande poetisa do Estado de Goiás. Ana Lins dos Guimarães Peixoto Bretas viveu por muito tempo de sua produção de doces, até ficar conhecida como Cora Coralina, a primeira mulher a ganhar o Prêmio Juca Pato, em 1983, com o livro "Vintém de Cobre – Meias Confissões de Aninha". Aos 70 anos, decidiu aprender datilografia para preparar suas poesias e enviá-las aos editores. Cora, que começou a escrever poemas e contos aos 14 anos, cursou apenas até a terceira série do primário. Nos últimos anos de vida, quando sua obra foi reconhecida, participou de conferências, homenagens e programas de televisão, e não perdeu a doçura da alma de escritora e confeitadeira. Fonte: <a href="https://www.pensador.com/autor/cora_coralina/biografia/">https://www.pensador.com/autor/cora_coralina/biografia/</a>
8	Carmen Miranda	Portuguesa, nascida em Marco de Canaveses, aos 09 de fevereiro de 1909, Maria do Carmo Miranda da Cunha veio ainda bebê para o Brasil. Estudou na escola Santa Teresa, mas as dificuldades financeiras de seu pai levou-a a começar suas atividades profissionais ainda bem cedo, por volta dos quatorze anos. Amigos da família contam que Carmem foi despedida duas vezes, pois ao invés de trabalhar, tanto na loja de gravatas, como na chapelaria, passava a maioria do tempo cantando, o que comprova o gosto e a vocação artística para o canto. Carmem gravou seu primeiro disco com o samba Não Vá Sim'bora, além do choro Se o Samba é Moda. Porém, seu sucesso aconteceu somente em 1930, com a gravação da marcha carnavalesca Pra Você Gostar de Mim (Taí), de Joubert de Carvalho. Carmem Miranda foi homenageada em 1976, recebendo um Museu com seu nome, no Aterro do Flamengo, no Rio de Janeiro. Fonte: <a href="http://brasilecola.uol.com.br/biografia/carmem-miranda.htm">http://brasilecola.uol.com.br/biografia/carmem-miranda.htm</a>
9	Dandara	Guerreira do período colonial do Brasil, Dandara foi esposa de Zumbi, líder daquele que foi o maior quilombo das Américas: o Quilombo dos Palmares. Com ele, Dandara teve três filhos: Motumbo, Harmódio e Aristogíton. Valente, ela foi uma das lideranças femininas negras que lutou contra o sistema escravocrata do século XVII e auxiliou Zumbi quanto às estratégias e planos de ataque e defesa da quilombo. Não há registros do local onde nasceu, tampouco da sua ascendência africana. Relatos e lendas levam a crer que nasceu no Brasil e se estabeleceu no Quilombo dos Palmares enquanto criança. Ela foi uma das provas reais de que a mulher não é um sexo frágil. Além dos serviços domésticos, plantava, trabalhava na produção da farinha de mandioca, caçava e lutava capoeira, além de empunhar armas e liderar as falanges femininas do exército negro palmarino. Fonte: <a href="http://www.palmares.gov.br/?p=33387">http://www.palmares.gov.br/?p=33387</a>
10	Nise da Silveira	Nise da Silveira (15.02.1905 – 30.10.1999) foi singular na psiquiatria brasileira. Pequenininha e frágil, era uma gigante em força e coragem com que defendeu e lutou por suas idéias no âmbito da psiquiatria institucional. Ela foi pioneira na terapia ocupacional, introduzindo este método no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro e, segundo suas próprias palavras, entrou na Psiquiatria "pela via de atalho da ocupação terapêutica, método então considerado pouco importante para os padrões oficiais". Nise era alagoana e fez seus

		<p>estudos médicos na Faculdade de Medicina da Bahia (1921-1926) e foi a única mulher numa turma de 157 alunos. Colou grau com a tese "Ensaio Sobre a Criminalidade da Mulher no Brasil" (28.12.1926) e retornou à terra natal em seguida, mas somente por um breve período, pois, com a morte prematura do pai, decidiu vir para o Rio de Janeiro (1927) onde estabeleceu suas raízes intelectuais e profissionais.</p> <p>Fonte: <a href="http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php">http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php</a></p>
11	Leila Diniz	<p>Leila Roque Diniz nasceu no dia 25 de março de 1945, em Niterói, Rio de Janeiro, onde passou a maior parte de sua vida. Faleceu em um desastre de avião, no dia 14 de julho de 1972, aos 27 anos, quando voltava de uma viagem a <a href="#">Austrália</a>. Formada professora, trabalhou em um jardim de infância e, aos 17 anos, conheceu o cineasta Domingos Oliveira, com quem se casou. Depois de terminar o relacionamento, que durou três anos, passou a trabalhar como atriz, primeiro no teatro e, a seguir, na televisão e no cinema. Casou-se também com o diretor de cinema Ruy Guerra, com quem teve uma filha. Leila participou de 14 filmes, 12 telenovelas e várias peças teatrais. Na Austrália, ganhou o prêmio de melhor atriz com o filme <i>Mãos vazias</i>. Leila tornou-se uma figura marcante, isso se deve, principalmente, à sua personalidade ousada, inimiga de todas as convenções. Em sua curta existência, ela conseguiu romper inúmeros tabus da sociedade brasileira, àquela época vivendo sob a <a href="#">ditadura militar</a>.</p> <p>Fonte: <a href="https://educacao.uol.com.br/biografias/leila-diniz.jhtm">https://educacao.uol.com.br/biografias/leila-diniz.jhtm</a></p>
12	Tarsila do Amaral	<p>Tarsila do Amaral (1886-1973). Nasceu na Fazenda São Bernardo, no município de Capivari, interior do Estado de São Paulo. Foi uma pintora, desenhista e tradutora brasileira e uma das figuras centrais da pintura e da primeira fase do movimento modernista no Brasil, ao lado de Anita Malfatti. Em 1928, Tarsila pinta o quadro Abaporu. A origem do nome da tela vem do Tupi-guarani e significa Aba (homem) e Poru (comer). Tarsila descreve o quadro como sendo imagens de seu subconsciente, sugeridas por histórias que ouvia quando criança. A partir desse momento ela e o marido criam o movimento artístico e literário Antropofágico que tinha como proposta assimilar outras culturas, porém não copia-las. O nome vem do grego e significa antro (homem) e fagia (comer). São obras dessa fase: O Ovo (1928), Floresta (1929), Sol Poente (1929) entre outros. Em 1970, a artista realizou em São Paulo e no Rio de Janeiro exposições sobre seus 50 anos de carreira - Tarsila: 50 anos de Pintura. Faleceu em São Paulo no dia 17 de janeiro de 1973.</p> <p>Fonte: <a href="http://www.infoescola.com/biografias/tarsila-do-amaral/">http://www.infoescola.com/biografias/tarsila-do-amaral/</a></p>
13	Maria Quitéria	<p>Maria Quitéria de Jesus (1792-1853) nasceu na fazenda Serra da Agulha, na freguesia São José de Itaporocas, (hoje Feira de Santana), na Bahia, no dia 27 de julho de 1792. Filha do fazendeiro Gonçalo Alves de Almeida e de Joana Maria de Jesus, que morreu quando a filha tinha dez anos. Quitéria assumiu a casa e cuidou de suas irmãs. Seu pai casou pela segunda vez, mas logo ficou viúvo. Casou novamente e teve mais três filhos. Sua nova esposa não apoiava o comportamento independente de Maria Quitéria. Maria</p>



		<p>Quitéria não frequentou a escola. Dominava a montaria, caçava e manejava armas de fogo. Deflagradas as lutas de apoio à independência em 1822, o Conselho Interino do Governo da Bahia, defendia o movimento e procurava voluntários para suas tropas. Maria Quitéria, interessada em se alistar pediu permissão ao seu pai, mas seu pedido foi negado. Com o apoio de sua irmã Tereza Maria e seu cunhado José Cordeiro de Medeiros, Quitéria cortou o cabelo, vestiu-se de homem e se alistou com o nome de Medeiros, no batalhão dos "Voluntários do Príncipe Dom Pedro". Maria Quitéria faleceu em Salvador, Bahia, no dia 21 de agosto de 1853. Morreu quase cega em total anonimato.</p> <p>Fonte: <a href="https://www.ebiografia.com/maria_quiteria/">https://www.ebiografia.com/maria_quiteria/</a></p>
14	Zuzu Angel	<p><b>Zuleika Angel Jones</b>, ou apenas <b>Zuzu Angel</b>, foi uma das mais importantes estilistas da história da moda no país, além de incansável oponente da violência do governo militar. Mãe de <a href="#">Stuart Edgar Angel Jones</a>, torturado e assassinado pela ditadura, Zuzu passou anos denunciando as arbitrariedades da repressão até morrer em um acidente de carro suspeito em 1976. Na manhã do dia 14 de maio de 1971, seu filho Stuart, militante do Movimento Revolucionário 8 de Outubro (MR-8), foi preso no Rio de Janeiro e levado para a Base Aérea do Galeão. Segundo depoimento do preso político Alex Polari de Alverga, que esteve com ele naquela unidade da Aeronáutica, Stuart foi brutalmente torturado e não resistiu, vindo a falecer na noite daquele mesmo dia. A partir daquele momento, Zuzu passou a buscar informações sobre o filho e o direito de sepultá-lo, denunciando as arbitrariedades praticadas pela ditadura à imprensa e a órgãos internacionais. Ainda em 1971, realizou um desfile/protesto no consulado brasileiro em Nova York. Suas criações incorporaram elementos que denunciavam a situação, com estampas representando tanques de guerra, canhões, pássaros engaiolados, meninos aprisionados, anjos amordaçados. Zuzu morreu em 1976, no que a ditadura classificou como um acidente automobilístico na saída do túnel Dois Irmãos, em São Conrado (RJ). Mas, em 1998, a Comissão Especial Sobre Mortos e Desaparecidos Políticos julgou o caso e reconheceu o regime militar como responsável pela morte da estilista. Segundo depoimentos, ela teria sido jogada para fora da pista por um carro pilotado por agentes da repressão. Hoje, o túnel é chamado Zuzu Angel.</p> <p>Fonte: <a href="http://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/zuzu-angel/index.html">http://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/zuzu-angel/index.html</a></p>
15	Doroth Stang	<p>Dorothy Mae Stang, conhecida como Irmã Dorothy (Dayton, 7 de junho de 1931 Anapu, 12 de fevereiro de 2005) foi uma religiosa norte-americana naturalizada brasileira. Pertencia às Irmãs de Nossa Senhora de Namur, congregação religiosa fundada em 1804 por Julie Billiart (1751-1816) e Françoise Blin de Bourdon (1756-1838). Esta congregação católica internacional reúne mais de duas mil mulheres que realizam trabalho pastoral nos cinco continentes. Irmã Dorothy estava presente na Amazônia desde a década de setenta junto aos trabalhadores rurais da Região do Xingu. Sua atividade pastoral e missionária buscava a geração de emprego e renda com projetos de</p>

		<p>reflorestamento em áreas degradadas, junto aos trabalhadores rurais da área da rodovia Transamazônica. Seu trabalho focava-se também na minimização dos conflitos fundiários na região. A religiosa participava da Comissão Pastoral da Terra (CPT) da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) desde a sua fundação e acompanhou com determinação e solidariedade a vida e a luta dos trabalhadores do campo, sobretudo na região da Transamazônica, no Pará. Defensora de uma reforma agrária justa e consequente, Irmã Dorothy mantinha intensa agenda de diálogo com lideranças camponesas, políticas e religiosas, na busca de soluções duradouras para os conflitos relacionados à posse e à exploração da terra na Região Amazônica. A Irmã Dorothy Stang foi assassinada, com seis tiros, um na cabeça e cinco ao redor do corpo, aos 73 anos de idade, no dia 12 de fevereiro de 2005, às sete horas e trinta minutos da manhã, em uma estrada de terra de difícil acesso, a 53 quilômetros da sede do município de Anapu, no Estado do Pará, Brasil.</p> <p>Fonte:  <a href="https://observatoriodaevangelizacao.wordpress.com/2015/02/11/pequena-biografia-da-martir-irma-dorothy-stang/">https://observatoriodaevangelizacao.wordpress.com/2015/02/11/pequena-biografia-da-martir-irma-dorothy-stang/</a></p>
16	Maria José	<p>Maria do Espírito Santo, foi agroextrativista, militante da causa ambientalista no Pará. Vivia com seu companheiro José Claudio no Assentamento Praia Alta Piranheira, em Nova Ipixuna do Pará. Os dois foram assassinados em 24 de maio de 2011, em Nova Ipixuna, no Pará por fazendeiros da região.</p>