

Universidade Federal do Rio de Janeiro

A DIMENSÃO (IN)VISÍVEL DA HUMANIZAÇÃO:
UM ESTUDO SOBRE A VISÃO DE OBSTETRAS DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Ana Lydia Soares de Menezes

2010



A DIMENSÃO (IN)VISÍVEL DA HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A VISÃO DE OBSTETRAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Ana Lydia Soares de Menezes

Tese de Doutorado submetida ao Programa EICOS, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

Rio de Janeiro

Março de 2010

A DIMENSÃO (IN)VISÍVEL DA HUMANIZAÇÃO:
UM ESTUDO SOBRE A VISÃO DE OBSTETRAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Ana Lydia Soares de Menezes

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

Tese de Doutorado submetida ao Programa EICOS, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

Presidente, Prof^a. Doutora Ruth Machado Barbosa / UFRJ

Prof^a. Doutora Sara Nigri Goldman/ UFRJ

Prof^a. Doutora Maria Paula Cerqueira Gomes/ UFRJ

Prof^a. Doutora Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro / UFRJ

Prof^a. Doutora Kelly Faria Simões/ UFRJ

Rio de Janeiro

Março de 2010

Soares, Ana Lydia.

A dimensão (in)visível da humanização: um estudo sobre a visão de obstetras de uma maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro / Ana Lydia Soares de Menezes. Rio de Janeiro: UFRJ/EICOS, 2010.

xii, 202 f.; 31cm;

Orientador: Ruth Machado Barbosa

Tese (doutorado) - UFRJ/EICOS/Programa de Pós-graduação em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social, 2010.

Referências Bibliográficas: f.184-196.

1. Humanização. 2. Assistência no ciclo gravídico-puerperal. 3. Obstetras. I. Barbosa, Ruth Machado. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia e Comunidades e Ecologia Social. III. Título.

Dedico este às duas pessoas mais importantes
de minha vida: Sonia e Rafaela.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
por mais essa oportunidade

A meu vovô Octávio,
que sempre esteve presente com suas metáforas indecifráveis.

A minha avó Cecília,
pelos últimos anos.

A meu pai de coração João,
pela presença constante.

A meu pai Carl,
principalmente pelas inúmeras charadas e conversas enigmáticas ao longo desses anos.

À minha orientadora Ruth,
pelo apoio em todos esses meses de estudo. Obrigada pelo carinho, compreensão e considerações que tanto me auxiliaram nesse crescimento científico e intelectual. Foram mais de sete anos juntas e espero que nossa parceria seja constante ao longo da vida.

Ao professor José Pais Ribeiro, meu orientador na Universidade do Porto.

Ao amigo professor José Antonio Cardoso, da Universidade de Coimbra,
obrigada pelas inúmeras conversas e o apoio constante.

Às Professoras Doutoras Sara Nigri Goldman, Maria Paula Cerqueira Gomes, Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro, Kelly Faria Simões e Marly Chagas,
por aceitarem participar dessa defesa.

Ao meu querido professor Rogério,
que me apoiou e incentivou o tempo todo.

A Andrei Serpa, Beatriz Ziviani, Carmelita Motta, Carlos Vinícius Almada, Ana Cláudia Poite, Roberto Melo, Priscila Monteiro, Vanessa Noyma, Estela Christovão e Mariana Ledo,
que participaram do grupo de pesquisa sobre humanização em saúde. Muitos começaram como alunos e já são psicólogos. Obrigada, Sem vocês, muitas das discussões realizadas não teriam ocorrido.

A Camila Monteiro Fabrício Gama, Camila Tuler Gomes Dantas, Fernanda Simões e Senna, Tatiany Guedes Hegouet e Priscila de Oliveira Menezes Galvão,

que estiveram por alguns meses comigo num grupo de pesquisa sobre psicologia e humanização em saúde. Obrigada por aceitar o início de uma nova discussão.

A Joana Meira Canedo, Cristiane Diniz de Menezes, Aline Vidal Varela, Gabrielle Barbosa Botelho, Camila Braz Padrão, Renata Barros dos Santos e Mariana Figueira, Clarissa Leal e Livia Neves,
amigos que estiveram comigo ao longo desses anos, um agradecimento especial,

A Natália Ferreira de Magalhães, Regina Célia Adão, Sandra Leila de Paula, Mariana Castro Henriques, Juliane de Figueiredo e Henrique Trevisan,
meus amigos que conheci em Portugal, obrigada pela ajuda no dia a dia em um país distante, em que pude me sentir em casa com a presença de vocês. Obrigada.

Aos amores, desamores, encontros e desencontros.

A Rogers,
pelo conjunto da obra.

À minha terapeuta,
pela ajuda em todos os momentos.

Ao meu acupunturista Minoru.

Aos médicos, residentes e internos da Maternidade pesquisada,
por terem me aceitado em seu grupo de reuniões.

Ao Programa EICOS que me acolheu em todos esses anos.

A CAPES pelas bolsas concedidas no Brasil e do PDEE (Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior).

Ao Embaixador João Salgueiro, e ao Consulado de Portugal, no Rio de Janeiro,
que viabilizaram minha ida a Portugal.

"Nosso objetivo é a melhor compreensão possível da vida assim como a encontramos na alma humana. O que aprendemos através da compreensão não vai, espero sinceramente, petrificar-se em teoria intelectual, mas se tornar um instrumento que, através de sua aplicação prática, melhore em qualidade até poder servir seu propósito com o máximo de perfeição possível."

Carl Jung
(CW 17, par. 172)

LISTA DE SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization

RESUMO

SOARES, Ana Lydia. A dimensão (in)visível da humanização: um estudo sobre a visão de obstetras de uma maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

A tese teve o objetivo de investigar como obstetras de uma maternidade-escola pública compreendem a humanização em saúde. Para tanto, articulou revisão de literatura sobre humanização e assistência ao parto e nascimento, com a realização da pesquisa de campo numa instituição pública da cidade do Rio de Janeiro. Para reorganizar seus inúmeros significados da humanização, utilizamos duas categorias de análise: dimensão visível e invisível da humanização em saúde. Observação participante e entrevistas semiestruturadas foram metodologias utilizadas e suscitaram a criação de quatro grandes categorias de análise: condições de trabalho; relacionamentos interpessoais; humanização e formação de qualidade e educação permanente. Os dados da pesquisa revelaram como os obstetras se implicam com a humanização e permitiram identificar uma nova dimensão da humanização em saúde, que permite a conjugação entre seus aspectos visíveis e invisíveis: a dimensão (in)visível, com suas reentrâncias e fluidez.

ABSTRACT

SOARES, Ana Lydia. *The (in)visible dimension of humanization: a study about the obstetricians opinion regarding a public maternity in the city of Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

The thesis investigated how obstetricians of a public maternity school understand healthcare humanization. Literature related to humanization and childbirth assistance was reviewed, and field research was conducted at a public institution of the city of Rio de Janeiro. The methodology involved participant observation and semi-structured interviews, leading to four categories used for further analysis: work conditions; interpersonal relationships; humanization and quality structure, and permanent education. The research data revealed how obstetricians become involved with humanization, and exposed a new dimension of healthcare humanization, allowing for an understanding of its visible and invisible aspects: the (in)visible dimension, with its peculiarities and fluidity.

SUMÁRIO

Dedicatória	<i>i</i>
Agradecimentos	<i>ii</i>
Epígrafe	<i>iv</i>
Lista de Siglas	<i>v</i>
RESUMO	<i>vi</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>vii</i>
SUMÁRIO	<i>viii</i>
APRESENTAÇÃO	<i>x</i>
1 INTRODUÇÃO	1
2 AS DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: AS INVISÍVEIS E AS VISÍVEIS	4
2.1 Dimensão invisível	5
2.2 Dimensão visível	10
2.2.1 Relações interpessoais	15
2.2.2 Trabalho em saúde e gestão	19
2.2.3 O campo da saúde no mundo contemporâneo	36
2.2.4 Ensino na saúde: o caso da medicina no Brasil	46
2.2.5 Políticas Públicas.....	62
2.2.6 Humanização e seus significados	68
3 OBSTETRÍCIA E ARTE DE PARTEJAR: PERCURSOS	76
3.1 Aspectos históricos	76
3.2 Arte de partejar no Brasil	85

3.3 Médicas parteiras	94
3.4 Parteiras não médicas	96
3.5 Humanização no ciclo gravídico-puerperal	102
4 METODOLOGIA	120
4.1 Em campo	121
4.2 Realização das entrevistas	131
4.3 Obstetras entrevistados	131
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	133
* Condições de trabalho	133
* Relacionamentos interpessoais	143
* Humanização	160
* Formação de qualidade, educação permanente	170
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
ANEXOS	197
Anexo 1 Taxas de mortalidade	197
Anexo 2 Memorando de Aprovação - Comitê de Ética em Pesquisa	202
Anexo 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa	201
Anexo 4 Roteiro de entrevistas	202

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de minha trajetória em Psicologia, desde a graduação até a pós-graduação realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e enriquecida pelos estágios junto ao ambulatório da Maternidade-Escola da UFRJ e na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. As experiências vivenciadas junto a essas instituições evidenciaram que o caminho a ser percorrido era o mais plausível.

Enquanto acadêmica de psicologia, não me acostumava com as difíceis situações vividas pelas pacientes. Isto afluía quando as atendia ou até simplesmente quando apenas as observava. As dores ouvidas e acolhidas no exercício clínico me levaram a suplicar a mudança na forma com que os profissionais exerciam suas funções. Em mim, nascia cada dia mais forte uma idéia de humanização. Nesse momento, era uma súplica, urgente, mas ainda sem muitos significados concretos. Era um sentimento que me atordoava e que me levou a pesquisar os sentidos da humanização em saúde. Além disso, o reconhecimento das pacientes, enquanto pessoas reais permitiu-me olhar para o outro lado e reconhecer os profissionais como pessoas, semelhantes às pacientes. Talvez esse tenha sido o meu grande crescimento: olhar os envolvidos nos processos de saúde e doença como pessoas concretas e reais, que sofrem, sensibilizam-se e almejam por melhorias no sistema de saúde brasileiro.

Construções que começaram na graduação quando elaborei a monografia “Interdisciplinaridade: não existem somente os desafios, mas também as possibilidades”, aprofundadas no mestrado ao elaborar a dissertação “A humanização na assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola pública da cidade do Rio de Janeiro”, demonstravam que a humanização era o trajeto a ser percorrido. Desta forma, faltava apenas abordar a forma como os obstetras compreendiam a humanização no ciclo gravídico-puerperal.

As discussões fortalecidas ao longo do doutorado serviram de base para reflexões em grupos de pesquisa sobre humanização e a produção de diversos trabalhos apresentados em congressos de psicologia no Brasil. Assim como, trocas de experiências e conhecimento com o professor José Luis Pais Ribeiro da Universidade do Porto em Portugal.

Esta pesquisa desenvolveu-se dentro da Linha II do Programa EICOS - Paradigmas e Metodologias Psicossociais do Cotidiano Contemporâneo.

1 INTRODUÇÃO

A assistência em saúde é tema de debate em todo mundo. No Brasil, gestores, usuários e profissionais de saúde participam dessa discussão e almejam que a assistência em saúde respeite os direitos constitucionais de todos os cidadãos brasileiros.

Dentre os temas abordados, um dos mais discutidos é a assistência às mulheres que engravidam e passam pelo pré-natal, parto e puerpério. A forma, como esta assistência é oferecida, é tema de grande preocupação das autoridades, não só a partir dos referenciais epidemiológicos, mas também culturais. No Brasil, as taxas de mortalidade materna, de mortalidade perinatal e de mortalidade por afecções originadas no período perinatal apontam para a necessidade de mudança na assistência oferecida à população ao longo do pré-natal, conforme dados apresentados nas tabelas em anexo.

Disto se conclui que as taxas de mortalidades maternas e neonatais são elevadas e indicam a necessidade de urgente mudança na assistência oferecida pelo SUS (Sistema Único de Saúde) que foi criado a partir da luta pelos direitos da população brasileira de ter acesso universal, igualitário e equânime à saúde. O Brasil, esse país continental e complexo, caracterizado por inúmeras desigualdades econômicas, demográficas, culturais e sanitárias, ainda apresenta dificuldades para descentralizar seu sistema de saúde, mesmo com os avanços alcançados nas últimas décadas (SOLLA, 2005).

Arelado à descentralização do SUS, há grande discussão de modelos de atenção em saúde. Hennington (2008) enfatiza que estes só se transformarão quando ocorrer mudanças no modelo de gestão que é recorrentemente centralizado e vertical, restando ao trabalhador de saúde à simples execução de políticas públicas, das quais, muitas vezes, nem participa.

O campo da saúde é, geralmente, reconhecido como sendo uma crise que já dura muitos anos. Scherer *et al* (2005) utilizam o pensamento de Kuhn para explicar que a crise é

uma pré-condição necessária para a emergência de novas teorias. Em relação à saúde, esta crise seria resolvida com a superação do modelo biomédico, em que o tratamento dos processos de saúde-doença é predominantemente de ordem biológica.

A situação caótica da saúde também é caracterizada pela superlotação, profissionais com baixos salários e também por falta de macas, materiais cirúrgicos, medicamentos. Aliado a estas características, há um sentimento de desamparo de muitos usuários que recorrem ao sistema de saúde. Merhy (2007b) enfatiza que os brasileiros consideram a saúde como um dos temas fundamentais da vida. Entretanto, quando precisam de assistência à saúde, se sentem desrespeitados e sem informação.

O presente trabalho buscou identificar como obstetras de uma maternidade pública compreendem a humanização em saúde. Para tanto, uma pesquisa qualitativa foi realizada numa maternidade da cidade do Rio de Janeiro¹. Observação participante e entrevistas semi-estruturadas serviram de métodos de pesquisa para a sua realização.

Na tentativa de abordar essa temática, os temas humanização e arte de partejar foram separados, sem contudo, perderem as articulações que se fizeram necessárias. Os capítulos construídos buscaram facilitar ao leitor análises que serão apresentadas na pesquisa de campo, visto que esta revelou dados que a literatura já evidenciava.

No segundo capítulo, desenvolvemos a temática ligada à humanização em saúde. Pudemos organizar o tema seguindo a lógica percebida na pesquisa de campo, quando utilizamos a metáfora do iceberg para apresentarmos as duas dimensões da humanização em saúde - uma visível e outra invisível. Neste capítulo, relações interpessoais, trabalho em saúde e gestão são abordados juntamente com questões sobre ensino em saúde, políticas públicas e significados da humanização.

¹ Para garantir o anonimato dos profissionais entrevistados, as informações referentes à instituição pesquisada foram retiradas da tese.

O terceiro capítulo enfoca uma contextualização histórica de como a arte de partejar foi desenvolvida no Brasil; a destituição das parteiras; a entrada promissora dos médicos nos partos; a criação das maternidades; as mudanças do ensino obstétrico; o retorno das mulheres como médicas aos processos de nascimento; a existência das parteiras contemporâneas; além dos significados, geralmente, atrelados à humanização do ciclo gravídico-puerperal.

No capítulo 4, metodologia etnográfica e realização das entrevistas são apresentadas.

O capítulo 5 traz os resultados e discussão, enfatizando a criação de uma nova dimensão para a humanização em saúde.

O capítulo 6 trata das considerações finais.

2. AS DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: AS INVISÍVEIS E AS VISÍVEIS

Este capítulo objetiva desenvolver reflexão sobre as diferentes dimensões da humanização em saúde. Nesse momento já vale destacar que esta organização se deu após o início da pesquisa de campo que será explicitada posteriormente. O termo humanização já foi definido por Deslandes (2005) como sendo de grande polissemia. Para reorganizar seus inúmeros significados utilizamos duas categorias de análise: dimensão visível e invisível da humanização em saúde. Por um recurso didático estas dimensões foram organizadas e são fruto da observação participante e da revisão de literatura sobre a temática da humanização. No capítulo 4, que apresenta a metodologia de pesquisa, apresentaremos uma nova dimensão, a (in)visível, resultante da análise das entrevistas, em que podemos perceber as reentrâncias entre as dimensões e sua fluidez.

Entretanto, é importante ressaltar que a discussão sobre humanização em saúde não é tema inovador, tanto que o livro *Humanizing Health Care* é uma produção intelectual resultante da discussão de vários profissionais de saúde e cientistas do comportamento humano, que ocorreu na década de 70 em San Francisco, EUA, no *National Symposium on Humanizing Health Care*. O objetivo era construir uma base ética para a medicina enquanto uma instituição social humana e a partir disso orientar o sistema nacional de saúde (HOWARD, 1975), como veremos a seguir.

Como nos dizem Heckert *et al* (2009), os enunciados em torno do conceito de humanização da saúde não são visíveis imediatamente, pois podem ser invisíveis e não ocultos. Estão encobertos por palavras e silêncios, por práticas discursivas ou não. Por não serem, às vezes, explícitos os autores recomendam que precisamos descobrir o seu pedestal, poli-lo, moldá-lo e inventá-lo. Seguindo essa recomendação, para melhor entender, utilizamos

a metáfora do iceberg, sendo a Humanização plena o iceberg. Nessa dimensão, a relação que se estabelece com o paciente-usuário é o pico. Nela, tudo aquilo que uma relação interpessoal deve privilegiar é evidente, facilmente percebida pelo paciente, ou um observador atento.

A dimensão visível da humanização é, assim, representada pela parte que não está submersa do iceberg. Ali, encontramos os comportamentos adequados à promoção da humanização. É representada pelas condições de trabalho dos profissionais de saúde (ambiente, remuneração, autonomia profissional, protagonismo, auto-cuidado); relação com a instituição onde trabalha (vínculo formado com a instituição); relações interpessoais (com pacientes; equipe; gestores); formação médica e ensino (graduação, residência, educação permanente); relação da saúde com a indústria farmacêutica; normas institucionais (DIAS e DESLANDES, 2006b; NATIONS e GOMES, 2007; MARTINS e CHAVES, 2000, MERHY, 2007a, 2007b; CIFFO e RIBEIRO, 2008). Em sua base, há a dimensão invisível, em que podemos encontrar o que dá sustento de todo comportamento humanizado que o profissional pode apresentar. Nela, há o que acontece por dentro do profissional de saúde. É caracterizada por tudo aquilo que não perceberíamos no ato das relações interpessoais, o que ocorre longe do paciente-usuário, quando podemos identificar o que há por detrás, no caso, o que há na base do comportamento do profissional de saúde. Nesta dimensão, identificamos o “substrato” do profissional de saúde, o que há de mais particular nesta pessoa. A dimensão visível será desenvolvida após a explicação sobre a dimensão invisível.

2.1 Dimensão invisível

Essa dimensão invisível não pode ser descartada, nem mesmo reduzida à crença de que todo profissional de saúde, necessariamente, luta pela vida digna de seu paciente. É

quando este profissional discute casos, busca soluções possíveis e impossíveis na luta por seu paciente.

Pode-se até entender que nesse momento, somente os aspectos biológicos seriam vislumbrados, mas o entendimento da situação real do paciente atendido está em pauta. De lá, traz suas percepções do paciente, a vivência deste, suas necessidades e desejos. Assim, não só os aspectos biológicos são considerados. A contextualização do paciente pode ser percebida nesse momento. O paciente tem filhos, dificuldades, sofre com sua situação. E o profissional que atendê-los pode ter percebido tudo isso e lutar pela melhor forma de tratamento possível para aquele caso singular. É na dimensão invisível que podemos encontrar o que norteia toda e qualquer ação de um profissional de saúde.

Essa dimensão invisível pode nos remeter à essência do trabalho de cada profissional que pode ser entendida por duas estratégias de intervenção na população: compaixão piedosa e solidariedade genuína, que não são, inteiramente, alheias uma à outra. Por este motivo, a discussão sobre a dimensão invisível precede a da dimensão visível. Caponi (2004) define que a compaixão piedosa traz uma forma de exercício de poder que se estrutura no binômio servir-obedecer, o que permite a perpetuação de relações dissimétricas entre quem assiste e quem é assistido. Assim, a pessoa compassiva socorre quanto antes melhor, sem avaliar se as consequências desse socorro imediato são ou não desejadas pelo que padece de um infortúnio.²

Nas instituições de saúde, a compaixão piedosa pode ser identificada quando sufocamos o paciente com cuidados que ele próprio poderia assumir, ou quando acreditamos conhecer as necessidades de demandas do outro, muito antes dele a solicitar. Isso nos encaminha à discussão de Deslandes (2004) sobre a humanização sendo concebida como em oposição à violência psicológica, na medida em que o paciente não tem suas demandas e

² Ações imorais, mas piedosas com os infortunados podem ser observadas, como no caso de meninos de rua que são recolhidos em asilos para esperar uma adoção sempre diferida, interferindo-se assim, piedosamente, na dissolução e separação de famílias carentes.

expectativas compreendidas pelo profissional que o assiste. Com isso, as corriqueiras normas institucionais são impostas ao paciente, sem que este seja reconhecido como sujeito possível de se dialogar.

Assim, o pensamento de Howard (1975) acerca da desumanização se mostra pertinente. A autora elabora uma lista de características desumanizadoras, sendo que algumas se adéquam a esta característica do comportamento do profissional de saúde, tais como: tratar pessoas como coisas (*people as things*), em que são vistas como possuindo um conjunto de necessidades padronizadas, atendidas de forma igual. Além disso, enfatiza que seus sentimentos não serão reconhecidos, e que são consideradas como pacientes que não têm escolhas, ou seja, pessoas sem autonomia, que a autora considera como um poderoso ingrediente para a alienação (*people without options*).³

Trazendo em si uma dívida eterna de gratidão, podemos problematizar se a ação piedosa não seria uma ação, permanentemente, negativa e perversa na medida em que vê na miséria a possibilidade de legitimar a própria dissimetria de poder que a gerou. Nesse sentido, o compassivo se vê enquanto sujeito benfeitor, regozija-se no prazer que decorre sua bondade filantrópica e caridosa. Caponi (2004) nos auxilia a entender que quando pudermos reconhecer naquele que sofre, um semelhante, alguém com quem seja possível argumentar e discordar, formular perguntas e respostas, alguém, enfim, que possa preferir prescindir de nosso auxílio, ultrapassamos a compaixão piedosa e vivemos a solidariedade. As considerações de Betts (2004) sobre a capacidade de ouvir e falar, e da promoção de diálogo

³ Howard (1975) desenvolveu o conceito de humanização pelo avesso, ao classificar diferentes situações em que a desumanização ocorre. Dentre elas, destacamos: desumanizar pela experimentação; realização de pesquisas com seres humanos de formas antiéticas (*people as guinea pigs*); ver a pessoa como problema: a pessoa reduzida à sua patologia. A pessoa não é vista em sua totalidade. A visão dos profissionais é centrada na patologia (*people as problems*); despersonalizar frequentemente significa isolamento e abandono físico e psicológico (*people as isolates*); desumanizar com conotação de ser frio e sem sentimento (*people interacting with icebergs*); não responder com compreensão e mudanças a partir das necessidades dos homens, trazendo um meio ambiente saudável, que diminua o estresse, e aumente a possibilidade de recreação (*people in static, sterile environments*); desumanizar significa ir contra a vida: aborto, eutanásia, desligamento de respiradores. Essa visão se baseia na idéia de que humanização é uma questão moral no domínio religioso, no conflito morte e responsabilidade pela preservação da vida (*people denied preservation of life*).

entre semelhantes como sendo de suma importância para a assistência em saúde, evidenciam que para que haja uma relação ‘humanizada’ entre profissional de saúde e paciente, podemos nos confrontar com a visão de Geiger (1975) que diz que o microcosmo relacional médico-paciente se refere à uma relação desigual, em que o paciente legitima sua incapacidade de pedir e cooperar com o profissional. Sendo assim, como ultrapassar este modelo relacional?

Os modelos relacionais apresentados por Starfield (2002) e Moura (2001) podem ser observados, mas a vivência do modelo de participação mútua, que estaria mais próximo ao ideário da humanização, nos permite ultrapassar a dificuldade que Geiger (1975) percebia intrínseca à relação médico-paciente. Nesse momento, ambos, profissional de saúde e paciente, juntos buscam as melhores alternativas para o paciente. A simetria de interesses existe (CAPONI, 2004) e a solidariedade do profissional pode fazer a diferença.

...a possibilidade de fundar uma prática assistencial sobre *princípios* eu só podem adquirir validade na medida em que são reconhecidos intersubjetivamente por todos e cada um dos participantes envolvidos nessa prática. Princípios estes que, na medida em que devem ser partilhados, são alheios a qualquer demanda externa de submissão dos interesses individuais; seja em relação à aceitação de preceitos já estabelecidos pela autoridade superior. Assim, as estratégias compassivas e disciplinares substituem e anulam os vínculos solidários entre iguais (CAPONI, 2004. p. 95).

Retornando à discussão sobre a dimensão invisível, demonstramos que Caponi (2004) desenvolve o conceito de solidariedade enquanto estratégia do profissional de saúde, diferenciando-se da compaixão piedosa baseada numa relação dissimétrica. A solidariedade é uma possibilidade de ser capaz de guiar as ações para diminuir ou anular o sofrimento alheio, caracterizada por uma simetria entre os interesses. É como se fosse uma desapaixonada comunidade de interesses com os afortunados, que compartilham uma única preocupação, a de universalizar a dignidade humana. Enquanto a compaixão piedosa apaga as diferenças entre os que sofrem, unificando-os sob o nome de infortunados, a solidariedade parte da diferença entre os homens para a construção do diálogo. A visão dos beneficiários como seres

individuais capazes de argumentação e jamais como massa anônima sem rostos dos necessitados. A não massificação dos pacientes é o que norteará as ações visíveis dos profissionais. É quando Dona Joana⁴, 27 anos, primípara, será reconhecida com suas demandas físicas, emocionais, e tendo suas características respeitadas. Isso seria o contrário do que Howard (1975) traz como sendo desumanização, em que a pessoa é reduzida à sua patologia (*people as problems*). Nesse caso, a gravidez seria a patologia e a pessoa seria reduzida ao fenômeno fisiológico de gestar. Talvez nesse momento, encontremos um atendimento e não uma assistência⁵ em saúde. A dimensão invisível da humanização pode então ser representada pela solidariedade que o profissional vivencia. A partir dela, ações rotineiramente conceituadas como humanizadas são possíveis.

Ao entendermos a humanização a partir da metáfora do iceberg, podemos entender como aspectos simplesmente físicos, das estruturas dos ambientes onde os pacientes ficam podem ser importantes, mas que só eles não garantem uma Humanização, com H maiúsculo. É uma de suas dimensões, mas não podemos reduzir a Humanização a isso.

É interessante observar que a base do iceberg pode ser considerada a mais importante, pois sem ela a assistência em saúde seria uma ficção, fantasiada de bondade, cuidado e atenção singularizada. Uma ação inadequada na medida em que haja profissionais mal formados, sem educação permanente, sem reflexões cotidianas da própria prática, sem capacidade diagnóstica eficaz. Quando os aspectos relacionais não se aliam a conhecimento técnico que auxilie a assistência, esta se torna uma falácia, em que se finge que assiste, mas sem que o paciente perceba que está sendo mal atendido, pois os aspectos relacionais seriam, perversamente, utilizados contra si mesmo.

Rios (2009) nos auxilia nessa questão ao enfatizar que talvez o grande nó ainda não desatado seja a necessidade de desenvolver nos profissionais o interesse legítimo pelo

⁴ Nome fictício.

⁵ A diferença entre assistência e atendimento em saúde pode ser percebida no momento em que analisamos o discurso oficial da temática da humanização e a contribuição de seus teóricos.

paciente. Para a autora, esse problema se relaciona ao individualismo e narcisismo característicos de nossa sociedade nos dias de hoje. As justificativas possíveis não são alvo do presente trabalho, porém, posteriormente, apresentaremos uma contextualização da saúde no mundo hoje.

2.2 Dimensão visível

Utilizando a metáfora do iceberg para entender a humanização, podemos facilmente vislumbrar que são muitos os aspectos que se referem à dimensão visível. Os vários tópicos arrolados nela permitem um panorama abrangente dos inúmeros aspectos que comportam a visibilidade da saúde, das relações interpessoais, passando pelo trabalho e gestão em saúde, incluindo as políticas públicas.

Por algum tempo (entre as décadas de 50 e 80), a humanização foi atrelada a uma ação caritativa, em que o paciente era compreendido como ser frágil, vulnerável e dependente, que despertaria a piedade dos profissionais. Assim, doçura, compaixão e espírito de caridade eram amplamente valorizados. Entretanto, a partir da década de 90, a humanização passa a ser correlacionada à valorização dos sujeitos, relações dialógicas e trocas solidárias (TRAD, 2006), e essa visão servirá de base para a construção de programas nacionais que almejam qualificar a assistência em saúde no país. Anterior às políticas e programas públicos, já existiam diversas produções a respeito de humanização.

Podemos perceber que houve uma mudança na compreensão do paciente e de sua necessidade de assistência. Pelo menos, no campo teórico, mudança de piedade para promoção de trocas solidárias evidencia uma possível reorganização conceitual, entretanto, retornamos a indagação de que até que ponto a mudança de palavras gera transformações no dia a dia. Assim, podemos entender o sentimento de piedade proveniente da compreensão do

paciente como ser frágil e vulnerável não seria condizente com a proposta de Humanização plena. Na medida em que o profissional percebe o paciente desta forma, e tem sua ação ‘humanizada’, está indo contra a base invisível que descrevemos anteriormente sobre Humanização e sua dimensão invisível.

Diversos autores, que participaram do *National Symposium on Humanizing Health Care*, ajudam na construção da compreensão da dimensão visível da humanização em saúde. Relembramos que a dimensão visível é caracterizada pelas condições de trabalho do profissional; de sua relação com a instituição; de sua relação interpessoal; de sua formação médica; de relação da saúde com a indústria farmacêutica com as normas institucionais. É relevante ressaltar que as descrições destes autores, datadas da década de 70 do século passado, se referem ao sistema de saúde norte-americano⁶ da época. Entretanto, ao analisarmos suas constatações, podemos entender como são reafirmadas pelo presente e como podem ser transportadas para a situação brasileira.

Fein (1975) nos lembra de que na medicina, a humanização dificilmente será encontrada a partir de um treinamento especial, em que os profissionais aprendam a reconhecer a humanidade do outro. Mesmo que Feingold (1975) nos diga ser impensável a proposta de se modificar o sistema de saúde, tornando-o humanizado, sem pensarmos em transformar o sistema social como um todo, a Humanização real, baseada na ética solidária não se fará concreta se não houver uma mudança interna em cada profissional de saúde.

Geiger (1975) passou pela experiência do adoecimento e pôde comprovar como o conforto físico e as necessidades emocionais são importantes para qualquer pessoa enferma.

⁶ O sistema de saúde norte-americano segue uma lógica própria distinta da brasileira. Enquanto no Brasil, temos um sistema de saúde público gratuito, nos EUA a assistência à saúde é caracterizada pelo elevado número de empresas de pré-pagamento na contratação ou provisão de serviços. A participação governamental é substancial, porém não funciona de forma universal. Lá, os programas públicos de saúde estão voltados a camadas específicas da população como os veteranos de guerra ou povos indígenas. Os demais serviços estão vinculados a seguros de saúde e geram abatimentos fiscais posteriores para os usuários (RIBEIRO *et al*, 2008). Em dezembro de 2009, a reforma do sistema de saúde passou pelo congresso norte-americano, objetivando oferecer seguro-saúde aos que não possuem e ampliar a estabilidade e segurança dos que pagam pela assistência, a reforma se estrutura (BBC-NEWS, 2009).

Teve a oportunidade de olhar pelos olhos dos pacientes, o que lhe permitiu desenvolver discussões sobre o fenômeno de humanização e desumanização que ocorre no sistema de saúde. Howard (1975) também traz a idéia de que há desumanização quando as pessoas são consideradas como não pessoas, cujo valor seria menor que o dos demais (*people as lesser people*).

As considerações de Geiger (1975) nos auxiliam a entender que o fenômeno da humanização não é apenas da relação profissional médico-paciente, mas que o acesso ao sistema de saúde é fator crucial de análise. A medicina deve ser mais que tecnicamente perfeita, deve ter mais capacidade de oferecer amparo, preservar a dignidade e ajudar psicológica e fisicamente o paciente (MECHANIC, 1975). Howard (1975) identifica que há desumanização pela tecnologia quando, quase que exclusivamente, através de máquinas o cuidado é oferecido. A interação cuidador-paciente era eventual, suplementar, dispensável ou até ausente (*people as machines*).

Leventhal (1975) enumera os problemas⁷ causados pela desumanização quando uma pessoa está enferma, e conclui que os pacientes sempre devem ser informados sobre os procedimentos pelos quais passarão, com relação a dor, sensações físicas, sons, entre outros.

Já para Janis (1975), não seria possível que os profissionais de um hospital (médicos ou enfermeiros) pudessem disponibilizar seu tempo para a explicação detalhada que Leventhal propõe.

Com as discussões de Fein, Feingold, Geider, Mechanic, Leventhal, Janis e Howard (1975), pode-se ressaltar algumas características da humanização:

- a) mudança do sistema de saúde;
- b) acesso igualitário;
- c) tempo da consulta;
- d) interferência da ciência e tecnologia ocidental;
- e) baixo conhecimento das relações interpessoais;

⁷ Despersonalização, confusão mental, sentimento de menos valia, depressão, barreiras comunicacionais.

- f) desenvolvimento da capacidade de oferecer amparo, preservar a dignidade e ajudar psicológica e fisicamente o paciente;
- g) compreender o sofrimento psicológico que os pacientes passam.

Dentre estas características, podemos identificar as dimensões visíveis da humanização, que podem ser resultado de políticas públicas que promovam modificações no sistema de saúde, garantindo acesso igualitário à população; ampliação do número de profissionais, diminuindo a fila de espera e possibilitando uma consulta mais calma e ampliada; entre outras. As características da dimensão visível da humanização podem sofrer mudanças quando houver uma mudança curricular no ensino, em que haja a conjugação de novas formas de se compreender o processo saúde-doença, que não se restrinja à simples compreensão de que apenas os aspectos físicos é que devem ser considerados. Além disso, Deslandes (2006) enfatiza a necessidade de mobilizar profissionais comprometidos com a necessária utopia de prover serviços capazes de produzir cuidados dignos, atentos à intersubjetividade de seus partícipes e comprometidos com a vida.

A humanização de um hospital, por exemplo, começa com o conceito de saúde, de bem-estar do indivíduo, promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual. Para que isso dê certo, o empreendimento tem que ser de equipe, envolvendo muitas pessoas, profissionais e voluntárias, todas comprometidas com a dignidade do ser humano e com a promoção do seu bem-estar integral (MARTIN, 2004).

A humanização remete à valorização da atenção centrada no usuário, o que pode levar ao reconhecimento deste como portador de singularidades subjetivas e socioculturais. Há a tentativa de compreender o usuário como sujeito-cidadão que usa os serviços de saúde como um direito social (SANTOS, 1995 *apud* TRAD, 2006).

O profissional ainda deve ir contra a negação do outro, considerando-o como sujeito ativo e protagonista no seu processo de saúde, resgatando a humanidade na assistência (DESLANDES, 2004); abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade

(AYRES, 2004); sofrer uma mudança interna de valores, buscando valorizar a compreensão integrada das dimensões biológicas, psíquicas, sociais e ambientais da saúde, do adoecimento e da reabilitação (MARTINS e CHAVES, 2000); ter, como balizador da sua prática, as diferenças pessoais que definem mais ou menos o ser humano: amor, acolhimento, preocupação, tornando-se benévolo com o outro (GOTARDO, 2003); dialogar com o usuário, pois assim estará considerando-o como humano (BETTS, 2004) e reconhecer as palavras do outro, porque sem comunicação não há humanização (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

Martins (2003) sintetiza a desumanização como sendo resultante da especialização profissional estimulada por inovações tecnológicas desvinculadas do interesse social; fetichização da tecnociência (com a desvalorização do saber empírico obtido a partir da experiência direta com a doença e do contato interpessoal com o doente); redução crescente da doença a um contexto biofísico e generalização e prevalência de interesses utilitários e mercantis, em prejuízo da espontaneidade, solidariedade e desinteresse que são os traços do bom médico tradicional.

Humanizar as relações entre usuários e trabalhadores, conseqüentemente, humanizando o processo de produção de serviços de saúde, significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. Objetiva-se que a ação em saúde responda às necessidades dos usuários. Ao reconhecê-los como sujeitos, o profissional deve se comprometer com a satisfação de suas necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (TAKEMOTO e SILVA, 2007). Diante disso, podemos identificar muitos significados para a humanização em saúde.

A seguir, partiremos para o detalhamento da dimensão visível da humanização começando com o desenvolvimento de questões a respeito das relações interpessoais que ocorrem nas instituições de saúde.

2.2.1 Relações interpessoais

A dimensão visível da humanização tem nas relações interpessoais uma de suas maiores referências. Esse quadro sobre as relações interpessoais já foi bem classificado por autores como Merhy (2007b), Starfield (2002) e Moura (2001), principalmente, no que diz respeito à relação profissional de saúde-paciente.

A contribuição da literatura nos leva a entender que mesmo que a prática médica seja fortemente associada à objetividade, isso não nos possibilita problematizar a relação que se estabelece entre o médico e seu paciente sem evidenciar a importância da subjetividade na construção deste relacionamento. Taussig (1992 *apud* BONET, 2004) enfatiza que esta é uma relação que ultrapassa os limites da técnica, pois é antes de qualquer coisa, uma interação social. Independentemente, de estarmos circunscritos numa formação médica que privilegia apenas o conhecimento biológico, não poderíamos nos abster de focalizar o que ocorre no encontro entre essas duas pessoas.

As relações interpessoais estabelecidas nas instituições são consideradas como fator relevante para a qualidade da assistência em saúde (SILVEIRA *et al*, 2001). Merhy (2007b) nos previne, ao ressaltar que, mesmo que houvesse esforços para mudanças macroestruturais e organizacionais, de quase nada isso serviria se não houvesse a busca pela transformação do cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde. Além disso, não devemos abandonar as considerações de Starfield (2002) de que a forma com que a interação médico-paciente ocorre contribui substancialmente para o que os pacientes entendem sobre as orientações terapêuticas e a possibilidade de segui-las.

Apesar disso, Canguilhem (2005) traz uma visão crua do que seria essa relação. Para ele, a consulta médica é um lugar de “interrogação de banco de dados de ordem semiológica e etiológica por meio de computadores” (CANGUILHEM, 2005, p.28). Isso estaria

correlacionado ao momento em que a profissão médica foi perdendo seu prestígio e houve a valorização do especialista. Nesse sentido, podemos entender que a especialização dos médicos os levaria à criação de relacionamentos caracterizados por uma exacerbação de objetividade. Essa questão será retomada no item 2.2.4, quando abordarmos o ensino em saúde.

A relação interpessoal é campo de debate para Moura (2001) e Starfield (2002), sendo que ambas se baseiam em Szasz e Hollander (1956 *apud* STARFIELD, 2002). Estes autores trabalham com três modelos da interação médico-paciente: atividade-passividade; cooperação guiada e participação mútua.

O primeiro modelo é caracterizado pelo paciente anestesiado ou inconsciente (atividade-passividade) e também por uma ação paternalista. A prática clínica indica que o profissional de saúde apresenta esse comportamento quando possui a posse restrita das informações, não as passando devidamente ao paciente ou a seus familiares; a letra ilegível do médico no prontuário e nas receitas, bem como a linguagem utilizada, que pode ser o ‘mediquez’ (no caso de médicos) ou o psicologismo (psicólogos), também indicam o comportamento citado (MOURA, 2001).

Segundo Caponi (2004), no âmbito da assistência ou do saber médico nem a compaixão nem a piedade deveriam fazer parte. Como já apresentamos anteriormente, a compaixão piedosa traz em si o menosprezo da capacidade do paciente/usuário de tomar decisões e participar de um diálogo, o que nos levaria a reforçar sua dependência. A razão terapêutica deve priorizar uma ação que impeça a sujeição do usuário, que tende a se converter em passiva aceitação, naturalizando as relações dissimétricas de poder.

Seguindo a ética hipocrática, com o princípio da beneficência de ter a obrigação de ajudar ou causar o bem a outra pessoa, os médicos podem adquirir uma atitude paternalista, tratando seus pacientes como incapazes de opinar e cuidar de si mesmos. Há um controle

absoluto do médico nessa situação e o paciente fica impossibilitado de contribuir ativamente no processo terapêutico. Este modelo paternalista evidencia uma relação assimétrica entre médico e paciente, podendo indicar que o médico está assumindo responsabilidade demais, gerando angústia por não conseguir fazer tudo. Isso leva à dificuldade dos pacientes em reafirmar sua autonomia diante da própria existência (MOURA, 2001 e MALDONADO e CANELLA, 2003).

O profissional de saúde que trata seu paciente como ser passivo pode abandonar a capacidade do paciente de falar sobre seus sentimentos, seus *insights* sobre seu processo de adoecimento, por exemplo. O paciente não deveria ser passivo no seu processo de tratamento, mas sim um ser ativo. O fomento da autonomia e do protagonismo desse sujeito e o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde podem ser importantes no processo de promoção da saúde. Sua atuação diante do seu tratamento pode ser auxiliada pela forma de se relacionar com os demais profissionais de saúde. O paciente não é um ser inanimado e pode cooperar com o profissional. Quando isso ocorre, há a cooperação guiada, em que as relações de poder estão demarcadas pelo poderio do profissional de saúde, que se considera conhecedor do que é melhor para seu paciente. O paciente acaba esperando suas ordens, mesmo que não coincidam com seu entendimento ou escolha (MOURA, 2001).

O segundo é um modelo de cooperação guiada, em que o médico fornece as instruções e o paciente coopera, realizando-as. Neste, ambos são ativos, entretanto o médico é o mais poderoso, esperando que o paciente olhe para cima e lhe obedeça (MOURA, 2001).

O terceiro é o modelo de participação mútua, em que o médico não presume saber o que é melhor para o paciente; este está consciente das restrições em suas próprias circunstâncias de vida, que tornam determinados métodos de intervenção mais ou menos viáveis. Nesse último, ambos contribuem com suas informações e negociam a melhor abordagem que se deve adotar (STARFIELD, 2002).

A forma de participação mútua indica uma relação entre iguais, para que possam desenvolver uma interdependência e se engajar em atividades que serão satisfatórias tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde. Além de informar seus sintomas, o paciente tem o direito de apontar preferências, preocupações e tê-las respeitadas. Isso é demasiado importante para a relação que se estabelece entre eles. O foco é o paciente e não a patologia. Enquanto o paciente detém as informações de seus sintomas, o médico possui as possibilidades terapêuticas. Os dois decidem juntos quanto às condutas a serem tomadas no plano terapêutico (MOURA, 2001).

Uma relação interpessoal saudável é, em essência, o respeito e o carinho pelo outro e suas emoções. Esta é uma relação humana, aberta, democrática, flexível, de mutualidade, de respeito e responsabilidades recíprocas. O profissional de saúde sai do lugar de semideus, se torna humano e o paciente passa a ter atuação mais direta sobre sua doença, compartilhando e dividindo responsabilidades. O paciente sai do papel de infantilizado e tutelado para se tornar um indivíduo, capaz de julgar e opinar. Isso indica a essência da relação democrática (GAUDERER, 1998).

Deslandes (2002) aponta que na vivência cotidiana, os profissionais se encontram em conflito com os comportamentos que apresentam baseados na sua formação acadêmica e na cultura organizacional, que os leva a não reconhecerem sentimentos, vivências e expectativas dos pacientes. Na busca de resgatar a compreensão de alteridade, a autora utiliza a estratégia de resgatar a ótica dos usuários sobre o processo de hospitalização, para construir um espaço de comunicação com os profissionais que lhes atendem. É importante salientar que isso não se coaduna com o jargão paternalista tão atrelado à humanização. É a busca de redimensionar o objeto de trabalho médico: o sujeito-humano. Relembrar o status de pessoa é uma forma de ir contra a violência cruel, sutil e permanente em todas as relações nas instituições em saúde.

Após apresentarmos esta dimensão visível da humanização, enfatizamos que a produção bibliográfica estudada sobre a relação profissional de saúde-paciente foi superior aos poucos trabalhos que esmiuçavam as relações dos profissionais de saúde entre si, sendo ou não pertencentes à mesma categoria profissional.

Diante desse quadro classificatório, fortalecemos a descrição da dimensão visível da humanização, em que os autores citados podem ser auxiliados pela contribuição abaixo:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, p.308).

Para Merhy (2007b), estabelece-se um espaço intercessor sempre que um trabalhador da saúde se encontra com um usuário. O agente produtor (profissional de saúde), com suas ferramentas de trabalho (conhecimento, equipamentos e tecnologias) se relacionam com o agente consumidor.

Além das relações interpessoais, encontramos nas condições de trabalho um aspecto demasiado importante para entendermos a dimensão visível da humanização em saúde.

2.2.2 Trabalho em saúde e gestão

Teixeira (2005) tenta operacionalizar a mudança em busca da humanização, unindo a necessidade de uma educação articulada e a interferência na própria dinâmica relacional. Para

ele, a dicotomia tecnologia⁸ x fator humano é uma falácia, pois há o caráter humano das tecnologias. Apresenta as tecnologias de escuta e de negociação de regras comportamentais e organizacionais, que facilitariam a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que poderiam vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais, e salienta a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial. Para tanto, discursa sobre as redes de serviço de saúde que são redes de conversações, em que acolhimento e vínculo são extremamente importantes.

Acolhimento dialogado é uma técnica de conversação passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer encontro ou assistência. Como componente de conversas, esse diálogo se orienta, fundamentalmente, pela busca das necessidades do usuário. Esta técnica se baseia na idéia de reconhecer o outro como legítimo outro; reconhecer que o sentido de uma situação é fabricado em conjunto dos saberes presentes.

O termo tecnologia pode ser pensado a partir da discussão que Merhy (1999) faz e que a distingue em três níveis: tecnologia leve, tecnologia leve-dura e tecnologia dura. A tecnologia leve entra como ferramenta gestora das discontinuidades para além do hospital durante a aplicação das diversas tecnologias que envolvem o fazer médico. Merhy (2000 e 2007a) demonstra que a tecnologia tipo leve, como acolhimento, autonomização, vínculo e gestão como forma de governar processos de trabalho, é diferente da tecnologia dura, que se realiza numa conduta totalmente normatizada, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais. As tecnologias leve-duras são caracterizadas por saberes bem estruturados que operam na clínica médica, psicanalítica e epidemiologia.

No operar das leves, como a própria clínica (leve-dura) ou das relações (leve), o processo operatório é bem mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato, o que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é em processo e produção (MERHY, 2007a, p.128).

⁸ Posteriormente, apresentaremos a relação entre tecnologia e saúde no sentido das tecnologias duras.

Ao falar em novas tecnologias, o autor aponta para as tecnologias leves e leve-duras que aparecem nos processos relacionais dos atos em saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado. O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto (caracterizado pelos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados). Precisamos perceber a própria modelagem da gestão do cuidado com a possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos, que não são dependentes da existência de equipamentos. O objeto do trabalho em saúde não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação se formam em processos de intervenção em ato. São tecnologias de relação, encontro de subjetividades, que ultrapassam os saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 2002).

A escolha de Merhy (2002) por transformações no nível do perfil do profissional de saúde no modo de atuação no trabalho vivo em ato e nos processos de gestão de cuidado, configura um reforço de nossas indagações na construção de novas formas de atuação em saúde. Sua posição almeja auxiliar os sanitaristas brasileiros que, como Campos (2003), desejam a construção de um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde, tendo compromisso ético-político com a defesa da vida individual e coletiva.

Barbosa *et al* (2009) enfatizam a necessidade de se romper o modelo tradicional de ensino, com a singularização de condutas, discussão de casos. As autoras acreditam que a humanização pode ser potencializada com a ampliação e qualificação da escuta dos profissionais. Para tanto, baseiam-se na idéia de que o rompimento do modelo tradicional de ensino pode suscitar alterações nessa potencialidade dos profissionais de saúde, promovendo humanização.

Uma pesquisa realizada no Hospital Geral do Andaraí (Rio de Janeiro) destaca a participação de um trabalhador que, num grupo de discussão, trouxe em seu discurso um forte

apelo à construção de relações horizontalizadas, ao dizer que eles não iriam mudar a forma de trabalhar no hospital com canetada. A mudança sendo desenvolvida por parte dos trabalhadores é o que fazia diferença, num processo de baixo para cima (BARROS *et al* , 2007a).

O processo de mudança de comportamento pode ser dificultado pela resistência que os profissionais passam, devido a inseguranças que novos padrões culturais, institucionais e comportamentais causam (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Campos (2003) aponta a possibilidade de um modelo tecnoassistencial que não recuse o recurso tecnológico, clínico ou sanitário para sua ação. Os ganhos com as grandes descobertas científicas são importantes, mas os médicos não devem se esquecer das tecnologias inter-relacionais que foram abandonadas por eles entre 1900 e 2000. Reafirma a importância do trabalho médico comprometido, vinculado com os usuários, atuando em equipes multiprofissionais. A valorização não deve ser vista apenas como uma área de aplicação de chamadas ciências positivas (biologia, química, física e informática).

O trabalho em saúde inclui as capacidades físicas, psíquicas, intelectuais e emocionais dos profissionais envolvidos, e pressupõe patrimônio, demanda por socialização, cooperação, formação de redes, grupos, manejo de informações, atualizações constantes com relação às novas tecnologias e ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais (HENNINGTON, 2008). Além disso, as condições de trabalho aos quais os profissionais de saúde são submetidos correspondem a um dos elementos mais importantes quando discutimos a questão da humanização em saúde. Como já afirmamos anteriormente, as condições de trabalho representam um dos componentes da dimensão visível da humanização em saúde. Estas

condições se apresentam associadas à síndrome de *burnout*⁹ que tanto afeta os profissionais de saúde.

Este aspecto da dimensão visível da humanização revela elementos desgastantes e danosos para os profissionais, conforme os argumentos apresentados por Machado (1997) na década de 90: excesso de jornada de trabalho, multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, área de atuação/especialidade; excesso de responsabilidade, relação de vida e morte com os pacientes¹⁰. É importante salientar que essa realidade também ocorre com aqueles que trabalham somente em consultório particular, não sendo fruto apenas da prática da medicina em instituições públicas.

A partir de uma análise sociológica, pode-se dizer que médicos são socializados para se sentir responsáveis pela vida das pessoas e estar disponíveis a qualquer hora. Segundo Machado (1997), eles se tornam guardiões da vida. O cotidiano desses profissionais é marcado por angústias, dilemas e um sentimento de incapacidade frente às adversidades. “Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente” (HENNINGTON, 2008, p.560).

Complementando este quadro, Barros *et al* (2007a) enfatizam outras características que representam o ambiente dos profissionais como: existência de água potável, funcionamento adequado do ar condicionado, instalações elétricas, até as formas das relações interpessoais como falta de companheirismo; necessidade de mais de um vínculo institucional; falta de descanso entre jornadas; tempo que permanece em pé e/ou andando.

⁹ É uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais existentes no contexto do trabalho. As pessoas manifestam um cansaço emocional, com perda de motivação, sentimentos de inadequação e fracasso (PAIS RIBEIRO, 2007).

¹⁰ Estas são algumas das características da prática profissional médica: estar 24 horas no ar, de plantão, com dedicação contínua, pouco lazer e contato com a família; trabalhar com pessoal não qualificado, de forma improvisada; aumento exagerado de demanda devido à socialização da medicina e inadequada alocação de recursos; necessidade permanente de aperfeiçoamento; relação com o paciente, demonstrando sua limitação enquanto profissional; trabalho pouco reconhecido, marginalizado e alvo constante de crítica da mídia; sem autonomia, por estar atrelado às interferências políticas e serviços altamente burocratizados (MACHADO, 1997).

Essas condições de trabalho se referem, então, a diferentes aspectos objetivos e subjetivos. Hennington (2008) também fala das relações interpessoais e enfatiza que a prática desses profissionais está imersa em aspectos subjetivos como o sofrimento humano dos que são atendidos.

O trabalho em saúde movimenta afetos e assim, produz subjetividades coletivas, sociabilidade e a própria sociedade (HENNINGTON, 2008). A postura ativa, a troca de informações, o trabalho em equipe, a supremacia das atividades simbólicas e a valorização do trabalhador flexível configuram um novo processo de trabalho, que cada vez mais é almejado.

Nesse sentido, Benevides e Barros (2007) enfatizam que a relação dor-prazer-trabalho é uma das marcas conhecidas nos serviços de saúde e pode ser entendida a partir da problematização das precárias relações de trabalho, perda contínua de direitos, instabilidade de contratações, baixo investimento em processos educativos e fracos vínculos entre trabalhadores e seus locais de trabalho.

Mesmo com as dificuldades ao desempenhar a profissão, há outros sentimentos vividos pelos profissionais. Quando existe satisfação profissional, amor à profissão; boas condições de trabalho, com recursos humanos e materiais adequados e atividade profissional equilibrada, não requerendo múltiplos vínculos empregatícios, os profissionais tendem a vivenciar seu trabalho de forma prazerosa (MACHADO, 1997).

Ainda Machado apresenta duas possibilidades¹¹ de se problematizar o mundo do trabalho. A primeira se baseia numa compreensão de que o trabalho alienado produz uma utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas. Nesse sentido, o processo de produção capitalista, gerador da alienação, expropria parte da subjetividade do trabalhador. A segunda seria entender o sofrimento psíquico do trabalhador referenciado a sentimentos de

¹¹ A autora se baseia em pesquisas já realizadas por outros estudiosos.

impotência, falta de sentido da tarefa, isolamento social e auto-estranhamento ou distanciamento de si.

Palácios (1993 *apud* Machado, 1997) ressalta que não existe apenas um fator responsável pelo sofrimento dos trabalhadores, mas uma rede de processos que se interpenetram, gerando situações de sofrimento. A autora cria categorias para analisar a relação entre trabalho e sofrimento psíquico. A carência de poder se refere à perda do controle do trabalhador sobre instrumentos de trabalho, ritmo, movimentos e habilidades, enquanto que a falta de significação do trabalho é atribuída à divisão social do trabalho, em que o trabalhador não se vê sendo responsável pelo seu próprio processo, que depende de decisões de terceiros. O isolamento social é outro elemento importante e diz respeito ao sentimento de não pertencimento à comunidade de trabalho, não aderindo aos objetivos institucionais. O auto-estranhamento se refere à ausência de envolvimento do profissional com seu trabalho, fazendo com que seja resultado de falta de controle do processo de trabalho; de significação e de integração com outros profissionais.

Assim, o trabalho numa instituição, altamente burocrática, é caracterizado por procedimentos técnicos e administrativos que cerceiam a autonomia profissional. A autonomia é considerada, portanto, mediadora da relação sofrimento psíquico-trabalho. Essa compreensão pode ser percebida através da psicodinâmica que vê a intervenção no processo de trabalho como papel importante para a relação saúde mental e trabalho (MACHADO, 1997).

Ainda para esta autora, o trabalho é considerado como atividade humana, atravessado por desejos e capacidade de recriação de processos, atividades, produtos de si e das próprias relações, enquanto que a visão de saúde é construída a partir da capacidade de inventar normas e regras de enfrentamento da realidade. O trabalho, então, é visto como espaço de prazer e criação, acompanhado de sofrimento e desgaste. O trabalhador se insere de modo

ativo, recriando e gerindo seu fazer, sua própria potência para transformar o seu trabalho e sua condição de saúde. O trabalhador possui capacidade de transformar a realidade, modificando-se ele próprio, imerso num meio social.

Em qualquer estabelecimento de saúde onde ocorre um contato direto entre um trabalhador e um usuário, há a produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento e vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica, características da dimensão visível que estamos examinando detalhadamente. Para Merhy (2007b), um trabalhador exerce certo “autogoverno” para intervir no modo como recebe o usuário, para além de tudo que já seja estipulado, normatizado e protocolado como “modo de atuar”. Pode ser mais ou menos acolhedor, decidir se ‘quebra o galho’ do usuário. Assim, o usuário que chega à instituição de saúde, depois de passar pela recepção, onde é arguido sobre o que o levou ao serviço, será aceito ou não pelos trabalhadores da saúde. Critérios usuais para negar a intervenção são a falta de vaga ou a inexistência de certo tipo de ação na instituição. Essa negação pode ser feita a partir de uma lógica acolhedora e assistencial, sendo caracterizada por um espaço intercessor trabalhador/usuário que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes ou eficazes em torno das necessidades do usuário.

...vale aqui lembrar a concepção de que cada trabalhador é gestor de seu próprio trabalho, sendo necessário, nessa ótica, vislumbrar o potencial gerador de mudanças a partir desses microespaços locais. O processo de trabalho em saúde envolve especialmente o que se concebe como “trabalho vivo”, “vitalidade” que deve configurar também como força (motriz) para mobilizar os sujeitos/equipes em torno da reflexão/intervenção em seu próprio fazer (SANTOS-FILHO, 2007a, p.90).

Esse encontro, que se estabelece entre usuário e trabalhador, nos remete a um encontro entre necessidade de saúde (do usuário) e arsenal de saberes específicos e práticas (do

trabalhador). Busca-se uma relação de compromisso que tenha sinceridade, responsabilização e confiança na intervenção. O problema de saúde ou necessidade representada pelo usuário servirá ou não de base para se construir uma relação com ele. Para o usuário, sua necessidade de saúde está sendo sentida como um problema que ele sinceramente vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, que é traduzido por ele como uma questão de saúde a ser enfrentada com a ajuda de alguém (MERHY, 2007b).

O autor enfatiza que a partir do cardápio de intervenções a serem realizadas pelos diversos profissionais, unem-se sabedorias e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre certo problema de saúde, já previamente considerado como um objeto de atenção em saúde pelo modelo de atenção do serviço. Isso acontece em busca de se alterar a lógica do sofrimento representada pelo usuário, ou para se modificar sua produção no nível do conjunto das relações sociais.

Por outro lado, a saída dos serviços de saúde pode ser de diversos tipos: por cura, óbito, fuga (abandono), encaminhamento para exames ou outros serviços assistenciais. Esse processo de saída também pode ser acolhedor, responder às necessidades do usuário e resolver seus problemas.

Baseando-se em Schwartz (2003 *apud* HENNINGTON, 2008), a partir de uma abordagem ergológica¹², percebe-se que o campo do trabalho é permeado de conflitos e interesses técnico-científicos, filosóficos e políticos. Para se entender o processo de trabalho é importante se entender como os objetivos econômicos e sociais do trabalho, articulados à construção e combinação de saberes se operam; buscar o sentido de como homens e mulheres

¹² A ergologia é uma orientação epistêmica de origem transdisciplinar que busca estudar o trabalho humano em todas suas dimensões. A abordagem ergológica pode servir para entendermos como ocorre a produção de conhecimento sobre o trabalho, a partir de três pólos de análise: epistêmico, forças de convocação e reconvocação, e ético. O primeiro pólo diz respeito ao conhecimento das disciplinas científicas que interagem, enquanto que o segundo se refere aos valores e saberes provenientes da experiência dos próprios trabalhadores. O pólo ético faz a articulação dos outros pólos. Podemos a partir disso, compreender que o encontro entre saberes prático e científico produz resultados imprevisíveis.

fazem suas histórias, se criam e se recriam pelo trabalho e entender como os saberes se relacionam, quais estratégias e políticas de desenvolvimento encontram-se nesse processo.

Esta perspectiva reforça a idéia de que mudanças nos processos de gestão de trabalho em saúde e a construção de práticas humanizadoras só podem ocorrer a partir de uma articulação do plano individual com o coletivo, econômico, social e político, onde podemos evidenciar a existência de conflitos de interesses e a necessidade permanente de articulação e negociação, como em Deslandes (2005).

Apesar das várias tentativas de estabelecer protocolos e regras tão comuns à prática na área da saúde, a total padronização é meta inatingível e a cotidianidade exige que as pessoas arbitrem e façam escolhas. Os trabalhadores pensam, se pensam e constroem novas realidades para agir e administrar situações. Instigante, difícil e indispensável é reconhecer, aprender e conviver com essa dinâmica na organização das práticas e serviços de saúde. Para uma aproximação da realidade do trabalho é preciso construir dispositivos que permitam chegar o mais próximo possível da atividade, de avaliá-la e de reconhecê-la como ela é, o que implica reconhecer esses espaços de microtransgressões e rupturas (HENNINGTON, 2008, p.559).

A gestão em saúde pode servir para mudar essa situação, na medida em que pode proporcionar modos de fazer mais ligados aos princípios do SUS, respeitando os trabalhadores, como sujeitos, saberes e poderes na busca pelo aumento da democracia interna, através da instalação de dispositivos que permitam circulação da palavra, tomadas de decisão participativas, entre outras. A construção de objetos de investimentos mais coletivos também pode auxiliar esse processo. Assim, podem surgir novos modos de produzir sujeitos e saúde, novos regimes de produção de conhecimentos, ou seja, novas formas dos sujeitos se relacionarem, com maior autonomia, com maiores possibilidades de criação (BENEVIDES e BARROS, 2007).

O trabalhador de saúde muitas vezes pode ser visto como ser doente, abandonado, mas segundo Rollo (2007) boas diretrizes já existem para mudança dessa situação. No eixo de

gestão do trabalho e da educação na saúde, encontramos metas de desenvolvimento de políticas de gestão de trabalho, respeitando os princípios de humanização, participação e democratização das relações de trabalhadores (ROLLO, 2007).

O processo de mudança segue a produção de sujeitos autônomos, mobilizados, protagonistas e satisfeitos, não seguindo burocráticos processos de implementação, mas um novo modo de existir e fazer, quebrando a rotina institucional. A valorização dos trabalhadores é importante nesse processo de negociação entre eles, gestores e usuários, formando uma relação contínua e via. Assim, acredita-se trabalhar na perspectiva de corresponsabilização dos diferentes atores, como o HumanizaSUS preconiza e que será apresentado no item 2.2.5 deste capítulo (SANTOS-FILHO, 2007a).

Fica o desafio de aglutinar as pessoas, construir alianças que possibilitem movimentos políticos na sociedade com resultados efetivos para se conseguir mais recursos para o SUS e viabilizar a valorização de seus trabalhadores. Fica, também, o desafio da melhoria da gestão no e do SUS, e o desafio *do como fazer* para a mobilização de trabalhadores, gestores e usuários no cotidiano das práticas da atenção e gestão na saúde, processos moleculares de mudança nos seus territórios de trabalho, de modo a garantir o compartilhamento de uma vida digna de ser vivida por e para todos (ROLLO, 2007, p.55).

Na busca de promoção de ações que levem à mudança, Merhy (2007a) focaliza alguns pontos para nos aproximarmos de mudanças nas intervenções dos profissionais. Dentre eles, destaca: governar arenas institucionais, formadas por diversos atores, com expressões e processos decisórios próprios; publicizar o exercício privado do agir, tendo como eixo organizador do trabalho o usuário; produzir ganhos de autonomia dos usuários com tutelas cuidadoras, centradas em tecnologias leves; não abandonar lógicas administrativas que permitam um agir mais eficiente, mas que não devem se pautar na lógica econômico-centrada; operar a gestão cotidiana, favorecendo protagonismo dos profissionais; construir caixas de ferramentas para os gestores que possibilite atuar sobre esses processos de produção.

O processo de trabalho pode ser caracterizado como lugar de possíveis coexistências: estresse e dimensão de realização, gerando couraças que transformam os profissionais em sujeitos frios e distantes do processo de adoecimento do usuário. Em pesquisa sobre as influências da violência no processo de trabalho em um serviço de emergência, Deslandes (2002) evidencia a necessidade de se construir uma política contínua de valorização do profissional, que hoje é marcado por baixos salários, sem apoio administrativo de escuta, que não forma alianças cotidianas, não tem como opinar, avaliar e sugerir mudanças no próprio processo de trabalho.

Com o intuito de implementar mudanças na gestão em saúde, a modernização dos Recursos Humanos (RH) é alvo constante, alterando modelos tradicionais de administração, posicionamento proativo dos gestores e administradores, comprometimento dos profissionais. O desestímulo ao trabalho em equipe, aliado ao despreparo em lidar com questões subjetivas, vínculo frágil com os usuários são desafios constantes em qualquer instituição de saúde (HENNINGTON, 2008). Além disso, não podemos esquecer que trabalhadores de saúde e usuários dos serviços produzem-se mutuamente. Desde produções de subjetividade, passando por modos de sentir, representar e de vivenciar necessidades, até a busca de um tempo perdido pelos “reformadores” dos modelos de atenção à saúde (MERHY, 2007b).

Em 2005, o gasto do governo com saúde não passou de R\$ 1,00 por dia por habitante. Além disso, Rollo (2007) enfatiza que mesmo com os avanços obtidos no acesso, ainda há baixa legitimidade do SUS perante a sociedade. Para ele, a criação de campos de experimentação locais é vista como algo positivo para o processo de valorização dos trabalhadores da saúde.

A qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores são pontos de questionamentos quando pensamos em transformar o modelo de atenção oferecida aos usuários e o modelo de gestão. Almeja-se a participação dos trabalhadores de forma mais ativa, fazendo com que eles

tenham que se comportar de outra forma na sua prestação cotidiana de serviços. Um fator observado, regularmente, é que, mesmo, diante de grandes esforços institucionais de formação de espaços participativos ainda se encontram inúmeros serviços que funcionam com métodos tradicionais de planejamento e gestão. A estruturação administrativa não consegue mudar as formas das relações completamente. Ainda se objetiva utilizar a potencialidade dos trabalhadores, fomentar sua autonomia. A promoção de mudança pode possibilitar a construção de vínculos, entre trabalhadores e usuários (SANTOS-FILHO, 2007a).

A construção de uma gestão diferenciada das tradicionais é a oferta de Santos-Filho (2007b) baseada em Campos (2003) sobre o apoiador institucional. O gestor atuaria além das funções gerenciais tradicionais (supervisão, coordenação), funcionando como espaços de interlocução entre os atores, articulando objetivos institucionais aos saberes e interesses de trabalhadores e usuários, evitando a burocratização de suas ações. Deveria atuar com as demandas dos sujeitos; provocar e ofertar temas relevantes para discussão, ajudando as equipes a aumentar sua capacidade analítica e de intervenção na realidade em que atuam. Pode-se, assim, perceber que além dos recursos administrativos, haveria recursos pedagógicos, analíticos e políticos à disposição.

A gestão de recursos humanos em todo mundo é um desafio atual. Com a globalização, a força de trabalho sofreu muitas consequências, tais como: redução ou manutenção do contingente de trabalhadores em contexto de ampliação de demandas; deterioração das condições de trabalho e precarização¹³ do mercado; redefinição do papel do Estado que passou a atuar mais como regulador; e aumento da participação do setor privado na oferta de serviços. E esta situação também ocorreu no setor da saúde brasileiro (HENNINGTON, 2008).

¹³ A precarização da saúde no SUS se refere à porcentagem de 30 a 50% dos trabalhadores que não usufruem dos direitos trabalhistas, tais como: férias, décimo terceiro, licença maternidade, aposentadoria. Assim, percebemos que esses trabalhadores apresentam déficit ou ausência de direitos de proteção social; instabilidade do vínculo profissional e vulnerabilidade social (NOGUEIRA *et al*, 2008).

A humanização enquanto política pública busca atenuar este desgaste, ampliando sua capacidade de agir em situações concretas, na participação na gestão, no cotidiano das organizações, entre outros (CAMPOS, 2007).

A qualificação da assistência também pode ser alcançada com a construção de uma gestão mais dialógica, baseada na mobilização dos colegiados existentes no hospital e na desconstrução dos organogramas de recorte mais tradicional, deslocando a coordenação para equipes que realizam o cuidado direto com o paciente, podendo assim ser denominado de gestão democrática participativa (BERNARDES *et al*, 2007).¹⁴

Podemos entender que não há como considerarmos os trabalhadores de saúde como simples instrumentos ou recursos do SUS. Eles são atores estratégicos que agem individual ou coletivamente, influenciando na construção de políticas públicas. A construção de modelo de gestão em saúde que respeite esses sujeitos é de extrema importância para se alcançar uma rede de atenção solidária e humanizada (HENNINGTON, 2008).

...compreendemos os gestores como um dos gatilhos mais potencialmente concreto para mudanças, a partir do lugar que ocupam, imbuídos da atribuição de induzir e fomentar novas relações de trabalho, em uma perspectiva participativa (SANTOS-FILHO e BARROS, 2007, p.123).

Em busca de uma modernização gerencial, percebe-se que em instituições de saúde, há a construção de gestões colegiadas em todos os níveis, ansiando pela qualificação da assistência. A organização do cuidado em saúde é marcada pela presença de diferentes profissionais, o que demanda formas de processo de coordenação de trabalho. A renovação da gestão das instituições de saúde surge como possibilidade. Nesse sentido, a opção mais frequente é caracterizada com a racionalização das práticas médico-hospitalares, em que médicos são tratados como clientes da organização, com contratos bilaterais indicando

¹⁴ Desde a década de 90, o Laboratório de Planejamento e Gestão (LAPA) da UNICAMP enfatiza a gestão colegiada do hospital em todos os níveis

direitos e deveres, informatização da maioria dos processos administrativos e assistenciais, e o estreitamento da aliança da direção com o corpo de enfermagem, produzindo controle sobre os processos de trabalho, gerando a expropriação do controle médico do acesso à internação, por exemplo. Esta opção pode ser denominada de instrumental, pois implementa meios para se alcançar seus objetivos, mesmo que pela radicalização do processo de disciplinamento e controle das práticas dos trabalhadores, diminuindo sua autonomia e autogoverno (BERNARDES *et al*, 2007).

A gestão dos processos de trabalho pode ser vista como parte vital da política de humanização em saúde. Isso nos permite entender como não apenas questões macrossociais, políticas e econômicas influenciam esse processo, mas também nos encaminham ao entendimento de que saberes e fazeres cotidianos dos trabalhadores em saúde, com as reações concretas que desempenham, utilizando seus potenciais de criatividade e resistência configuram a caracterização de um processo de mudança em saúde (HENNINGTON, 2008).

Deslandes (2005) enfatiza que apenas de forma enganosa podemos entender a humanização como unicamente interacional, resultante da vontade ativa dos profissionais que podem aderir a projetos ditos humanizadores. Para ela, o processo de trabalho deve ser considerado e os gestores não devem adotar posturas sob o modelo de humanização de forma passageira.

No campo da saúde coletiva, em busca de um sistema de saúde universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania, os processos de trabalho são muito discutidos. Pensadores e militantes da reforma sanitária brasileira apostam na mudança efetiva do atual modelo technoassistencial das políticas públicas. Entretanto, essa luta ainda se mostra comprometida com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos, o que se confronta com qualquer uma das dimensões da humanização. A busca pela coletivização da gestão dos processos de trabalho em saúde, tendo o interesse do usuário como referênci-

chave, é uma das possibilidades de intervenções institucionais em diferentes estabelecimentos de saúde (MERHY, 2007b).

É de suma relevância entender a gestão em saúde como importante para promoção de qualquer mudança. A gestão enfrenta as tensões entre os campos da política e os processos de trabalho (MERHY, 2007a). Os gestores negociam, debatem normas, regras, valores. Eles inventam modos de fazer, e auxiliam o enfrentamento na consolidação da democratização das práticas de produção da saúde (HECKERT *et al*, 2009). Além disso, a busca pela criação de um novo modelo, que seja anti-hegemônico trará possibilidades diferentes de atuação dos profissionais. Nesse sentido, não podemos deixar de perceber que não é qualquer ferramenta de governo que permitirá o fortalecimento de uma prática em defesa da vida individual e coletiva, dentro da ótica de direitos sociais plenos (MERHY, 2007a).

O MS apresenta a PNH como possibilidade de se oferecer um sistema de saúde que seja transversal, envolvendo usuários e trabalhadores, na medida em que haja uma mudança na atenção em saúde e nos processos de trabalho. Objetiva-se capacitação, desenvolvimento de trabalhadores, condições adequadas para a execução das atividades laborativas, para que os envolvidos tenham suas necessidades satisfeitas (BRASIL, 2004c). A melhoria dos salários dos trabalhadores e carga horária de trabalho condizente com a possibilidade de exercício profissional de qualidade também configuram a instauração de políticas humanizadas (HENNINGTON, 2008).

No processo de avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde, podemos valorizar a participação de gestores trabalhadores, usuários, pesquisadores e apoiadores dos processos avaliativos. Assim, novos sujeitos serão produzidos e novas formas de prestar serviços podem ser alcançadas. Para tanto, busca-se identificar os indicadores¹⁵ relacionados às dimensões de

¹⁵ Geralmente, os indicadores de saúde devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. São construídos num processo complexo que varia desde a contagem de casos de uma doença específica até o cálculo de índice de esperança de vida ao nascer. Os indicadores servem de base

saúde, à satisfação de usuários, desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes. O próprio processo de seleção de indicadores já denota o sistema de valores do profissional que trabalha na instituição. A mensuração dos indicadores oferece situações objetivas em que, facilmente, são avaliadas ações como: as de redução ou neutralização de fatores de risco no trabalho; de investimento em infraestrutura; de promoção de saúde e de melhoria das relações sociais de trabalho (SANTOS-FILHO, 2007a).

Quando se mensura esses indicadores objetivos corre-se o risco de redução a uma esfera biomédica-individual, que nos levaria a uma compreensão descontextualizada, sem entender a inserção social dos trabalhadores nos próprios processos de trabalho. Outra possibilidade de mensuração de indicadores é o aumento de investimentos institucionais, com uma “agenda” de lazer, técnicas de relaxamentos, de socialização e práticas similares. O problema ocorre quando esses índices são entendidos sem a discussão de suas consequências no trabalho. Busca-se que as ações possam articular arte-cultura-lazer, práticas corporais e espirituais, mas que não devem se dissociar de ampla problematização do próprio processo de trabalho (SANTOS-FILHO, 2007a).¹⁶

Com o objetivo de respeitar os pressupostos da humanização, Santos-Filho (2007a) salienta que isso só será possível quando a reorganização dos processos de trabalho ocorra com a implementação de instâncias colegiadas, com horizontalização das relações, democratizando processos decisórios. Destaca a importância de que os trabalhadores façam parte do processo desde a seleção, validação e interpretação dos resultados. Assim, não serão apenas ferramentas de avaliação passivas.

para a construção de políticas públicas, e evidenciam grupos humanos com maiores necessidades, e auxiliam na escolha de prioridades de ações de saúde (OPAS, 2002).

¹⁶ Um exemplo de enfrentamento de problemas identificados é quando se buscam alternativas para a falta de conversas e diálogo. Uma possível intervenção é a construção de reuniões, mas a forma com que esse espaço será utilizado pouco valerá se for utilizado como reunião com caráter burocrático, seguindo plano de mudança institucional prévio. Além da existência do dispositivo “reunião”, deve-se, sempre, perceber a forma como será utilizada pelos trabalhadores (SANTOS-FILHO, 2007a).

...é preciso que os trabalhadores experimentem, ensaiem as formas de criar estratégias para a consolidação desses princípios éticos¹⁷, que apostem em novas formas de trabalhar. Sem apostas e ações nesse sentido, espaços de discussão podem estar fadados ao fracasso. É preciso que o trabalho seja gerido com todos os trabalhadores e não por eles ou para eles, do contrário ficarão sujeitos à execução de tarefas prescritas, repetitivas e, potencialmente, adoecedoras, pois os trabalhadores não terão seus saberes e anseios expressos e vinculados às regulamentações do seu trabalho (BARROS *et al*, 2007a, p.201).

Mesmo em situações em que há a participação de diversos atores, ainda há regras estabelecidas, mascaradas por meio de pactos, negociações e vigilância compartilhada. Essa vivência é vista como fonte de desgaste em vários trabalhadores. Para compreender a situação do trabalhador na saúde, Santos-Filho (2006) utiliza o referencial do HumanizaSUS. Assim, articula a valorização do trabalho com uma compreensão de saúde. Os trabalhadores encontram nos locais de trabalho, a possibilidade de trocar e debater com outros sobre saúde e o próprio trabalho (BARROS *et al*, 2007b).

2.2.3 O campo da saúde no mundo contemporâneo

Mesmo com o estabelecimento dos direitos dos trabalhadores em saúde com a instituição do SUS, ainda podemos perceber que isso não demonstra a realidade. Eles, mesmo, sendo humanos, responsáveis pela produção de saúde, com fragilidades, limites, não são respeitados enquanto tais. Para compreender essa situação, Rollo (2007) começa sua exposição demonstrando a contextualização do mundo contemporâneo, caracterizada pelo desenvolvimento de processos produtivos, mediante automação, robótica, informática, com cada vez menor necessidade do trabalho humano, gerando desemprego e desvalorização do trabalho. Os serviços prestados pelo Estado, cada vez mais são desqualificados, seguindo as

¹⁷ Os autores discutem a necessidade dos trabalhadores formarem alianças para promover mudanças, mas apresentam uma necessidade para as transformações no mundo do trabalho ao apontar que estas precisam estar ancoradas em pressupostos éticos que primem pelo público, pelo coletivo, para além dos próprios trabalhadores. Entender os jogos de saber e poder existentes nas instituições de saúde pode ser uma valiosa forma de ver como as práticas se operam no domínio da liberdade ou na produção do adoecimento.

políticas neoliberais que anseiam à privatização do setor público. Imersos nessa situação, os trabalhadores da saúde adoecem, causando uma série de transtornos em suas ações sistêmicas.

Há uma relação historicamente construída sobre a tecnologia e humanização, colocando-as em contraposição. Hoje em dia, o que se privilegia é a forma como uma abordagem integradora pode facilitar a convivência entre desenvolvimento tecnológico e relações humanas. Considera-se que, o desenvolvimento tecnológico, aliado às formas de organização de produção e trabalho, dificulta as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas, o que significaria pouco humanas (ARONE e CUNHA, 2007).

A humanização é vista como uma estratégia, uma ferramenta de otimização das intervenções em saúde, tornando-as mais eficazes e produtivas, incrementadas pela subjetividade (BARBOSA *et al*, 2006).

Nos últimos tempos, observamos, pois, uma defasagem importante entre o sentido das inovações tecnológicas no interior da medicina oficial e as demandas sociais por cuidados médicos. Por conseguinte, a medicina oficial vem mudando progressivamente sua posição com relação ao que seja imaginado como medicina pública, universalista e solidária. A desumanização torna-se um valor legítimo nas clínicas e hospitais privados. Sob a influência dos interesses utilitaristas, muitas instituições médicas, mesmo as públicas, passam a reorganizar suas prioridades, uma reorganização que desvaloriza ainda mais o lugar do doente para favorecer os lugares daqueles que ambicionam o poder do dinheiro e do prestígio científico (MARTINS, 2003, p.311).

A visão de Martins (2003) parece ser muito estática, evidenciando uma união eterna entre medicina oficial, desumanização e hospitais particulares, em oposição à medicina da dádiva, humanização e hospitais públicos.

Campos (2007) nos recorda o desgaste do trabalhador de saúde demarcado pelas condições sociais, modelos de organização, modos de produção próprios. Para ele, a

globalização desumanizante traz como componentes básicos o desrespeito ao trabalho e ao trabalhador.

Martins (2003) salienta que é insuficiente questionar a transição paradigmática da medicina a partir apenas da avaliação das ações democratizantes inseridas nesse Estado de bem-estar social que se encontra em crise. Assinala que isso não remete às possíveis mudanças dos métodos de cura (plano microssocial), que existem junto ao lado de mudanças da gestão (plano macrossocial).

O campo da saúde no mundo contemporâneo é permeado por diversos fatores, dentre eles destacamos os altos investimentos em medicamentos e exames laboratoriais. Salienta Drummond (1998) que o mais grave é que, mesmo com aumento progressivo dos custos devido à alta tecnologia desenvolvida, o mais grave é que não há uma correspondência entre custos e benefícios. Assim, os gastos não têm relação direta com os índices de saúde.

A sociologia deve funcionar como esclarecedora da opinião pública, devendo discutir os reflexos da medicina moderna sobre suas vidas. Os cidadãos são frequentemente, influenciados pelos aumentos dos preços dos medicamentos, consultas e seguros de saúde; os erros médicos, técnicas sofisticadas - não suficientemente testadas - e o financiamento com recursos públicos de hospitais luxuosos privados, cujos serviços, são, por vezes, interditados ao grande público (MARTINS, 2003).

O aparato tecnológico que cada vez mais envolve o ato médico, com a exigência de exames cada vez mais sofisticados para a produção de um diagnóstico, sem dúvida intensifica a objetificação a que estou me referindo. É inevitável reconhecer que tal tecnologia contribui para uma maior eficácia da ação médica. Resta, entretanto, a questão do significado. A eficácia proporcionada pela tecnologia moderna tem algum efeito em termos de atribuição de sentido para o sofrimento do paciente? Ou o aumento da objetificação como resultado do aparato tecnológico diminui as possibilidades de atribuição de sentido? Como manter a alta eficácia obtida com a tecnologia sem perder de vista a dimensão moral do trabalho médico? Como cuidar de corpos que são sempre e inevitavelmente pessoas? Como cuidar de corpos que são sempre e inapelavelmente pessoas? As respostas para essas perguntas exigem, antes, de mais nada, que se leve em

conta a dimensão moral tanto do trabalho médico quanto do corpo humano. Só assim poderemos deixar de pensar que o ser humano é um somatório de planos distintos (o “biológico”, o “social”, o “psicológico”). Na vida cotidiana tais planos são sentidos e vividos como uma totalidade que, ao ser despedaçada por eventos desagregadores, necessita tanto de cura quanto de sentido (RUSSO, 2006, p. 193).

Merhy (2007b) enuncia que análises a respeito do impacto da presença de equipamentos de ponta provocam na conformação tecnológica dos trabalhos em saúde, alterações nos processos de qualificação profissional; redefinição do trabalho intelectual e manual; de mudanças burocráticas e hierárquicas. Entretanto, ressalta que as tecnologias não dependem exclusivamente de novos equipamentos e exames laboratoriais, como já foi apresentado e, sim, ações que demandam também um alto grau de subjetividade.

Podemos elencar algumas características atuais da assistência à saúde: hierarquização dos pacientes a partir de critérios econômicos; a redução do ser considerando-o simplesmente como paciente-consumidor; discriminação de doenças a serem tratadas ou rejeitadas a partir de critérios de tempo e dinheiro; criação de nova classificação das doenças e dos doentes, criando a posição dos prioritários (mais baratos e rápidos), num sistema preponderante de mais valia. Segundo Martins (2003), esse modelo segue o padrão norte-americano e é fonte de exclusão econômico-social, pois os mais pobres e os mais idosos acabam ficando em situação de desamparo e abandono.

A indústria ainda consegue produzir inúmeros medicamentos que foram insuficientemente testados, acarretando danos, muitas vezes irreversíveis, à população. Na França, mais de 30% das hospitalizações de idosos ocorrem devido ao uso de medicamentos (MARTINS, 2003).

A reestruturação produtiva do setor saúde traz alterações no trabalho médico. Segundo Merhy (2007b), essa transformação leva a troca de um médico centrado em procedimento por outro, ordenado a partir das relações cuidadoras, mas seguindo a lógica de cuidador do capital e não cuidador do usuário. A tecnologia de alto custo é incorporada, mesmo que isso custe à

vida do usuário. Nessa ação, a autonomia do usuário vai sendo destruída. É interessante observar que alguns profissionais já não questionam tal situação, estando imersos em suas posturas conservadoras em seus marcos liberais. Perdidos na cegueira da visão do outro, perdem sua capacidade empática. Agem a serviço do capital a quem servem incondicionalmente, destituídos de uma visão crítica de sua própria ação. Com as transformações, tensões convergem, e, a luta pela saúde como bem público e o uso da tecnologia a serviço da vida são, recorrentemente abaladas.

Antes do início do século XX, a medicina e seu modelo de assistência era generalista. Entretanto, isso mudou. A profissão médica foi se alterando a partir dos elementos definidores de uma profissão: conhecimento e mercado (PEREIRA-NETO, 1995). O processo de especialização do conhecimento foi ocorrendo e a incorporação de tecnologia na produção de diagnósticos é cada vez maior. Pode-se até dizer que há uma dependência do médico em relação à tecnologia. O médico deixa de ser um observador atento, passando a agir de forma desconectada com o todo, usando mais da objetividade, e desconsiderando a importância da subjetividade e da visão global do ser humano, que se caracteriza por uma total interdependência entre seus vários subsistemas ou dimensões.

O aumento da divisão técnica do trabalho médico consistiu na diferenciação das especialidades, e o processo de assalariamento serviu de base para a inserção do médico no mercado de trabalho. Houve, assim, a passagem de um modelo artesanal de trabalho para novas formas de organização da produção (DONNANGELO, 1975). Assim, a ideologia do sistema de mais valia se aplica tanto ao profissional quanto ao paciente. Em nome da evolução da tecnologia de ponta reduz-se o tempo de atendimento ao paciente. Diminui-se ou aniquila-se a formação de elos tão necessários ao processo curativo.

Mesmo ainda seguindo o modelo flexneriano¹⁸, a medicina tenta se livrar da consequência do mesmo. Podemos concluir que a fragmentação apoiada nesse tipo de ensino se fortaleceu com avanços tecnológicos e científicos, das indústrias farmacêuticas e de equipamentos. Entretanto, há de se reconhecer que, se houve reais ganhos que auxiliaram muito no diagnóstico de algumas enfermidades, houve também perdas em relação ao encontro terapêutico. Considera-se que ao incorporar as tecnologias, muitos acabaram deixando a subjetividade de lado que foi gradativamente substituída por prescrições, procedimentos, pedidos de exames e pareceres (CIUFFO e RIBEIRO, 2008).

A experiência de Regina Benevides na Secretaria Executiva do MS, coordenando a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção à Saúde, fez com que percebesse como o fato de estar inserida num cenário contemporâneo, que naturaliza o capitalismo neoliberal, impôs um movimento de defesa da visão não fragmentada em saúde. Programas, projetos e secretarias fragmentados eram alvo de resistência para garantir que eixos de universalidade, equidade e integralidade fossem respeitados (BENEVIDES, 2005).

Aliada à resistência, há a crítica ao que se denomina mercantilização da saúde. Nesse sentido, Santos Jr (2006) faz uma avaliação médica e conclui que a saúde pode ser vista como um campo ameaçado pela colonização empresarial do médico, que ocorre desde a universidade¹⁹, onde aprende através de uma propaganda das empresas farmacêuticas e dos

¹⁸ O modelo flexneriano se refere ao relatório de uma pesquisa realizada na Alemanha pelo educador Abraham Flexner, que foi publicado em 1910, nos EUA. É marco fundamental na evolução do ensino médico, visto que orientava para que houvesse padrões de admissão para os cursos e ampliação dos anos de formação; utilizasse o ensino nos laboratórios, estimulasse o regime de docência em tempo integral; utilizasse o ensino clínico nos hospitais; vinculasse as escolas médicas às universidades; priorizasse a pesquisa biológica, apoiando a base empírica da prática médica; estimulasse as especializações; promovesse a união do ensino com a pesquisa e estimulasse o controle do exercício profissional à corporação médica (SANTOS FILHO, 1995).

¹⁹ Com relação à universidade, o autor aponta que, diferentemente da China, em que houve uma redução do número de Escolas Médicas, no Brasil percebe-se a criação de novas Escolas Médicas, num caráter que seria mercantilista, apesar dos esforços da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. Entretanto, no dia 7 de janeiro de 2008, o Projeto de Lei 65/03, que impede a criação de cursos de medicina por dez anos, foi aprovado. Mesmo assim, vale informar que o Brasil está em segundo lugar no ranking de países

exames laboratoriais. Há profissionais de saúde que até podem ser considerados bem preparados para o mercado de consumo e muito mal preparados para o exercício da medicina. São tratadores de pacientes e fomentadores do consumismo na área da saúde.

Com a medicalização da saúde, a colonização da vida cria situações de dependência ao paciente (DRUMMOND, 1998), ao mesmo tempo em que indústrias farmacêuticas vêm produzindo um produto: o corpo saudável, resultado de eficientes medicamentos, administrados por profissionais de saúde, “os donos dos aparelhos”. Objetiva-se manter a máquina humana funcionando, sendo o homem usado como produto. Os serviços de saúde adquirem valor de mercado e passam a depender de fatores de produção e a integrar mão-de-obra e tecnologia especializada (ARONE e CUNHA, 2007).

Há a produção de saúde, sem a melhoria das condições gerais da qualidade de vida. Nisso, pode-se perceber que médicos tornaram-se geradores do consumo e agentes mercantilistas associados, enquanto que os pacientes são os consumidores (SANTOS Jr, 2006). Pode-se denominar uma higiomania contemporânea, termo criado por Roberto Passos Nogueira para designar a busca da expressão, da longevidade, de uma vida sujeita a impasses e acidentes (SOUZA, 2004).

Canguilhem (2005) ao falar sobre a possibilidade de um homem ficar doente nos encaminha a compreensão de que a doença pode fazer parte da vida. Afirma que o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo. Nesse sentido, salienta que a saúde não deve ser vista como uma exigência de ordem econômica a ser valorizada pela legislação, pois é a unidade espontânea das condições de exercício da vida.

O seguro-doença serve para que as pessoas se sintam compensadas com seus déficits econômicos eventuais, e é fruto de uma sociedade industrial (CANGUILHEM, 2005). A

com mais faculdades de medicina. As entidades médicas também defendem que não haja ampliação indiscriminada do número de vagas nestas faculdades (CREMERJ, 2008).

lógica do capitalismo ao invadir os cuidados em saúde traz repercussões nas ações dos profissionais. É baseado na premissa de que valorização do lucro, diminuição de despesas são as bases para a assistência prestada. Com isso, uma pessoa doente pode ter seu cuidado recusado por ser muito oneroso ao sistema (MARTINS, 2003).

Outro fator importante nessa discussão sobre a mercantilização e o uso exacerbado de recursos tecnológicos, é a questão que Ciffo e Ribeiro (2008) apontam.

Estamos nos referindo a uma visão de saúde coletiva em um país “doente”, sem investimentos e recursos nesta área, em que não há lugar para excessivo volume de procedimentos custosos de baixo impacto para a saúde, e a presença de alto contingente de especialistas pressiona os custos com os serviços propedêuticos, tornando problemático o seu controle (CIFFO e RIBEIRO, 2008, p.129).

Não é raro o paciente que, no primeiro contato com o médico, antes da apresentação da história clínica, manifesta-se, de forma veemente, com o desejo de “eu gostaria de fazer tomografia do abdômen”. Quando não é assim, o paciente, interpretando seus sintomas, antes mesmo de explicitá-los, abre ao médico um leque de sugestões de exames (SANTOS Jr, 2006, p.72). Numa era em que há predominância dos recursos nomotecnológicos cibernéticos não seria o sistema de saúde a estar livre desse endeusamento. Há uma pressão das forças tecnológicas sobre as ações diurnas com vistas à utilização de quaisquer parafernalias que se possa utilizar na busca do diagnóstico mais eficaz.

O pensamento de Drummond (1998) nos indica que a relação profissional de saúde-paciente se estrutura numa relação sujeito-objeto, resultante do mercantilismo capitalista, que não está alheia à coisificação das pessoas. O conceito tradicional daquela relação se firmava no sentido deontológico de beneficência, expresso pelo aforisma *Primum non nocere*²⁰, e, por conseguinte, *Bene fare*²¹, em que do médico se exige competência, e do paciente, apenas uma

²⁰*Primum non nocere* significa “Acima de tudo, não prejudicar” (BRANDT, 2007).

²¹*Bene fare* significa fazer o bem.

colaboração complacente e passiva. Esse processo de coisificação reduz tanto médico quanto parturiente à condição de objeto, quando em realidade deveriam ambos ser sujeitos, e não máquinas. Sendo assim, a visão tradicional desta relação tende a não mais existir.

O gerenciamento do cuidado em saúde denominado Atenção Gerenciada²² é um modelo neoliberal de desenvolvimento social. É contra o modelo médico hegemônico, e busca a criação de gestão competitiva entre prestadores de serviços em torno da clientela consumidora. A ênfase na produção de tecnologias no campo da gestão é para deslocar a microdecisão clínica pela administrativa, impondo nova forma de cuidar e o modo de operar. Objetiva-se racionalizar os custos do sistema de saúde que são muitos e pouco efetivo, seguindo a lógica do capital financeiro mundial (MERHY, 2007b).

No Brasil, algumas ações favoráveis a esse modelo de Atenção Gerenciada têm ocorrido. Conselho Regional de Medicina e Planos de Saúde discutem o tema e indicam vantagens para sua adoção, reduzindo os excessos de gastos, configurando assim, uma alteração dos processos de trabalhadores. Com isso, os atores internos do setor saúde (financiadores, administradores, prestadores e usuários) seguem lógicas de regulação um sobre o outro, imitando a “mão invisível do mercado”, como fatores de controle da qualidade e da eficiência do sistema (MERHY, 2007b).

Os mecanismos organizacionais controlariam a autonomia na prática clínica, impondo intervenções médicas de baixo custo. Com ação focada em certos grupos específicos de consumidores, segue garantindo alto controle empresarial; exclusão de grupos de alto risco e da ação adstrita sobre grupos de alto risco controláveis. A separação entre prestador e administrador garante que se consiga baixar os preços e satisfazer mais (MERHY, 2007b).

²² Depois da Guerra do Vietnã, os EUA buscaram redução de custos, com a otimização do sistema que ainda arcava com os resultados da guerra. O processo decisório foi transferido das corporações médicas para a dos administradores, diminuindo a relação custo-benefício. Atualmente, há uma redução drástica da prática médica baseada no pagamento no ato. Buscam oferecer cuidados de saúde para grupos específicos ou área geográfica. Seria oferta de cuidados integrais em saúde, em que os custos do sistema seriam partilhados direta ou indiretamente com o pessoal médico, configurando um risco compartilhado (MERHY, 2007b).

Um fator interessante é que a proposta de intervenção no sistema de saúde vem atrelada à não aceitação do controle do Estado sobre o sistema de saúde, que seria nefasto com relação à prestação de serviços. O Estado só deveria complementar ações para quem não tem acesso a qualquer tipo de benefício. A universalização é um equívoco, pois não exclui grupos mais onerosos ao sistema, criando desequilíbrio orçamentário. A integralidade só faz sentido quando os consumidores comprarem o direito aos serviços em diferentes níveis de atenção. A equidade não faz sentido algum para eles, visto que é regido por lógica de mercado e apenas em alguns lugares garantem uma equidade mínima, com uma cesta básica de saúde fornecida pelo Estado (MERHY, 2007b).

Diferentemente, do que ocorre com a mercantilização da medicina, que estaria indiferente ao que acontece do lado de fora do consultório médico ou nos corredores dos hospitais, Martins (2003) assinala um movimento de resistência, almejando a mudança de padrões, caracterizada por outros tipos de medicina(s), que não podem ser consideradas como limitadas a uma operação técnica impessoal, mas que integram a valorização da inter-pessoalidade na relação de cura e de singularidade do doente. Segundo o autor, estas medicinas funcionam lutando por políticas e programas de saúde populares e preventivos como cuidados médico, que buscam neutralizar o impacto negativo da mercantilização da medicina sobre as redes sociais.

A medicina passa por uma mudança paradigmática, que é representada pela perda do poder da clínica moderna, de base alopática hegemônica nos últimos séculos. A medicina paralela ou alternativa interfere no campo médico e assim, corresponde à atual pluralidade de práticas. A nova medicina se expressa no conjunto de transformações dentro e fora da medicina oficial, envolvendo reações tecnicistas e humanistas²³, mobilizados por interesses

²³ O autor apresenta a medicina oficial como sendo tecnoutilitarista, seguindo a lógica mercantil e a visão biologizante. A medicina humanista seria um modelo seguido por profissionais, que não seriam, necessariamente, médicos, podendo ser configurada pela atuação de outros sistemas de cura (biopsíquicos,

políticos, corporativistas, econômicos, culturais e religiosos. Almeja-se que a medicina alopática possa resgatar a complexidade do fenômeno etiológico e endêmico nessa integração com as terapias alternativas ou populares (MARTINS, 2003).

Neste caso, vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais, ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório (MERHY, 2007b, p.129).

Aliada à crescente influência do mercado no campo da saúde, podemos perceber que o mundo contemporâneo também traz outras características, dentre elas o paradigma quântico, que evidencia a multidimensionalidade da pessoa, o que nos leva à formação do profissional médico, que deve ter cada vez mais saberes.

2.2.4 Ensino na saúde: o caso da medicina no Brasil

A partir de agora, desenvolveremos a temática do ensino na saúde em relação à graduação e à residência em medicina, que compõe importante fator na dimensão visível da humanização. Mesmo não focalizando outras profissões da saúde, ressaltamos a importância da existência de equipes interdisciplinares para a promoção de saúde, e a relevância do processo de ensino em todas elas. Afinal, os sujeitos dessa pesquisa são os obstetras.

Não apenas teóricos, mas também a PNH traz a questão do ensino como fator fundamental para a transformação na assistência em saúde. Porém, antes de abordarmos isto, apresentaremos uma breve contextualização da profissionalização da medicina²⁴.

Segundo Kemp e Edler (2004), as articulações para a mudança do ensino no Brasil não seguiram as delimitações de Flexner, mas de Silva Mello, brasileiro, que buscou adequar às idéias contemporâneas à formação médica nos anos de 1937. Entretanto, não há como se negar que o modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e mecanicista, que enfatizava o culto à doença e à tecnologia, sustenta o conceito de saúde como ausência de doença.

Considera-se que a medicina adquiriu cunho científico no século XIX com a introdução dos métodos de produção de conhecimento, sendo o caso americano um exemplo clássico disso (SANTOS FILHO, 1995 e SCHRAIBER, 1989). A visão mecanicista do objeto profissional teve início nesse momento. A crença de que o corpo poderia ser comparado a uma máquina, sendo assim dividido em partes. E a totalidade corporal era a soma destas partes. Com isso, a atuação do médico era baseada em diferentes saberes que se desenvolviam separadamente (biologia, física, química, citologia, histologia, microbiologia) e norteavam a ação que tinham com os agentes agressores não visíveis (SANTOS FILHO, 1995).

Seguindo o pensamento norte-americano, concepções de medicina preventiva e social foram aparecendo, alterando concepção vigente, transformando-a em biopsicossocial e o enfoque familiar passa a ser muito importante nessa época (BULCÃO *et al*, 2007). Com isso, percebemos que há mudança da lógica curativa que existia desde a época do pós Primeira Guerra (LUZ, 1982).

²⁴ Para maiores esclarecimentos sobre a criação da primeira faculdade de medicina em solo brasileiro, ler Lutz (1882) e Santos Filho (1995). A influencia francesa é abordada por BULCÃO *et al*, 2007 e (FROÉS e PIMENTA, 2008a).

Paralelamente ao fortalecimento da medicina preventiva, houve um acelerado crescimento da produção de conhecimento da medicina moderna. Assim, a formação médica, nesse momento, começou a se tornar falha, pois ao privilegiar os conteúdos especialistas, trazia detrimento dos conhecimentos básicos. Os aprofundamentos seriam feitos, então em cursos de especialização. Disciplinas como química geral e física foram retiradas do currículo, e disciplinas mais práticas foram incorporadas, tais como: física biológica e química fisiológica. Seguindo as premissas da especialização, cadeiras foram criadas, respeitando também a novas exigências do mercado como a clínica urológica. Por exemplo, as cadeiras de obstetrícia e ginecologia que eram teóricas foram suprimidas, com a justificativa de que nas cadeiras de clínica obstétrica e clínica médica, elas teriam seus conteúdos contemplados (BULCÃO *et al*, 2007).

A influência da hegemônica cultura norte-americana nos trouxe a ênfase na formação do conhecimento científico. Isso promoveu mudanças nas concepções de adoecimentos. A posição do médico ganhou status de verdade absoluta com indícios de endeusamento. A formação médica era feita em universidades que buscavam formar doutores e incentivar o estudo das ciências biológicas. A união com a pesquisa garantiu ao ensino médico o encontro com a verdade do que ocorria com os pacientes ou suas doenças (BULCÃO *et al*, 2007). Lembrando Machado (1997), a criação do médico enquanto detentor da verdade incontestável era uma realidade nessa associação com as ciências confiáveis.

O ensino da medicina é debatido por diversos autores, que em suas análises apontam urgentes necessidades de mudanças. Martins (2003) questiona o processo de mercantilização do ensino de medicina, transformando as universidades em fábricas de diploma. Os alunos escolhem essa profissão como se fosse uma simples atividade mercantil. O autor se preocupa com um sistema de saúde formado por profissionais que só almejam enriquecer. A busca dos significados simbólicos dessa profissão para cada aluno, aliadas às necessidades das pessoas

enfermas ou precisando de cuidado em saúde, poderia nos auxiliar na construção de novas formas de se praticar medicina.

Outra possibilidade de análise desta questão é contextualizar a formação do médico, e entender que antes mesmo do início do curso de medicina já podemos perceber que é uma formação longa e dispendiosa. Tanto que a admissão nesses cursos é condicionada à aprovação em exames seletivos, geralmente, disputadíssimos.

Uma seleção rigorosa, desde os exames, aliada à longa duração dos cursos, configura uma situação de escassa formação de médicos no mercado de trabalho e uma expressiva valorização de seus serviços. A medicina, enquanto profissão busca garantir uma autorregulação ocupacional quando segue os Códigos de Ética que indica a forma de relacionamento entre os médicos e entre seus pacientes. O conhecimento médico válido é aquele aprovado por especialistas e divulgado em revistas científicas. Após a finalização do curso, com o diploma na mão, os novos profissionais devem se inscrever em conselhos profissionais, pois precisam ter o registro profissional para a sua prática médica. Através de delimitações de valor de honorários e relações contratuais, as associações acreditam preservar a dignidade da profissão (COELHO, 1995).

Depois dos exames disputados, o aluno ainda passará por diversas etapas no seu processo educativo. O internato²⁵ é o período em que o aluno passa pelo treinamento em serviço. Assim, ele produz o próprio conhecimento, tornando-se ativo nesse processo. É na prática do ensino, em que o estudante recebe supervisão docente, em instituições vinculadas à universidade, respeitando às normas do SUS. Um processo de autonomização pode ocorrer devido ao empenho que o estudante pode apresentar para desenvolver possibilidades de

²⁵ O modelo de internato médico também se insere no processo de americanização do ensino médico no Brasil. O antigo modelo europeu privilegiava o conhecimento teórico. Entretanto, o modelo de internato tradicional está sendo discutido, devido às suas características básicas: curta duração e descontinuidade dos rodízios (demonstrando um processo de fragmentação), falta de diálogo entre as áreas, ser realizados que se que sempre em hospitais terciários ou quaternários, fragmentação do processo de trabalho, entre outros (CHAVES e GROSSEMAN, 2007).

enfrentamento às situações profissionais que acontecem no dia a dia (CHAVES e GROSSEMAN, 2007).

Com esta primeira forma de inclusão no mercado, muitos alunos passam por experiências em que atuam efetivamente como médicos. Machado (1997) salienta que muitas vezes, sua atuação apresenta graus de autonomia que não condizem com seu nível de formação.

Bonet (2004) enfatiza que essa situação também ocorre na residência, quando os médicos do staff faltam ou se atrasam. Os residentes acabam sendo “os médicos”, o que lhes proporciona uma vivência da prática da biomedicina. Os residentes vivenciam uma tensão estruturante entre a busca de saber e os sentimentos despertados nesse processo. Todos aqueles que chegam ao hospital enquanto aprendizes ou profissionais se deparam com essa tensão.

A residência é uma modalidade originada nos EUA, e se fundamenta na necessidade de se formar especialistas. A vivência clínica que os residentes têm lhes facilita o envolvimento com o cotidiano do hospital, além de apresentar um prestígio profissional importante. É na experiência clínica, que o médico conseguirá adquirir um conhecimento que não foi sistematizado e verificado cientificamente, e até o substituir. A residência se mostra como necessária na formação do médico, devido talvez, à reconhecida deficiência das escolas médicas. Assim, é essencial para a transformação de estudante em médico profissional (MACHADO, 1997).

Cobbs (1975) salienta que o processo de profissionalização é demasiado importante quando se pensa na questão da humanização em saúde. Os alunos recebem seus jalecos brancos, e começam a brincar de ser médicos. Aprendem a auscultar de forma adequada, ler eletrocardiograma, escolher o melhor exame a ser pedido, mas eles não aprendem a funcionar com comportamento humano. O processo de profissionalização falha quando os alunos

acabam ao final da faculdade, perdendo suas próprias capacidades de lidar com o ser humano, em benefício a uma ampla capacidade de realizar diagnósticos.

Na UERJ, pesquisa coordenada por Jane Sayd com estudantes de medicina, revelou o processo de formação do médico. Nos primeiros anos, há aulas de anatomia, patologia, fisiologia. Apenas no terceiro ano, pela obrigação da prática, os alunos se deparam com doentes, tornando as abstrações das doenças concretas, o que lhes causa muita das vezes momentos de depressão. Na concretização das doenças, percebem como as inúmeras aulas abstratas jamais alcançam a singularidade do sofrimento do paciente. Alguns chegam a abandonar o curso, e até tentativas de suicídio aparecem. Um aluno entra com anseio de curar, e se depara com inúmeras informações de doenças. Alguns buscam áreas alternativas, indo para psicologia ou psiquiatria. Lá, acreditam que a relação terapeuta paciente será mais viva e lhes proporcionará o ressurgimento da esperança de curar (LUZ, 2006).

Na UFF, a situação é diferente, o que pode diminuir as dificuldades para os alunos.

A introdução precoce do estudante nas aulas práticas, mesmo que inicialmente ainda não seja visto como médico, contribui para a transformação da postura desse futuro profissional, tornando-a mais ética. Os alunos estão, desde o primeiro período, divididos em pequenos grupos (oito alunos), e, a partir do aprendizado dos determinantes históricos, sociais e ideológicos do processo de saúde-doença e do meio ambiente (UFF, 1992), entram em contato com os conteúdos referentes a um grupo populacional real de Niterói. Dessa forma, elaboram o conhecimento de forma teórico-prática e vivenciada (KOIFMAN, 2001, p.68)

Canguilhem (2005) se pergunta se teremos que introduzir na formação hospitalar-universitária dos futuros médicos um ensino da participação “convival” e depois dos testes, exames de aptidão para o contato humano. Para ele, o contato humano não se ensina nem se aprende como a fisiologia. Para ele, o afastamento dos que não teriam essas habilidades seria um novo critério de seleção não igualitária.

Não apenas a humanização em saúde evidencia a necessidade de mudança no ensino de medicina. A inadequação da formação médica diz respeito principalmente ao modelo biologicista e na medicalização, que tem no hospital o centro de toda a formação médica e, uma atuação futura em desacordo com as necessidades da população. Além disso, há uma distribuição desigual dos cursos de medicina no país, com grande concentração de escolas médicas nas regiões sul e sudeste (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Na década de 50, os debates se voltavam para a formação médica, quando se questionava a necessidade de se alterar seu modelo com o intuito de se valorizar a formação do médico generalista, que estivesse mais integrado à nova concepção de saúde, atrelando ações de promoção, reabilitação, recuperação e prevenção de saúde. Ainda vivemos esse problema, pois o perfil de atuação dos profissionais de saúde não tem sido adequado às necessidades de se oferecer um cuidado integral e equânime aos pacientes (GIL *et al*, 2008)

Para que se alcance a humanização, uma das possibilidades é a alteração do modelo de educação utilizado no ensino de medicina. Diversas são as possibilidades de mudança deste quadro. Dentre elas destacamos: a importância de se levar à formação profissional, discussão de casos, com reflexões sobre a prática cotidiana dos profissionais, inserindo cursos de ética médica (TAQUETTE *et al*, 2005). Entretanto, sabemos que romper esse modelo é uma dificuldade para docentes e alunos (PONTES *et al*, 2006).

De forma sucinta, podemos dizer que a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferem da maioria das profissões que disputa o mercado de serviços especializados. Ela tem, por exemplo, um projeto profissional bem-sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado). Ao longo de sua história, adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A idéia de *expert* tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável (MACHADO, 1997, p.22).

A formação médica depende de uma longa sequência de estudos formais e exames acadêmicos. O conhecimento médico é visto como fora de alcance do leigo, que também não teria condições de opinar ou avaliar o serviço prestado pelos médicos. O charlatanismo é fortemente combatido, garantindo a supremacia do conhecimento (COELHO, 1995).

As propostas de transformação do ensino da medicina são feitas por diferentes teóricos. Há os que acreditam em mudanças objetivas como Machado (1997) que enfatiza a execução de medidas concretas que podem ser consideradas simples, como o fechamento de escolas desqualificadas e o impedimento da abertura de novas. Além disso, alia a proposta de submissão de exames periódicos a iniciativas de reciclagem profissional: programas especiais de incentivos financeiros (salários diferenciados e com estímulos específicos em cada região); incentivos técnico-científicos (educação continuada com programação prévia de cursos, seminários específicos à área de atuação; fomento a participação em eventos científicos; criação de centros de estudos nas instituições de saúde, com bibliotecas com revistas científicas nacionais e internacionais, e equipamento computacional).

Diversas entidades da área como Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Ministério da Educação e Ministério da Saúde, se unem a educadores, gestores e estantes na busca dessa transformação. O antigo objetivo de apenas formar pessoal competente está em transformação, visto que há ampla necessidade de formação de profissionais que tenham vivência sobre acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social (OLIVEIRA *et al*, 2008). Buscam mudanças para que se alcance um SUS com princípios realmente respeitados.

Respeitando delimitações da Lei 8.080/90, o MS tem que estimular e ordenar o processo de formação dos trabalhadores em saúde, para que eles se adequem à abordagem

pedagógica, favoreçam articulação dos conhecimentos e promovam atividades práticas ao longo do curso em todos os tipos de unidades de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2008)²⁶.

Em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais²⁷ para os cursos da área de saúde foram homologadas, e trouxeram a necessidade de se alterar o processo de formação profissional, enfatizando o compromisso social. A universidade era vista como não promotora de diálogo com a sociedade. Com isso, podemos perceber a necessidade de mudar essa universidade para alcançar a formação de um compromisso social dos profissionais formados (CIFFO E RIBEIRO, 2008).

O PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas) surgiu após diversos debates entre Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, MS, OPAS e MEC. Trata-se de uma cooperação técnica patrocinada pelo MS para mudanças nos currículos dos cursos de graduação de medicina, objetivando uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Diversas faculdades aderiram ao programa, mas nem sempre alcançaram as mudanças necessárias (OLIVEIRA *et al*, 2008).²⁸

Almeja-se a criação de um médico com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, pautado em princípios éticos, atuando com prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com responsabilidade social e compromisso de cidadania (Diretrizes Curriculares Nacionais

²⁶ Apostando na formação diferenciada e seguindo uma nova estrutura curricular, desde 1997, a Universidade Estadual de Londrina (UEL), apresenta o estudo da comunicação no contexto da prática médica segundo o modelo de Balint, em que o médico é o remédio, com reações colaterais e toxicidade. Baseiam-se na crença de que habilidade comunicacional pode ser ensinada, melhorada e serve para melhorar resultados, tanto para pacientes como para os médicos (TURIN *et al*, 2008).

²⁷ As Diretrizes Curriculares Nacionais são baseadas em atribuições de competências na formação profissional.

²⁸ Koifman (2001) apresenta o projeto de modificação curricular do ensino da medicina na Universidade Federal Fluminense (UFF) e os caminhos percorridos pela instituição para alcançar mudanças na formação do ensino médico. Aponta os objetivos das mudanças: busca da interdisciplinaridade; necessidade de repensar os conhecimentos da área médica, decorrentes da velocidade do desenvolvimento da ciência e tecnologia; e mudança na formação de médicos que sejam humanistas, técnicos competentes, com conhecimentos, atitudes e comportamentos éticos, habilidades psicomotoras e compromisso social. As disciplinas se organizam por faixas etárias de estudo. A oftalmologia é estudada no contexto do aprendizado do corpo inteiro, e não mais de forma isolada, apresentando as características e os problemas dos olhos. Outro ponto importante no processo de reformulação curricular foi inclusão de conteúdos da área das ciências sociais como instrumento para a formação do médico, que será capaz de atuar de forma mais adequada com os problemas de saúde mais recorrentes na população.

do Curso de Graduação de Medicina), (BRASIL, 2001) Entretanto, as escolas médicas ainda se encontram, em sua maioria, reproduzindo uma formação dicotomizada (currículo fragmentado e baseado em especialidades); com ênfase em procedimentos-centrados, desconsiderando as usuárias centradas na prática em saúde (CIFFO e RIBEIRO, 2008).

Luz (2006) entende essa questão a partir de uma revisão histórica. A autora salienta que talvez o maior problema na questão da formação médica seja que desde os anos 70, o ensino da arte médica como arte de cura era feito por intermédio da relação mestre-discípulo. Até 1980, o ensino se baseava numa relação mestre-discípulo em que o professor circulava pelos hospitais de clínicas com seu “bando de filhotes”.

Com a transformação de todos os hospitais²⁹ de clínicas em serviços públicos, para atender a população em massa, isso se tornou impossível. O campo da saúde foi se modificando e tornou-se terreno fértil para a entrada de outros profissionais da área da saúde. A medicina perde com isso muito de seu prestígio.

Nos anos 70, os grandes profissionais estavam ligados às universidades, mas trabalhavam em clínicas particulares atuando com a classe média alta. Aposentaram-se e criaram um vácuo no ensino, pois os grandes médicos deixaram de ensinar, reproduzindo a prática da cura. Os que hoje ensinam são pesquisadores, professores-adjuntos, assistentes ou substitutos. O ensino médico é, hoje, caracterizado pela separação cada vez maior entre diagnóstico e terapêutica. Além disso, há um gigantesco avanço tecnológico na realização dos diagnósticos, sem que a terapêutica seja mais desenvolvida (LUZ, 2006).

Após esta contribuição de como o ensino se desenvolveu nestas décadas, Luz (2006) sentencia que com a prática, a vocação poderá auxiliar médicos a unir ciência à arte, proporcionando atendimentos baseados na terapêutica e na diagnose, caracterizando o paradigma indiciário. O profissional une suas experiências e constrói um conhecimento que

²⁹ Outro fator importante é que os hospitais universitários foram se transformando em formadores de super especialistas, afastando-se, assim, do perfil epidemiológico das populações (CHAVES e GROSSEMAN, 2007).

não é meramente intuitivo, mas une capacidade sintética em que a dedução se faz a partir de uma série de experiências singulares de observação que se organizam, formando um acervo de conhecimentos do médico. A escolha da terapêutica, nessa lógica, depende em grande parte de outro elemento, que é a relação entre médico e paciente, irredutível à ciência e à sua racionalidade, que já foi trabalhada anteriormente (LUZ, 2006, p.201).

Ser médico significa, de certo modo, adotar o modelo sacerdotal, pelo fato de constituir uma das poucas atividades humanas que exigem pronto e obrigatório atendimento ao indivíduo necessitado de cuidados (MACHADO, 1997, p.203).

A contribuição de Machado (1997) nos leva a entender como é séria essa questão da formação destes profissionais. Ciffo e Ribeiro (2008) complementam indicando que a formação de um profissional competente, que integre conhecimentos teóricos, posturas, valores, atributos, habilidades e consciência clara sobre contextos social, político, econômico e cultural. Além disso, deve saber conviver com diferenças interpessoais; ser capaz de avaliar situações novas e enfrentá-las de forma criativa.

Em relação ao processo de formação, somos, ainda, auxiliados por Rego *et al* (2008), que, ao almejar a inserção no processo de humanização da assistência, enfatizam que há urgência em se reconhecer o outro e o estímulo ao diálogo. Diante disso, precisamos entender que não apenas os estudantes, mas os profissionais já formados devem ser foco. Indicam também que o ensino médico deve ter como eixo norteador um canal de comunicação dialógica. Para eles, é mera desculpa dizer que os docentes não têm habilidade para o ensino de ética deve ser deixada de lado. Docentes precisam estar conscientes e envolvidos no processo, defendendo valores e não se esquivando de suas responsabilidades enquanto formadores, enfatizando a formação do médico numa sociedade em que os cidadãos sejam verdadeiramente respeitados.

Com relação aos docentes, Faria *et al* (2008) apontam que estes possuem alto nível de conhecimento técnico, mas com deficiências significativas quanto à didática pedagógica. Uma das possibilidades para solução dessa dificuldade é o processo de profissionalização do docente médico, baseado, principalmente, na participação destes na transformação do curso, pois se sentem corresponsáveis, trabalhando de forma mais tranquila e com criatividade.

Gil *et al* (2008) salientam que deveria haver alguma forma de gratificação no plano de cargos, carreiras e salários, para os profissionais que se interessem pela formação dos futuros profissionais, fortalecendo, assim, o SUS. Num pensamento semelhante, Almeida e Ferreira Filho (2008) se encontram e enfatizam a utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem. Porém, processo de institucionalização das mudanças educacionais é lento e exige paciência. Escolas tradicionais passam pelas mudanças curriculares significativas, e configuram um desafio maior, pois seus professores têm que passar por novas capacitações e valorizar a prática docente, não a desprezando.

No mesmo sentido, Martins e Chaves (2000) se encontram e apresentam a idéia de que há um novo paradigma para os cursos de medicina no país com mudanças significativas: a mudança de ênfase do enfermo como ser humano integral; do paciente horizontal para o paciente vertical; da alta tecnologia para o calor humano; da desumanização para a humanização. Para os autores, a tão propalada necessidade de humanização do ensino e da prática médica denuncia esta exigência interna por mudanças fundamentais.

Merhy (2007b) também apresenta medidas concretas para a transformação do ensino. Para ele, a própria escola já é um lugar de produzir agires, e servem de exemplo para os alunos. Para se criar um novo médico, é necessário, que após oferecermos uma escola com área física, docentes, dinheiros e serviços adequados, devemos nos voltar para o debate de como os processos de ensino-aprendizagem são realizados. Nesse sentido, ele exemplifica a

forma com que docentes se vinculam às práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos, seus modos de agir na produção dos serviços.

A contribuição do autor revela a necessidade de que, ao se apostar na formação de um profissional com uma caixa de ferramentas com compromisso de produzir cuidado em saúde, devemos objetivar a construção de um projeto terapêutico especial. Este projeto se refere à síntese de competências de um profissional de saúde. No caso do médico, refere-se à articulação entre a competência de cuidador (genérica para todo profissional de saúde) e o seu agir específico (forma com que utiliza sua teoria sobre os modos de adoecer e construir intervenções restauradoras).

Merhy (2007b) salienta que escolas médicas que seguem ações fragmentadas não conseguem produzir profissionais cuidadores e responsáveis, que lutem pelos direitos do paciente o aborde de modo mais humanizado. Reforça que formar médicos alienados, interessados em desenvolvimento de competências só específicas sem serem cuidadores, não garante uma mudança na formação profissional. Assim, ele não tem como lutar a favor de um projeto cuidador e integral, que faça uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde. Para ele, o profissional de saúde tem que ser antes de tudo um cuidador. Para isso, as escolas médicas são mais que necessárias para a promoção dessa mudança. Ciffo e Ribeiro (2008) enfatizam que mesmo que haja reorganização técnica do SUS, isso não indica que os usuários tenham a sensação de cuidado. Por isso, é de suma relevância entender que as mudanças não dependem apenas de criação de políticas públicas na área de ensino em saúde, mas que fatores como perfil ético, técnico e institucional devem ser alterados também.

As contribuições de Rego *et al* (2008) nos indicam ações concretas para essa mudança. Indicam: a) discussão de casos em que os participantes aplicam seus conhecimentos em casos particulares; b) *role-playing* para que os participantes possam demonstrar que sabem que

diferentes pessoas ocupam diferentes papéis com diferentes perspectivas e pontos de vistas (“profissional de saúde”, “paciente”, “padre”); c) discussão de filmes que servem para despertar e mobilizar sentimentos e d) ensino direto de teorias éticas e discussão de métodos (REGO *et al*³⁰, 2008).

Outra possibilidade é a inclusão de temáticas novas para a reforma educacional. Temáticas, como Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina de Família, Medicina Generalista, Medicina Comunitária, Integração Docente Assistencial, configuram as tentativas de promover mudanças, fruto de questionamentos elaborados nos movimentos de reforma da produção e distribuição dos serviços médico no conjunto da sociedade, buscando a recomposição do ato médico individual ou a rearticulação dos serviços médicos. A autora evidencia que, tais abordagens não problematizam de modo satisfatório questões como hierarquias ocupacionais da diferenciação técnica e social do trabalho médico, e trazem a reforma educacional como solução para a reforma do ensino médico. Dentro da discussão sobre o ensino, emerge a questão: a especialização é um problema?

No processo educacional, vemos características que vão desde a construção de arcabouço teórico, passando por habilidades nas relações interpessoais e a capacidade de unir o conhecimento teórico à situação real e concreta com a qual se relacionará. Diante disso, entendemos que exista uma impossibilidade do domínio real do conhecimento técnico para um médico. A possibilidade da especialização vem como resultado imediato da inovação técnico-científica, porém serve como forma de divisão técnica do trabalho, e traz a complementaridade entre as diferentes formas de trabalho, unindo instrumentos de trabalho (informações e equipamentos); objeto de trabalho (grupos em diferentes fases do desenvolvimento biológico, patologias específicas, áreas limitadas do organismo humano) e ações técnicas desenvolvidas sobre esse objeto. A dependência gerada pela interação dos

³⁰ Os autores trabalham na tentativa de se utilizar métodos com o intuito de se auxiliar o processo educacional desenvolvendo nos estudantes consciência ética e bioética. Buscam mobilizar sentimentos morais verdadeiros, promoção de conflitos cognitivos capazes de possibilitar elaboração de uma nova estrutura de pensamento.

diferentes profissionais era resultante da busca da preservação da vida humana (DONNANGELO, 1975).³¹

Segundo Martins (2003), o consultório do especialista é povoado por um profissional que não valoriza a palavra, não percebe a dor do paciente, reduz seu sofrimento a um sinal a ser observado no diagnóstico. O recorte metodológico que ele faz ao atender cria uma relação fria. Em sua concepção, o especialista se esvazia do dom médico, substituindo-o pela engenharia de órgãos.

A recuperação da visão integral do paciente traria uma re-configuração do ato médico, que produziria um cuidado com objetivo de recuperar integralmente o paciente e prevenir doenças. O ato médico que produz cuidado ocorre quando os profissionais compreendem o indivíduo como um “todo” e vêem a saúde e doença como um processo contínuo que se dá nas diversas relações do indivíduo e meio ambiente (o social se inclui).

Entretanto, Schraiber (1989) explica que a sociedade, hoje, pede por um médico que compreenda isso, e assim a escola médica tem papel fundamental na formação deste profissional. O padrão educacional deveria ser re-configurado, com conhecimento não parcelar, considerando outros aspectos além dos biológicos. Uma possibilidade seria a introdução de novas disciplinas como Psicologia, Ciências Sociais, Ecologia e Antropologia, buscando a integração dos campos do conhecimento “humanístico” ao biológico. O ensino extra-hospitalar, em que o aluno tem contato direto com famílias e meio social do paciente também é exemplo de possibilidade de mudança à criação de departamento de Medicina

³¹ Um exemplo para esse processo é a relação entre clínica e cirurgia. O reajustamento profissional leva a uma reorganização da produção global dos serviços de saúde. Para a autora, esse processo se dá numa racionalidade, burocratizando instituições com introdução de novas formas de diagnóstico e terapêutica, necessidade de cooperação entre especialistas para a realização da totalidade de uma ação médica, qualidade científica e custos de equipamentos. Haveria assim, uma logística própria para dar conta desses procedimentos complementares entre diferentes profissionais. Essa forma de trabalho pode, muitas das vezes, boicotar a autonomia do profissional que não controla mais a sua forma de se relacionar com seus pacientes, engessando suas ações às normas burocráticas da instituição em que trabalha (DONNANGELO, 1975).

Preventiva seria para a autora, o desdobramento desse processo de mudança e deveria ser um norteador para toda a carreira do médico.³²

Schraiber (1989) nos demonstra como seguir o processo de mudança da educação médica pode nos levar a compreensão de que ao alcançar a compreensão global do paciente, com a soma dos conhecimentos das partes (saberes), obteríamos conhecimentos iguais para todos os indivíduos, um conhecimento válido para o conjunto da sociedade. Ao fazer isso, através de uma mesma qualificação do trabalhador, um mesmo cuidado médico seria produzido, obtida a satisfação das necessidades de saúde para um conjunto de indivíduos. A proposta integrativa no ensino traz em si uma concepção de prática médica essencialmente igualitária para o conjunto da sociedade.

Em contrapartida, Machado (1997) salienta que o processo de especialização é um processo adotado para a profissão manter sob controle avanços e novos conhecimentos, assegurando, assim, o monopólio do saber e da prática profissional. A especialização preserva a autonomia, mas traz a inevitável perda de dimensão da totalidade, pois ao criar ilhas de conhecimento, o abandono do conhecimento generalista é premissa básica.

Martins (2003) também traz a especialização técnica como fonte de legitimação da desumanização da medicina. Baseia sua visão na premissa de que a tecnificação da medicina não está a serviço das pessoas, mas de certos grupos econômicos. Além disso, o autor indica, que a biotecnologia médica dominante revela dificuldades técnicas evidentes na arte de escutar, traduzir e compreender o sentido social do sofrimento e da dor.

Como pudemos perceber, há autores que compreendem criticamente o processo de especialização (MACHADO, 1997 e MARTINS, 2003), e os que o percebem como uma forma de oferecer cuidado adequado às necessidades dos pacientes (SCHRAIBER, 1989). Retornando a questão da dimensão visível da humanização que diz respeito à formação

³² Martins (2003) declara que a idéia de saúde coletiva, medicina preventiva e medicina familiar ganharem espaço na medicina já indica uma expressão política significativa.

profissional, indicamos a relevância de que a assistência em saúde diz respeito a diferentes aspectos, e que a especialização em si não pode ser considerada como desumanizante em essência. Desumanizante seria um paciente buscar atendimento e ter em seu médico um despreparo técnico de diagnosticar o que ocorre com ele. Até que ponto uma especialização gera no profissional o mal da desumanização? Seria tão simples chegar a essa conclusão?

Se fosse isso, poderíamos acabar com as especializações. Assim, os problemas acabariam? A abordagem das políticas públicas, prosseguindo no detalhamento da dimensão visível da humanização dá continuidade a esta reflexão.

2.2.5 Políticas Públicas

Cinco anos ainda é pouco, embora não queiramos envelhecer. O SUS nos exige o esforço de renovar, de nos renovarmos. Melhor do que envelhecer é o HumanizaSUS poder se dissolver como política de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e usuários (HECKERT *et al*, 2009, p.496).

Relembrando Trad (2006), a mudança de significado da humanização passa a valorizar o usuário do sistema de saúde, este sujeito-cidadão que usa os serviços oferecidos como um direito social³³.

Em 1999, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi criado pela Secretaria de Assistência à Saúde do MS. Inicialmente, há o objetivo de melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar, promovendo

³³ A criação do SUS e seu constante processo de transformação podem ser entendidos por uma luta incessante de trabalhadores e gestores da saúde, que sofrem influências de debates que ocorrem no Brasil e no exterior. Podemos destacar a Carta de Ottawa que defende a saúde como sendo um recurso para a vida e não um objetivo de viver. Seguindo uma visão positiva, a saúde é construída no dia-dia das pessoas no trabalho e no lazer. O auto-cuidado e as condições oferecidas pela sociedade são importantes para a obtenção de saúde, tendo o governo o desafio de reconhecer a saúde como investimento social (OPAS, 1986). Ainda houve influências das Declarações de Adelaide; Bogotá e Jacarta que traziam como propósitos a solidariedade, equidade e o controle da saúde pelas próprias pessoas. As conferências nacionais de saúde, em consonância com as declarações internacionais, buscavam o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento a saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um sistema único de saúde e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Os ideais do movimento sanitarista foram respeitados com a criação do SUS, a ampliação do acesso e a assistência integral em saúde (ARONA, 2009).

mudança na cultura de atendimento. Com o tempo, a proposta foi modificada, almejando mudanças em todo o sistema de saúde. A valorização da vida humana e da cidadania serviu de base para esta proposta que também ansiava estimular parcerias e trocas de conhecimento, desenvolvendo um conjunto de indicadores e sistemas de incentivo a um tratamento humanizado (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

A temática da humanização fez parte da XI Conferência Nacional de Saúde em 2000. Nesse momento, os delegados participantes consideravam que o país apresentava avanços na urbanização e na condição sanitária, mas indicam as dificuldades de municipalização em todo país. Mesmo assim, a construção do SUS é um movimento único, contrário ao neoliberalismo, indo em direção à qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Apesar de indicarem o projeto social do governo Fernando Henrique que desvaloriza as políticas sociais, os delegados salientam a importância dos diferentes agentes no processo de implantação do SUS: trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2000a).

Os desafios selecionados pelos delegados da conferência no ano 2000 demonstram como era necessário repensar a qualidade da prática, unindo questões relacionadas aos recursos humanos, entre outras. Dentre eles, destacamos necessidade de: recuperar a imagem do servidor público como prestador qualificado de serviços de saúde, que sofria pela destruição de sua auto-estima; criar mecanismos para que o cidadão possa exercer seu papel de fiscalização dentro das políticas públicas na sociedade; incorporar as noções de prevenção e promoção de saúde, assumindo o significado de saúde como um valor humano, num processo civilizatório; tornar o SUS, com suas diretrizes, metas, recursos, conhecido da população, entre outros (BRASIL, 2000a).

O Programa de Humanização passa a se chamar Política Nacional de Humanização em 2003, quando o MS define áreas prioritárias de atuação, que vão desde a necessidade urgente de mudanças na situação socioeconômica, no acesso aos serviços de saúde, na desvalorização

dos trabalhadores de saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores e sua pequena participação na gestão dos serviços e baixo vínculo com os usuários (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

A partir de 2003, o governo federal passou a ter como objetivo construir uma política de saúde que englobasse as já existentes, rearticulando-as, superando o isolamento. O conceito de humanização deveria ser espalhado para todas as práticas do SUS, que deveria se fortalecer, ser comprometido e humanizado para todos: gestores, trabalhadores e usuários (BARROS *et al* 2007b).

A política de humanização propõe alterações nas relações sociais e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população, através da horizontalização das relações; valorizando a comunicação lateral e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. O MS salienta a necessidade de constante aprimoramento dos profissionais para aumentar a capacidade dos trabalhadores de analisar e intervir em seus processos de trabalho. Os serviços de saúde devem, então, oferecer assistências que possibilitem a responsabilização e o vínculo efetivos dos profissionais com o usuário; acolhimento de acordo com a gravidade do seu quadro; redução de filas e tempo de espera de atendimento; garantia dos direitos do código dos usuários; garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores envolvidos (SANTOS-FILHO, 2006).

Há uma indissociabilidade entre o modelo de atenção e modelo de gestão em saúde, assim, ao alterar um o outro sofrerá mudanças (CAMPOS, 2003). As mudanças almejadas só aconteceriam se houvesse uma correlação entre gestão e atenção.

Complementando essa visão, podemos dizer que há um entrecruzamento de vetores ao se problematizar a questão da saúde, partindo, inicialmente, de uma visão multidimensional. Tecemos redes: mercado, gestão, indústria, relações humanas (entre pessoas), formação

profissional; trabalho em saúde; profissionais atuantes; visão de ser humano; compaixão, solidariedade.

Nesse momento, o SUS enfrentava diversas questões: desvalorização dos trabalhadores, precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores e os modelos de gestão centralizadora. O processo de pactuação coletiva se mostrava necessário, diminuindo a hierarquização e a burocratização (BARROS *et al*, 2007b).

Configurando-se como estratégia política, a humanização ampliou a agenda da saúde. Os tecnocratas sanitários se desesperam ao encontrar a política de humanização com as características que Regina Benevides e Adail Almeida Rolo discutiam, tais como, reorganização da clínica, distribuição de poder em serviços de saúde, gestão participativa e saúde do trabalhador. Estas discussões são bem diferentes do que geralmente, propõem, com suas estratégias objetivas: portarias, regulação e indução financeira (CAMPOS, 2007).

A implementação da PNH depende da articulação entre diferentes eixos de ação (instituição, gestão do trabalho, financiamento, atenção, educação permanente e gestão da própria política). Para que haja a gestão da PNH, instituem uma avaliação sistemática. Além disso, pode-se entender que a mudança do comportamento tradicional dos profissionais de saúde junto aos usuários dos serviços é mais do que necessária (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Em 2006, o Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, através da Portaria nº 399/GM divulga o Pacto pela Saúde 2006, com o objetivo de superar as dificuldades de se impor normas gerais a um país tão grande e desigual. Os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção desse pacto, que será revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades da saúde da população e implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três

componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Assim, eles compreendem a dificuldade de se fixar os conteúdos normativos de caráter técnico no cotidiano das instituições (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida é uma ação prioritária no campo da saúde, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais ³⁴ (BRASIL, 2006). O pacto objetiva o fortalecimento da cooperação para se consolidar o SUS nas dimensões da defesa da vida.

Em 2006, a Portaria nº 648/GM aprova a Política Nacional de Atenção Básica³⁵, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006).

A redução da mortalidade materna e infantil foi sistematizada:

1-Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

- Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.
- Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006.

2- Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

- Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, em 2006.
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

³⁴ Além da redução da mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias, outros objetivos são: implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral; fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção de Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; e consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

³⁵ A atenção básica objetiva ser o contato preferencial dos usuários e se refere a um conjunto de ações que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Os territórios são bem delimitados, as práticas gerenciais assumem as responsabilidades sanitárias. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Podemos perceber a criação de sentidos pelo MS do que é humanização, principalmente a partir da criação de cartilhas sobre humanização. Dentre elas, podemos destacar em 2004: HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização; Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico; Gestão e formação nos processos de trabalho; Equipe de referência e apoio matricial; Acolhimento com avaliação e classificação de risco; A clínica ampliada. No ano de 2005, houve a publicação de novas cartilhas: Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica; Visita aberta e direito a acompanhante; Gestão participativa e co-gestão; Ambiência³⁶. Em 2008, Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde (2^a ed.); O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil; HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante; Grupo de trabalho de humanização (2^a ed.); Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Em 2009, destacamos: Acolhimento nas práticas de produção de saúde; Gestão participativa e cogestão; Trabalhos e redes de saúde; Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e Clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009).

Após apresentarmos as políticas públicas correlacionadas à humanização, os possíveis significados atribuídos à humanização em saúde serão abordados.

³⁶ A ambiência pode ser vista a partir de três eixos: espaço visando a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, tais como cor, cheiro, som, iluminação e morfologia; espaço que possibilita o encontro entre sujeitos por meio de ação e reflexão de processos de trabalho; e espaço enquanto facilitador do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, com atendimento acolhedor e resolutivo, por exemplo (BRASIL, 2006). Quando as instituições de saúde são criadas seguindo os pressupostos da ambiência, elas proporcionam ambientes que podem favorecer a promoção de saúde. Por exemplo, enquanto a incidência de iluminação natural permite que as pessoas tenham sensação psicológica de passagem de tempo, o uso de luminárias individuais proporciona respeito à privacidade de cada um dos internados (MARTINS, 2004).

2.2.6 Humanização e seus significados

Entender o significado de humanização da saúde pode nos levar a inúmeros questionamentos. A noção que temos de humanização é vaga e incerta como demonstram autores como Deslandes (2004) e Puccini e Cecílio (2004).

A dificuldade de conceituação propicia uma avalanche de intenções que, situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com concepções de mundo muito diferentes, resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto slogans de propaganda (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1347).

No HumanizaSUS (Programa de Humanização), a humanização se define como: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS no cuidado à saúde implica mudança na cultura da atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários; é garantir direitos aos usuários e seus familiares; é estimular que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde através de sua ação de controle social. Mas é, também, ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações, e que possam participar como co-gestores do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004c).

Para entender o que o programa preconiza é importante buscar o que seus idealizadores pretendiam e ver o que a realidade apresenta no cotidiano. Ferreira (2005) salienta a importância de se entender que a distância entre eles pode ser explicada pelo fato de que cada um dos sujeitos envolvidos tem a sua própria convicção do que é humanização. Tanto interpretação quanto aplicabilidade dependem das motivações, das relações com as atividades e as dinâmicas das relações sociais estabelecidas. Profissionais e gestores podem ter diferentes concepções, passando por escuta atenta, boa relação médico-paciente,

reorganização dos processos de trabalho, criação de ouvidorias e balcões de acolhimento e melhorias das estruturas dos espaços físicos.

Políticas públicas não são feitas unicamente de atos, mas igualmente de palavras, ou, melhor dizendo, as palavras, uma vez enunciadas, tornam-se atos que produzem efeitos sociais. Neste caso, as palavras servem para designar os indivíduos ou grupos, para qualificar os problemas com a finalidade de medi-los, para enunciar as soluções e os métodos de avaliação, em suma, para pensar a ação pública, seus adeptos e destinatários (FERREIRA, 2005, p.113).

Benevides e Passos (2005b) apontam que a humanização, além de ser atrelada a sentidos de voluntarismo e paternalismo, também se configura em práticas de atenção segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso); por níveis de atenção (assistência hospitalar); identificadas por serviços de certas profissões (assistente social, psicólogo) e à característica gênero (mulher); orientadas por exigências de mercado que devem focar o cliente e garantir qualidade total dos serviços.

Apostamos no trabalho democrático pela via de sujeitos e coletivos protagonistas e co-responsáveis por sua própria história. A democratização institucional exige um reposicionamento dos sujeitos na experiência concreta de produção da realidade. Tal reposicionamento coincide com aquele que desloca, no debate acerca da humanização, o privilégio de ações orientadas por uma noção idealizada do Homem para aquelas comprometidas com a experiência singular de qualquer homem - um homem em processo contínuo de humanização. Estamos, então, diante de um novo humanismo. Humanização da saúde: por um novo humanismo (BENEVIDES e PASSOS, 2005a, p.569).

A promoção da saúde é vista como uma das diretrizes da PNH, sendo assim uma estratégia de saúde pública, contrária à medicalização da saúde. A saúde é vista como um resultado de uma produção social. A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

“... esse movimento humanizador tende a ganhar musculatura, exercitado pela crise real do estranhamento do homem diante de seu mundo...” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1350). Assim, os autores reforçam a idéia de que deveríamos produzir uma humanização radical e problematizar questões culturais, sociais, políticas e econômicas que nos impedem de alcançar padrões universais e solidários de qualidade de vida e os direitos de cidadania.

O programa de humanização envolve aspectos técnicos e relacionais, e pretende que o trabalho nos serviços humanos não consista somente em exercer a atividade, seja qual for a profissão, mas na passagem de competências, superando os limites da divisão do trabalho em relação ao tratar e o cuidar.³⁷ Ferreira (2005) enfatiza que para superar a dicotomia alma/corpo, há a necessidade que se redefinem competências. Seria o corpo domínio apenas dos médicos e a alma dos religiosos? Essa visão restrita nos leva a entender que o humano só poderia ser resgatado se houvesse bondade e doação.

Humanização do setor saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (MINAYO, 2006); um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (AYRES, 2005); uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada com a construção de um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes (DESLANDES, 2004). Além disso, a

³⁷ Para diferenciar os aspectos relacional e técnico, Ferreira (2005) se baseou na língua inglesa que possui dois termos: *to care* and *to cure*. *To cure* se refere aos aspectos formais e técnicos do tratamento, enquanto que *to care* está relacionado a valores e sentimentos como cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção. Para a autora, o significado prático de *to care* é um real desafio nas instituições hospitalares, devido às suas tradições regras sobre horário, espaço (deslocamento, confinamento), dependência hierárquica (diferente graus de autonomia), circulação de informação (registros escritos, formulários) e execução dos atos propriamente ditos (protocolos). Seguindo o protocolo de funcionamento, os médicos se responsabilizam pela diagnose e prescrição de tratamento, e enfermeiros e auxiliares de enfermagem são os que lidam com o aspecto relacional. Enquanto que para os médicos, o aspecto técnico é extremamente valorizado, para enfermeiros sua profissão é legitimada pelo aspecto relacional com os pacientes, sendo esta sua intervenção específica, que define seu território de trabalho, fora das atividades de controle do médico. A escuta das necessidades do doente e aos contatos físicos são destinadas aos auxiliares de enfermagem, que têm a oportunidade de se aproximar dos doentes ao realizar tarefas íntimas todo dia. Pode-se perceber então que os níveis mais baixos da hierarquia médica são os responsáveis pelo contato mais próximo com os pacientes. O mesmo ocorre com os médicos recém-formados, que examinam os pacientes, enquanto que *experts* se dedicam aos diagnósticos e às decisões relativas ao tratamento.

humanização tem sido atrelada à produção e gestão de cuidados em saúde; gestão participativa e intersubjetividade envolvida no processo de atenção (DESLANDES, 2006). Há a necessidade de uma reorientação do cuidado na perspectiva do cuidar-ser cuidado, respeito à autonomia, à cultura, aberto a incorporações de outras práticas e racionalidades (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Um ponto importante a ser mencionado sobre a humanização é a necessidade que ela impõe de fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades de analisar o que é determinante às suas condições de vida e saúde. O sistema e os serviços de saúde com seus profissionais devem informar e apoiar a comunidade. Isso só ocorre quando a relação estabelecida com os usuários vai além da técnica da prestação da assistência. A técnica por si só se mostra incapaz de promover vínculos que respaldem mudanças. Além disso, podemos falar em empoderamento da comunidade. Não significa dar o poder a alguém, mas sim o ganho de poder por alguém para ter suas decisões e ações próprias, implicando em sua autoestima, motivação, consciência e compromisso social. Ações que almejam o empoderamento estão inseridas num processo de negação do assistencialismo, devido ao fato de valorizar a participação e a inclusão como estratégias (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

O monitoramento contínuo e a avaliação servem para medir o grau de cumprimento dos objetivos definidos no desenho das políticas; revisar que aspectos da prática foram apropriados para o trabalho desenvolvido e quais podem ser melhorados; examinar o marco em que as políticas e/ou programas e/ou ações foram construídas, identificando os fatores favoráveis e facilitadores e os obstáculos (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004, p.47).

A defesa do SUS mostra os compromissos entre gestores para se consolidar a reforma sanitária e promover cidadania como estratégia de mobilização social, articulando-se sempre com a sociedade civil. A gestão do SUS diz respeito ao processo de construção de compromissos entre as três esferas do governo e propõe espaços de cogestão vivos de

dinâmicos entre eles, com construção de redes assistenciais. Busca-se a elaboração de metas locais com monitoramento (ROLLO, 2007).

A transformação de um ambiente hospitalar num espaço que proporcione o bem-estar das pessoas vai além da reforma física do ambiente (nova decoração, áreas de lazer, cores variadas nas paredes). Há uma necessidade urgente de que mudanças profundas ocorram na instituição, atuando nos determinantes sociais que produzem as iniquidades em saúde, nas relações internas de poder e saber e no modelo de gerência opressivo e discriminatório. A criação de um ambiente em que haja prática profissional crítica e reflexiva do agir cotidiano, pautada na democracia e numa ética humana do cuidado que dignifica o ser humano (GOMES *et al*, 2008).

A existência de políticas públicas na saúde não garante que haja a mudança no cotidiano da população. Uma política só se efetiva quando consegue sintonizar o que fazer com o como fazer; o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. A mudança no modo de fazer em saúde se confronta com a lógica fragmentadora do especialismo de seus profissionais (BENEVIDES e PASSOS, 2005b).

A idéia de humanização traz como horizonte normativo os projetos de felicidade de indivíduos e comunidades, para que o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde possam fugir tanto de um tecnicismo autonomizado, que se esquece das finalidades práticas a que efetivamente devem servir as ações de saúde, como a um humanismo que se desloca dos potenciais tecnicamente abertos às respostas práticas concretamente desejadas por esses indivíduos e comunidades (AYRES, 2006, p.51).

Para Ayres (2005), humanização da atenção à saúde é um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum. A felicidade não é vista como um bem concreto, mas percebida pela sua falta. Sua conquista depende de um movimento pessoal e politicamente compartilhado (HENNINGTON, 2008).

Há a necessidade inicial de se situar a referência ética moral da atenção em saúde; sair da normalidade morfofuncional de orientação biomédica e ir em direção à idéia de felicidade, o que não abandona a referência biológica, mas se articula com outras dimensões e necessidades dos processos de saúde e doença. Para se falar em humanização, há a necessidade de se evidenciar a inseparabilidade do plano individual e coletivo. O significado de uma enfermidade se faz a partir do outro (AYRES, 2006).

O desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de ‘mais tecnociência’, nem tampouco de ‘menos tecnociência’, mas como o interesse por um “progressivo enriquecimento das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade cada vez mais reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades” (AYRES, 2005, p.550).

Além dos conhecimentos técnicoinstrumentais, outras formas de saber devem permear o profissional: significados e sentidos da realidade do paciente-cidadão, sua cultura, emoções e condições de vida. A construção de uma nova relação terapêutica, sem ser de dominação, mas de respeito, afeto e vínculo: esse é o desafio para uma conduta profissional solidária e uma gestão ética a fim de construir um hospital humanizado (NATIONS e GOMES, 2007).

A humanização será uma arena de embates políticos entre os poderosos interesses econômicos, científicos e culturais que disputam as hegemonias, para além de um ideal idealizado e romantizado a ser alcançado mediante esforços ‘humanistas’ individuais (DIAS e DESLANDES, 2006b). Mesmo que haja um esforço do MS em normatizar as formas de assistência, mesmo que os teóricos sejam lidos e fonte de discussões, se o dito ideal humanista não fizer sentido na forma com que os profissionais de saúde compreendem e tratam seus pacientes, isso não garantirá a criação de um novo modelo de atenção³⁸ em saúde, como Deslandes (2004) salienta.

³⁸ Modelo de atenção é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito

O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas (IHEU - *Minimum Statement on Humanism*, 1996).

Não há como garantir uma política nacional de humanização da saúde sem que se confronte com o tema do humanismo no contemporâneo, já que o pensamento no século XX foi fortemente marcado por uma crítica anti-humanista, que deve agora ser retomada para que possamos nos reposicionar (BENEVIDES e PASSOS, 2005a, p.561).

Benevides e Passos (2005b) elucidam a necessidade de se redefinir o conceito de humanização quando se constrói políticas públicas, o que levaria a mudanças dos modos de fazer, trabalhar, produzir no campo da saúde. Os autores indicam que é a partir das existências concretas, considerando o humano em sua diversidade normativa, que se deve formular a prática de saúde.

O MS, em busca de uma cultura de assistência humanizada, procura investir na melhoria da gestão hospitalar e da assistência oferecida à população. Programas como Parto Humanizado, Mãe Canguru e Hospital Amigo da Criança têm sido implementados (ARTMANN e RIVERA, 2006). Além deles, encontram-se programas de recreação em áreas hospitalares com o uso de materiais lúdicos, o que demonstra repercussões positivas no desenvolvimento dos vínculos afetivos e na forma como a família entende a internação de crianças (MORSCH e ARAGÃO, 2006).

Após identificarmos a complexidade desse conceito de humanização não podemos entendê-lo apenas a partir de uma de suas facetas. Por isso, a criação conceitual das dimensões visíveis e invisíveis se fez necessária e vai nos auxiliar na análise da vivência dos

é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ação de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária) (SCHERER *et al*, 2005).

obstetras em seu trabalho cotidiano e sua compreensão sobre a humanização em saúde. Porém, antes disso, apresentaremos uma contextualização detalhada a respeito da arte de partejar ao longo do tempo.

3 OBSTETRÍCIA E ARTE DE PARTEJAR: PERCURSOS

3.1 Aspectos históricos

O presente capítulo aborda os percursos da obstetrícia, evidenciando o papel de protetor que os médicos exercem, principalmente, com o descrédito que as parteiras começaram a viver. Para tanto, apresenta breve contextualização histórica e cultural sobre os partos. Além disso, seleciona o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) para evidenciar a tentativa de mudança do quadro de extrema intervenção cirúrgica nos processos de nascimento. Este programa segue recomendações da OMS que objetiva diminuir o número de cesáreas desnecessárias.

A retomada da valorização de parteiras é um fenômeno atual que coexiste a crescente ênfase na tecnologização do processo de nascimento. É relevante que as parteiras de hoje não são como as de antigamente, pois seguem instruções da medicina moderna.

No Museu da Academia Nacional de Medicina localizado no Rio de Janeiro e no hall do Salão da Congregação do Memorial da Faculdade de Medicina da Bahia existem duas reproduções de um tema que a partir do final do século XIX ganhou significativa expressão: trata-se da imagem heróica e salvadora do médico moderno. As representações em questão são, respectivamente, uma escultura em bronze intitulada “A luta do médico contra a morte”, de autor desconhecido, e um desenho colorido escolhido para ser a ilustração de um quadro de formandos da Faculdade de Medicina da Bahia. Em ambas há três figuras. Dominando a cena, está o médico vestido de jaleco, em pé, com uma das mãos afastando a representação da morte na figura do esqueleto, que, insidiosamente, agarra-se ao corpo nu de uma mulher jovem, semidesfalecida, mas com forças ainda para procurar a proteção do médico que a ampara com a outra mão (MARTINS, 2004, p.139).

A visão do médico como protetor da mulher pode ser percebida na descrição das obras de arte acima descritas. Além de protegê-la dos perigos, o médico a protegia de si mesma. Sua natureza instável, sujeita a crises periódicas, era objeto de atenção do saber médico. Ele era o

protetor da vida, e aquele que auxilia a mulher não apenas com questões relativas à natureza feminina, mas também sendo conselheiro familiar sobre assuntos como casamento, educação de filhos e organização familiar. Salienta-se que a transformação do médico em conselheiro familiar só ocorreu graças à aliança feita com as mulheres, o que gerou fama e reputação para esses profissionais. Com o tempo, houve um aumento no interesse dos médicos pela natureza feminina e as doenças das mulheres, o que auxiliou na construção da obstetrícia e ginecologia, especificidades do sexo feminino (MARTINS, 2004).

Entretanto, até a construção desse papel de protetor, os médicos passaram por momentos de grande descrédito. Por muito tempo, a arte de partejar foi desempenhada exclusivamente por mulheres, que poderiam ser curandeiras, parteiras ou comadres. Geralmente, eram de confiança, com experiências reconhecidas, familiarizadas com manobras externas para facilitar o parto. Conheciam gravidez e puerpério por experiência própria, eram encarregadas de confortar, oferecendo alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Nessa época, o atendimento ao nascimento ainda não era valorizado e poderia ser realizado por mulheres (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

É interessante destacar que o interesse dos médicos pela arte de partejar existiu na Antiguidade Grega Clássica, mas somente após o Renascimento essa situação mudou. Arte reconhecida por muito tempo como exclusiva das mulheres, só no século XVI começou a ser regulamentada, na Europa, pelo governo, por influência da Igreja, fazendo com que parteiras passassem por exames junto a comissões municipais ou eclesiais. Parteiras eram mulheres classificadas como feiticeiras e por isso, perseguidas. A caça às bruxas fez parte de estratégia do Estado e da Igreja de monopolizar o saber sobre cura de doenças e legitimação do saber médico oriundo das universidades criadas durante o período renascentista. Além disso, a Igreja conseguia controlar abortos e infanticídios, pois a parteira deveria saber batizar recém-nascidos moribundos e ter reputação ilibada (VIEIRA, 2002 e ROHDEN, 2001).

No século XVI, as tentativas de regulação da Igreja e do Estado começaram a se fortalecer na França. Além de serem contrários aos abortos e infanticídio, havia o movimento de luta contra o protestantismo, esse considerado problema, pois poderia reduzir o número de católicos. As parteiras passaram a ser controladas pela Igreja devendo obediência aos bispos. Elas se organizaram em corporações, construíram um estatuto com interdições à sua prática, como beberagens abortivas e obrigação de denunciar colegas desonestas. No século XVIII, as parteiras foram perdendo importância, passando a exercer funções de pouca relevância. Passaram a ser responsáveis por exames de virgindade em casos de estupro ou levantar casos de impotências; e, também, transmitir normas toleráveis pela Igreja com relação às práticas sociais. A conduta exemplar era requisito primordial, pois eram consideradas pessoas muito próximas às práticas de aborto e infanticídio (ROHDEN, 2001).

A arte de partejar exercida pelas curandeiras foi alvo de perseguições objetivando acabar com sua ação. Conseguiram transformá-la em uma atividade suspeita e menosprezada. Passaram a dar valor à linguagem técnica, que aliada à educação universitária visava à formação médica como uma prática reservada exclusivamente aos homens e excluía a mulher desse mister. A partir daí, a participação dos físicos ou cirurgiões passou a ser obrigatória quando ocorresse emergências ou a necessidade de uso de instrumentos, pois a utilização dos mesmos passou a ser regulamentada. Apenas eles podiam utilizar fórceps, por exemplo (VIEIRA, 2002).

No entanto, a ação da mulher-parteira-bruxa-curandeira continuava uma afronta, principalmente, para a Igreja Católica. Enquanto os médicos trabalhavam seguindo valores da Igreja, as parteiras não faziam isso. Sua formação era empírica e transmitida através de redes informais. Usavam de rezas, magias e amuletos, e fugiam ao controle da Igreja. Outro fator de repulsa da Igreja com relação às parteiras era a busca de meios que elas utilizavam para

aliviar as dores de parto. Há de se lembrar de que a Igreja defende o sofrimento durante o parto como forma de expiação do pecado original (SPINK, 2003).

A ginecologia, por muito tempo foi confundida com a obstetrícia. Aquela trata do estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas. Já essa da parturição. Entretanto, alguns historiadores de medicina não apresentam diferenças entre esses dois ramos que tratam da mulher. A ginecologia acaba se especializando em cirurgias, aproveitando-se do conhecimento proveniente da obstetrícia, constituindo um importante campo de intervenção sobre a mulher, pois a obstetrícia dependia da experiência clínica e da habilidade para analisar e deduzir problemas. Já a ginecologia, como um processo de intervenção cirúrgica, passa a depender das descobertas científicas como as de Pasteur para ampliar seu campo de ação e redefinir suas funções. É válido ressaltar que a ginecologia se constitui como ciência que pretende muito mais que, simplesmente, estudar as doenças femininas. Faria parte da antropologia que juntamente com a andrologia, almejavam estudar as peculiaridades da mulher e do homem. Objetivando criar classificações distintivas, tais como: graus de civilização, cores de pele, tipos de fala, e obviamente, a divisão fundamental partia do sexo (ROHDEN, 2001).

As transformações que ocorreram no interior da própria medicina trouxeram as possibilidades de surgimento da ginecologia, principalmente, nos progressos tecnológicos relacionados à assepsia e à anestesia. A análise de Rohden (2001) sobre a ginecologia demonstra como essa ciência surgiu baseada na diferença entre os sexos, calcando na função reprodutiva da mulher. Era alguém que precisava de uma ciência para si, tornando-se um campo de investigação. Enquanto a obstetrícia se debruçava sobre os fenômenos reprodutivos (gravidez, parto e puerpério), a ginecologia se interessava pelo estudo da fisiologia e patologia dos órgãos genitais da mulher fora da gestação, assim como suas relações com os demais aparelhos e sistemas. Pode-se resumi-la à noção ou ao estudo da mulher.

A medicalização do corpo feminino data de trezentos anos antes da institucionalização do parto hospitalar e da obstetrícia como disciplina médica. O corpo feminino se transformou em objeto de saber e prática médica, o que pode nos remeter a medicalização, processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Durante muito tempo achava-se que os médicos só deveriam participar de partos que oferecessem perigo e que fossem difíceis, o que justificava uso de fórceps ou a realização de cesarianas. Os partos naturais, feitos por médico, eram desmerecidos, pois faziam parte de uma prática considerada de menos valia, executada por incompetentes. A tradição rezava que não era papel dos médicos cuidar de algo que antes era, majoritariamente, exercido por mulheres, de acordo com o Real Colégio dos Médicos de Londres. Carlos da Rocha Fernandes salienta que, se um dia forem iniciados processos por crimes por uso de fórceps, de pituitrina e de cureta, ele não saberia de quantos presídios seriam necessários para albergar assassinos diplomados. Para ele, os médicos que não serviam para oftalmologia ou eram péssimos cirurgiões, eram parteiros, com valises carregadas de fórceps, seringas e ampolas para seus atos criminosos (VIEIRA, 2002).

A história da reprodução lembra que parto, contracepção e puerpério são temas relacionados à “assunto de mulher”. Geralmente, a mulher estava acompanhada no trabalho de parto (civilizações antigas, sociedades tribais e ocidentais pré-industriais) por outra mulher. Os homens somente aparecem como acompanhantes no nascimento, como marido ou *expert*, que intervém em partos difíceis (SPINK, 2003).

Em Hamburgo, 1552, o Dr. Wery se disfarçava de mulher para poder assistir a partos. Ao ser descoberto por uma parteira, foi condenado à morte por satanismo. A mulher, que recebia o auxílio de um parteiro, pecava contra cinco virtudes: pudor; pureza; fidelidade ao casamento; bom exemplo e espírito de sacrifício. Os médicos cirurgiões consideravam o

perigo potencial de toda gravidez e parto, mas os médicos clínicos viam a presença de um homem durante o parto como um atentado ao pudor (MELO, 2003). O homem médico, à beira do leito, não foi algo de fácil aceitação. Mulheres deveriam preferir a morte a aceitar a ajuda de um parteiro. Um homem tocar uma mulher, mesmo durante o trabalho de parto, era algo perigoso e propício à lubricidade (ROHDEN, 2001).

A obstetrícia³⁹ surge na área médica inscrita numa difícil situação de falta de experiência prática, visto que quem tinha mais convívio com partos eram as parteiras, as leigas, ignorantes... (MARQUES, 2000). A escolha da obstetrícia pelos médicos para se especializarem era mais um desafio, pois havia um desvalor considerável a essa prática (VIEIRA, 2002), pois os médicos a consideravam como uma atividade suja e poluente que não deveria fazer parte de suas atividades.

Em 1817, um professor de Edimburgo apresentou a proposta para ensino de obstetrícia. O conselho universitário rejeitou porque quem geralmente atuava nesses casos de parto eram mulheres de baixo status, o que transformava essa disciplina inapropriada para o currículo universitário (SPINK, 2003).

Conforme Knibbiehler e Fouquet (1983 apud VIEIRA, 2002), a baixa valorização da obstetrícia na medicina está relacionada à misoginia⁴⁰ nas origens da medicina moderna.

A medicalização intensa que sofre o corpo feminino no século XIX, quando aliada ao discurso de exaltação da maternidade, compõe um processo que, segundo alguns autores, teria mudado substancialmente a valorização da vida feminina na sociedade ocidental na medida em que permitiu o desenvolvimento de técnicas que aumentaram a sobrevivência materna. Até então, o parto teria sido vivido como um evento em que o medo da morte ou a tortura do fórceps não eram apenas mito (VIEIRA, 2002, p. 52).

³⁹ *Obstetricum* significa estar diante de mórbido.

⁴⁰ Aversão ou desprezo masculino por mulheres.

Entretanto, aos poucos a ação do trabalho de uma série de médicos parteiros, rompe o paradigma da não intervenção, e uma mudança de valores vem transformá-los e revalorizá-los, abrindo assim, novos campos de especialização na área médica.

Martins (2004) traz uma revisão de como a obstetrícia se constitui campo de saber e de prática. A atuação dos médicos deixa de ser uma improvisação e se torna um campo de trabalho cada vez mais respeitado, permitindo que obstetrícia e ginecologia produzam saberes sobre o corpo feminino. Há, também, uma defesa à visão da mulher como tendo a reprodução como base natural para sua função social. Entretanto, nesse contexto, produziu-se muito conhecimento sobre a medicina da mulher, o que a transformou em objeto de análise devido à determinação do aparelho reprodutivo e à construção de uma representação ora como mãe e esposa, ora como mulher doente, desvalorizando, assim, a subjetividade e as diferenças entre as mulheres ao reduzi-las a um conjunto de sintomas pré-fixados pelo saber médico.

É interessante observar que o desenvolvimento da medicina, ao longo do tempo, sofreu muitas críticas, principalmente, quando se ansiava defender novas práticas com o corpo humano. No caso da ginecologia, a situação se mostrou mais complicada, devido à discussão sobre reprodução e sexualidade que a circunscreve. Por exemplo, na França, um médico ginecologista para ser respeitável e não sofrer suspeitas deveria ser casado, pois um celibatário não poderia examinar uma jovem, nem em caso de parto ou de problemas ginecológicos. Isto pode ter originado a prática da presença de auxiliares de enfermagem ou enfermeiras durante exames, mesmo realizados por médicas.

Durante o século XVII a marginalização da prática das parteiras foi reforçada pelo advento do capitalismo na Inglaterra quando houve regulamentações específicas sobre partos, tornando-os monopólio da prática dos médicos. O homem parteiro começou a fazer parte do ato de parir. Exigindo-se da mulher decúbito lateral esquerdo, de costas para ele. Pois eles não deveriam se encarar durante o processo de nascimento (VIEIRA, 2002).

Rohden (2001) aponta que a utilização de instrumentos pelos médicos foi importante para sua entrada com maior vigor nos partos. Mesmo entre os médicos, o uso do fórceps era questionado, visto que uns defendiam que o uso de instrumentos em mulheres da aristocracia inglesa seria indelicado e poderia promover o desprestígio da profissão. A aliança com a aristocracia foi ocorrendo aos poucos, e o médico cirurgião se tornou respeitado, passando a assistir partos e a acompanhar a gravidez, puerpério e as doenças de mulheres e crianças.

O corpo feminino foi se tornando objeto da prática da medicina, e a substituição das parteiras pelo médico levou três séculos. Primeiro, houve a medicalização do corpo feminino que se estabeleceu no século XIX com os discursos sobre maternidade. A institucionalização do parto foi ocorrendo aos poucos, e o ensino da prática obstétrica ocorre desde o século XVIII, mas só no século XIX é que os médicos começam a ocupar o papel de partejar. Esse momento é marcado pela hospitalização do parto e criação de maternidades (VIEIRA, 2002).

A especialização da medicina foi introduzida no século XIX com a criação de maternidades e unidades dedicadas às doenças femininas. Foram lugares onde a ginecologia pôde ser, amplamente, desenvolvida e produzindo uma visão própria da natureza feminina. Outro fator importante foi a criação de sociedades ginecológicas vinculadas a seus profissionais (ROHDEN, 2001).

O estudo da mulher é baseado na normalidade feminina, que é, potencialmente, patológica. As fases da vida feminina são fonte de estudo desde a puberdade até a menopausa, e são percebidas como propícias a perturbações e desordens, sendo essa a justificativa para a necessidade de cuidados constantes. Já os homens se tornam objeto de intervenção quando a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, os transformaram em pacientes, passíveis de regulação do Estado que se preocupava com degeneração e enfraquecimento da raça, ameaça à constituição de uma população saudável e à ordem social. A andrologia estuda a sexualidade e a reprodução do homem.

Nesse sentido, podemos ver a ação sobre o corpo feminino em contraste com o masculino, o que fortifica uma relação especial entre medicina e mulher, levando-a a maior medicalização do corpo feminino (ROHDEN, 2001).

No século XIX, as parteiras foram sendo colocadas de lado, e só utilizadas como ajudantes ou seguindo instruções dos médicos. Eles, ao escreverem textos para as parteiras, não divulgavam seus conhecimentos. Havia o interesse de destituí-las de seu papel na sociedade. Florence Nightingale tentou criar uma formação para parteiras, que tivesse o mesmo conhecimento que os médicos tinham, mas fracassou (MELO, 2003).

Neste período, em situações de distócia⁴¹, a presença do médico era sempre necessária e se houvesse problemas, as parteiras poderiam ser responsabilizadas pelos acidentes atribuíveis à sua imprudência. Havia, ainda, indicação de multas e suspensão do exercício da habilidade quando infringissem a lei. O Estado deveria intervir de forma enérgica, porque elas não deveriam ser uma ameaça ao poderio médico nos partos (PEREIRA-NETO, 2001). Entretanto, mesmo sendo obrigadas a chamar físicos e cirurgiões, as parteiras tinham mais experiências que eles e poderiam ser consideradas mais competentes.

A rixa cirurgiões/parteiras é marcada por um confronto entre a experiência prática e o conhecimento teórico. Eles as consideravam ignorantes, e satirizavam⁴² suas condutas. Mesmo com experiência e apresentando êxito, elas não se fortaleceram em associações como sindicatos. As parteiras trabalhavam sob o controle absoluto dos médicos (ROHDEN, 2001). Com o tempo, essa prática popular foi se diversificando, criando dois grupos: parteiras qualificadas, urbanas, treinadas em escolas mantidas pelos municípios e as rurais, que

⁴¹ Distócia é definida como dificuldade ou incapacidade do útero em eliminar os fetos através do canal do parto, cujas causas podem ser fatores maternos, fatores fetais, ou a combinação destes.

⁴² No Brasil, isso também ocorria. A fala de Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo serve de exemplo, afirmando a característica usurpadora das parteiras. “E o que diremos d’essas mulheres que, envoltas em negras e nojentas mantilhas, percorrem as ruas dessa populosa cidade, incucando-se por desgraça nossas hábeis parteiras, tendo estampado na frente de suas casas o Sagrado símbolo da nossa redenção, a cruz, fazendo capacitar a muitos do povo crédulo, que possui segredos transmitidos pela providência capazes de tornar fácil o parto mais laborioso, quantas vezes essas verdadeiras mercenárias não lhe querem impor leis?” (Retirado de VIEIRA, 2002, p. 57).

apreendiam por necessidade ou tradição (VIEIRA, 2002), algo que até hoje é percebido (DAVIS-FLOYD, 2007a e 2007b).

Houve a segregação das parteiras leigas, geralmente pobres, que não conseguiriam passar pelos exames de francês, por exemplo. Assim, pode-se dizer que houve uma elitização da classe, pois os médicos almejavam ver formadas parteiras provenientes das classes possuidoras de capital cultural reconhecido (PEREIRA-NETO, 2001). Historicamente, os estudantes de medicina só passaram a frequentar maternidades a partir do século XVIII.

3.2 Arte de partejar no Brasil

Até o século XIX, a assistência ao parto no Brasil era feita por aparadeiras ou comadres, parteiras⁴³ que geralmente se tornavam as madrinhas das crianças. Elas utilizavam remédios da flora brasileira e elixires importados acompanhados de rezas, simpatias e prescrições (RODHEN, 2001). O auxílio de médicos só ocorria em casos de ostentação de famílias ricas ou em situações difíceis.

Desde 1808, com a vinda da Corte portuguesa, uma série de parteiras estrangeiras chegou ao Brasil. E a profissão foi regulamentada (VIEIRA, 2002)⁴⁴. Há de se afirmar que Portugal não se preocupava com a saúde nem com a doença. Os hospitais eram conhecidos como lugar de doença e morte, e contavam, às vezes, com a presença dos médicos (ROHDEN, 2001), e isto interferiu na realidade de assistência no Brasil.

A diminuição da ação das parteiras se deu de forma gradativa. Paulatinamente deveriam se limitar a prestar cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos

⁴³ Maria Josephina Mathilde Durocher foi uma famosa parteira na cidade do Rio de Janeiro, diplomada pela Escola de Medicina em 1834. Era obstetriz exímia e a Princesa Leopoldina foi uma de suas clientes. Durocher apresentava uma aparência um tanto peculiar, com roupas que uniam o vestuário masculino ao feminino (camisa e gravata com saia preta). Ela acreditava que era importante apresentar uma roupa que transmitisse confiança para suas parturientes. Talvez sua escolha também se baseasse na idéia de que ao adotar aparência masculina, teria maior respeitabilidade entre pacientes e médicos (ROHDEN, 2001).

⁴⁴ Com a reorganização das escolas médicas em 1832, o curso para parteiras lecionado pelo professor de partos começou a existir (FROÉS e PIMENTA, 2008a).

apenas nos partos naturais, abandonando outras formas de intervenção, ao mesmo tempo que aumentaram as exigências para se ter a habilitação como parteira. Disto configurou-se uma situação complicada - em que pese parteiras serem habilidosas observadoras e aprendizes na prática cotidiana - como eram geralmente analfabetas, não teriam como passar pelos exames exigidos. O conhecimento prático das parteiras foi sendo desvalorizado e desmerecido.

O endurecimento da lei pode ser visto como estratégia dos próprios médicos para protegerem seu espaço de trabalho e preservar a autoridade médica, afastando aquelas que eram vistas como aborteiras ou curiosas por alguns médicos da época, como afirma Pereira-Neto (2001).

A arte de partejar, no Brasil, sofreu processo semelhante ao que ocorreu na Europa. O crescimento da importância dos médicos da obstetrícia se deu, principalmente, devido à melhora das condições de ensino. Apenas no final do século XIX, a obstetrícia passou a ser ensinada em disciplina separada. Na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, apenas, em 1808, é que começaram a tratar das artes obstétricas como disciplinas separadas, fazendo parte da cadeira de cirurgia, mas, em Salvador, isso só ocorreu em 1819 (VIEIRA, 2002). É relevante entender que o ensino dos partos era feito com a utilização de manequins para a prática de manobras médicas. Além disso, estudavam gravidez, parto, puerpério, doenças dos recém-nascidos e algumas doenças ginecológicas. (MARTINS, 2004).

Paralelamente a evolução do ensino dos médicos, restrições foram feitas às parteiras. Primeiro, com o Decreto Lei de 1832, regulamentou-se as regras para que as que queriam ingressar nos cursos de parteira. Elas deveriam ter, pelo menos, mais de dezesseis anos completos, saber ler e escrever corretamente e apresentar um atestado de bons costumes, passado pelo juiz da freguesia respectiva. Depois, em 1854, houve alteração da legislação: o ingresso no curso obstétrico exigia aprovação nos exames de leitura, escrita, francês e das quatro operações de aritmética.

De 1903, o Projeto Azevedo de Sodré foi alvo de discussões no Congresso dos Práticos, por muito tempo. Entretanto não se transformou em lei. O maior embate se deu em relação ao art. 7 que limitava o exercício de parteira à aprovação perante uma das universidades federais (PEREIRA-NETO, 2001).

Mesmo com a Reforma da Instrução Superior do Império em 1854, que modificou um pouco o ensino da medicina, ainda não se percebiam grandes transformações no ensino da obstetrícia. O uso da mesma cadeira de parto continuava a existir, mas começava a se adicionar novas práticas obstétricas, tais como: uso do clorofórmio nos partos; aplicação de diferentes tipos de fórceps e a realização das operações obstétricas, como a versão e a craniotomia.

O professor da Faculdade de Medicina de Salvador, Malaquias Alvares dos Santos enfatizava que os alunos formados por essa faculdade levavam para a beira do leito de seus clientes apenas a vontade de serem úteis e o desejo de se instruírem, tal era a falta de informação da época (VIEIRA, 2002).

Se até hoje estávamos privados do ensino destas clínicas, se até agora, para exercer conscientemente a arte de partos era preciso que um médico brasileiro, rico ou pobre, fosse à Europa, certamente não dávamos prova de bom senso; e não tínhamos motivo senão para nos envergonharmos. E quantas vítimas não se contaram em nosso imenso país, quantos filhos não se acharam na orfandade e na miséria por terem perdido aquele que lhes deu o ser, nas mãos de médicos ignorantes ou que saindo de nossas faculdades foram chamados para prestarem os socorros da arte a uma parturiente, quando eles aqui nunca assistiram a um parto (Ofício da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 01-03-1883. Ministério do Império, Arquivo Nacional⁴⁵).

Uma dificuldade ao aprendizado era a falta de possibilidade dos alunos participarem dos partos. Geralmente, eles ocorriam na casa das pessoas (entre 1852 e 1853, encontraram-se apenas três casos relacionados à obstetrícia e somente um parto no Hospital da Santa Casa de

⁴⁵ Retirado de MARTINS, 2004, p.149.

Salvador) e também porque os hospitais de caridade eram a opção que os pobres tinham: lugares sujos, com condições precárias e superlotados. A enfermaria para mulheres era para todos os tipos de doença: febre amarela, tuberculose, doenças venéreas e problemas de pele (MARTINS, 2004 e VIEIRA, 2002).

De modo geral os ricos recebiam assistência médica em casa, mesmo sendo cirúrgica, e os pobres iam aos temíveis hospitais, que eram entendidos como um local de espera intermediária em direção à morte (ROSEN, 1980).

No Rio de Janeiro, a situação era outra, pois na Santa Casa havia partos de mulheres pobres e, entretanto, as irmãs de caridade dificultavam a entrada dos médicos; acredita-se que isso ocorria, primordialmente, devido à necessidade de se manter a segregação sexual (MARTINS, 2004). As irmãs que trabalhavam na Santa Casa tinham que seguir as leis de seu sacerdócio, e por isso, não podiam olhar as partes pudentes das mulheres. Com isso, os trabalhos eram feitos às escuras (VIEIRA, 2002).

Em 1830, o socorro obstétrico foi instituído com a criação das salas de partos em Hospitais de Misericórdia. Havia, também, estágio de médicos. Foi admitida a parteira Stephanie Marie Warnoutt.

Com a criação de estabelecimentos hospitalares voltados à assistência obstétrica, pode-se observar posturas preconceituosas, tanto por parte de religiosas quanto de autoridades civis, que viam neste fato incentivo à maternidade fora do casamento e também a ideia de que prostitutas seriam as frequentadoras do local, como acrescentam Martins (2004) e Vieira (2002).

Em 1877, à Câmara Municipal do Rio de Janeiro chegou um pedido de instalação de uma maternidade e de um serviço de amas-de-leite, entretanto esses não foram atendidos imediatamente. Foi instalada, anos depois, na Casa de Saúde Nossa Senhora da Ajuda, a primeira maternidade, porém esta só funcionou por um ano.

Até 1877, só o Hospital de Misericórdia praticava assistência médica filantrópica. Nesse ano, fundaram a Maternidade Santa Isabel no Rio de Janeiro. Havia também casas de saúde para atender uma clientela mais abastada e pequenas maternidades particulares visando as escravas parturientes. Isto se deveu aos senhores que cuidavam delas, por serem fonte de renda e mão de obra (VIEIRA, 2002). As senhoras da sociedade eram atendidas em quartos separados, decentemente, preparados para elas (ROHDEN, 2001). Moda que persiste hoje quando andares inteiros de maternidades são isolados, e reformados, para atenderam celebridades em seus partos.

Apenas em 1882, com a Reforma Sabóia, houve a criação de novas disciplinas no currículo dos cursos de medicina, e entre elas estavam clínica obstétrica e ginecológica. Na Cadeira de Clínica os alunos deveriam ficar junto às grávidas e puérperas. Assim, haveria uma aprendizagem prática e não somente teórica, como anteriormente. A melhoria das condições de infraestrutura e da assistência foi importante para que as mulheres começassem a procurar os hospitais para dar a luz (MARTIS, 2004 e VIEIRA, 2002).

Erico Coelho inicia nova campanha pela instalação de maternidades, e em 1889, uma maternidade na Lapa começa a ser construída, porém as obras foram paradas. Apenas em 1904, a Maternidade de Laranjeiras foi inaugurada sob a direção de Rodrigues Lima. Anos depois, foi transferida à Faculdade de Medicina pelo diretor Fernando Magalhães. O Hospital Pró-Matre foi inaugurado em 1918, com o destino de proteger a mãe mulher, conforme comentários de Fernando Magalhães (ROHDEN, 2001).

A metade do século XIX foi marcada pela tradição de partos em domicílio, o que dificultava o ensino da obstetrícia. Em contrapartida, o discurso em defesa do parto hospitalizado e a construção de maternidades aumentaram e colocaram o papel das parteiras em cheque.

O médico Joaquim Pedro Soares defendia o parto hospitalar, contrapondo-se a idéia de que a infecção puerperal ocorrida devido à aglomeração de pacientes poderia ser resolvida com a multiplicação de enfermarias menores (VIEIRA, 2002)

Para obter um conhecimento coerente com a prática, os estudantes de medicina precisavam exercitar seu saber. Isso só foi possível ao se criar uma instituição em que se pudesse observar partos e participar, ativamente, neles. No século XIX inicia-se realmente a, hospitalização do parto⁴⁶. Mesmo tendo que se enfrentar um grande empecilho provocado pela infecção puerperal⁴⁷, consegue-se reverter o quadro com o uso de medidas higiênicas, quando as salas cirúrgicas passam a ser assépticas, reduzindo mortalidade, permitindo assim a valorização do hospital pela sociedade (VIEIRA, 2002).

Paralelamente, aias, nutrizes e parteiras eram, fortemente, condenadas por suas práticas. A condenação das crendices populares era recorrente e foi divulgada até em folhetos dedicados ao manuseio de partos e cuidados com as crianças pequenas. Estes uma forma dos médicos divulgarem suas posturas e controlar as ações da população. Os iletrados eram desvalorizados e havia disciplinarização do manuseio do parto (MARQUES, 2000).

O processo de hospitalização do parto era dificultado, principalmente, pela visão quase unânime de que o hospital era lugar de abrigar pobres, além de ser reconhecido como ambiente de possíveis perigos obstétricos. Fernando de Magalhães relata uma situação penosa que viveu, que bem representa esse momento.

⁴⁶ Ao adentrarem aos cenários hospitalares, as mulheres foram se sujeitando às normas hospitalares, com rotinas e intervenções, sem o acolhimento do modelo domiciliar, considerado humanizado (MELO, 2003).

⁴⁷ As infecções puerperais foram vistas provenientes de causa oculta. Buscavam entender o que ocorria, e chegaram a conclusões como: o contágio era explicado pelo cheiro que ficava nas mãos dos médicos. Apenas em 1879, Pasteur publicou a versão definitiva da etiologia da infecção puerperal: a natureza bacteriana da febre puerperal, o que, certamente, influenciou os rumos da medicalização do parto (VIEIRA, 2002). A revolução pausteriana trouxe à medicina os fundamentos científicos, podendo assim, proporcionar a legitimidade da prática e sabedoria médica (MARQUES, 2000). No Brasil, sua teoria microbiana das doenças influenciou os médicos (FROÉS e PIMENTA, 2008b).

Em duas salas contíguas acolhiam-se grávidas e puérperas; o princípio da separação não era muito respeitado, pois a lotação preenchida de uma sala forçava o recebimento de uma gestante entre puérperas, ou o contrário. Não se cuidava rigorosamente de isolamento, porque um pequeno quarto, mais destinado aos doentes graves e servindo também para algumas intervenções, não tinha espaço para mais de duas camas. A sala maior era iluminada por uma larga clarabóia, sob a qual, para as operações abdominais, armava-se a mesa adequada. Faziam-se ali as laparotomias ginecológicas, improvisando-se a sala operatória entre as camas temporariamente abandonadas pelas ocupantes habituais. Nesse cenário assisti à primeira operação cesariana. Tenho bem presente todo o episódio clínico. Era uma mulher de nanismo típico, constituição esquelética do raquitismo na forma pseudoacndroplásica, bacia de vício absoluto, através da qual seria terminantemente impossível o parto instrumental, até mesmo com o emprego do bazeotripo. Foi em 1899; tudo se aprestara com grande antecedência para o momento ansiosamente esperado; passaram-se oito dias em expectativa armada, mobilizando todo pessoal do serviço, pronto à primeira voz. Afinal, chega o momento tido como azado para início da operação. Às dez horas da noite, ante à assistência numerosa e comovida, começa a intervenção, que segue, arrastada e indecisa por quase duas horas. O maior rigor no preparo de todo material havia sido a preocupação única; ainda assim, a paciente não sobreviveu 24 horas, fulminada pela peritonite. Confesso que no meu espírito, não guardei nem impressão, nem ensinamento; mas, comparando esse quadro com o que havia fora daqui, ainda sinto o atraso em que se vivia e a deficiência com que se lutava (MAGALHÃES, 1922, p. 216 *apud* VIEIRA, 2002).

Em 1920, houve a reforma Carlos Chagas que trouxe uma organização para a proteção materno-infantil. Foi uma reforma vertical, que mudava conforme as políticas nacionais, baseadas somente na dimensão biológica, funcionalista e delimitada essencialmente por cuidados médicos (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

A visão de médico, enquanto aquele que consertava o corpo, serve de base para a comparação deste com um mecânico. Os historiadores da medicina demonstraram, em suas pesquisas, o baixo status social dos primeiros homens a utilizarem fórceps. Estes eram tão qualificados quanto os mecânicos. A ação dos médicos no trabalho de parto pode ser vista como uma ação de mecânico, supervisão ou dono da fábrica corporal. Se o médico for o supervisor, a mulher poderia ser uma “trabalhadora”, cuja “máquina” (o útero) produz o “produto”, bebês (MARTIN, 2006a, p. 109).

O trabalho de parto, realizado pelo útero é alvo de atuação dos médicos, que podem acelerá-lo com amniotomia (rompimento do saco amniótico), ocitocina (leva a um término

bem-sucedido de parto). O trabalho da mulher é percebido de diferentes formas ao longo do trabalho de parto, visto que num primeiro momento, ela é uma hospedeira passiva do útero que se contrai. Quando o trabalho de parto se torna mais lento, explica-se que suas contrações não são, suficientemente, fortes; a pélvis é muito pequena; o feto está mal posicionado ou o útero está muito distendido. A solução para essas situações é a de que manipulações externas devem ocorrer ou utilizar algo que aja, quimicamente, no organismo (MARTIN, 2006a).

Em oposição a essa visão, há a de que o trabalho de parto é afetado pelo ambiente e pelo estado emocional da mulher. A forma com que o médico se comporta com ela também é importante, produzindo um clima tranquilizador que determina, com frequência, o grau de conforto da experiência do parto, e talvez, sua duração. Os médicos fazem com que elas saibam como o trabalho deve ocorrer, respeitando uma cronologia prévia (MARTIN, 2006a e 2006b).⁴⁸

O segundo momento do trabalho de parto é quando a mulher começa a empurrar com os músculos abdominais. Aqui, ela é vista como trabalhadora do parto. Entretanto, médicos muitas vezes dão indicações contraditórias, ora mandando-as empurrar ora mandando-as parar de empurrar. Para Martin (2006a), o imaginário médico comporta duas imagens: útero como máquina que produz o bebê e a mulher como trabalhadora que produz o bebê. Há a possibilidade de ocorrerem ao mesmo tempo: mulher-trabalhadora cujo útero-máquina produz o bebê.

O uso de monitores fetais são tecnologias que podem auxiliar, mas segundo Martin (2006b), trazem em si uma forma de controle da mãe. Há os que não impõem à permanência da mãe na cama, que emitem os sinais por rádio frequência. A equipe, quando chega ao

⁴⁸ Há casos de mulheres que mantêm o trabalho de parto em segredo para não ter que submeter aos mandos e desmandos dos médicos, que determinam quanto tempo deve ocorrer. Outras se desvencilham de monitores fetais para dar longas caminhadas no hospital, tomar banho de chuveiro, e só depois, voltar aos quartos (MARTIN, 2006b).

quarto, muitas vezes fica de costas para a mulher para ver a tela ou os dados impressos, e se esquecem da mulher.

No início do século XX, havia grande participação de parteiras nos trabalhos de parto. Eram mulheres de origem popular, geralmente, analfabetas, que ao longo do tempo foram perdendo seu espaço na participação dos nascimentos. Por atuarem em bairros periféricos ou regiões rurais, eram consideradas potenciais concorrentes dos médicos. Nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, iniciou-se curso de formação de parteiras, promovendo a distinção entre parteira leiga e parteira titulada (PEREIRA-NETO, 2001).

O tratamento hospitalar foi, paulatinamente, desvinculado das classes baixas e desfavorecidas, e a inserção de padrões de higiene, cuidado e anestesia foram cruciais nesse processo. A visão de medicina avançada como sendo medicina especializada foi defendida durante a década de 60 do século XX. Havia um movimento contrário a esse, que privilegiava a prática médica baseada na totalidade do organismo (ROHDEN, 2001).⁴⁹

Até os anos 70, a obstetrícia era vista com pouco glamour por médicos e alunos (MARQUES, 2000). Na Inglaterra, os obstetras que realizavam cirurgia ginecológica foram percebendo a maior lucratividade. Pode-se dizer que na década de 80, o decréscimo da popularidade da obstetrícia ocorreu, simultaneamente, ao aumento do prestígio da ginecologia (ROHDEN, 2001).

Na década de 90, os gineco-obstetras eram, em sua maioria, homens, que fizeram residência na rede pública de ensino, eram, homogeneamente, distribuídos em diversas faixas etárias, atuavam mais nos consultórios e exerciam, em média, três atividades profissionais (MACHADO, 1997).

⁴⁹ O processo de especialização da medicina foi também marcado pela criação de estabelecimentos que atendiam mulheres. Como os ginecologistas tinham dificuldades de entrar em hospitais, eles começaram um movimento para legitimar sua prática através da justificativa de se acompanhar as sensíveis e nervosas mulheres que sofriam muito com suas doenças. Como seus tratamentos eram muito delicados e não poderiam ser realizados na confusão dos hospitais e mereceriam atendimentos diferenciados. Os atendimentos domiciliares não eram mais satisfatórios, por não oferecer bons resultados nas classes pobres. Nesse momento, defendem que era necessário introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição inferior (ROHDEN, 2001). A mãe higiênica garante a coesão da família, e serve ao controle desejado pelo Estado (CAPONI, 2005).

3.3 Médicas parteiras

A volta das mulheres a realização dos partos ocorreu quando elas retornaram como médicas (VIEIRA, 2002). Esse processo de inserção das mulheres na medicina se deu como uma possibilidade ao conflituoso dueto médico homem e paciente mulher. Quando elas começaram a entrar nas faculdades de medicina, escolheram obstetrícia, ginecologia e pediatria. Segundo Rohden (2001), permaneceriam, assim, no domínio que lhes era familiar. Era apropriada sua entrada na medicina, entretanto, os médicos temiam perder seu campo de trabalho, algo semelhante ao que ocorreu ao destituírem do ato de partejar as parteiras tradicionais de outrora.

Tanto na Inglaterra quanto nos EUA, podemos perceber dificuldades pelas quais as mulheres passaram em sua entrada para a medicina. Eram consideradas seres frágeis, que não teriam identidades que permitissem formação educacional, tal como a de um médico homem, pois o estudo concentrado seria algo contrário às características femininas. Para os médicos, seria impossível uma mulher médica sem se desvincular da sua feminilidade. Esse discurso serviu de base para a oposição de médicos à entrada das mulheres na medicina. Tinham medo de perder seu prestígio, e eram, ferozmente, atacados por feministas que os consideravam incapazes de entender o que, realmente, ocorria com as mulheres, por não conhecerem seus corpos nem seu comportamento. Também eram acusados de se aproveitarem das mulheres durante os exames ginecológicos ou esconder delas doenças venéreas, negando-lhes tratamento quando encobriam as enfermidades de seus maridos (ROHDEN, 2001).

O fenômeno de feminilização da medicina surge no Brasil nos anos 30, e se fortalece ao longo do tempo. A década de 70 é responsável pela consolidação da mão de obra feminina, fruto da tentativa de ocupar espaços de trabalho. Na década de 90, quase metade dos médicos com menos de 30 anos, era representada por mulheres (MACHADO, 1997). Rodhen (2001)

apresenta as primeiras médicas brasileiras com detalhamento interessante, e salienta que, diferentemente, da Inglaterra e dos EUA, as médicas aqui não se engajaram no movimento feminista. Elas tiveram que lutar para frequentar o curso de medicina e sofreram desaprovações sociais.

Nos anos 90, as mulheres médicas, geralmente, ocupavam cargos em instituições públicas, a partir de concurso, que lhes assegurava direitos trabalhistas (licença maternidade, abono de faltas e férias). Machado (1997) nos avisa que a cultura organizacional das instituições públicas permite maior flexibilização das exigências sociais impostas às mulheres, pois nesses lugares produtividade e controle burocrático eram menores que em instituições particulares. Um dado relevante é que elas estão mais protegidas pelas leis trabalhistas que os homens médicos, que exercem a profissão, em grande parte, em instituições que não lhes garantem direitos trabalhistas.

Machado (1997) evidencia discriminações sociais que as mulheres sofrem por parte dos colegas de trabalho e da sociedade. O desempenho de suas funções é, altamente, posto à prova, o que na visão de alguns, não ocorreria com homens. A hegemonia cultural ainda era masculina na década de 90, e a mulher sofria preconceitos, obstáculos familiares e sociais, passando por dificuldades em equilibrar vida pessoal e profissional.

Mesmo a medicina possuindo inúmeras especialidades, raras eram as que as mulheres representavam a maioria. Na década de 90, as mulheres eram pediatras, ginecologistas, clínicas gerais, cardiologistas e dermatologistas⁵⁰. Segundo Machado (1997), a partir de um estudo bibliográfico, pode-se concluir que as mulheres escolhem sua área de atuação profissional, aproximando-se de sua vida privada. A preferência sexual pelas áreas de pediatria, dermatologia, clínica geral e nutrologia, representam uma aproximação entre as funções domésticas e profissionais.

⁵⁰ Nessa época, pediatria e dermatologia eram áreas sem impacto no mercado de serviços médicos.

Não se pode incorrer no erro de associar linearmente a área de atuação a uma escolha marcada apenas pelo desejo e por vontades pessoais, ou, pior ainda, à condição feminina. Ao contrário, a escolha é racional e pontilhada de impedimentos culturais e sociais, que conduzem a áreas nas quais os conflitos, os ajustes culturais são mais brandos (MACHADO, 1997, p.157).

Outro fator importante destacado pela autora é a relação que a mulher médica vive, pois além da dupla jornada, os afazeres como mãe e profissional se fazem, sempre, presentes, aliados aos preconceitos sociais. As investidas para ocupar cargos de chefia são possíveis fontes de estresse e desgaste, e podem contribuir para um sentimento de incapacidade.

As mulheres enquanto profissionais da medicina permaneceram, por muito tempo, circunscritas nas questões da maternidade e da reprodução, como as parteiras que antes gerenciavam a saúde feminina (ROHDEN, 2001). O conhecimento das parteiras está resguardado no saber médico (VIEIRA, 2002). O mundo contemporâneo ainda pode contar com o trabalho das mulheres parteiras, que mesmo com suas limitações, oferecem seus serviços na assistência a mulheres e bebês (DAVIS-FLOYD, 2007b), conforme será apresentado a seguir.

3.4 Parteiras não médicas

As parteiras pós-modernas conseguem circular pelo paradigma de funcionamento da biomedicina atual, sem se perder. Conseguem criar alianças com a biomedicina e não se perdem entre si, realizando conferências e workshops com outras parteiras ao redor do mundo. É mais um indício de que elas possuem a habilidade de circular por diferentes paradigmas e ainda significa a construção de um movimento global de parteiras. É uma forma de preservar sua cultura, divulgá-la e ensinar as melhores tradições culturais a respeito do nascimento. A dança fluida entre biomedicina, terapias holísticas alternativas e formas

tradicionais de nascimento, nos permite entender como elas constroem um conhecimento híbrido (DAVIS-FLOYD, 2007a).

David-Floyd (2007a) faz pesquisa, nos EUA e México, sobre as parteiras profissionais e as tradicionais, sendo que estas últimas seguem suas comunidades, sem diplomas ou qualquer outra forma de regularização. As parteiras pós-modernas são articuladas, organizadas politicamente e possuem consciência sobre sua cultura. São pessoas críticas, que buscam relativizar e encontrar diferentes formas de conhecer o nascimento, sem abandonar conhecimentos, que podem ser conflituosos, mas também complementares. Além disso, elas têm voz política e sabem da importância disso para a própria sobrevivência.

Os conhecimentos que uma parteira deve ter são da medicina, fisiologia, ciências sociais, de outras parteiras, das mulheres, das pesquisas de enfermagem e do desenvolvimento de habilidades de comunicação e no relacionamento interpessoal (RIESCO e FONSECA, 2002).

As parteiras possuem grande conhecimento não tecnológico: como usar as mãos no lugar do fórceps; como prestar assistência no parto de bebês com apresentação pélvica; como evitar episiotomia fazendo com que a mãe faça força, somente, entre, e não durante as últimas contrações antes do nascimento (MARTIN, 2006a).

Elas aproveitam os conhecimentos das parteiras tradicionais, observam os benefícios de suas práticas, tais como: massagem, versão cefálica externa pélvica⁵¹, alimentação e ingestão de bebidas durante o trabalho de parto, posição verticalizada durante o parto, parto em casa e o contato interrompido entre mãe e bebê. Para o autor, apenas as parteiras profissionais têm a possibilidade de ter acesso à alta tecnologia e às ligações mundiais. As parteiras pós-modernas estão, sempre, antenadas com tudo o que acontece ao seu redor, mesmo que seja do outro lado do mundo (DAVIS-FLOYD, 2007a).

⁵¹ É o procedimento de “viragem” do bebê no momento do parto.

Onde existem poucos médicos e parteiras dominam, parteiras profissionais têm oportunidade de se estabelecer com certa autonomia profissional e podem fazer escolhas cultural e individualmente da forma como interagir com as parteiras tradicionais.

Where doctors are few and midwives predominate, professional midwives have opportunities to establish themselves as relatively autonomous practitioners and can make culturally and individually reasonable choices about how to interact with the local traditional midwives (DAVIS-FLOYD, 2007b, p.169).

Na Inglaterra, o sistema de saúde é organizado, respeitando, a presença das *midwives* (parteiras) desde os três meses de gestação com grupos de ensinamento profilático, e depois do parto também participam de grupos com as novas mães. Lá, o índice de cesáreas era de 11% no ano 2000 (e São Paulo, na rede pública era de quase 63%) (WINTER, 2004).

As parteiras inglesas fazem visitas diárias depois do parto, oferecendo suporte emocional, ouvindo queixas, choros e pedidos de ajuda da nova mãe. Sua visita é uma ocasião esperada pela mãe, que, geralmente, serve um chá com a presença de familiares e visitas. Estão sempre à disposição, com seus bips ligados, e quando necessário, fazem visitas não marcadas às mães. Geralmente, residem próximas às famílias que assiste, facilitando o deslocamento (WINTER, 2004).⁵²

A importância de sua voz política é assegurada pela ampla organização que possuem mundialmente, e por defenderem não apenas seu papel, mas também o das mães para quem prestam assistência. Também trabalham com autoridades governamentais e estão inseridas em debates locais, regionais, nacionais e mundiais sobre sua prática (DAVIS-FLOYD, 2007a).

Enquanto as parteiras pós-modernas são caracterizadas como tendo consciência de sua missão para preservar os interesses das mulheres em partos realizados por elas; senso de autonomia; dedicação ao seu modelo humanístico e transnacional de sua prática e consciência

⁵² Três meses após o nascimento, realizam reunião de grupo de com novas gestantes, proporcionando troca de experiências no Centro de Saúde do Município. Considera-se que esse trabalho das *midwives* inglesas traz uma série de benefícios, tais como: diminuição do índice de depressão pós-parto, aumento do aleitamento materno e diminuição de cólicas infantis (WINTER, 2004).

do movimento social de atendimento a saúde da mulher do qual fazem parte, podemos dizer que a situação é um pouco diferente com as parteiras tradicionais. As tradicionais parteiras já foram estudadas e entendidas como sendo sem conscientização dos sistemas locais e subordinadas às práticas modernas da biomedicina. O autor relata ter conversado com parteiras brasileiras que se encaixam nesse perfil. Entretanto, considera que isso é um equívoco. Para ele, estes estudos sobre as parteiras tradicionais aparentam ter inadequada percepção e perspectiva relativista da realidade das parteiras profissionais.

O autor fala do paradoxo contemporâneo em que enquanto algumas lutam para adaptar suas práticas aos avanços da biomedicina, trazendo inovações, outras trabalham com afincamento no objetivo de marginalizar seus antecessores. Assim, há casos de parteiras que são treinadas por cursos aprovados pelo governo, e vão para os centros rurais ensinar e cooperar com as parteiras locais, mas há também as que adotam atitudes arrogantes, desrespeitam as mulheres da comunidade, provocando assim, desencorajamento com relação ao próprio trabalho e sem apresentar a perspectiva centrada na mulher (DAVIS-FLOYD, 2007b).

No México, é normal encontrar parteiras que utilizem intravenosa para hidratação, vestem-se com jaleco azul e dão injeções de ocitocina para agilizar o trabalho de parto. Essas são ações que consideram modernas, que são acrescidas com massagens, tratamentos com ervas e crenças religiosas. Podemos encontrar: *dopplers* próprios que usam com grande habilidade; duas camas, sendo uma para os familiares; certificados de cursos demonstrando sua educação continuada (de aromoterapia à anatomia); painéis com as posições fetais. Elas também utilizam óleos vegetais e remédios homeopáticos. O autor relata como se surpreendeu ao ver uma parteira mexicana com uma maca e estribo metálico. A parteira justificou sua ação dizendo que pais, sogras e avós acreditam na eficácia oferecida pelos hospitais e seus procedimentos. Eles querem que ela aja como uma médica, e ela segue um pouco isso (DAVIS-FLOYD, 2007a).

Muñoz e Castañea-Camey (1999), em pesquisa realizada com parteiras numa região rural do México, chegaram a intolerâncias e resistências em seus comportamentos. Entretanto, foi percebido que elas, geralmente, são contra o aborto (induzido), mesmo tendo condições de ajudar às mulheres nesse momento. É algo que vai contra sua própria cultura e tradição. Também apresentam resistência para dar informações sobre planejamento familiar.

Parteiras tradicionais praticam sua assistência, muitas das vezes, de forma anônima, e só buscam os hospitais quando precisam transportar a cliente (DAVIS-FLOYD, 2007a).

No Estado de São Luís Potosi, no México, pode-se perceber a recusa de uso de práticas inovadoras, como, por exemplo, os materiais para cortar o cordão umbilical. Acredita-se que isso seja devido ao significado da ação e por uma falta de disposição das parteiras. As instituições de saúde devem sempre se basear não apenas nas técnicas já conhecidas, mas buscar entender o que realmente ocorre com os costumes e crenças dos sujeitos envolvidos. A tradição que elas exercitam também lhes garante o reconhecimento diante da comunidade. Lá, as instituições já reconheceram o papel das parteiras, mas, ainda, é necessário que se deseje a possibilidade de incorporá-los como recurso importante para a atenção primária, devido a sua experiência, conhecimento e posição privilegiada na comunidade (PELCASTRE *et al*, 2005).

O MS deve realizar investimentos e formular políticas públicas para a inclusão das parteiras no SUS. Universidades devem fazer parte dessa mudança, estabelecendo parcerias com organismos oficiais e serviços de saúde. A capacitação formal parece ser uma importante ação, podendo ser nos diferentes níveis: graduação de obstetrites, especialização de enfermeiras e técnicas em enfermagem; treinamento de auxiliares de enfermagem e de parteiras tradicionais (RIESCO e FONSECA, 2002).

A formação para parteiras pode ser entendida de forma bastante conflituosa. Osawa *et al* (2006) apresentam um histórico de como isso ocorreu desde a legitimação do poder médico

na obstetrícia. A Universidade de São Paulo, em 1939, criou o curso de partos, respeitando a legislação da medicina. Depois de dois anos, acabaram desistindo e, em 1943, exigiram o curso de enfermagem para a realização deste curso que se transformou em especialização em Enfermagem Obstétrica, seguindo a legislação de ensino de enfermagem.

É interessante apontar que o surgimento da profissão de enfermagem passou por problemas com a atuação das parteiras. Ambas eram desvalorizadas pelo saber médico, mas as enfermeiras tiveram Florence Nightingale que organizou a enfermagem, convenceu os médicos do Exército de que elas poderiam lhes ser úteis. As parteiras e enfermeiras tinham problemas entre si. Enquanto as enfermeiras as viam como supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas, as parteiras as consideravam como servas dos médicos (OSAWA *et al*, 2006).⁵³

Uma pesquisa realizada no Brasil com profissionais de saúde revelou que para eles, a parteira ideal é um mal necessário. Ela é o não médico que substitui o original diante da carência de recursos. Esse discurso se baseia na premissa de que enquanto houver pobreza e mulheres que os médicos não querem assistir, elas existirão. Ao mesmo tempo, estes profissionais apresentaram discursos que apontavam para a visão de que essa é a parteira de sempre, que sempre existiu e sempre existirá (RIESCO e FONSECA, 2002).

É entendido que a especialização de enfermeiras obstétricas não é suficiente para modificar o modelo assistencial existente. Universidades e escolas de enfermagem devem se unir e desenvolver modalidades de capacitação formal de parteiras nos diferentes níveis de graduação: obstetrizes, especialização de enfermeiras, treinamento de auxiliares e enfermagem e de parteiras tradicionais. Segundo Osawa *et al* (2006), é o momento de ressurgimento de curso de obstetrícia, não mais tutelado nem pela medicina, nem pela enfermagem. Em prol das boas práticas de parto e nascimento, essa iniciativa pode se inscrever.

⁵³ Interessante observar como a crítica às parteiras, hoje, feita pelas enfermeiras é semelhante às feitas no passado pelos médicos.

Conforme Luz já salientou, Melo (2003) reforça a idéia de que há a necessidade do retorno do professor na sala de parto para que essa situação do uso abusivo de cesáreas se modifique. “O professor precisa seduzir o aluno, no sentido de saber que o epílogo da arte e ciência da obstetrícia é o parto normal” (MELO, 2003, p.41).

Para a autora, a formação do obstetra, no Brasil, geralmente, se dá em hospitais terciários, que são hospitais de referência para gestantes de alto risco. Os médicos se tornam caçadores de doenças, não vão fazer partos normais e aprendem que soluções cirúrgicas são ótimas opções. O parto cirúrgico se torna ato normal, e eles interiorizam que o corpo da mulher é incapaz de funcionar naturalmente.

Complementa que professores e chefes de clínica entendem que é mais fácil operar e não humanizar, pois o conhecimento cirúrgico é mais fácil que o emocional. Quanto mais passiva a paciente, mais fácil sua atuação. A conveniência dos médicos é o ponto alto da organização dos serviços de saúde, e não o bem-estar de mães e bebês.

É necessário que haja uma mudança do olhar que a medicina e a enfermagem têm da mulher-reprodutora-parideira, para deixar de ser simples objeto de intervenção e saber. Os programas dos cursos de medicina são estáticos e corporativos no que diz respeito ao parto (RIESCO e FONSECA, 2002). Depois deste passeio pelas transformações que a arte de partejar sofreu, chegamos, finalmente, à humanização no que diz respeito à assistência pré-natal e puerperal.

3.5 Humanização no ciclo gravídico-puerperal

A temática da humanização se fortalece ao abordar atos relativos ao nascimento. Podemos perceber como a dimensão visível da humanização é ressaltada por teóricos do assunto. Dentre os aspectos da dimensão visível, destacamos as condutas que seriam

humanizadas como o uso de bolas de fisioterapia, massagens, banheira; parto com ou sem a utilização de anestésico, dependendo de quem indica esse procedimento. As práticas médicas exercidas por enfermeiras obstétricas ou doulas são fortemente indicadas (DIAS e DESLANDES, 2006b).

Atualmente, vivemos um problema devido aos elevados índices de cesárea desnecessária e a OMS sentencia a necessidade de melhorá-los. Além disso, objetiva-se oferecer assistência ao parto e nascimento de forma a respeitar as mulheres, indo contra qualquer forma de violência. No Brasil, uma estratégia para modificar essa situação foi a criação do Programa Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Humanização (PNH). Além destas criações governamentais, ONGs e teóricos também discutem essa questão.

Em seguida, traçamos um percurso visando à compreensão desta temática, associando-a as discussões sobre as dimensões da humanização que foram apresentadas no capítulo anterior. Para iniciar nossa discussão, utilizamos a pesquisa realizada por Diniz (2005) que demonstra como o termo humanização foi utilizado na assistência ao parto.

No início do século XIX, Fernando Magalhães e o professor Jorge de Rezende defenderam a narcose⁵⁴ e o uso do fórceps⁵⁵ como formas de se humanizar o parto. Era uma forma de humanização que se opunha à visão da Igreja Católica sobre o parto. A lógica católica associava o parto ao processo de expurgação do pecado da mulher. No livro Gênesis da Bíblia, há a passagem em que Eva recebeu sua “pena” de Deus que lhe disse: tu mulher, parirá com dor seus filhos (TEIXEIRA e PEREIRA, 2006). Entendia-se que o sofrimento era intrínseco à condição feminina, cerne da moral católica relativa ao gênero e à sexualidade

⁵⁴ Narcose: sonolência causada pela ação de um narcótico.

⁵⁵ Uma parteira, do século XVIII, descreve o fórceps como um substituto insignificante e poderoso de suas próprias mãos, com as quais tinham certeza de que conduziriam suas manobras com mais segurança, eficiência e menos sofrimento para a paciente (MARTIN, 2006a).

(TORNQUIST, 2005). E qualquer procedimento que não apoiasse as dores do parto era considerado ilegal.

Havia a crença de que a maternidade somente era vivida de forma plena quando a mulher passasse pelas dores do parto, caracterizadas como naturais, benéficas e teologicamente corretas. O uso de anestesia era condenado pela Igreja, considerando que a utilização desta tinha o intuito de suprimir o sofrimento físico da pessoa. Seguindo a premissa defendida pela Igreja, alguns obstetras criticavam o uso de anestesia. Deduziam que ao serem anestesiadas as mulheres sofriam excitação sexual, apresentando comportamentos inadequados com linguagem lasciva. Estes estariam possivelmente ligados ao momento do ato sexual. Havia possibilidade de médicos menos dignos se aproveitarem do estado de inconsciência das mulheres para praticarem atos libidinosos. Por outro lado, defensores do uso de anestesia concluíam que tais justificativas eram infundadas. Existiam devido às mentes dos praticantes inescrupulosos e não a partir do comportamento das mulheres (ROHDEN, 2002).

A compreensão do parto se alterou. Deixou de ser uma experiência com sentido simbólico religioso de expurgar o pecado. Passou a ser visto como uma tortura fisiológica para mulher, podendo processar sequelas sexuais, assim como a criança podia sofrer esmagamento patogênico de sua cabeça na pélvis da mãe. Para evitar essas consequências, o parto deveria ser num hospital, com sedação. A mulher imobilizada, alienada de sua experiência. O médico fazia o parto, retiraria a criança por meio de recursos como episiotomia, fórceps e cesárea (MELO, 2003).

Seguindo essa compreensão intervencionista os profissionais que assistiam ao parto deveriam ter uma mudança de ação diante do sofrimento da mulher. Com a missão de auxiliar as mulheres, a obstetrícia começou a compreender o parto como um evento medonho, que implicaria grandes riscos e sofrimentos e um fenômeno fisiologicamente patológico (DINIZ,

2005). Contrário a essa posição, Nogueira (2006) salienta que o parto deveria se ater à simplicidade fisiológica, pois é um fenômeno que não demanda, necessariamente, uma atenção especializada, podendo às vezes ser até realizado pela própria parturiente. Os poderes benéficos do parto devem ser valorizados, pois assim a mulher o viverá como fonte de força ordenadora, de poder vital, interior e propulsor, que se expressa em autoestima, integridade, dignidade e responsabilidade. O autor reforça a idéia de que devemos valorizar os aspectos simbólico e espiritual do parto, e não ficarmos míopes em nossa cultura materialista e tecno-obstétrica.

A alienação da experiência pessoal pode privar a gestante da sensação de uma energia especial, segundo Martin (2006c) que utiliza a metáfora de um surfista para demonstrar o que ocorre com a mulher quando dá a luz. Para ela, esta mulher é o canal percorrido pela Força Vital, pela energia da criação e da transformação. É uma vivência difícil de ser controlada, mas como um surfista se controla ao ser levado pelas grandes ondas, a mulher deve procurar manter o equilíbrio, ao mesmo tempo, que se entrega à experiência. Para a autora o parto é uma forma de união sexual.⁵⁶

A hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber pelos médicos (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005). Nesse processo, o parto que só ocorria entre mulheres, num ambiente restrito e familiar, foi se transformando num evento que ocorre em cenário público, institucionalizado, respeitando regras, para assegurar os melhores resultados maternos e perinatais previamente estabelecidos (MELO, 2003). Spink (2003) trata disso e afirma que o processo de hospitalização ocorreu graças à transformação do hospital, que antes era um morredouro passando a ser uma casa de preservação da vida. Complementa que a

⁵⁶ O parto ainda pode ser comparado à união sexual na medida em que ambos são eventos criativos. A qualidade e a intensidade da energia presente e a entrega total durante os eventos estão intimamente relacionadas. Além disso, pode-se compreender o parto como esse fluxo de energia vital o que nos leva a compreensão de que a mulher está numa posição passiva, tendo a contração como evento no qual os músculos uterinos se contraem em intervalos e empurram o bebê para fora. A mulher consegue relaxar, o bebê consegue passar mais rápido, e ela tem a possibilidade de viver esse momento experienciando a força vital (MARTIN, 2006c).

criação de regras nos hospitais diminuiu a autonomia⁵⁷ e o autorrespeito das pacientes. A autonomia da mulher no trabalho de parto é feita a partir da abordagem psicofisiológica, em que há integração harmoniosa entre mente, corpo, coração e alma. Nessa, mente e corpo, alinhados, estão em sincronia e unidade, entregando-se à nova vida que chega. Além disso, o parto é considerado como uma jornada interior, pois o nascimento é visto como oportunidade de crescimento psicológico para a mulher, por construir sua própria experiência de aprendizado (MARTIN, 2006c).

Entretanto, essas visões simbólicas foram deixadas de lado, principalmente, nos hospitais. A medicina ocidental, seguindo o pensamento cartesiano, transformou o corpo em máquina. Nos séculos XVII e XVIII, nos hospitais franceses, havia a compreensão de que ventre e o útero formavam uma bomba mecânica que funcionava de forma adequada para a expulsão do feto em situações específicas. O uso de instrumentos como o fórceps serviam de substitutos para as mãos da parteira. A tecnologização do parto servia para que o médico consertasse a máquina, o corpo da mulher. A partir dessa premissa o atendimento pré-natal começou a se desenvolver. O médico monitorava a gravidez e intervinha no trabalho de parto para iniciá-lo e terminá-lo (MARTIN, 2006a).

Enquanto Melo (2003) associa esse processo à transformação da mulher em espectadora do nascimento, perdendo o direito de parir com naturalidade e de expressar com seu corpo as próprias crenças sobre o parir, Nagahama e Santiago (2005) atrelam a esse fenômeno à desumanização, em que a mulher se torna objeto de intervenção das práticas médicas. Assim, o parto tecnológico (vaginal ou cesárea) ocorre nos hospitais e a rede de solidariedade se fragmenta, vizinhas, amigas e parentes deixam de ter papel fundamental no

⁵⁷ A elaboração do plano de parto está vinculada à autonomia da gestante e deve ser respeitado pelos profissionais. A mulher deve ter direito ao acompanhante de sua escolha, e de ser informada sobre todos os procedimentos a que será submetida e ter seus direitos de cidadania respeitados (DIAS e DOMINGUES, 2005).

nascimento. Melo (2003) afirma que a mulher fica aprisionada nos procedimentos o que desvaloriza profundamente a sensibilidade materna.

A discussão proposta por Diniz (2005) caminha na mesma direção dos demais autores que enfatizam a recuperação da atenção à mulher.

Segundo alguns médicos, com o intuito de diminuir a dor e aumentar a segurança, várias tecnologias foram introduzidas no processo de parturição. Entretanto, segundo Dias e Deslandes (2006a), o maciço uso da tecnologia na assistência ao parto levou à desumanização do mesmo, inclusive trazendo riscos de iatrogenia para as mulheres e os bebês.

Relembrando as altas taxas de mortalidade materno e neonatal, há uma associação entre elas e o uso irracional de tecnologias, segundo Diniz (2005). A humanização das questões relativas ao nascimento surge como estratégia para combater esse problema. Assim, retornamos à discussão sobre tecnologia, agora, mais precisamente, em relação ao parto e à experiência da mulher.

Mitos que afirmam ser o parto normal só sofrimento são evidenciados. Parto vira sinônimo de terror, impotência, sofrimento e alienação. Assim é fácil de entender porque a mulher passa a aceitar a cesárea como a melhor forma de dar à luz: sem medo, sem risco e sem dor. O parto vaginal passa a sofrer com a imposição de rotinas; da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias, que atrapalham o desencadeamento natural fisiológico do parto.

Segundo Spink (2003), do ponto de vista da obstetrícia moderna, não podemos nos esquecer de que a maioria dos partos é um evento normal em que os processos naturais prevalecem. A autora salienta que em algum momento houve a tomada do poder da medicina sobre o parto, talvez tenha sido quando ele se tornou um risco potencial tanto para a mãe quanto para o bebê, e houve necessidade de intervenção. Acredita-se que esta pode ter tido origem nas ações dos primeiros parteiros que utilizavam fórceps, trabalhavam em hospitais-

maternidade e usavam anestesia. A ênfase médica no anormal também pode servir de explicação para esse processo de intervenção seja cada vez maior. Desta forma, medidas preventivas estão em voga: anestesia e episiotomia. Além das intervenções físicas, implicações sociais e psicológicas ocorrem com as mulheres em trabalho de parto.

O uso adequado de tecnologia não deve ser abandonado, mas se deve priorizar a qualidade do cuidado e a segurança para mãe e bebê (MELO, 2003). Nesse sentido, Diniz (2005) evidencia que o movimento de humanização surge e reivindica o uso de tecnologia apropriada.

Uma possibilidade de mudança na assistência gravídico-puerperal é a inclusão de enfermeiras obstétricas⁵⁸. Por isso, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo estimula a formação de enfermeiras obstétricas e sua atuação junto aos médicos, o que poderia reduzir o número de cesáreas e diminuir índices de mortalidade (MELO, 2003).⁵⁹

Uma pesquisa realizada por Osawa (1996 *apud* MELO, 2003) utilizando dados da experiência em Centros de Nascimento nos EUA, comparou as características do trabalho médico e das enfermeiras no acompanhamento do parto. Para os médicos, as enfermeiras prestavam sua assistência às parturientes excedendo em cuidado, porém faltando intervenções. E para elas, era o inverso, havia excesso de intervenções dos médicos, entretanto, com insuficiência nos cuidados.

Diniz (2005) comenta que a humanização do parto no setor privado é valorosa por criar possibilidades de proporcionar o exercício de direitos, de viver a maternidade, sexualidade, paternidade e a vida corporal de uma forma natural, sofrendo o mínimo de

⁵⁸ A Lei do Exercício Profissional (LEP nº 7.498 de 1986) regulamenta que os enfermeiros obstétricos devem: prestar assistência à parturiente e ao parto normal; identificar distócias; tomar providências até a chegada dos médicos; realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local quando necessária (MELO, 2003).

⁵⁹ Em 1997, o Conselho Federal de Medicina iniciou campanha para diminuir a epidemia de cesáreas. Um projeto de conscientização de mães e médicos, com objetivo de evitar cesáreas inúteis e abusivas, buscando alcançar parâmetros da OMS. O MS criou a portaria nº 2816 de 1988, e considerou que as elevadas taxas de cesárea são fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (MELO, 2003).

intervenção possível. Pode-se dizer que é o retorno do parto como experiência humana, e não apenas uma escolha entre cesárea ou parto violento.

É relevante evocar que nos EUA há uma tentativa de unir essa premissa, respeitando o modelo médico do parto. A Carta dos Direitos da Paciente Grávida (*Pregnant Patient Bill of Rights*) preconiza que toda paciente deve saber dos riscos que está exposta, para a sua segurança e a do bebê. Assim como, ser informada de qualquer ação e de sua consequência. Considerando ação: uso de medicamentos, procedimentos ou terapia. Martin (2006c) sustenta que as atividades que são abordadas num hospital, geralmente, são determinadas pelos médicos, e não pelas parturientes. Entretanto, demonstra como o movimento de pressão dos consumidores pode trazer mudanças nessa relação ao forçarem procedimentos que às vezes não são benéficos.

Existe a “cesariana centrada na família”, modelo de parto que dá a parturiente a possibilidade de anestesia; permite a presença do parceiro; deixa os pais e o bebê ficarem juntos logo após o parto e oferece terapia à mãe. É a transformação da cesariana em parto centrado na família. Pode ser visto como uma estratégia do hospital e dos médicos de incentivarem, ativamente, a mulher que já fez cesariana a tentar o parto normal vaginal, ou que é saudável ter seus filhos em casa.

A assistência ao parto apresentou diferentes modelos: parto sem dor (PSD)⁶⁰ na Europa; parto sem medo dos ativistas do método Dick-Read⁶¹; método Lamaze e Leboyer⁶²;

⁶⁰ O PSD não apenas acentuava a capacidade psicológica e fisiológica de a mulher dar à luz de forma satisfatória e feliz, com a presença do pai, mas ainda propunha - tal qual os seus sucessores libertários - uma ruptura com as gerações passadas, em função da ideologia cristã que lhes impregnara as mentalidades quanto ao parto (TORNQUIST, 2005).

⁶¹ Tanto Dick-Read quanto Lamaze questionavam o excesso intervencionista de médicos e enfermeiras no corpo das mulheres. Preocupavam-se em recuperar o protagonismo das mulheres no parto, enfatizando suas condições inatas de viver o parto de forma não traumática. Além disso, eram contra a separação mãe-bebê, as técnicas artificiais de nutrição e a submissão das mulheres às normas médicas e às rotinas. O parto Lamaze surgiu na França, no pós-guerra no início dos anos 50. Lamaze propunha que era possível a mulher dar à luz de uma forma prazerosa, consciente, tendo o domínio do seu corpo e de suas emoções (TORNQUIST, 2005).

parto natural do movimento hippie e da contracultura. Já o movimento feminista associou as reivindicações sobre o parto aos direitos humanos, partindo de direitos reprodutivos e sexuais. Surgindo assim a abordagem psicosssexual do parto de Kitzinger; a redescrição da fisiologia do parto por Odent⁶³; e a proposta de parto ativo de Balaskas⁶⁴. Atualmente, há uma abordagem do parto como experiência genital e erótica⁶⁵ (DINIZ, 2005).

A incompreensão do trabalho de parto como um evento, com aspectos sócio-psicológicos mais amplos, pode levar a visão de mulher como máquina reprodutora, que passa pelo evento de um nascimento por si só, e não na mulher parturiente enquanto pessoa. Já quando da maior aproximação entre parteiras e parturientes resultava em uma partilha de experiências, pois as parteiras tendiam a oferecer suporte de outras formas de partos, quando conversavam sobre suas experiências enquanto mãe e esposa (SPINK, 2003).

⁶² O obstetra Leboyer tem seu trabalho focado no recém-nascido, seguindo os seguintes procedimentos: pouca luz, silêncio, massagem nas costas do bebê, esperar o cordão parar de pulsar para o bebê fazer a transição respiratória de forma mais suave, banho do bebê perto da mãe, amamentação precoce (MORAES, 2006).

⁶³ Odent começou a usar a banheira com água quente para o conforto das parturientes. Havia o alívio da dor em algumas, e o bebê nascia na banheira. O uso da água quente no trabalho de parto é utilizado para combater a tensão e a dor, ajudando na dilatação do colo do útero. O nascimento para o bebê é muito mais suave e o períneo da mãe ganha maior flexibilidade com a água quente (MORAES, 2006). Martin (2006c) nos apresenta uma nova forma de compreender o trabalho desenvolvido por Odent, que se refere às mulheres em trabalho de parto, como aquelas que voltam atrás no tempo e na evolução, em direção a um estado mais simples, animalesco e livre de autocensuras. A autora salienta que nessa ótica, Odent devolve o parto para as mulheres, reafirma sua concepção de ser animalesco, pertencente à natureza e não à cultura. Assim, acaba excluindo a mulher da cultura, que seria uma atividade superior dos homens. Para ela, Odent deveria considerar essas mulheres engajadas numa atividade de nível superior e não relegá-las ao domínio natural da domesticidade.

⁶⁴ Gestantes em aulas de yoga eram preparadas por Balaskas para uma postura mais ativa no parto. A liberdade para movimentação das mulheres permitia que seguissem seus instintos e a lógica fisiológica do corpo durante o parto (MORAES, 2006).

⁶⁵ Este tipo de parto é apresentado no filme Parto Orgásmico de Debra Pascali-Bonaro. Há um tipo de parto como encontro íntimo entre marido e mulher. Eles darão à luz, sozinhos, respeitando a intimidade que teriam numa atividade sexual. Nesse caso, o sexo genital é escolhido como metáfora para se falar em parto. Fantasiar, abraçar, beijar e acariciar fazem parte desse tipo de vivência de parto, como ocorrem em manifestações da sexualidade humana. Se uma mulher auxilia esse trabalho de parto, manuseia as partes íntimas da parturiente, isso é considerado como uma experiência homossexual, pois apenas seu marido deveria fazer isso (MARTIN, 2006c).

Dias e Domingues (2005) enfatizam que o profissional, além de respeitar os aspectos fisiológicos, deve oferecer o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação de laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.

Martin (2006c) salienta a importância de se compreender os seres humanos como ser integral, com todas suas partes inter-relacionadas. A autora questiona sobre como seria a preparação de mulheres para parir se não estivessem inseridas em cenários em que existe apenas a linguagem científica tradicional. Ela mesma nos responde ao relatar a experiência de uma que depois de passar por um trabalho de parto que durou dias, resumiu sua vivência da seguinte forma: “eu me senti inteira” e, como o bebê não respirou de imediato, a parteira soprou suavemente em seu rosto para incentivá-lo a reagir.

Hoje a crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto pode ser ampliada quando se pensa em assistência pré-natal⁶⁶. É importante que, a partir de uma perspectiva construtivista, se traga para o campo do simbólico a experiência de estar grávida, percebendo a indissociabilidade das dimensões biopsíquicacultural, articulando isso ao sistema cosmológico da mulher em questão, elaborado a partir de suas vivências acerca de vida, morte, natureza, cultura e humanidade (TEDESCO, 1999). Dar voz à mulher, valorizar a sua posição como gestante implica numa mudança na cultura de assistência em saúde, e a humanização luta por isso.

A OMS propõe a redução de tais procedimentos e não a sua eliminação. As medidas humanizadoras buscam desestimular o parto medicalizado, considerado tecnologizado, artificial e violento, e incentivar práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia feminina e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

⁶⁶ A assistência pré-natal é vivida de forma satisfatória pelas gestantes quando elas são atendidas sem tanta demora (a espera pela consulta pode ser de até três horas); recebem informações sobre a gestação e o parto; podem falar de suas experiências como gestante com o profissional e tirar dúvidas; recebem de forma gratuita os medicamentos prescritos pelos profissionais (DIAS e DESLANDES, 2006a).

Como já apresentamos no capítulo anterior, há uma elevada polissemia para se referir à humanização em saúde. Com relação à humanização do ciclo gravídico-puerperal, o mesmo fenômeno ocorre. Tornquist (2002 e 2003) seleciona alguns critérios: estímulo à amamentação e ao vínculo precoce; incentivo ao parto normal e vertical; presença de acompanhante escolhido pela mulher para o processo do parto; alojamento conjunto mãe-bebê; atenção de enfermeiras obstétricas nos partos normais; e inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente.

Dias e Deslandes (2006a) asseguram que a humanização do parto implica na mudança da cultura hospitalar, transformando-o num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras, com uma assistência voltada às necessidades das mulheres.

A descoberta destas autoras nos assusta ao dizer que, geralmente, em hospitais públicos, a mulher não espera receber um tratamento mais individualizado ou uma atenção mais carinhosa no momento do parto, não sendo “bem tratada como a gente deve ser”; e sofre violência verbal ou mesmo física (toque vaginal demorado e doloroso), pois acredita que o simples fato de ter um lugar onde parir já é suficiente. As autoras almejam que a mulher possa receber uma boa assistência não como uma questão de sorte, mas como rotina do serviço e direito que ela possa exigir (DIAS e DESLANDES, 2006a)⁶⁷.

A contribuição de Diniz (2005) sobre a humanização e o nascimento é essencial para fortalecer as diferentes facetas desse fenômeno. Para ela, os sentidos dados à humanização explicitam uma reivindicação de legitimidade do discurso. Primeiro, há a humanização como legitimidade científica da medicina ou da assistência baseada na evidência (orientada pelo

⁶⁷ Além da sorte, mulheres americanas recebem tratamento diferenciado na hora do parto, dependendo da classe social ou a raça. Martin (2006b) chegou a essa conclusão depois de entrevistar mulheres em Baltimore (EUA). A mulher branca de classe média pode protelar sua ida ao hospital, fugindo do controle do cronômetro. A mulher negra de classe trabalhadora, resiste além destas questões aos meios de se evitar maus tratos ou de conseguir que lhe expliquem alguma coisa. Jovens negras têm mais chances de sofrer intervenções e operações, e geralmente possuem mais dificuldade para se tratarem nos pós-partos.

conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). É a prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. Na interpretação de ativistas, a humanização do parto pressupõe que a técnica é política, e os procedimentos estão inscritos nas relações sociais de desigualdade: gênero, classe, raça. Os procedimentos rotineiros incluem a imobilização, a indução das dores do parto e cortes desnecessários na solidão, no desamparo. Objetivam fazer com que a mulher deixe de considerar o parto vaginal como primitivo e arcaico, e enfatizam a compreensão de que a facilitação da fisiologia do parto e a satisfação com a experiência é um comportamento moderno. Os ativistas se apropriam do discurso técnico da OMS, pois suas recomendações expressam a perspectiva do movimento pela mudança, e também trazem procedimentos extraclínicos, tais como acompanhantes do parto e satisfação com a assistência, respeito aos direitos no parto e a abordagem baseada em direitos.⁶⁸

A segunda forma é a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças) na assistência ao nascimento. O cuidado deve promover o parto seguro, com assistência não violenta, relacionada às idéias de humanismo e de direitos humanos. Nesse caso, há direito da usuária em conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicação, considerando, a associação entre os direitos reprodutivos e sexuais e os sociais.

Falar em humanização é uma estratégia que nos permite discutir de forma menos acusatória as violências de gênero e outras violações dos direitos da mulher, tais como: à integridade corporal (não sofrer dano inevitável); à condição de pessoa (direito à livre escolha informada de procedimentos); a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos); e à equidade. Desta

⁶⁸ Uma fala que caracteriza essa visão é considerar que a humanização da parturição é envolver-se com o outro, lembrando que no momento do parto está ocorrendo a separação de dois corpos, que estavam em ampla relação de dependência e contato íntimo. A parturiente precisa de tranquilidade, harmonia e equilíbrio interior nesse momento (MARTINS *et al*, 2005).

forma, o direito de decidir sobre sua vida e saúde não pode se realizar sem que haja direitos sociais que viabilizem suas escolhas.

A terceira legitimidade está vinculada à humanização atrelada à busca de melhores resultados nos indivíduos, de uma assistência adequada que resulta numa dimensão coletiva. A legitimidade epidemiológica (de saúde pública) traz racionalidade ao uso dos recursos. O excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal, e define a necessidade de uma redução de intervenções iatrogênicas com formas de se promover à saúde.

A legitimidade profissional é a quarta forma de se perceber a humanização. A não exclusividade do médico obstetra na cena do parto traz um deslocamento de seu papel privilegiado, recriando as relações e modificando a supremacia médica. Há, ainda, a mudança do centro cirúrgico para uma sala de parto ou casa de parto⁶⁹.

A legitimidade financeira é a quinta forma e serve de suporte para que outros fatores, como vantagens técnicas, afetivas e de justiça, quando se busca justificar a humanização. A economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos nos procedimentos desnecessários e suas complicações, aliada à sonegação de cuidado apropriado às populações carentes, criando uma medicina para pobres, podem apresentar um quadro complexo que remete a constantes indagações diante da prática humanizada.

⁶⁹ Em 1998, a primeira Casa de Parto foi inaugurada em São Paulo a partir de uma iniciativa da Fundação Zerbini do Instituto de Coração da Faculdade de Medicina de São Paulo. Servem às parturientes que não estivessem acometidas por doenças clínicas e/ou obstétricas. A compreensão do parto enquanto evento fisiológico era organizadora das ações de enfermeiro obstetra, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e motorista da ambulância, profissionais que lá trabalhavam. É uma unidade autônoma que geralmente tem convênio com alguma unidade de referência (hospital ou maternidade) (MARTINS *et al.*, 2005). Houve a criação do Centro de Parto Normal, em 1999, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, com objetivo de reduzir mortalidades materna e perinatal; humanizar a assistência nesse período, criando uma unidade, exclusivamente, ao parto normal sem distócias (MELO, 2003). O Centro de Parto Normal de Itapeverica da Serra (SP) segue a premissa de assistência humanizado centrada nas necessidades da cliente e busca oferecer informações a esta, permitindo assim, que exerça seu direito de decidir adequadamente, respeitando seus próprios valores. Dentre os procedimentos, destacamos: parturiente com dieta livre, direito a acompanhante de sua escolha, liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, uso de banhos de imersão, massagens na região lombossacra, exercícios de respiração e relaxamento, estímulos a movimentos corpóreos, entre outros (MACHADO e PRAÇA, 2006).

A legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde é a sexta forma de se compreender a humanização. Há a ênfase no direito da paciente, seguindo uma lógica de mercado, em que o consumidor escolhe. Com isso, novas práticas são introduzidas, como banheiras de hidromassagem para o trabalho de parto; *Labour and Delivery Rooms* e a instalação de salas de pré-parto e pós-parto.

O direito ao alívio da dor⁷⁰ traz a última forma de se perceber a humanização. O uso de analgésicos no parto foi formalmente introduzido no sistema público de saúde, entretanto pouco utilizado, visto que não foram incluídos honorários específicos do anestesista no pagamento do procedimento do parto. Há estudos que indicam que o fator mais importante na lista de boas condições de trabalho do obstetra é a disponibilidade da peridural. No mesmo sentido, Melo (2003) comenta que muitas vezes a cesárea é uma exigência da própria paciente, mulher moderna com visão de maternidade própria, com cada vez mais dificuldade em aceitar o parto natural. O parto é reconhecido como momento desagradável, doloroso e às vezes demorado. Sem desconsiderar a crença de algumas mulheres que acreditando ser benéfico o nascimento em determinada data e hora, força esse tipo de procedimento invasivo e muitas vezes desnecessário em nome da cultura astrológica.

A administração de cada órgão que promove a assistência médica à parturiente aparece como uma das responsáveis pela modificação da qualidade e humanização da assistência pré-natal (BRITO, 2005). Humanizar a maternidade é oferecer serviços de saúde, com ética, qualidade de assistência, e assessoria de profissionais legalmente habilitados e especializados. Com isso, a boa conduta profissional depende tanto do conhecimento científico quanto da valorização pessoal e profissional.

⁷⁰ Spink (2003) diz que ultrapassando a conotação religiosa das dores do parto, a sociedade ocidental é caracterizada por um grande desenvolvimento de anestésias que proporcionam o conforto, mas que também podem ser vistas como uma forma efetiva de controlar a mulher no trabalho de parto. Os partos ocorrem em hospitais, com uso de anestésico, mas a autora enfatiza que os efeitos colaterais no bebê como problemas respiratórios ou mudanças de seu comportamento não são tão difundidos como os benefícios do alívio da dor.

Com frequência a humanização em saúde nos é apresentada como um desafio que parece ser de responsabilidade exclusiva da ação do profissional dirigida aos usuários dos serviços de saúde. Contudo não podemos e não devemos esquecer que a humanização também deve ser estendida ao profissional através de ações que envolvam seu processo de trabalho (LAMY *et al*, 2005, p.666).

Um desafio para a operacionalização da humanização seria a adoção de políticas públicas que expressassem claramente seus objetivos e os resultados esperados com a sua implementação. A construção de uma relação profissional de saúde-paciente pautada no reconhecimento de que a mulher deve ter seu direito de cidadania assegurado influi no processo do cuidado que vai receber, bem como a possibilidade de optar por maior ou menor grau de intervenção, porém isso não faz parte de nossa cultura assistencial (DIAS e DESLANDES, 2006b).

Diante das indagações sobre a humanização no ciclo gravídico-puerperal, percebemos que há uma demanda imensa de mudança. Assim, no Brasil, em 1999, houve a criação do prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas que deveriam propiciar: presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto; assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras e controle das taxas de cesárea (BRASIL, 2004b).

No PHPN, a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Apesar de ser um programa desenvolvido antes da PNH, apresenta as mesmas características, indicando aspectos que devem ser respeitados, como o dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Além disso, ressalta que os profissionais devem receber a usuária com atitude ética e solidária. O ambiente da instituição deve ser acolhedor, o que diverge das rotinas hospitalares que geralmente criam isolamento à usuária. Ao indicar que os profissionais devem adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto, fortalece sua função de promover a redução de práticas

intervencionistas que são desnecessárias e não trazem benefícios à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2000b).

O programa traz uma lista de direitos das gestantes e dos recém-nascidos, que serve de base ao funcionamento da instituição que os acolhe. Ele se estrutura nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso à assistência digna e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Pode-se mencionar algumas estruturas centrais no processo de humanização: respeito à fisiologia do trabalho de parto, à garantia da presença de acompanhante(s) da escolha da mulher e ao suporte físico e emocional para ela e sua família; acatamento dos desejos da mulher expressos em seu “plano de parto”, construído ao longo da gestação junto com profissionais da saúde; ambiente para que ela seja a protagonista desse momento tão carregado de sentido humano para ela.

...a utopia por um mundo melhor, ao invés de um ideal inatingível ou historicamente superado, está viva, resiste e também se fermenta no cotidiano dos serviços de saúde, tanto entre a população brasileira que cotidianamente busca no SUS um alívio para sua dor e sofrimento e que “não perde a mania de ter fé na vida”, quanto entre os profissionais da saúde que, em sua maioria, não desistem de lutar por uma assistência digna, integral e humana. Cabe-nos potencializar e canalizar essas resistências para uma retomada da luta política pelo direito à saúde na qual, além dos movimentos populares, certamente figurarão como atores e atrizes os profissionais da saúde, os/as pesquisadores/as do campo sanitário, as/os feministas, os/as militantes dos movimentos contra a discriminação racial e étnica e tantos outros segmentos da sociedade brasileira desde há muito engajados na luta contra todas as formas de desigualdades - sociais, de gênero e raciais/étnicas (BARBOSA, 2006, p.346).

Mesmo com as tentativas de mudanças, o quadro fúnebre de mortalidade materna ainda é elevado. Em 2009, no Estado do Rio de Janeiro, foi lançada uma campanha de prevenção de mortalidade materna. Neste Estado, as mulheres peregrinam para encontrar uma maternidade onde possam ter seus filhos (JUSBRASIL, 2009). Muitas vezes correndo risco de vida, chegando às vezes ao óbito.

Concluimos que a humanização apresenta diversos significados. A dimensão visível foi divulgada pelas visões de Tornquist (2002 e 2003), Dias e Deslandes (2006a); Diniz (2005) e Melo (2003). A contribuição recorrente na literatura é que a mulher tem direitos. Estes direitos vão desde a presença de acompanhantes de sua escolha, até a conceber junto com seu obstetra de um plano de parto.

Ao analisarmos direitos como estes, podemos classificá-los como correspondentes à dimensão visível da humanização. Nesse momento, é importante retornarmos à discussão de Barbosa (2006), quando questiona de que tipo de mulher falamos quando criamos um programa de saúde. Aproveitando essa indagação, podemos buscar entender de que tipo de mulher o PHPN e os teóricos falam. Mesmo que as questões relativas às condições biopsicossociais sejam mencionadas, buscamos entender como produzir partos humanizados em mulheres tão diferentes e para quem o próprio sentido de humanização possa ser também tão diferente.

Na dissertação de mestrado, busquei o significado de humanização para gestantes, e evidenciou-se a importância de conversar com o profissional de saúde, ter suas dúvidas explicadas e ser perguntada. Ao falar com o profissional que deve lhe passar tranquilidade, a paciente deve sentir que está sendo cuidada, tratada com respeito para poder confiar, sentindo-se segura (SOARES, 2005)⁷¹. Para complementar essa pesquisa, era necessário escutar os

⁷¹ A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola pública da cidade do Rio de Janeiro.

obstetras e identificar os significados que davam à humanização. Assim, buscamos uma maternidade pública onde a pesquisa pudesse ser realizada.

4 METODOLOGIA

O projeto de pesquisa “Obstetras e Humanização” foi inscrito no SISNEP (Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos), submetido à Comissão de Ética da Maternidade-Escola e aprovado em 27 de fevereiro de 2008, conforme anexo 2.

A entrada na Sala da Enfermaria da Maternidade escolhida como pesquisadora, objetivando identificar como obstetras compreendem a humanização no ciclo gravídico-puerperal, me proporcionou questionar os significados da humanização em saúde. A polissemia já é conhecida pela revisão de literatura, mas no início eu não imaginava como poderia modificar minha forma de compreender aqueles profissionais e seus fazeres cotidianos.

Mesmo com os avanços dos estudos em saúde utilizando a perspectiva qualitativa aliada à quantitativa (DESLANDES, 2002), não escolhi utilizar essa trajetória de pesquisa. Uma pesquisa qualitativa foi realizada *in loco*, pois o foco de interesse estava nos significados atribuídos à humanização e às relações interpessoais em jogo na assistência às grávidas e puérperas para aqueles obstetras. A metodologia envolveu uma abordagem etnográfica, observação participante e entrevistas semiestruturadas. As observações da equipe de obstetras na sala da enfermaria ocorreram de setembro a dezembro de 2008, e as entrevistas de março a julho de 2009.

Na Maternidade, os profissionais trabalham em dias diferentes, não sendo sempre a mesma equipe de atendimento na enfermaria. Por isto, escolhi observar uma equipe de obstetras, que atua sempre num determinado dia da semana.

As entrevistas foram organizadas, seguindo um roteiro pré-elaborado (Anexo 4). Os quatro obstetras e a residente participantes assinaram o TCLE - Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (Anexo 3). O material gravado foi transcrito para ser submetido à Análise de Conteúdo segundo Bardin (1991), através de codificação para posterior categorização.

Após o término da análise das entrevistas, foram oferecidas aos participantes a devolução dos dados obtidos e sua discussão teórica.

4.1 Em campo

Este é um dos desafios que o hospital coloca para aqueles que se propõem a compreender melhor seu funcionamento: aprender a escutar o diferente, o singular, o dissenso e, também, a possibilidade de linhas de fuga, de criação, de protagonismo dos atores, mas, ao mesmo tempo, a sua relação com uma complexa rede de instituídos que teima em reproduzir modos de se construir relações que julgamos tão necessário e urgente mudar (BERNARDES *et al*, 2007, p.869).

As palavras acima indicam um caminho tortuoso, em que os estudos teóricos se combinam ou contrapõem com as vivências e convivências daquele ambiente hospitalar. Não foi apenas escutar o diferente, pois já o sabia ser diferente. Considerando que eu não possuía seus conhecimentos técnicos ou teóricos relativos à área médica, tinha consciência da necessidade de ouvi-lo, de percebê-lo no seu cotidiano. O entrecruzamento de teoria e prática continuou ocorrendo todo momento, provocando novas problematizações e indagações da teoria conhecida, principalmente, a respeito da cisão subjetividade e objetividade na medicina.

Pensamos poder discutir esse ‘encontro com o outro’, que é constitutivo do método etnográfico... O outro a que nos referimos é ocupado por todos nós... O outro, também, somos nós, pesquisadores, afetados, impactados nessa convivência, interpelando nossos referenciais teóricos tão estreitos diante de tantas indagações. Eis os motivos por que escolhemos a etnografia (DESLANDES, 2002, p.30).

Isto se aplica também ao pesquisador. Optamos por um relato que valoriza a subjetividade. Assim, o leitor poderá acompanhar a observação e o processo reflexivo do pesquisador na descrição que se segue.

Como toda observação que se inicia, os primeiros momentos foram difíceis. Ao mesmo tempo, que observava, era observada. Entretanto, frequentar à Maternidade como observadora exigia de mim mais objetividade. Algumas vezes, ficava sentada ao lado da enfermeira que era responsável pela logística dos remédios. Noutros, procurava outra cadeira visando não atrapalhar o serviço da enfermaria. Com o passar dos tempos, aos poucos fui sendo incluída no ambiente dos médicos. O Dr. X, obstetra, extremamente comunicativo, desde o início facilitou minha integração. Um dia, ao me perguntar se era a nova interna, ao responder que não, lembrou-se, automaticamente, dizendo: “*Ah, Big Brother!*”. Riu. Noutro dia, dizia se achar como bichinho sendo observado e sorria. Desta forma, aos poucos, brincadeiras após brincadeiras, fui me sentindo aceita pelo grupo. Entretanto, com o tempo, esse tipo de situação parou de acontecer. Relembrando Cruz Neto (2007) que afirma que o pesquisador tem como objetivo prioritário ser aceito na convivência e não ser considerado um igual. Creio que minha convivência com eles foi aceita.

Caracterizada pela quase falta de enfeites, a sala dos médicos da enfermaria da Maternidade parecia um ambiente asséptico. Geralmente, muito quente, o ar condicionado nunca funcionava, mesmo com a constante presença de técnicos que não acertavam na sua manutenção. Quadros se amontoavam em cima de um armário fechado de pertences dos médicos e residentes. Estes se assemelhavam aos que estavam pregados em quase todos os corredores da maternidade, em que informavam ser o hospital ‘Amigo da Criança’ e uma instituição em que o pai é sempre bem vindo.⁷²

Nesse armário fechado, havia avisos presos para o corpo clínico da enfermaria: tanto sobre a mudança de rotina, quanto indicando ser recomendada a realização de toque vaginal

⁷² No Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE) da CAPES, pude realizar uma pesquisa sob orientação do Professor Jose Luis Pais Ribeiro, da Universidade do Porto sobre a questão da ambiência. A pesquisa sobre a ambiência de um hospital português da cidade do Porto permitiu vislumbrar articulações entre autores da área da arquitetura, psicologia e documentos do Ministério da Saúde brasileiro. Reforçam a compreensão de que a construção de ambientes saudáveis não pode ser resumida a aspectos simplesmente operacionais. Não adianta ter somente área de atendimentos, se esta não oferecer acolhimento e sensação de conforto aos que precisam de assistência.

unidigital nas pacientes pós-parto vaginal no momento da alta e a necessidade de descrição da situação da parturiente no prontuário.

Um aviso me chamou a atenção e até me surpreendeu, pois falava sobre a orientação para a amamentação e dizia que a mãe não deveria ser aconselhada a utilizar toalha seca para enrijecer os mamilos. Este me fez procurar uma das psicólogas da instituição perguntando quando isso mudou, pois quando era estagiária, foi essa instrução que recebi. Fui informada de que esta era a forma correta anteriormente e que há anos não se indicava esta técnica para enrijecer mamilos. Isso me deixou incomodada e sem entender como obtivemos informações erradas durante meu estágio. Daí se vê há necessidade de constante atualização dos docentes de forma interdisciplinar. Além disso, fica evidente que há uma mudança das formas de se oferecer assistência continuamente.

A sala também era frequentada por outros profissionais: nutricionistas, psicólogos, maqueiros, auxiliares de limpeza e administrativo. Pela manhã, a copeira trazia café, alguns pães e sucos. Muitas vezes, não havia copos plástico suficientes.

Desde o primeiro dia, surpreendi-me com o que via. Uma mesa grande, com uns 10 profissionais (quatro médicos, uma residente e alguns internos) que preenchiam os prontuários com muita atenção. Uma produção em massa de papelada obedecia à burocracia. No entanto, havia um quê a mais. Eram de uma seriedade impressionante, e a cooperação que existia entre eles era muito grande. Com o passar do tempo, este tipo de percepção só foi sendo reforçada.

Um dia, consegui me sentar à mesma mesa com eles. Acho que foi umas das primeiras vezes que consegui um lugar permanente para ficar. Sempre havia muitas pessoas: médicos, residentes, professor responsável e internos. Neste dia, o professor me perguntou se eu estava na segunda fase do estudo. Perguntei o porquê, e me disse que era por que eu estava sentada junto a eles. Isso me fez pensar na interação com os sujeitos pesquisados, e quanto isso era

importante para o êxito da observação. Lapassade (2005) lembra que é importante o pesquisador não se esquecer de que a relação com as pessoas deve ser constantemente negociada e renegociada, pois nada está, sumariamente, definido, podendo alterar-se e criar zonas de atrito, muita vezes oriundas de ruídos de comunicação não identificados. A partir desse momento, passei a interagir com eles, e não apenas observá-los. Segundo Lapassade (2005), a observação participante se dá quando o pesquisador observa ao vivo as pessoas, compartilhando de suas atividades. Era isso que eu estava realizando.

Goffman (1987) acredita que qualquer grupo de pessoas (prisioneiros, primitivos, pilotos ou pacientes), desenvolve uma vida própria que se torna significativa, razoável e normal, desde que você se aproxime dela. Uma forma de se conhecer esses mundos é se submeter à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estes estão sujeitos. Desta forma, ao me sentar com eles, tive oportunidade de ver de outra forma o que de longe já observava. Busquei, desta maneira, adquirir um ‘conhecimento de membro’ buscando compreender o que seus membros faziam (LAPASSADE, 2005), identificando suas expressões faciais e falas enfáticas.

É importante ressaltar que a biomedicina possui o monopólio de um corpo de conhecimento esotérico e difícil, que eu não dispunha. Bonet (2004) questiona a entrada de um antropólogo num hospital e justifica sua própria indagação dizendo que seu objetivo era ver a partir do outro lado, saindo do lugar de paciente; ocupando a posição de pesquisador. Seguindo seu pensamento, reflito que não ocupei a posição de paciente naquela situação, talvez pelo simples fato de nunca ter vivenciado a gravidez. Eu não era nem paciente, nem psicóloga, mas a pesquisadora se deparando com o rico mundo no qual estava naquele momento inserida.

Esta posição foi amplamente reforçada pela revisão de literatura que fiz nesses últimos anos sobre relação profissional de saúde-paciente e formação acadêmica, em que busquei

compreender o algo a mais que tantos teóricos da humanização em saúde trazem, como a tecnologia leve, que Merhy indica no agir cotidiano desses profissionais.

...projetos terapêuticos operam suas 'caixas de ferramentas', compondo e dando um certo sentido para as práticas de saúde do médico e desenhando uma certa maneira tecnológica de agir (MERHY, 2007b, p.101).

Becker (1997) ao pesquisar como os estudantes de medicina adquirem as normas do universo profissional, observou como eles se comportavam em situações cotidianas, assistindo a seminários ou frequentando laboratórios, estimulando e tendo conversações informais enquanto eles dissecavam cadáveres. Relata também que os estudantes conversavam, observavam e buscavam entender o que tinha acontecido e o que viria a acontecer. Deduz-se, por isto que o perfil dos profissionais da área médica tende influenciar a formação acadêmica dos futuros profissionais.

Na Maternidade, eu os observava no momento posterior ao atendimento que realizavam às gestantes ou puérperas nos quartos da enfermaria. Era quando eles anotavam nos prontuários os procedimentos realizados e prescreviam medicamentos, exames laboratoriais ou indicavam a possibilidade de altas médicas. Esta era situação semelhante à observada por Becker (1997), em que a seriedade era uma constante. As conversas sobre os procedimentos mais adequados nos casos específicos que atendiam; necessidades de exames que não eram realizados pelos laboratórios da própria maternidade e formas de encontrar solução para os casos que atendiam. Não eram somente os internos que perguntavam, mas os próprios obstetras da equipe interagiam constantemente. Às vezes, os internos ficavam mais quietos, perguntando entre si ou para o professor responsável. Entretanto aquele não era um comportamento incentivado pelos médicos, pois estes se mostravam sempre receptivos. A fala de Dr. X para um interno exemplifica isso: *“Poxa, sou eu. Você pode perguntar. Não precisa ter medo!!!”*

Bonet (2004) revelou em sua pesquisa com residentes que há sempre tensão entre um ideal de funcionar como grupo e outra tendência a cuidar só de si mesmo. O grupo era visto como um ideal de funcionamento da residência, em que o problema de um membro passava a ser vivido como sendo de todos, e as decisões dos casos complicados tomadas por diversos componentes. A idéia de um companheirismo não excluía uma relação muitas vezes verticalista e militar, em que os colegas do terceiro ano tinham mais autoridade que os demais.

O mesmo ocorreria na Maternidade, os obstetras conversavam entre si, e os internos se mostravam mais quietos, não participando tanto das discussões. Eles, geralmente, se reportavam ao professor responsável. Um dia, um interno que atendeu uma gestante e queria que ela recebesse mais analgésico porque ela sentia muita dor. Não sossegou até convencer o professor a ir novamente ver a paciente, o que possibilitou a prescrição de um ultrassom para entender melhor o que ocorria com a paciente. Vi em seu semblante o prazer de ajudar a paciente com o acreditava ser o mais eficaz naquele momento.

Nos momentos difíceis e conturbados, sempre, há uma total interdependência entre os obstetras, que se ‘utilizam’ uns dos outros como fonte de problematização e apoio mútuo. Observei uma dessas crises quando uma paciente proveniente de outro hospital chegou a Maternidade com morte cerebral. O desespero deles para entenderem o caso era grande. Vasculhavam o prontuário, buscavam entender o que havia ocorrido, ligaram para o hospital de origem. Estavam indignados com o que acontecia. Um deles disse: “Não adianta passar a batata quente sem dizer qual é o tipo de batata quente. Se a paciente precisará de UTI ou não. Se há equipe preparada para atendê-la. Não é sempre que há!”

Não apenas casos médicos eram ali tratados. Ainda no final de outubro, alguns internos discutiam sobre a prova da residência da UERJ. Falavam sobre o cursinho

Medcourse, preparatório para as provas de residência, discutiam sobre as diferenças dos procedimentos dos hospitais e as listagens dos livros de referência.

Os internos iniciaram uma discussão sobre a existência de prova na finalização do curso de medicina. Dr. X. diz que quase 70% dos médicos não fazem residência no país. Lembra que quando fez estágio, um médico se dizia oftalmologista e cardiologista, sem, contudo fazer especialização. Indagado de como isso era possível, disse que o internato funcionava como a aprovação automática que existia nas escolas de ensino fundamental da prefeitura do Rio de Janeiro. Os internos comentavam que há pessoas de sua turma que passaram no vestibular e se esqueceram de que deveriam estudar. As discussões rotineiras entre os obstetras e internos indicavam como o estudo é importante para o exercício da medicina na assistência prestada.

Noutra ocasião, Dr. X. e o professor propuseram fazer uma discussão de casos ao final da reunião. Esta foi a única vez que houve a tentativa de se criar uma discussão ampla dos casos que eu presenciei. Nesse momento, eu não me senti incógnita (BECKER, 1997). Senti que eles percebiam que eu estava ali e que isso fazia alguma diferença para eles. Entretanto, uma médica de outro setor adentrou na sala e chamou Dr. X. para conversarem sobre uma paciente que tinha sido transferida para a Maternidade e precisava fazer diálise. A médica não aceitou o que fizeram no outro hospital, ao encaminharem a paciente para a Maternidade considerando ser paciente de pré-natal de alto risco. Dr. X. disse que se alguma coisa acontecesse com a paciente, eles não teriam como acolhê-la. De início não entendi o por que. Depois, conversando, Dra. R. me disse que na Maternidade não há UTI, pois é uma maternidade de alto risco para o bebê, possuindo UTI neonatal, e não para mães.

Se o observador realiza sua pesquisa incógnito, participando como um membro plenamente integrado ao grupo, ele privará de conhecimentos que normalmente são compartilhados por estes membros e que devem ser escondidos de alguém de fora do grupo. Ele poderia, pertinentemente, interpretar sua própria experiência como a de um membro hipotético 'típico' do grupo. Por outro lado, se sabem que é um pesquisador, ele

precisa descobrir como os membros do grupo o definem e, especificamente, se acreditam ou não que certos tipos de informação e acontecimentos deveriam ser mantidos em segredo em relação a ele. Ele pode interpretar evidências mais exatamente quando as respostas a estas questões são conhecidas (BECKER, 1997, p.55).

Antropólogos da saúde enfatizam que um sistema médico possui dois aspectos: um cultural e outro social. Enquanto que o aspecto cultural se refere aos conceitos básicos e referenciais, teorias e práticas normativas e formas partilhadas de perceber e interpretar situações, a dimensão social traz atribuição de papéis específicos (terapeuta, paciente), em seus desempenhos e ambientes (ambulatório, hospital ou consultório) nos que devem ocorrer suas interferências (DESLANDES, 2002).

A forma como cada profissional entende o seu papel social de médico pode ou não contrapor às práticas normativas. Nesse caso, a junção da teoria e prática da obstetrícia, auxiliada com a posição que ocupam na enfermaria, lhes proporciona a criação de ações que se adéquem às suas próprias concepções de assistência com qualidade.

Estar com estes obstetras proporciona a oportunidade de compreendê-los em suas relações sociais, e identificar uma série de situações, que não foram ‘pólvoras descobertas’, e sem a revisão de literatura sobre a temática, isto não seria possível. Pois fatos inusitados ocorrem independentemente de nossas previsões.

Para Cruz Neto (2007), a observação deve contar com um olhar atencioso e persistente, favorecendo a percepção de tudo aquilo que não é dito em entrevistas, mas captado nas observações. O autor define observação participante como um processo em que o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, objetivando realizar uma pesquisa científica.

Realizar a observação participante foi de extrema importância para mim, pois me possibilitou captar diversas situações vivenciadas pelos profissionais em situações, de certa forma, até informais as quais eu não teria acesso se realizasse exclusivamente as entrevistas.

A articulação dos dados da observação participante com os das entrevistas trouxe nuances interessantes. Foi como se as entrevistas auxiliassem a observação participante com falas digitadas dos profissionais, mas que foram percebidas previamente ao longo dos dias de observação. Uma forma de coerência entre o pensar, o sentir e o agir demonstrados não só através das palavras, mas principalmente no fazer. Em que gestos, palavras e expressões corporais se traduziam num todo orgânico e indissociável.

As discussões não se limitavam ao grupo da Maternidade. Havia a discussão de casos, em que usavam seus celulares para contatar médicos de outros setores e até de outros hospitais, como o Hospital Z⁷³, por exemplo, para descobrirem qual a melhor conduta em alguns casos. Essa forma de agir não ocorria apenas entre os internos e seu professor responsável, mas entre todos os que formavam a equipe da Maternidade que eu observava. Isso me fez notar e concluir sobre o grau de humildade que permeia no grupo e de sua sabedoria em ver-se limitado, mas consciente de que somente através da troca, da pesquisa e do estudo, é possível vencer alguns obstáculos. Realmente a compreensão de que eles têm de que não sabem tudo, caracteriza o quanto precisam ser respeitados em seus fazeres. Não serem donos da verdade, mas seres de busca, conscientes de seus limites e algo que eleva o grau de confiança que parece se dá dentro do grupo, não apenas nos profissionais mais antigos, mas até na divisão de responsabilidade é uma prática constante executada por eles. A mim, observadora só restava identificar este aspecto de humildade.

A observação participante me permitiu reorganizar meus valores sobre a prática desses profissionais. Em alguns momentos, pude compreender o que era estar naquela situação de ter vidas em suas mãos e precisar criar a melhor estratégia possível para oferecer um cuidado adequado e eficaz à paciente.

⁷³ Z: hospital localizado na cidade do Rio de Janeiro.

Eu não me colocava no lugar daqueles profissionais. Era uma possibilidade de realmente compreender o que ocorria, mas tendo o entendimento de que não alcançaria plenamente a vivência deles, mas partilhava e compartilhava de uma forma indireta de suas dúvidas e buscas. Dividir, mesmo que somente ouvindo, dava a mim, como observadora, a oportunidade de vivenciar o alto grau de preocupação e responsabilidade com o outro que permeava suas ações.

Para Cruz Neto (2004), a capacidade de empatia do pesquisador é um dado importante para a realização de uma pesquisa, e não é alcançado através de simples receitas. Já segundo Bonet (2004), os médicos vivem uma tensão poderosa entre saber e sentir. O que é conhecimento científico se tensionaria com o subjetivo. Para o autor, o ‘sentir’ os perturba para ‘saber’ racionalmente o que fazer. Dessa proposição, nos remetemos a toda discussão existente sobre a subjetividade e objetividade na medicina. O conhecimento é resultante de estudos e pesquisa. Já o saber emerge de uma postura que envolve mais do que a busca do conhecimento, pois traz características intuitivas, sensibilidade, desenvolvimento perceptivo, capacidade de julgamento, um grau de desenvolvimento da espiritualidade e principalmente de humildade. Disso resulta a polarização subjetividade/objetividade que existe no fazer médico. Na realidade não são elementos que se contrapõe e sim complementares e, indissociáveis, como as faces de uma moeda. Uma não é a outra, a outra não é uma, mas são constituintes de um todo na unificação de sua forma e função. Assim a angústia existente nesta pseudopolaridade é que faz do fazer médico algo instigante e estimulante a ser pesquisado.

Temos que reconhecer que o acesso à carreira de medicina é um legado conquistado por poucos e exige grande dose de estudo e perseverança.

4.2 Realização das entrevistas

Durante o período de pesquisa de campo, tive oportunidade de me inserir nesta equipe de obstetras. Os dados anotados no diário de campo por si só produzem diversas considerações a respeito do cotidiano destes profissionais de forma instigante.

As entrevistas foram marcadas com os obstetras desta equipe, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, em dias distintos e respeitado seus horários. Ocorreram, em sua maioria, na biblioteca da instituição. O clima foi agradável. Acredito que isto se deu pelo fato de já me conhecerem o que atuou como elemento facilitador. As entrevistas foram longas (em média uma hora) e todos responderam às questões propostas. A transcrição foi feita, paulatinamente, ao longo dos meses de 2009 e o processo de categorização iniciado logo em seguida.

4.3 Obstetras entrevistados

O grupo estudado era composto de seis profissionais, sendo três homens e três mulheres. Destes, uma ainda é residente e a maioria dos demais fez residência na instituição pesquisada.

Foram elaboradas quatro categorias e suas subdivisões temáticas: condições de trabalho; relacionamentos interpessoais; humanização e formação de qualidade e educação permanente.

É importante ressaltar que a organização da fundamentação teórica sobre humanização foi fruto, especialmente, das observações cotidianas e das entrevistas. A categorização das dimensões da humanização (visíveis e invisíveis) foram ampliadas e geraram uma nova dimensão, que será apresentada no próximo capítulo.

A estratégia metodológica de aliar observação participante às entrevistas, serviu para se constatar que os dados levantados durante a fase de observação, foram também evidenciados ao serem realizadas as transcrições das entrevistas, o que terminou propiciando a coadunação entre ambas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a categorização as dimensões visíveis e invisíveis foram sendo relacionadas às categorias, mas a discussão sobre isso aparecerá posteriormente.

*** Condições de trabalho**

Falar em condições de trabalho é envolver aspectos físicos e sociopsicologicoambientais; relacionamentos pessoais e interpessoais; e capacidade empática. “Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente” (HENNINGTON, 2008, p.560). Diante das falas, podemos entender que as entrevistas foram uma oportunidade de desabafo em relação às condições da assistência e trabalho em outras instituições. Para eles, parecia impossível não comparar com suas experiências na maternidade em questão.

1. Um oásis no Rio

A vivência dos obstetras da Sala da Enfermaria nos remete ao orgulho que sentem de fazerem parte da instituição, a qual lhes garante boas condições de trabalho e ao atendimento às necessidades das pacientes, conforme indicações do MS (BRASIL, 2004). É perceptível nos entrevistados, o vínculo afetivo que mantêm com a instituição.

Compararam as condições de trabalho com as de outras instituições e concluíram ser semelhante aos serviços de qualidade prestados pelo setor privado. Os entrevistados selecionaram alguns aspectos que são discutidos no PNH, como oferecer condições para que

os profissionais possam efetuar seu trabalho de forma digna (BRASIL, 2004c) e concluíram que isto ocorre nesta maternidade.

A forma como é feito o gerenciamento da instituição aparece como ponto fundamental, com seus programas de mãe-canguru; banco de leite e atendimento psicológico à parturiente, nas fases pré e pós-parto. Desta forma, a partir da estrutura assistencial oferecida pela Maternidade, os profissionais podem exercer com mais tranquilidade e segurança sua função. A satisfação profissional, associada às boas condições de trabalho, é importante para o serviço prestado às parturientes. Elementos já apontados como essenciais para o exercício da medicina com qualidade segundo Machado (1997).

Eu julgo como excelente.... Eu não deixo nada a desejar aqui pra mim em condições de trabalho em relação às clínicas privadas top aqui, sinceramente... eu tenho privilégio e orgulho de trabalhar aqui. É um nicho de qualidade aqui, na rede pública de saúde... Então, eu tenho muito orgulho de trabalhar aqui. Por conta desse orgulho de ver que o serviço funciona bem, e que não fui eu que fiz ele, funcionar bem. Quando eu cheguei aqui, ele já funcionava bem. O meu compromisso é fazer continuar funcionando bem (Dr. X.)

Como vimos, Dr.X. demonstra o compromisso que tem de manter o serviço de qualidade na instituição.

A fala que vem a seguir é da Dr.R. e serve de exemplo para demonstrar que não apenas os aspectos visíveis da humanização existem. Considera a Maternidade um ótimo local para se trabalhar e seleciona aspectos importantes de como as pacientes devem ser bem tratadas. Evidencia a relação entre seu trabalho e a forma com que a direção da instituição funciona. O fato de trabalhar num local que pode oferecer às pacientes, o que elas merecem é um dado relevante para a história desta residente que almeja fazer parte do quadro permanente de profissionais. Como já vimos na fundamentação teórica, uma gestão de qualidade em uma instituição de saúde é essencial para que haja humanização, principalmente em seus aspectos

visíveis, como a existência de um Banco de Leite. Além disso, quando um obstetra não se sente estressado pode oferecer assistência adequada a sua parturiente. Isto permite que os sujeitos envolvidos na experiência do parto sejam respeitados.

*Aqui é 10. Eu acho que aqui é ótimo, excelente. As pacientes são bem tratadas, elas saem satisfeitas daqui, que a gente vê. ... cada hospital vai da direção, de quem dirige esse hospital, né? Quem coloca esses programas no hospital. E a Y⁷⁴ faz isso muito bem, eu acho. Acho que a direção aqui é excelente. E a gente não vê isso aqui. Acho que maternidade pública, igual a essa daqui não existe, né, sinceramente. Eu não conheço todas, mas acho que não existe com todos esses programas, com toda essa consciência, mãe canguru, entendeu. Banco de leite, com esse trabalho da psicologia também. Ótimo, porque a gente solicita e elas estão lá. A gente não vê isso, essa organização. Por mais que a gente atenda muito aqui. Chega muita admissão, muita paciente, a Y consegue investir tudo o que chega pra ela. Financeiro mesmo, né? E colocar em prática, né? A gente poder ter, poder usufruir, a gente poder dar às pacientes o que elas merecem, o que elas precisam e o que é justo. Eu acho assim, que o que a gente tem aqui em lugar nenhum, sinceramente. ... Muito, muito bem. Eu gosto muito, muito mesmo... Com certeza, quando tiver concurso pra aqui eu vou tentar, porque aqui eu acho muito legal. Eu acho que quem faz isso acontecer mesmo é a direção sem sombras de dúvida. É óbvio que a equipe também tá por trás, que trabalha. Eu acho maravilhoso. Eu acho ótimo. Estar aqui dentro, saber que eu tenho suporte pra trabalhar, que eu tenho laboratório que faz de tudo e se na puder vai fazer em outro lugar fora daqui... **Isso te dá um alívio?**⁷⁵ Com certeza. A gente tem ultrassom aqui. A gente tem tudo, né? Então isso é muito bom. **Isso dá mais segurança?** Dá segurança, com certeza. A diretora procura muito saber isso, como tá funcionando, como as pacientes são tratadas. E isso faz parte de novo da direção, de estar sempre por perto querendo saber o que está acontecendo. Teve algum problema? Gente, independente de ter vaga ou não, a gente tem que internar todo mundo porque é complicado, porque elas vão pra outros lugares e não conseguem ser internadas. Vamos tentar solucionar (Dra. R.)*

Para o Dr.P., docente na Maternidade, a instituição é um local agradável para se trabalhar. Diz que mantém uma relação cordial com os alunos, e sempre os auxilia na construção do diagnóstico e na execução de visitas às gestantes. Sua fala evidencia aspectos visíveis (biblioteca e computadores) que facilitam o processo de aprendizagem.

O trabalho desenvolvido pelo Dr. P. muito se assemelha com o de um antigo professor que Luz (2006) apresenta como o representante da década de 70. Era aquele que auxiliava

⁷⁴ A diretora da Maternidade.

⁷⁵ As frases em negrito correspondem às perguntas da pesquisadora.

seus alunos o tempo todo e os ensinava. Para ele, seus alunos eram seus filhotes, com quem andava e para quem dirigia seu conhecimento.

A maternidade é um local agradável para trabalhar. Eu convivo na maternidade já há muitos anos. Então é um local que eu gosto muito de trabalhar... Hoje, a gente vive uma situação de... muito boa na maternidade. Como eu trabalho na parte de ensino, então, eu, hoje, tenho todas as condições pra poder oferecer ao meu aluno um ensino de boa qualidade. Então, eu tenho computadores, eu tenho possibilidade de pesquisa, eu tenho boa biblioteca. Eu tenho hoje, pelo menos duas salas de aula, todas elas com equipamento multimídia, eu tenho projeção, eu tenho uma estrutura assistencial bem montada e tenho a possibilidade de estar com esse aluno na enfermaria, na sala de parto, no ambulatório, e eu tenho a possibilidade dentro dessa estrutura de assessorar, acompanhar nessa assistência esse aluno, ao meu lado. (Dr.P).

Dra.M. enfatiza a possibilidade de se atender adequadamente a um cada paciente, indicando um volume de atendimento menor feito pela Maternidade que o das outras instituições. Além disso, salienta a importância da atualização científica.

Eu acho que a gente permite uma boa qualidade de trabalho. Não só você vê adequadamente cada paciente, mas você consegue realmente esmiuçar cada caso com tranquilidade, com segurança, como você tem esse retorno científico de atualização que são os alunos e os residentes. Isso eu acho muito legal... Você é cobrado por isso na medida em que as pessoas te perguntam, que você tem que orientar, aí você se preocupa em dar uma orientação correta, né? Então, isso pra mim é a melhor parte. E, além disso, é claro, é uma qualidade de trabalho melhor também no sentido da infra-estrutura; do volume de paciente (Dra. M.)

Diante disso, retornamos a questão de boas condições de trabalho que segundo (MACHADO, 1997) é a possibilidade de não se abandonar o estudo, e correlacioná-lo ao aprendizado cotidiano proveniente da prática.

Podemos ressaltar que uma assistência humanizada se dá na integração entre aspectos visíveis, como tempo de consulta suficiente para realmente entender o que se passa com a paciente, e a busca por novas formas de terapêutica que surgem em novos estudos científicos.

A falácia do atendimento gracioso não ocorre, pois além de palavras bonitas e educadas, o profissional realmente deve lutar pelo que for melhor para a sua paciente.

Além de sentir orgulho da instituição, a Dra.A. salienta a importância de se poder oferecer uma assistência integral à parturiente e filho num mesmo local. A proximidade com a equipe de ultrassom e a existência de uma equipe multiprofissional são fatores destacados pela médica.

Eu sou cria da casa. Tô aqui desde o internato. Tenho orgulho da evolução que a Maternidade teve. E eu acho que sem sombra de dúvida, se não a melhor, uma das melhores maternidades do Rio, em termos de assistência materno-infantil... A formação que eu tive! ... É como se aqui fosse um oásis. Porque aqui, eu trabalhando no ambulatório, se eu detecto algum problema, um fundo de útero, que eu acho que não está desenvolvendo bem, eu atravesso 20 m. eu tenho uma equipe de ultrasonografia, que eu posso ter acesso e esclarecer aquele diagnóstico na hora. Eu posso internar minha paciente na hora se eu quiser. Então, assim, essa integração é fundamental. Esse conforto que eu tenho... Aqui, eu acho que o atendimento que elas têm da equipe do pré-natal é excelente. Elas são acolhidas, a gente tem psicólogo, tem psiquiatra, tem nutricionista, então assim, tem fisioterapeuta. Então, a gente tem uma equipe, realmente, que dá pra fazer um trabalho bem legal. (Dra. A.)

É relevante destacar que os profissionais teceram comentários sobre o trabalho desenvolvido por outras instituições materno-infantis, o que lhes causa certo desespero, como veremos a seguir.

2. Do desespero surge uma esperança para a assistência em saúde no país

Dra.R. demonstra indignação diante do sistema de saúde que não oferece assistência de qualidade em outras instituições. Completa afirmando que o ideal seria que todos pudessem ter o padrão da Maternidade, pois isto evitaria o deslocamento de parturiente dos mais longínquos pontos do estado. Já o Dr.P. fala da importância do profissional atuar exclusivamente numa instituição.

Eu acho ruim, porque a gente pede uma vaga em outro hospital, não tem porque também está superlotado. E aí, faz o que com essa paciente? Que eu não tenho como transferir, que eu não tenho como colocar aqui. Isso é um

problema que infelizmente, a gente que está frente a frente com o paciente, parece que é um problema nosso, e na verdade...é um problema que vem lá de cima, né? Será que não poderia ter uma maternidade dessa daqui? Pelo menos mais cinco no Rio de Janeiro? Eu acho que daria pra ter. A gente sabe que é difícil, mas eu acho que é mais ou menos isso... É pesado em qualquer lugar. E eu acho que é um problema assim governamental, porque se tivesse uma maternidade dessa aqui em cada município seria maravilhoso. As pacientes se dividiriam, mas não. Vem paciente de Japeri pra cá, de Queimados pra cá. Então, realmente há uma superlotação. Se não fosse dessa maneira, ia ser menos trabalho. Ia ser um tratamento... não essa coisa de relação médico-paciente, porque essa coisa não muda, mas eu acho que. Eu acho que a gente poderia é estudar mais de repente no plantão... Tem plantão aqui que a gente não consegue respirar. A gente não consegue sentar nem pra conversar. Mas, na verdade, eu acho que não é um problema de... interno de organização, de nada. Eu acho que é perfeito. É admissão, tem duas pessoas pra atender. Tem mais, quer dizer, somos duas residentes, tem mais três staffs. Nós somos cinco. Eu acho que o número de profissional é excelente que a gente tem. Mas, às vezes, a gente bota paciente na cadeira, porque é uma superlotação mesmo. Não é um problema interno, porque vem de fora. É o que elas encontram por aí. Não querem ir pro W⁷⁶, não querem ir pra outros hospitais. Por conta disso tudo aí que a gente sabe, que sai no jornal, né, até o tratamento mesmo nos outros lugares. Gostam muito do jeito que elas são tratadas aqui, como pessoas, é... como ser humano mesmo, né? Isso mesmo o que a gente tá falando (Dra. R.).

...se a gente pudesse ter mais profissionais pra ampliar. Porque eu acho que o trabalho que a gente faz aqui deveria ser ampliado. A gente acaba trabalhando um grupo pequeno. Eu acho que a gente faz um trabalho de excelência aqui. E o ideal seria que mais pessoas pudessem ter esse mesmo padrão (Dra. A.).

Se a gente pudesse ter uma maior dedicação, um maior comprometimento, mediante eu disponibilizar mais do que é a minha obrigação aqui dentro, eu poderia estar desenvolvendo mais trabalho, poderia estar tendo mais coisas... (Dr. P.)

... se, todo mundo fizer isso, melhora bastante (Dr. X.)

Diante das falas selecionadas, podemos questionar o que ocorre em outras instituições no país. Os problemas são sempre destacados, mas as causas não são únicas e as soluções ainda não foram suficientes em muitos casos. Por exemplo, no caso da assistência de qualidade, podemos pensar que seria algo resolvido com maior liberação de verbas, ampliando o gasto de R\$ 1,00 que o governo teve no ano de 2005 com a saúde no país (ROLLO, 2007). Mas será que o aumento seria a solução? A gestão em saúde é tema de grande relevância, e pode como já vimos gerar mudanças no funcionamento não apenas

⁷⁶ W: outro hospital.

financeiro da instituição, mas também em aspectos como a existência de programas de incentivo à formação permanente e no aumento do vínculo com os usuários conforme salientam Nogueira-Martins e Bógus (2003).

A distinção da assistência oferecida em relação a outros serviços de saúde é evidenciada pela fala dos profissionais. Conforme as doutoras A. e R. reconhecem, seria bom que outras pessoas recebessem a mesma assistência propiciada pela Maternidade. Mas Dr. X. salienta sua preocupação com a fama e possíveis consequências ao não se admitir mais profissionais.

Eu vou te confessar que às vezes, eu me sinto cansado... É muito trabalho e a demanda é muito grande. Eu fico chateado, por exemplo, quando vem uma paciente ... da zona oeste e vem ser atendida aqui. Aí, eu pergunto: por que você veio ser atendida aqui? Ah, doutor, porque, na minha região tá muito difícil. Aí, é o que eu te falo, Ana. Como é que eu vou resolver o problema da zona oeste? Se a gente aqui tem tantos problemas. Não dá pra resolver o mundo. Não dá. E isso, é uma constante. Missão bomba aqui. E a maternidade é pequena. Onde você tem demanda... Quando você tem uma demanda grande, em qualquer lugar, a qualidade cai. Não tem jeito... Mas com o tempo, sinceramente, você fica um pouco mais cansado, porque é sempre o mesmo perfil... É lógico que quando bate uma emergência, não tem jeito. Pode ser da onde que ela for que ela vai ficar. Agora, se ela for de baixo risco, ela vem da região tal, ela tem que ir pra região dela, porque como ela que... acontece o seguinte: se eu pego essa paciente, que veio de lá e eu trato ela bem e eu trato mesmo, eu absorvo ela, toda a comunidade em torno dela vai vir também. Aí, o que acontece: os colegas lá: ah, vai lá. Vai lá, aqui não tem não... A maioria não tá nem aí. Manda mesmo. Manda mesmo (Dr.X.).

3. Versões do sofrimento no trabalho

3.1 Falta de autonomia profissional

A fala selecionada indica um sofrimento proveniente da falta de autonomia profissional em outra unidade de saúde (Desrespeitopolis⁷⁷). Como já vimos, a autonomia é mediadora da relação sofrimento psíquico-trabalho. A falta desta associada ao excesso de trabalho, baixa remuneração e má condição de trabalho são dificultadores do exercício da medicina (MACHADO, 1997).

...Não me agrada. Eu não tive um treinamento pra isso... Não é um trabalho prazeroso. Não é mesmo... A visão da diretoria é completamente diferente lá e aqui... A autonomia que eu tenho aqui é diferente da que eu tenho lá. Lá, eu tenho agenda preenchida. Eu até marco as pacientes, mas se não completarem vinte pacientes, a equipe vai completar com outras pacientes. Aqui não. Aqui, eu faço a minha agenda. Então, eu posso marcar mais, posso marcar menos. Se eu sinto que tem muita gente naquele dia, eu já reparto um pouco, pra não ficar massificado. Eu tento administrar isso bem... Aqui eu tenho liberdade pra isso. Lá eu não tenho. (Dra. A.)

3.2 Remuneração

As falas a seguir evidenciam tristeza pelas péssimas condições de trabalho em outras unidades de saúde. Podemos perceber a tristeza na fala de Dra. A.

É uma coisa que eu acho que o governo tem que estar atento de dar melhores condições de trabalho, e não ficar chamando médico de vagabundo porque largou o plantão, porque ele não ta sendo pago há dois, três meses. Largou o plantão, porque às vezes, ele ta sozinho pra uma emergência pra atender 50 pessoas. Então, o médico também tem a sua limitação... Se a gente não ta emocionalmente bem, você não consegue tratar o outro. Se você está estressado, como é que você vai tratar 50 pessoas?... Fica um pouco difícil. Então tem que ter esse bate-bola enquanto o governo não atentar pra isso, não é chamando a gente de vagabundo que eles vão conseguir alguma coisa. (Dra. A.)

⁷⁷ Este lugar representa um local de trabalho destes profissionais, que como pode ser observado não é fonte de prazer, mas sim de grande sofrimento psicológico e até físico, devido ao imenso volume de pacientes que atendem todos os dias.

3.3 Desrespeito do profissional

Acho que o Rio de Janeiro está passando por um momento difícil, que você tem poucos profissionais, porque o salário é pequeno e poucos profissionais se sujeitam a trabalhar na rede pública. Então, isso não é só na obstetrícia. Em várias frentes, a gente vê cada vez mais dificuldades: neurologia, angiologia, oftalmologia. Você tem muita dificuldade de encontrar profissionais que queiram trabalhar na rede pública devido aos baixos salários. E isso causa uma carência no setor, que sobre carrega os que estão na linha de frente, né? (Dra. A.)

Na verdade, o que me assusta mais é que é um programa longo, e que não é valorizado do ponto de vista social hoje em dia. Então, eu acho que a dedicação que se tem pra se formar um profissional desse, ela é muito grande e ela precisava ser valorizada, né? Então, o profissional de saúde hoje, ele é mal valorizado pelo quanto que ele trabalha, pelo o quanto ele deixou de fazer, porque a gente olha pra trás e vê o que... que a gente passou de dar plantão de 24h sexta e domingo; de trabalhar 80 horas semanais e muito além da carga que se preconiza, mas era isso mesmo que a gente fazia, né? E vê, que a gente tá falando que hoje as pessoas não se preocupam em ter esse trabalho, fazer essas 80h. E a sociedade não reconhecer isso, não remunerar os profissionais dessa forma. Você vê um profissional de saúde receber em um ano o que um político praticamente recebe, o que um juiz de direito recebe por mês, isso é extremamente complicado com todo esse passado (Dr.P.)

3.4 Compromisso

A fala de Dr.X., abaixo, foi observada anteriormente, quando realizava a observação participante, no dia a dia, quando os profissionais interagiam entre si, buscando sempre oferecer um serviço de qualidade. Várias vezes, quando estava a observá-los, percebi a seriedade com que realizavam seus afazeres e a busca incessante de fazer o melhor possível. Era uma sensação constante que tinha, e que facilitou compreender o quão sério é o trabalho realizado por estes profissionais.

Eu não tô fazendo caridade aqui, porque é o meu trabalho, eu ganho pra isso. E sendo meu trabalho, eu tenho que fazer bem feito, eu penso assim. Se é o meu trabalho... Que nem em outros hospitais, o cara pensa “Ah, eu ganho pouco! Então, eu não vou fazer”. Fingir que trabalha! Ah, então não quer trabalhar, então sai. Entendeu? Eu penso assim. Eu tenho compromisso! (Dr.X.)

Nessa fala, podemos utilizar a metáfora do iceberg e a sua base, que é onde há o substrato para a atuação do profissional de saúde, que compreende o seu papel e não o invalida com ações puramente boazinhas, mas que almeja auxiliar o outro, sem fazer caridade. Retornamos a Caponi (2004) e sua distinção entre solidariedade e compaixão. O binômio servir-obedecer é fortalecido pela compaixão piedosa, geralmente, muito associada à caridade. O que importa realmente é o profissional ter a consciência de que mesmo se fosse caridade, esta não deveria se basear na perpetuação de uma posição anulada do que recebe, tendo o profissional o direito soberano de decidir o que é melhor para o outro. Nesse momento, resgatamos a fala de Machado e Praça (2006), que ressalta a importância da paciente ter o direito de decidir pela própria vida, respeitado.

4. Deus, livrai-nos de Desrespeitopolis!

Duas das entrevistadas apontaram um descontentamento com o serviço de saúde de 'Desrespeitopolis'. A vivência delas não foi boa, e sim caracterizada por descontentamentos. A associação que Dra.A. fez entre tempo disponível-volume de trabalho-relação estabelecida nos permite retornar à discussão proposta por Geiger (1975) e Mechanic (1975). Pois eles nos auxiliam a entender que um atendimento com pouco tempo não tem como ser humanizado. Se o profissional só tiver 6 ou 7 minutos para oferecer a uma paciente como identificar este ato como humanizado? Mesmo que ele tenha sido feito por um profissional que acompanhou a parturiente desde o seu nascimento, esse atendimento não é suficiente para atender às necessidades de uma gestante que vão muito além de um exame pélvico rápido. Ela necessita de cuidado caloroso e até da explicação do que lhe ocorre nesse momento de sua vida. O profissional não consegue estabelecer uma relação adequada, o que pode gerar no profissional uma sensação de fracasso, ao se perceber participando de uma assistência massificada.

A experiência que eu tive de trabalhar em outros locais, que foi em Desrespeitópolis na verdade, não foi boa. Não gostei muito. É um local em que você faz um volume imenso de atendimento, mas sem nenhum tempo pra discutir nada. Sem nem ter muito contato com as outras pessoas na verdade. É você chegar, fazer o seu trabalho, atender MUITO⁷⁸ e ir embora... O volume numa instituição que tem como uma das missões o ensino, nunca é tão grande quanto o volume de um local que é puramente assistencial ... De lá, eu tinha muita certeza de que eu queria sair... você vê com clareza a diferença que tem entre você trabalhar no serviço universitário ou no serviço só assistencial, né? Eu acho que aqui a gente tem o retorno maior, a gente se mantém mais atualizado, a gente tem mais tempo pra discutir os casos (Dra. M.)

.... outros locais públicos.... O problema é que é tudo muito massificado. Então, como é que eu vou atender vinte pacientes, vinte gestantes numa manhã, que é o outro local onde eu trabalho. Então, fica muito difícil você dizer que você consegue fazer uma relação legal com as pacientes, porque você tem um tempo curto e um volume enorme de paciente para atender... porque aqui eu aprendi a ter um atendimento com calma, com preocupação da paciente após o momento que ela sai do consultório, ela tá bem orientada, ela tá consciente das coisas. E lá, muitas vezes, o tempo é muito abreviado para eu conseguir ter essa relação. Não me sinto confortável. É uma coisa que eu coloco sempre pra minha chefia lá. E quando eu coloco aqui na maternidade que eu atendo vinte pessoas numa manhã, as pessoas se chocam. Mas a realidade dos postos de saúde é essa. Você tem poucos profissionais, um volume enorme de pessoas que procuram, gestantes brotam diariamente num volume absurdo. E se a gente tivesse mais profissionais da área, seria o ideal... É. Não me agrada. Eu não tive um treinamento pra isso. Eu acho que o treinamento que eu tive aqui, minha formação daqui, bate de frente com esse tipo de conduta. Não me sinto à vontade, tento dentro do breve tempo possível que eu tenho lá tornar o melhor possível. Tanto que a gente só atende lá pacientes de baixo risco, mas não me sinto nem um pouco confortável. (Dra. A.)

*** Relacionamentos interpessoais**

1. Com as pacientes

A relação com as pacientes foi apresentada pelos obstetras como forma de fortalecer seu exercício profissional. Questões como confiança e criação de vínculo foram citadas por três dos obstetras entrevistados.

⁷⁸ Ênfase da entrevistada.

Dr. R enfatiza a importância da criação desta relação que se fortalece ao longo do pré-natal e que pode facilitar a interação da paciente com outros profissionais da instituição que vão participar do parto. Merhy (1999) diz que o encontro que se estabelece entre profissional e paciente é caracterizado por falas, escutas, com a possibilidade de acolhimento e produção de responsabilização em torno da situação a ser enfrentada. As relações de vínculo que se criam podem ser muito importantes para que a gestante se sinta acolhida, não apenas pela sua médica do pré-natal, mas também por todos aqueles que compõem o quadro de funcionários da instituição. Nesse sentido, podemos pensar que a relação específica entre médico e paciente durante o pré-natal pode ser extremamente importante para a gestante, que sente confiança nos profissionais da instituição.

Além disso, há uma associação entre a existência de um médico que acompanhe a paciente o tempo todo e a melhora do uso do sistema de saúde. Os pacientes tendem a utilizar, de forma mais adequada, os recursos do sistema de saúde, realizando exames periódicos e diminuindo os índices de internações hospitalares (MENDOZA-SASSI e BÉRIA, 2003). Talvez, fenômeno semelhante ocorra quando há uma relação mais próxima com o obstetra, que acompanha toda a gravidez. Nesse caso, pode ser que a paciente sinta que aquele é o seu médico, o que a traz certa segurança, mesmo não sendo ele que vai atendê-la durante o parto. Porque parece que o vínculo personalizado durante o pré-natal favorece o vínculo com a instituição e os demais profissionais que vão atendê-la. Confiar em um elemento da equipe, que interage produtivamente com os outros, gera confiança em outro elemento da mesma equipe. Reconhecer a qualidade da equipe é sinônimo de valorizar a instituição e por tabela, seus membros indistintamente.

Eu acho importante, porque a obstetrícia é isso, é estar junto da paciente. E às vezes a gente não pode. Mas sempre que eu posso, eu converso, eu gosto de saber da vida da paciente. E a minha relação com as pacientes... Graças a Deus, sempre teve resultado positivo. No pré-natal, a gente cria até uma amizade, né, com a paciente assim. A gente vê outras vezes e não só aquela vez lá no plantão. A gente sabe da vida da paciente, a gente encontra, no

mínimo seis consultas durante a gravidez toda... Elas criam uma confiança, elas gostam. Se elas pudessem, elas teriam o neném com o médico do pré-natal. Mas elas confiam também muito no geral. Assim, sempre que a gente conversa e fala: olha, talvez, pode ser que seja eu que faça o seu parto, pode ser que você venha no meu plantão, entre em trabalho de parto no meu plantão, mas também pode ser que não. Ah, doutora, tá bom. Tudo bem. Aqui, a gente confia muito nos médicos daqui. Então, elas generalizam um pouco também. Elas CONFIAM⁷⁹ muito. (Dra. R.)

Um dado importante é a descrição de Dr.X. sobre a relação que ele estabelece com sua paciente, que ele não nomeia cliente. Ele entende que a relação que cria com suas pacientes não é mercadológica, pois não há a venda de um produto, mas saúde, vida e dor. Dra.A. segue pensamento semelhante ao enfatizar que a relação que cria com suas pacientes não é reduzível a um número. Nesse sentido, podemos enfatizar que a relação criada entre médico e paciente não pode ser resumida a uma captação de dados para a promoção de diagnóstico, pois ultrapassa os limites da técnica dos profissionais (TAUSSIG, 1992 *apud* BONET, 2004), quando lidam com aspectos profundos e significativos para cada pessoa.

Eu não gosto de chamar paciente de cliente. Eu não acho que a minha relação com o paciente. É diferente de uma relação com o cliente, que, por exemplo, tá comprando um carro na concessionária. Pra mim, é diferente. Isso envolve outras coisas... Coisas importantes: a sua vida, a sua saúde, a sua dor, a sua emoção. Não é igual a um serviço. Não é comprar um ingresso. É diferente! E... É difícil! ... me dá prazer quando uma paciente chega pra mim e “poxa, doutor. O atendimento foi excelente. O senhor foi ótimo, entendeu? Nossa, que bom que eu vim aqui”. É isso que eu quero ouvir. Não é? O cara que escreve, pinta um quadro não gosta de receber um elogio que o quadro dele ficou bonito? Eu gosto! Não vou ser hipócrita de dizer que não. Claro que você gosta de receber elogio. Quem não gosta? (Dr. X.)

Bom, o que eu entendo de humanização é justamente isso que a gente está falando desde o início. É eu poder acolher essa paciente, que ela se sinta a vontade, que ela se sinta... que ela possa colocar suas questões. Tanto é que eu gosto de atender as pacientes sozinhas, sem familiares. É o momento que ela tem para conversar, pra expor. Ela poder passar por esse período todo de uma forma consciente, confortável, entendendo as modificações que estão acontecendo com ela, entendendo sempre o que... que eu tô tratando, porque eu tô tratando. .. Isso aí, não, principalmente a nível de obstetrícia. Não tem como, você não criar um vínculo com a paciente. Não tem como... a relação médico-paciente é uma relação muito especial. Não dá pra você

⁷⁹ Ênfase da entrevistada.

*trabalhar com um número. Eu até entendo que a secretaria municipal de saúde tenha que ter as suas estatísticas. Mas enquanto profissional, eu não vejo. Eu acho uma incoerência. Eu ter que apresentar uma estatística e não ter que me preocupar com a qualidade do que eu faço. Acho que a qualidade do que eu faço, pra mim, é mais importante. Então, se eu não to conseguindo atingir a qualidade do que eu faço seja em termos de tempo, de atenção que eu gostaria de dar, não me deixa confortável... (A relação) **dessa relação é muito importante, né?** Muito importante. Muito importante, porque é um momento, principalmente, para as pacientes que nunca tiveram filho. (Dra. A.)*

1.1 Singularizar: o Beabá da humanização

De acordo com quase todos os teóricos e o MS, a humanização sempre se dá a partir da singularização da assistência em saúde, devendo ser individualizada. Dos entrevistados, quatro enfatizaram essa posição. Dr.P. citou essa forma de proceder para identificar se uma paciente necessita ou não de um determinado procedimento. Em outra citação, ele demonstra como nem sempre os modismos podem ser seguidos para todas as pacientes, e que o profissional deve ter uma avaliação individualizada, para oferecer a melhor assistência naquele caso específico. Dra.M. e Dra.A. também trazem posições semelhantes e enfatizam que o parto deve ser bom para a mãe naquele momento concreto. E Dra.R. enfatiza que para ela, conhecer a paciente e sua história parece ser a forma de compreender a mulher que atende, em suas dimensões que ultrapassam os aspectos fisiológicos.

A paciente deve ser tratada não como um problema, nem como uma coisa (HOWARD, 1975). A não padronização plena dos procedimentos pode não apenas favorecer a singularização do atendimento, mas também se associar ao fortalecimento da autonomização desta, que será respeitada, receberá informações sobre sua situação e terá seu direito de escolha respeitado.

Ela (a humanização) é pra ser individualizada a cada paciente... Eu tenho que individualizar a minha paciente e avaliar se aquela paciente necessita ou não... (Dr. P.) (falando sobre episiotomia).

...Eu não vejo assim. Eu acho que você humanizar é você pra aquela paciente, de acordo com a demanda dela, o que ela precisa, fazer com que o parto seja bom pra ela, né? (Dr. M.)

A gente não sabe como a paciente vai se comportar no parto. Ela precisa estar presente, ela precisa participar. É... Às vezes, você tem que partir pra uma cesárea ou sedar uma paciente, abreviar aquele parto, pelo comportamento da mãe. (Dra. A.)

Como eu individualizaria isso, né? A gente primeiro conversa, faz uma anamnese, né? Qual o seu nome, procuro saber um pouco da HISTÓRIA⁸⁰ dela. Eu acho que mais. Você sabe... mais baseado nisso, na história dela. Na história de vida dela, como é, quantos filhos ela tem, se ela tem filho pequeno, se ela tem um parceiro, se ela tem apoio em casa. E aí, a gente vai chegando... Não é só saber onde ela mora, o endereço, o nome. Não. Eu quero saber da vida dela. Eu sempre procuro saber. (Dra. R.)

1.2 Explicado, conversado

Segundo os obstetras o ciclo gravídico-puerperal é muito importante para as gestantes. Na fala de Dr.X., identificamos sua preocupação com questões sociais da vida de suas pacientes, e se elas conseguiram realizar o número de consultas indicadas para o pré-natal e as informações pertinentes ao trabalho de parto. Dra.M. segue percurso semelhante e ressalta que as pacientes devem receber informações e explicações de como o parto está evoluindo e saberem da possibilidade de ocorrerem alguma alteração. Precisam compreender como este transcorre. No caso, uma paciente pode ter tido todas as condições durante o pré-natal para a realização de parto vaginal, entretanto, ao chegar à maternidade com contrações, a situação pode se modificar na hora. Isso altera todo o processo do parto e suas conseqüências. As parturientes precisam saber a priori desta possibilidade pois assim terão chance de conversar com seus parteiros sobre isso. Se este cuidado não foi tomado e os profissionais de saúde apenas apresentam o parto vaginal como simbolismo único de parto ideal, sem abordarem outras opções, que podem se tornar necessárias ao longo do processo de nascimento, como

⁸⁰ Ênfase da entrevistada.

ficará a cabeça das parturientes? Segundo Dra.M., toda parturiente tem direito a receber todas as informações necessárias para vivenciar um parto com mais tranquilidade e segurança.

Quando você conversa, quando você tem palestra, quando você ensina para aquele trabalho de parto. As pacientes chegam aqui com 16 anos, com duas ou três consultas de pré-natal. É lógico que ela vai gritar, espernear, vai dar trabalho, entendeu? Quer dizer, isso vai lá na base, melhora. Não é que ela não tenha que ser bem atendida, mas o atendimento no final melhora se a base melhorar. A base não depende só da gente aqui. Depende da educação, dessa paciente de 15 anos não ter realmente engravidado, ter noções melhores de saúde para não ter morbidades durante o pré-natal. (Dr. X.)

Eu acho que, desde que isso seja explicado pra mãe, ela não vai ver aquilo como uma frustração, uma incompetência dela em ter tido um parto bem sucedido. Ela deve entender se você souber explicar. Eu acho que importante é a percepção dela do momento. Ela pode achar um parto hospitalar com analgesia ou não, tendo sido normal ou cesárea, super humanizado, dependendo de como as coisas aconteceram pra ela. Ao passo, que um parto que ninguém interveio em nada, que ninguém manipulou, que ninguém fez nada pode ser super desumano se pra ela tiver sido extremamente doloroso, extremamente não prazeroso, ou se o bebê dela tiver nascido bem... Eu acho que você tem que passar também, que na realidade também o trabalho de parto é um processo dinâmico. Ele pode começar muito bem, mas aí você tem que dizer pra ela que até que tudo termine, não acabou. Então, pode se mudar no meio do caminho. Alguma coisa pode tirar aquilo do curso que vinha seguindo antes, e fazer com que você mude de idéia, mude de estratégia, precise de um fórceps, e eventualmente, indicar até a cesariana. Então, eu acho que em se mostrando isso, né? (Dra. M.)

1.3 A explicação traz resultado no parto!!!

Há necessidade de que os profissionais de saúde tenham consciência da evolução da gestação de cada parturiente, estando conectados com o que ocorre com elas, pois cada uma delas é uma paciente específica, com suas peculiaridades. Tedesco (1999) salienta sobre a importância da indissociabilidade das dimensões vivenciadas pela grávida, e alerta que deve ser respeitada a conexão existente entre os aspectos biopsicossociais que servem para que o profissional consiga realmente perceber a unicidade de cada paciente. A relação estabelecida, mesmo que de forma rápida, pode facilitar significativamente o processo de parto. Por essa razão, a explicação numa conversa sincera é a operacionalização de uma ação humanizada

singular, que pode promover um parto normal, ou mesmo uma cesárea quando necessária, num momento de confiança recíproca. Característica básica de um parto humanizado.

Na fala da Dra. A., esta se refere a ‘uma coisa de *feeling*’ que existe e facilita identificar que uma paciente específica não conseguirá mudar a situação relativa à escolha de um determinado procedimento, porque não quer. Outra entrevistada reafirma que não se pode deixar de se sentar, explicar e conversar, realmente, preservando o cuidado do profissional com a paciente. Dr.P. enfatiza, que além de examinar a paciente, a conversa é importante e o médico deve utilizar todos os recursos possíveis para que o período gestacional se desenvolva pautado na confiança. Dra.M. salienta a importância do profissional que vai assistir a paciente durante o parto que este deve falar com ela, e não apenas executar procedimentos. Talvez a sequência: sentar, conversar e explicar seja uma boa forma de todos os profissionais executarem procedimentos.

É uma coisa muito de feeling mesmo. E tentar conscientizar pro paciente que naquele momento, ela tem que participar. Não dá pra você ter um parto normal sem a paciente estar... sem a cooperação da paciente. Então a gente tenta chamar a paciente para aquele momento, que naquele momento, ela tem que estar ali, então, que vai ser bom, que vai ser legal, que vai vir uma vida, então, mesmo que... E ela acaba, geralmente, ela coopera. (Dra. A.)

... a gente tentar oferecer o máximo aos nossos pacientes em relação a uma assistência pessoal, que isso é básico, né? É o contato com o paciente, é o examinar o paciente, é o tocar o paciente, é conversar com o paciente, é ter a história do paciente. Então, é... e utilizar todos os recursos possíveis para que eu tenha um melhor resultado tanto na evolução, quanto na resolução e na involução desse período gestacional. Então essa humanização, a gente vai trazer um conforto pra nossa paciente, né? Melhorando o nosso resultado em todo esse período, tanto de pré-natal, de evolução de parto e de puerpério, que é involução (Dr. P.)

Eu acho que a equipe toda que assiste a paciente tem essa função, mas eu acho que ela tem que em algum momento, falar com quem vai fazer aquilo. Vai ser o residente? Vai ser o médico? Quem for fazer tem que falar com ela! O cara não pode aparecer só pra executar uma coisa que ela nem olhou pra cara dele. Eu acho que você tem que explicar, qual é a sua proposta, o seu plano de cuidado, o que, que você pretende, e porque que aquilo que você pretendia não tá saindo exatamente assim e você vai fazer assado. Acho que você tem que explicar. Eu acredito que na maioria das vezes - pelo menos eu nunca vi - uma paciente que eu tive esse tipo de contato que não entendeu. Se você sentou, explicou, conversou. (Dr. M.)

1.4 O Resultado

Dentre as funções do obstetra, podemos selecionar a importância em realizar partos em que ambos - mãe e bebê - sejam assistidos e fiquem bem após o trabalho de parto. Dois dos entrevistados salientaram a importância do resultado final ter sido positivo, em que os assistidos apresentaram saúde física e emocional. A tranquilidade da mãe e a forma com que ela entende seu processo de parto são apontados como importantes e podem significar mais um fator na humanização.

Há uma articulação entre os aspectos visíveis e invisíveis da humanização, em contraposição à simples constatação de ações humanizadoras previamente estabelecidas, como episiotomia ou o não uso de anestesia. Há necessidade de se questionar a forma como as regras são criadas e como atingem as pessoas envolvidas. Não adianta seguir a cartilha de procedimentos humanizados, se ao final, mãe e bebê não estiverem bem.

A Dra. A enfatiza que as estratégias podem ser ‘super humanas’ se forem executadas de forma adequada, sem complicações e a gestante receber as informações sobre os procedimentos. Para ela, o resultado final: mãe e bebê estarem bem, é o significado de ‘tarefa cumprida’.

Eu não consigo dissociar por exemplo o efeito, o resultado final do procedimento em si. Eu acho que não adianta você ter todo o transcorrer daquilo ali ótimo, se o desfecho não for bom. Tem que terminar tudo bem! Você tem que chegar no final e ter uma mãe que tá bem e um bebê que tá bem. E eles estão bem e ela percebendo aquele período todo do parto como bom pra ela. E aí, eu acho que é isso que às vezes, eu posso estar até enganada, mas me parece rígido dizer que um parto humanizado não pode isso, não pode aquilo, não pode analgesia, não pode episio... Eu acho que depende. Eu acho que pra algumas pessoas, essas estratégias, desde que feitas corretamente, sem nenhuma complicação e explicadas pra mulher podem ser super humanas. (Dra. M.)

Porque aí, eu sei que a paciente saiu daqui com o neném. Ela bem e o neném bem, tarefa cumprida! ... Nem alívio! Acho que é uma satisfação mesmo. (Dra. A.)

1.5 Situações críticas referentes a aspectos culturais

1.5.1 Aborto

Quer ver um exemplo bastante prático disso daí? Por exemplo, em relação ao abortamento, paciente que praticou o aborto, provocou, colocou lá um comprimidinho de citotec, volta pra você e você precisa saber essa informação, se esse aborto foi provocado ou não. Teoricamente você tem que denunciar essa paciente, isso não acontece, não acontece mesmo. A maioria não faz mesmo. Eu acho que não tem que fazer, porque é um problema de saúde pública. Só que essa paciente que chega aqui, muitas vezes, humilhada, por ter colocado isso. Você não sabe a situação da vida dela. Ela tá toda ferrada. E ela é hostilizada quando ela diz isso. Normalmente, o discurso que eu prego pra essa paciente: eu vou falar assim: olha só, minha querida, o que você... os motivos que levaram você a fazer isso não me dizem respeito. O meu trabalho aqui é cuidar de você. É isso que eu vou fazer e com dignidade. O problema dela. (Dr. X.)

O entrevistado selecionado demonstra o embate entre normas e condutas, e a partir de sua fala podemos perceber como a conduta dos profissionais pode ser norteadada por tratamento pautado pela dignidade. Esta fica evidenciada quando a paciente é acolhida, sem julgamentos e preconceitos pelos profissionais.

A violência psicológica que Deslandes (2004) apresenta quando discute a questão da humanização, pode nos auxiliar. Muitas vezes, pacientes não têm suas demandas e expectativas compreendidas pelos profissionais que as assistem quando procuram apoio para interromperem a gestação. Esse fenômeno é ampliado quando são julgadas e mal tratadas pelos profissionais por causa de suas escolhas. Nesse momento, as normas legais, que no caso proíbem o aborto em determinados casos, servem de justificativa para que os profissionais não ofereçam assistência humanizada, no sentido de acolher a dor dessas pacientes que sofrem física e psicologicamente pelas atitudes que tomaram.

Já quando da ocorrência do abortamento espontâneo, geralmente vivido como um momento difícil, em que as mulheres se sentem fragilizadas, tristes e frustradas, gera apoio dos profissionais de saúde quando estes demonstram respeitar esse momento, proporcionam aconchego, oferecendo palavras de conforto e informações precisas. Segundo Bazzoti *et al*

(2009), os profissionais de saúde devem refletir sobre os cuidados oferecidos às parturientes, que vão além de conhecimento científico e de procedimentos técnicos legais. A prática do aborto envolve aspectos morais, religiosos e legais, o que torna complexa sua execução. Porém, a curetagem foi um dos procedimentos mais realizados na área obstétrica na década passada, caracterizando a tentativa ou execução da prática de abortamento em vários casos.

As complicações ocorridas após o aborto se relacionam, geralmente, a processos infecciosos e hemorrágicos. As mulheres, raramente, recebem explicações sobre os procedimentos realizados e sobre métodos contraceptivos que podem usar. Ao chegarem às instituições as mulheres são atendidas de modo técnico e impessoal, com pouca escuta e atenção às suas necessidades. Aguardam pelo atendimento em locais sem privacidade, o que pode indicar que a estrutura física da instituição também favoreça os maus tratos (MENEZES e AQUINO, 2009).

1.5.2 Morte

Semana passada, teve aquela paciente que tava grávida de trigêmeos e que tinha um filhinho menor, entendeu? Puxa, o caso até terminou muito mal. Os três eram graves. Um era mal formado... os três morreram na barriga. Mas na quinta-feira, se eu não me engano, grande questionamento dela, grande angústia dela era que ela tinha um filho de dois anos ou um ano e meio, que não podia vim. Porque não era permitido. E aí, pra ela, então foi aberta exceção. O filho dela podia vim sim, podia vim sim todo dia. Pelo menos, por um determinado tempo e tal. Porque era o jeito de fazer com que ela ficar, né? Então, eu acho que essas exceções têm que ser abertas dentro da idéia de humanizar. (Dra. M.)

Diante disso, podemos identificar quando a singularização ocorre ao modificar regras institucionais para garantir uma assistência adequada à paciente e seus familiares. Nesse momento, a humanização se evidencia em movimentos da instituição e de seus funcionários. É visível e identificada na mudança das regras para casos específicos, em que aspectos psicossociais são respeitados e considerados como importantes na assistência em saúde.

2. Com equipe

Como já apresentamos anteriormente, as relações interpessoais produzidas nas instituições de saúde são muito importantes quando abordamos os aspectos visíveis da humanização. As falas selecionadas enfatizaram essa posição e mostraram como o trabalho pode ser fonte de sofrimento e desprazer. A relação dor-prazer-trabalho que Benevides e Barros (2007) fazem é associada a questões como as precárias condições de trabalho, mas que também podem ser fortalecidas quando identificamos profissionais de saúde que convivem cotidianamente, mas apresentam compreensões distintas em relação ao exercício profissional. Para o Dr.X., a existência da equipe nos permite pensar que ali não faltam profissionais, mas isso não significa que o trabalho exercido satisfaça plenamente. Isto é fonte de preocupação para esse médico.

É o comportamento daquele colega, daquele colega médico, daquele colega de enfermagem, do psicólogo, de todo mundo, da equipe, mas a equipe existe! Toda equipe existe aqui, participa. O comportamento individual é que muda. Não falta atendimento por não ter um colega. Ele existe. Ele pode trabalhar mal, eventualmente... Mas existe. Eu não tenho do que reclamar (Dr. X.).

O autoestranhamento que Palácios (1993 *apud* Machado, 1997) cita, pode ser associado à vivência de Dr.X. e é comum aos que partilham trabalhos. Contudo o entrevistado deixou claro um estranhamento seu em relação à falta de controle que tem do processo de trabalho no que diz respeito à forma com que os demais profissionais exercem suas funções. “*Eles estão lá.*”. Entretanto nem sempre a existência de profissionais traz a calma a todos os profissionais. O descontentamento pode ser identificado em sua fala. Para ele, a equipe existe, é um dado positivo, pois isso não ocorre em todas as instituições do país, entretanto somente existir não é garantia de atendimento humanitário.

... Colegas...O meio, o nosso meio é heterogêneo. Temos colegas já pra aposentar, colega novinho que não sabe muito bem, eles são residentes.

Então, aquela coisa de conversar muito. E por mais que tenha reunião, que tenha tudo. Aquele indivíduo ali vai tratar de um jeito e aquele outro vai tratar de outro, porque na casa dele ele trata a mãe dele daquele jeito, e aquele outro trata a mãe do outro daquele outro jeito. Não tem muito jeito... Melhora! Você cerca um pouquinho, porque, principalmente, em quem tá em período de aprendizado. (Dr. X.)

O que me irrita muito no trabalho é quando eu vejo que alguma coisa não foi feita por preguiça. Isso me irrita demais. E eu não sou preguiçoso. E eu trabalho muito e aí eu vejo que quando rola um empurra-empurra de caso, alguma coisa. Eu fico realmente chateado. Isso pra mim é o pior... Tento ser político, mas às vezes, eu não consigo, porque eu tenho pavio um pouco curto, mas eu tento, mas já foi pior. Tenho milhões de defeitos com certeza. Eu sei que tenho. (Dr.X.)

Dr.X. relata sobre a heterogeneidade na composição de sua equipe. Ela é heterogênea, com estudantes em formação, e outros que já estão quase se aposentando. Além disso, a forma com que foram criados é diferente, e cada um entende seu exercício profissional de uma forma.

Fala da preguiça de alguns profissionais e de seu descompromisso com o outro. Deixa clara sua irritação diante de impossibilidade de mudar o mundo. Sua fala é carregada de sentido, pois além de identificar diversas nuances nos membros com quem se relaciona na instituição, demonstra um desespero em lidar com esse tipo de situação. Irrita-se com os comportamentos que não entende como sendo os ideais.

Uma tensão identificada por ele foi quando participou de uma discussão sobre a presença do pai na sala de parto, em que se viu tendo que explicar porque na Maternidade o pai não entra no centro cirúrgico e em outras instituições ele entra.

(falando sobre humanização na Maternidade). No parto, a gente permite as acompanhantes. Eu não sei se você tava naquela reunião que teve com a L⁸¹, que teve um fórum de paternidade... Aí, me chamaram para falar (rindo). Aí, me deram pra falar da participação do pai, aí começaram a falar do pré-parto, da hora da mãe. Aí a colega, que eu não me lembro o nome, não sei se era Y⁸², eu não me lembro, questionando porque que o pai não poderia ficar presente, o pai. Porque, a gente, eu explicando, porque aí não tem estrutura. Aí, ela questionando porque são vários boxes, é

⁸¹ Psicóloga da Instituição.

⁸² Diretora da Maternidade.

diferente de um hospital privado, que você vai com aquela paciente. Ela: “se na Peri natal pode, se na São José pode. São clínicas, porque que aqui não pode?” Primeiro esse problema em relação ao acesso. O pai que tá ali olhando e vai botar a cara ali no outro Box pra olhar o outro, aí vai dar confusão. Outra coisa, a mais importante é que o médico que assiste a paciente que está no pré-parto da Perinatal é quem fez o pré-natal inteiro dela. Aqui não. A maioria das vezes, ele nunca vê essa paciente que vai parir. Então, é diferente. Aquele você tem uma relação, aquele pai foi às consultas com aquele médico que tá lá, leva... é outra situação. Eu penso isso... Agora: o pai pode participar? Sim! Deve! O problema é só a parte, a estrutura física... Eu não me sinto agredido, por exemplo, quando tem uma paciente no pré-parto, uma acompanhante no pré-parto. Eu não sinto porque ela tá ali. O meu trabalho não vai mudar por conta dela tá ali. Não vou tratar melhor ou pior a paciente porque ela tá com acompanhante. Vou tratar como eu sempre trato. Eu trato bem. Eu acho que ela tá ali... (Dr. X.)

As considerações de Dr.P. enfatizam a existência de equipe multiprofissional para que a paciente receba todo tipo de assistência que necessite.

Eu acho que as pessoas têm que entender que cada uma tem a sua função, que não há hierarquia dentro da instituição. Todos têm o mesmo nível. E na verdade, simplesmente, têm funções distintas. E que a gente tem que respeitar os limites e justamente trabalhar em equipe, cooperando. A única coisa é que em algumas situações, como por exemplo, uma parada cardíaca, a gente, por exemplo, tem que ter apenas uma pessoa só coordenando isso. E os demais, fazem... executando as tarefas solicitadas por esse comando. Mas, no dia-dia, no geral, aí não. Aí, eu acho que cada um tem que justamente cumprir a sua função, de uma forma harmônica. Eu acho que a gente tem que trabalhar um ambiente agradável, feliz, com uma excelente relação entre os profissionais (Dr.P.).

Eu acho que às vezes, falta um pouco de comunicação entre a gente. Conversar... Assistente social, a gente acaba que só conversa, pede pra chamar quando tem alguma paciente menor de idade que precisa de um acompanhante. E a gente acaba, que tem uma conversa rápida, né? Que seria só em relação a isso ou então quando paciente precisa avisar um parente que horas ela vai sair daqui, que horas não vai. Acho que poderia ser mais próximo, né, da psicologia também. A gente acaba solicitando e depois não tem uma resposta. E aí? Como foi a sua conversa com aquela paciente? Foi satisfatória? O que que você acha, né? Acaba que a gente chega na paciente e pergunta como é que foi a conversa, se ela tá melhor, mas esquece de saber da psicóloga. Pelo menos da minha, eu posso responder por mim, né? Não posso falar por todos, mas eu não sei. De repente, é essa falta de tempo mesmo. Você acaba fazendo outras coisas, não conversa depois... Mas eu acho que se tivesse mais tempo, se a gente tivesse uma relação mais próxima, mas não sei se é só o tempo também ou se falta a gente perguntar, depois ir procurar mesmo... às vezes, é essa falta de tempo mesmo que, se não é dessa maneira que tem que ser, eu acho que vai pela falta de tempo mesmo. É isso que eu to te falando: oi, tudo bem? Tem como você ver aquela paciente ali? E, rapidinho, eu sumo e ela nunca mais me vê e eu não a vejo mais. Pode até parecer que de repente, eu não

to me preocupando, e não é isso. Você conversando isso comigo, eu tenho até que parar e pensar, né? Deixa eu ver como é que, porque nem eu nunca parei pra pensar isso. Mas assim, a enfermagem daqui, eu também eu acho que a gente tem uma relação boa. Eu acho que eles são sempre solícitos, acaba sendo mais próximo porque é a mesma equipe que fica de plantão e junta ali, né? Não é uma pessoa que entra e sai, né? Então, a gente acaba tendo mais contato, encontra mais vezes. Mas eu sinto falta dessa conversa. Pelo menos da parte da psicologia, da assistente social. Ver como é que foi, ai... o marido da paciente vem ou não vem, quem atendeu na casa dela? Como é que falaram? Como é que foi? Como essa paciente vai embora daqui? Tem umas respostas que... tem umas perguntas que ficam sem resposta mesmo... Eu gostaria muito de saber. Me incomoda um pouco, mas eu acho que eu posso até melhorar isso um pouco em mim também. E tentar procurar saber, porque eu posso acabar o meu plantão e procurar saber. O plantão vai acabar em alguma hora. Não vou ficar aqui eternamente. (Dra.R.).

Dra.R. pondera que a relação com os demais profissionais precisa ser modificada. Ela se preocupa. Entretanto atribui à falta de tempo não procurar saber mais sobre o que aconteceu em relação ao seu pedido de auxílio. Conclui que pode modificar o próprio comportamento e procurar saber sobre sua paciente. Um dado relatado por ela é a existência de uma relação mais próxima entre pessoas que trabalham no mesmo plantão cotidianamente - comentário que também é feito por Dra.M.

Disso se conclui que há um fortalecimento das relações de trabalho entre indivíduos que trabalham juntos, e ampliam as chances de que a assistência seja realizada de forma integralizada, menos segmentada.

O comentário de Dra.R. sobre o encaminhamento que fez à psicóloga e não sabe depois o que houve depois, evidencia uma cisão e a necessidade de diminuir esse distanciamento.

Eu acho que eu tenho uma interação boa com a maioria deles. Eu não acho que eu seja uma pessoa difícil de lidar. Então, eu não me lembro de já ter me indisposto com ninguém. Tem pessoas que a gente acaba conhecendo mais outras menos, né? Em relação à equipe de enfermagem, eu conheço mais as enfermeiras. Os técnicos e auxiliares mudam muito, são muitos. Sempre as enfermeiras que tão nos dias. Também como eu já to aqui há cinco anos, a maioria delas, eu conheço, se não todas pelo nome, com quem eu acabo tendo contato maior. Uma outra pessoa que eu acho super

importante também do ponto de vista administrativo, ela não é nem enfermeira, nem técnica, mas é a B. que é secretária, na verdade da pediatria, né? Mas ela acaba conseguindo ajudar todo mundo. Ela desembaralha os nós. Ela é organizada. Eu acho ela ótima! Acho que ela é muito prática e tudo o que ela faz, no fim das contas, ajudou. Ou ela já organizou um prontuário, ou ela viu alguma coisa que ta faltando. Ela é muito metódica assim... o jeito dela de trabalhar. Eu acho isso ótimo!... Mas os outros dias, roda, roda, roda e eu não conheço. Não sei direito. (Dra. M.)

Dra.M. salienta a existência da B., funcionária terceirizada, secretária que auxilia a todos os setores. Esta abordagem caracteriza uma forma de reconhecimento a alguém que não faz parte do corpo fixo da instituição. Ser solidário, ter compaixão, ser fraterno independe da forma de vinculação das pessoas às instituições.

3. A carreira e as dores de cada um: o autocuidado como estratégia

O sofrimento desses profissionais pode ser observado em vários momentos. Desde as dificuldades em lidar com o sofrimento dos outros no dia a dia, até as estratégias criadas para lidar com os percalços de ser um profissional de saúde, com horários a serem cumpridos, muitas vezes em várias instituições, evidenciando o quanto ficam fragilizados.

É nesse momento que podemos perceber como o cuidado com o cuidador é um tema de grande relevância, e que poucas vezes é realmente considerado. Ao desumanizarmos a ação dos médicos, colocando-os como super-homens, com superpoderes, estamos em realidade nos opondo à idéia de humanização. Quando os vemos utilizar conhecimentos da medicina oriental, pedirem a Deus para se livrarem de tanto sofrimento, e ao tentarem escolher trabalhar apenas em locais que garantam condições dignas de trabalho, os vemos em suas fragilidades, carências, revelando estratégias de enfrentamento e autocuidado.

Eu ligo pra cá pra saber o que ta rolando no final de semana, eu sei das pacientes que estão na enfermaria e não to ganhando nada a mais por isso. Eu gosto ...Tem um tempo pra cá, Ana, eu consegui me proteger um pouco mais, a minha parte emocional, senão você não sobrevive... Eu queria

resolver tudo, eu me envolvia demais nos casos de sofrer junto com o paciente. Eu ainda sofro, eu compadeço, eu demonstro compaixão ao paciente, mas eu procuro pensar assim: é o meu trabalho, o que aconteceu é triste, que pena, tento resolver da melhor forma possível. Peço a Deus para que isso não aconteça comigo, mas procuro deixar isso aqui, porque senão lá fora é difícil. (Dr. X.)

A fala de Dr.X. evidencia seu envolvimento com a paciente, e é associada ao fato dele ligar para a maternidade no final de semana para saber como as coisas estão. Podemos perceber que ele constrói a sua estratégia para lidar melhor com as angústias de ser um profissional que lida com pacientes e com suas dores. Como ele havia dito, não é uma relação monetária. É uma relação séria. Afirma que tenta separar trabalho e vida privada como forma de resguardar sua parte emocional, entretanto reconhece ser difícil.

A estratégia de Dra.A. é poder futuramente utilizar a medicina oriental⁸³ como ferramenta de trabalho, como forma de se reorganizar para não apenas assistir apenas à paciente, mas poder assistir à paciente de uma forma integral como ela merece ser tratada.

É até uma coisa que eu tô aprendendo com a medicina oriental. Se eu não estou bem, em relação ao trabalho que eu tô fazendo, o trabalho não vai ser bem feito. Medicina oriental, assim, tem essa orientação: se você não tá bem, é melhor você não estar com a paciente. Sabe, se ergue um pouquinho, se harmoniza um pouquinho pra você conseguir passar... e observar o paciente e poder tratar ele bem (Dra. A.)

Dra.M. evidencia a relevância de se trabalhar no ritmo dela mesma. A rotina que vive se adéqua à sua vida privada, principalmente depois de ter tido filho. Ela trabalha todos os dias, consegue assistir às pacientes de forma mais calma, oferecendo um cuidado atencioso. Ela tem a chance de acompanhar a evolução de uma paciente, conversar e entender o que acontece com ela. Além disso, não trabalha mais nas emergências, então não passa pela ‘adrenalina’ tão comum nesses serviços. Sua situação pode ser ‘lincada’ à consideração de Machado (1997) que enfatiza que o serviço público de saúde geralmente é ocupado por mulheres, que têm seus direitos trabalhistas assegurados, como a licença maternidade e férias.

⁸³ Dra.A. está cursando especialização em acupuntura e objetiva utilizar esses novos recursos associados à medicina ocidental.

... quando eu escolhi esse horário não tinha opção de plantão. Mas eu achava que era o que eu deveria fazer. Graças a Deus essa oportunidade não surgiu, porque num determinado momento eu teria mudado, e hoje não estaria sendo o melhor pra mim, mesmo, definitivamente. Eu prefiro, mesmo morando mais longe, vir mais vezes, e fazer um trabalho de rotina do que ficar como plantonista. Pra mim, pra esse momento da minha vida, ta melhor assim... Então pra mim, isso foi importante porque eu preservo o meu final de semana, então preservo um pouco a minha vida pessoal e eu to fazendo coisas que eu gosto também. Talvez com uma carga de estresse assim, de atendimento menor, porque o serviço de rotina você sempre tem mais tempo de pensar, de conversar, você não tem que tomar decisões do tipo ou vai ou racha, entendeu? Opera não opera. Abre, não abre. Morre ou não morre. Eu prefiro uma coisa mais tranquila... Pelo menos agora, me acalma muito. Num outro momento, eu achava que... Ah, eu gostava mais. Eu sempre fui estressada, então eu sempre queria que tudo desse certo... Então, eu gosto das coisas numa boa. As grandes, grandes emergências sempre me estressaram, porque eu ficava preocupada em como ia ser o desfecho daquilo, então, pra mim, o serviço de rotina é muito legal. Tem gente que gosta mais dessa adrenalina. Eu prefiro uma coisa mais calma, onde eu possa conversar um pouquinho, fazer alguma coisa que eu acho que ta interferindo positivamente, mas eu consigo pensar também se aquela é a melhor estratégia, melhor alternativa, ou se não, se a gente tem tempo de mudar. Você não ta, o contato não é tão curto quanto no plantão, você vê uma pessoa num dia, vê com calma. No dia seguinte, às vezes, você vai ver a mesma pessoa de novo. Então, eu acho isso mais suave... Eu já fui mais irrequieta. Hoje em dia eu já não sou tanto não. Prefiro uma coisa mais leve (Dra. M.).

A Dra.R. demonstra que não almeja passar por novas dificuldades profissionais em outros setores públicos, onde sabe não haver suporte para o trabalho dos profissionais da área da saúde.

E eu pretendo assim, se eu acabar minha residência, passar no concurso e continuar aqui, eu quero ficar. Se for pra ficar no público, eu queria ficar só aqui mesmo. Não quero trabalhar em lugar que não tem suporte, onde eu não tenho ultrassom... onde eu não possa dar o que essa paciente precisa. (Dra. R.)

Essa é uma estratégia que pode ser entendida como uma forma de se evitar novas fontes de sofrimento profissional. Segundo Machado (1997), os médicos são socializados para se sentirem responsáveis pela vida das pessoas. Por isso viverem essa demanda sem condições mínimas de acolhimento deve ser fonte de angústia, dilemas e sentimento de incapacidade frente às diversidades.

* Humanização

1. Termo questionado

Dois dos entrevistados abordaram a questão da humanização, criticando a forma como seu significado vem sendo atrelado a um trabalho não médico, como se fosse uma naturalização de tudo o que ocorre com o ser humano. Outra faceta citada é a de que os critérios estabelecidos são muito fechados, sem relacionar e entender a singularização das ações em saúde.

Eu acho que o tema, ele tá um pouco batido. Eu acho que hoje falar em humanização já não me soa muito bem, porque é... associou-se a idéia de humanização a um trabalho não médico, como se o médico não fosse humanitário, né? Então, na verdade, o termo humanização. Eu acho que ele é mal usado. Mas eu acho que é super importante. Eu acho que humanização não é uma coisa pra ser feita do ponto de vista global... Me parece que é... da forma como vem sendo difundido por algumas pessoas, não por todo mundo, pessoas as quais eu não tenho como identificar, passa-se a idéia de humanização como sendo uma coisa não médica, como se fosse... é... um ato é... simplesmente de naturalização. (Dr. P.)

Às vezes, pra mim fica um pouco confuso esse conceito de humanização assim... só que eu acho que as pessoas estão estabelecendo rótulos muito fechados pro humano e pra todo o resto. Então eu vejo muito assim. Como se todas as pacientes fossem se enquadrar nos mesmos critérios. É... Todas vão achar isso humano e todas vão achar desumano. Eu não acredito que todo mundo vai gostar das mesmas coisas. Não acredito que ninguém não possa dizer: não gostei da banheira, não gostei da água, não gostei da massagem, eu quero anestesia. Quer dizer... Ou então, eu não quero anestesia, eu quero sentir mais tempo de dor, deixa a anestesia mais pra frente. Tudo bem. Cada um tem... Eu acho que as coisas vão caminhando, né? Eu acho isso. Acho que o meu conceito de humanização é mais amplo, mais flexível, é mais relacionado à percepção do que a coisas rígidas, que excluem ou necessariamente incluem... Eu vejo muito mais assim do que como estritamente medicação, e... poder fazer procedimentos assim ou assado. Eu acho que são coisas menores (Dra. M.)

Além disso, Dra.M. enfatiza que as ações com vistas à humanização na área da obstetrícia são feitas mais pelas enfermeiras, que têm rotinas de trabalho diferentes dos médicos, e utilizam recursos que ela não utiliza, como bola de fisioterapia. Entretanto,

ênfatiza que não concorda com as posições fechadas em relação à analgesia no parto, pois às vezes esta se faz necessária.

Sua fala nos leva a fortalecer o entendimento de que rótulos prévios devem ser revistos e não espalhados para toda população. Nesse sentido, a flexibilização do conceito se faz necessária como uma forma de compreensão e ampliação do mesmo. A rigidez, o embrutecimento de normas sobre o que é ou não humanizado, caracteriza uma incapacidade de se curvar à dinâmica da vida de forma inexorável, que nos leva constantemente rever nossos conceitos.

2. Autorreflexão sobre o estudo da humanização

...na verdade, pra gente que é obstetra, isso chega muito como uma...um trabalho, um estudo muito mais feito pela equipe de enfermagem obstétrica, do que propriamente pelos médicos obstetras. E elas têm experiência de trabalho com algumas coisas que, particularmente, eu não tenho. Então eu não posso nem dizer que eu não vou fazer um parto humano usando a bola, usando a banheira. Eu não tenho essa experiência. Também não estou dizendo que isso é desumano ou não é. MAS⁸⁴ eu não concordo com o que elas dizem que analgesia de parto não é necessário, uma invasão desnecessária. (Dra. M.)

3. Tudo o que você pode lançar mão

Nas falas selecionadas, podemos perceber que para se alcançar a humanização, os aspectos técnicos e o calor humano são demasiadamente importantes, em consonância com o pensamento de Martins e Chaves (2000).

Eu entendo humanização assim: como tudo aquilo que você pode lançar mão, se é que você precisa lançar mão das coisas ou só pode deixá-las acontecer de uma forma mais espontânea, mas que traga na realidade uma

⁸⁴ Ênfase da entrevistada.

percepção melhor daquele momento, daquele procedimento pra pessoa que se submeteu a ele, no caso, o paciente, né? (Dra. M.)

Humanização pra mim é eu poder oferecer a paciente, dando toda a assistência, todo o meu conhecimento, a minha presença e dentro disso, alguns dados de recursos técnicos que a gente dispõe (Dr. P.)

4. Na obstetrícia

4.1 Não é naturalização simplesmente

Os próximos trechos de entrevistas poderão servir para entendermos a posição que obstetras ocupam e suas explicações sobre episiotomia e tricotomia, discutidos por profissionais de saúde e geralmente associados à desumanização em saúde. A explicação destes profissionais nos permite entender razões de sua utilização, para que possamos compreender a rotina hospitalar, e não simplesmente condená-la. Entretanto como possibilidades de serem utilizadas, respeitando-se sempre as necessidades de cada mulher estes procedimentos podem ser necessários. A OMS indica que procedimentos como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher para facilitar a saída do bebê); amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém líquido amniótico); enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e, particularmente, partos cirúrgicos e cesáreas, devem ser reduzidos e não eliminados.

A idéia de não se fazer lavagem intestinal, a idéia de não se fazer tricotomia e isso é uma naturalização do parto e isso não é humanização. É o uso de alguns trabalhos científicos, eles se mostram utilizados de forma errônea pra essas conclusões... a lavagem intestinal não é uma coisa a ser feita em todo mundo ou não é pra ser feita em ninguém. Ela é pra ser feita quando existe indicação e aí, do ponto de vista médico, existe a possibilidade, no exame ginecológico, de identificar que a ampola retal da paciente está cheia e aí, mediante, a um momento correto, dentro do trabalho de parto, em que eu tenha que ter um trabalho de parto inicial... A episiotomia é a mesma coisa. A gente comete um grave erro no seguinte: há vinte anos atrás, era rotina se fazer episiotomia em todo mundo. Hoje em dia, o pessoal fala assim: não se faz mais episiotomia. Não, não é isso não.

Eu tenho que individualizar a minha paciente e avaliar se aquela paciente necessita ou não de episiotomia... Eu tenho que selecionar. E previamente preparar a minha paciente para o parto. Então, antes mesmo dela engravidar, a minha paciente tem que ter exercícios regulares, ter uma alimentação adequada e aí, se ela tiver um bom períneo constituído, eu vou ter uma possibilidade no parto, de diminuir uma incidência de episiotomia. Então, eu tenho um bom períneo, que tá preparado, chegou no momento do parto, com a minha anestesia, aquele períneo, aquela musculatura, ela vai relaxar e vai se poder ter uma distensão melhor por conta da anestesia, ela vai suportar melhor o trauma do parto porque é uma musculatura forte e trabalhada. E aí, a episiotomia pode ou não ser feita... É no momento, eu tenho boa musculatura, boa distensibilidade, eu vejo que não vai haver laceração, eu não preciso. ...e eu julguei que não precisa fazer, eu vou proteger o períneo, aí via nascer sem laceração. Lacerou, eu não tive uma boa avaliação. Eu errei em algum momento....isso precisa ser avaliado. Eu acho que existe aí uma falta de avaliação disso. Então, humanização, eu acho que é uma coisa bem mais ampla do que simplesmente essa naturalização (Dr. P.).

Eu só penso no parto normal. Pra mim, porque é o que eu vivo mais, entendeu? É o momento do parto. É o que eu vivo... Eu adoro parto normal. Eu defendo o parto normal. Quando tá tudo bem, né? E sendo assistida, tá tudo bem e a mãe participando, né? Aqui, a gente tem analgesia de parto que é uma coisa que vai bem, que anda bem. Infelizmente, muitas pacientes não toleram por ignorância porque... Lá, fora, nego briga se você operar. Isso tá até mudando, né? Na Europa, a mentalidade do povo é o parto normal. A paciente que chega no hospital não é atendida pelo médico que fez o pré-natal. Ela é da instituição, então é outro... aí, funciona. Dá certo, tem índice de parto normal bom, porque o cara não tem que sair de casa às 2 horas da manhã, passar no meio da favela pra fazer um parto normal. Por isso o pessoal marca cesárea. É outra história. O sistema é diferente. Eu acho que vai ser difícil melhorar isso no Brasil, principalmente na medicina privada, porque na pública talvez... Porque na medicina privada, o médico que assiste, ele não trabalha só naquele hospital. Ele trabalha em vários. É diferente o sistema. A estrutura é diferente. (Dr.X.)

Contudo, medidas humanizadoras geralmente se associam a idéia de desestímulo de parto medicalizado, pois este é considerado tecnologicado, artificial e violento. Almejam que o trabalho de parto seja mais adequado se for realizado, com incentivo de intervenções e práticas biomecânicas, que se adaptariam mais à fisiologia feminina (TORNQUIST, 2002). Martin (2006c) afirma que as intervenções levam a mulher a ocupar uma posição animalesca, em que seria pertencente à natureza e não à cultura. Assim, intervenções biomecânicas podem se associar à crença de mulher simples, natural e domesticável.

As falas selecionadas não se associam àquela visão naturalista do nascimento, mas às considerações com a visão da humanização como uma intervenção singularizada e não simplesmente presa às circunstâncias biofisiológicas do corpo feminino grávido.

4.2 Analgesia não é desumanizado simplesmente

A requisição de anestesia é um fenômeno comum na sociedade atual, pois o mito de parto doloroso facilita a transmissão desta idéia segundo Melo, (2003), a qual se relaciona também à visão de humanização apresentada por Diniz (2005) de que havia, no início do século XX, o uso da narcose.

*Então, a gente tenta tranquilizar a paciente, ainda mais porque a gente tem dois anestesistas. Essa questão da dor, a gente tenta tranquilizar: a gente tem anestesista na casa. Não é bem assim. Você vai estar assistida. A gente tenta tranquilizar pra que ela vá mais preparada pro parto, mas é sempre uma estréia. Não tem muito como... **tanta preparação?** É, é. Tenta conscientizar e tranquilizar de que ela vai ter toda assistência possível. (Dra. A.)*

Não necessariamente o parto com analgesia é menos humano. E às vezes, eu entendo que algumas pessoas, alguns grupos questionam isso. Aham que: pra que analgesia de parto se você tem outras técnicas, você tem a bola, água quente, você tem massagem. Eu não penso assim! Eu acho que têm pacientes que vão ser beneficiar muito disso, mas você tem que saber identificar que grupo é esse, que grupo é aquele. Eu acho que tem outras que vão ter um parto SUPER HUMANO⁸⁵, na minha opinião, com uma boa analgesia de parto, entendeu?... eu acho que se você tem o recurso da analgesia, de repente, ela vai se acalmar, não vai mais gritar, não vai mais ficar desesperada porque você retirou a dor... MAS eu não concordo com o que elas dizem que analgesia de parto não é necessário, uma invasão desnecessária. Eu não concordo! Eu acho que se a paciente está com dor, aquilo foi explicado, ela concorda em fazer, ela sente que é necessário, é uma dor que ela esteja tolerando, nem tendo nenhum tipo de prazer em sentir, concordou em fazer e correu bem, aquilo tirou a dor dela, e foi um bom parto. O que tem de desumano nisso? Por que é desumano? Por que a anestesia no parto é desumano e anestesia pra você fazer uma apendicite não é desumano? Anestesia, ué? Você só tá tirando a dor. E agora, se a paciente tem uma outra filosofia, um outro pensamento com relação ao parto e ela diz que não quer. Eu acho desumano você obrigar também. Também imagino que ninguém vai fazer isso. Anestesista é uma das coisas que mais falta em plantão. Se ela não quiser, ninguém vai insistir. Agora,

⁸⁵ Ênfase da entrevistada.

eu acho que se ela quiser, ela tem que ter o direito, tem que ter o acesso. É muito mais desumano, eu acho. Não era até pouco tempo, e ainda é em alguns lugares, que não se faz analgesia de parto. Analgesia de parto é uma exceção pra um caso ou outro que você tem uma indicação outra que não só a dor. ... deve ser uma delícia num trabalho de parto tomar banho...eu acho que você tomar banho durante o trabalho de parto deve ser gostoso, porque eu acho que relaxa. Acho que em alguns momentos, você deve ficar com vontade de se limpar, se lavar, né? Você tá sangrando. A cama tá molhada, então aquilo ali deve agoniar um pouco em alguns..., em algumas situações. Então, eu acho que banho deve ser bom. (Dra. M.)

Segundo a Dra. A., poder contar com a presença de um anestesista na casa produz um efeito tranquilizador, pois a paciente se sente mais calma quando sabe que existe anestesista na instituição. Enfatiza ser este momento de uma nova vivência da mulher. Será sua estreia como mãe, o que sempre tem um significado novo, pessoalizado. Nesse caso a instituição ao apresentar em seu quadro de funcionários anestesistas é um dado acalentador, mesmo que seus serviços não sejam utilizados em todos os trabalhos de parto.

Dra.M. apresenta uma grande reflexão sobre o uso de anestesia, mas também fala de outras possibilidades como massagens ou do uso de bola de fisioterapia. Liga o uso de anestesia no parto e à realização de uma cirurgia de apêndice, e enfatiza que o uso da anestesia não pode ser obrigatório. Enfatiza o direito da paciente escolher se quer utilizar anestesia ou não.

4.3 Parto domiciliar ou Casas de Parto

Historicamente, o parto se tornou um evento hospitalar. Antes ocorria em casa, com a presença da parteira, parentes e amigas que auxiliavam a parturiente. Atualmente, novas formas de se modificar o processo de nascimento vem ocorrendo e no Brasil identificamos um fenômeno que fortalece o retorno dos partos à casa das mulheres. Também existem as casas de parto que buscam realizar práticas humanizadoras, num ambiente mais acolhedor.

Eu acho que, o parto hoje, na minha visão, deve ser hospitalar porque, deve ser dentro de uma unidade hospitalar... Ainda não concordo. Pode ser que eu mude de idéia. Mas não vejo ainda com segurança e com bons olhos parto domiciliar. Eu acho que isso, pelo menos, não pros grandes centros eu acho. Me preocupam as possíveis complicações que a gente vê que acontecem mesmo no baixo risco. Ah, são infrequentes! São! Mas no seu parto aquilo é 100%. Eu não iria admitir uma complicação no meu parto, porque ele foi feito em casa. Então, por que ele foi feito em casa, se eu tenho leito de hospital, se eu tenho pra onde ir, eu não tô no interior, eu não tô no mato. Eu to numa cidade grande, né? Então, eu acho, que por menor que sejam essas complicações, elas vão estar melhor amparadas. Ainda mais numa cidade como o Rio, em que você tem o tempo de deslocamento até chegar a um hospital. Eventualmente até as questões das vagas e tudo mais que dificultam a entrada, realmente, o acesso. Então, eu acho que você poder acompanhar tudo ali dentro, eu acho válido, tá? (Dr. M.)

*Porque agora tem o parto humanizado, né? **E como você entende isso?** Das parteiras, de ter neném em casa e tudo. Eu acho que a gente pode ter isso num hospital. **Como você vê isso?** Eu acho que a gente que dá muito plantão, que está acostumada a ver coisas gravíssimas... eu não concordo com essa coisa de parto humanizado e casa assim, porque a gente vê muitas pacientes complicando, sabe? **Isso te preocupa, quando você vê esse movimento tão forte desse retorno ao parto em casa?** Me preocupa, porque esse delta T, né? Esse tempo dela, não sei dela chegar a um hospital... será que vai dar tempo de socorrer? Como é que ela vai chegar? Não é simples. Assim, é óbvio. 80% dos partos, né, são partos tranquilíssimos, partos normais, mas a gente também vê muita coisa acontecer e a gente não pode... é uma coisa que não dá pra esperar. **Quando você falou não dá pra esperar, parece algo que vem de dentro, desesperador, né?** É. Porque a gente sente mesmo. A gente agita lá o centro obstétrico. Olha, esse neném ta batendo a 100, tá fazendo uma bradicardia. Precisa operar ele agora. E se ela tivesse em casa, será que daria tempo de chegar no hospital e fazer uma cesariana? Realmente, o ato de você... é a coisa que vem naturalmente mesmo. Contração, expulsão, você segura o neném, cortou o cordão. E realmente, isso, se você treinar uma pessoa. Acho que não é difícil, né? Treinou, faz. Mas, e as complicações? E se essa placenta não sair? Não é uma coisa simples. Pelo contrário, é uma coisa complicada. **Você falou sobre o parto em casa, e como você vê as casas de parto?** Eu não concordo. Eu não indico. É isso que eu penso mesmo. A gente tem o hospital para isso. Eu acho que ela pode ter essa coisa da, de estar com o marido, de estar com a família. Aqui mesmo a gente tem essa coisa de no momento do parto ter direito a um acompanhante. Paciente fica do lado do acompanhante. A gente sabe que isso é importante, que isso existe, eu acho que a gente pode... (Dra. R.)*

Eu sou radicalmente contra as casas de parto, né? O pré-natal ser realizado por enfermeira desde que não tenha supervisão ALI⁸⁶, naquele momento. Não dá pra enfermeira fazer consulta de pré-natal e o médico não tá naquele momento. Ela pode até fazer. Sou contra casa de parto porque você ah: só nasce baixo risco. É imprevisível! Isso é imprevisível. É só você chegar à meta morbidade... É só você chegar, você chegar em qualquer... essa reunião de enfermagem e se você perguntar pra qualquer

⁸⁶ Ênfase do entrevistado.

*peessoa. Se você fizer uma pesquisa e perguntar: você gostaria de ser assistida por um médico durante o seu parto ou numa casa de parto por uma enfermeira. É óbvio que a resposta é ser assistido por um médico. Só que aí, o prefeito vem fazer voto. Casa de parto, um negócio já condenado pelo Conselho de Medicina, conselho federal e aí fica aquela politicada pra cá, pra lá. Tem determinação do Conselho Federal pra gente não assistir a essas pacientes. Pacientes que saem de lá da casa de parto em Realengo e chegam no Rocha. Você acha que esses colegas gostam? É claro que não. A pessoa chega rabuda. Chega coisa que devia ter sido passado, resolvida antes. O obstetra é fundamental. Falta muito... é... preparo dos colegas. Muito. **Que colegas?** Os colegas obstetras. Falta muito. Infelizmente, isso não é só na obstetrícia não. Na medicina como um todo. As pessoas não estudam tudo bem. Porque ganham pouco, mas também porque não se interessam, sabe? Eu vejo isso. (Dr. X.)*

A partir das falas selecionadas dos entrevistados, podemos perceber um pavor destes profissionais sobre a realização de partos nessas circunstâncias. Eles se preocupam com a situação, pois conhecem de perto as inúmeras possibilidades de problemas que podem ocorrer quando mulheres têm seus filhos em casa ou casas de parto, e não em instituições como hospitais ou maternidades. Dr.X. enfatiza que só chegam ‘rabudas’ das casas de parto. A Dra.R. diz que não recomendaria para ninguém esta prática. A Dra.M., como obstetra, salienta que não admitiria ter um filho em casa, pois se ocorresse alguma complicação não poderia contar com os recursos de um hospital ou de uma maternidade.

Diante disso, enfatizamos uma característica desses profissionais que já lidaram com várias urgências e desafios no exercício profissional, quando se posicionam plenamente contra o parto domiciliar ou o realizado nas casas de parto, pois demonstram se preocupar o futuro. Não seria adequado nos prendermos à simples fala de que quase todos os partos não oferecem riscos. Se o risco ocorrer com uma mulher, e esta demorar a ser socorrida por equipe especializada, o que ocorrerá a ela e seu bebê? Seria realmente humanizado isso? Em nome de uma naturalização, abandonamos todo o conhecimento já obtido sobre a prática da parturição, e oferecemos um local destituído de elementos essenciais a uma parturição com êxito. E depois, se algo acontecer durante o trabalho de parto e o socorro não chegar a tempo,

o que fazer? Se não houver traslado eficiente? E quem é o responsável pela vida quando a paciente e seu bebê chegarem a uma instituição de saúde, será o profissional que a recebe responsável pelo que vier acontecer? Isto é justo?

E se tudo isso pudesse ter sido evitado, o resultado possivelmente teria sido outro. Então por que razão, as instituições de saúde pública voltadas à assistência à gestante, não oferecem formas distintas de parto. Se algo viesse a ocorrer durante o procedimento dentro da maternidade poderia contar com o apoio que já estaria ao lado. Não podemos nos esquecer que o parto é um processo dinâmico que não se atém simplesmente à história de todo pré-natal. A imprevisibilidade faz parte do processo. Ser médico já é se responsabilizar o tempo todo. É lidar constantemente com o inesperado, com o imprevisível. Entretanto transformar seus procedimentos em calvário é uma atitude desumana, tanto para si, quando para os outros sujeitos envolvidos. Quantas crianças poderiam não ter sequelas pós-parto pelo simples atendimento às suas singularidades ao nascerem? Quanto sofrimento evitado para seus familiares sem se falar nos gastos? Qualidade de assistência é fator de implicação que ultrapassa os portões de instituições que tratam da parturição, que resulta em perdas, tanto pessoais quanto financeiras, mas são ações que podem demonstrar o descompromisso com o outro. Valorizar o parto hospitalar não é desmerecer o trabalho feito por parteiras no interior desse Brasilão, mas questionar sua utilização em centros que possuem uma rede pública de saúde para este fim.

4.5 No ciclo gravídico-puerperal

Sobre a humanização no ciclo gravídico puerperal, selecionamos falas que enfatizam aspectos visíveis, como o profissional que fez o pré-natal conseguir fazer também o parto.

Na grande maioria das vezes, o parto não vai ser feito por esse médico do pré-natal. Mas o ideal é até que pudesse ocorrer dessa maneira. Então, é, o ideal de assistência que eu vejo, ele teria muito vinculado à disponibilidade do profissional de saúde dentro daquele serviço e o comprometimento dele com aquela instituição. Porque eu acho que com esse comprometimento, com essa tranquilidade dele estar trabalhando só num local, eu acho que ele prestaria um melhor serviço, ele tá ali se dedicando só ali (Dr. P.)

Entretanto, isso só seria possível se ele se dedicasse apenas a um local de trabalho em que poderia se comprometer mais, e prestar um serviço de melhor qualidade, conforme diz Dr.P. Nesse sentido, poderíamos pensar na segurança que a grávida teria de ser assistida no momento do parto pelo médico que a acompanhou durante todo o pré-natal.

Dra.A. comenta como é importante no momento do parto, que o profissional estabeleça uma relação com a paciente. Se ele já a conhecesse, isso seria mais fácil. Quando isso não ocorre, em poucos minutos, o profissional tem que se apresentar, explicar o que está acontecendo, e ver como a mulher está vivenciando a situação. É uma tarefa muito difícil participar de um parto sem ter qualquer conhecimento, tanto do lado da parturiente quanto do parteiro.

Então, assim, você tem que estabelecer uma relação de uma pessoa que você vai fazer um PARTO⁸⁷... É! Ela vai passar por um momento importante da vida dela, que eu não sei se ela foi preparada pra isso. Então, assim, você tem que rapidamente estabelecer uma relação pra uma coisa que está acontecendo. A dinâmica ali, isso aí tem que ser bem rápido. É diferente do pré-natal que você estabelece um contato desde o início, então, você vai paulatinamente conhecendo a sua paciente, ela vai te conhecendo. Então quando aquilo conclui em você fazer o parto, aí é show de bola, né? Completo! (Dra A.).

É um momento muito sensível, gravidez, parto, puerpério. E a gente tem que dar todo carinho que a gente puder, porque é o que elas precisam. É o que a gente vê. O que a gente tira de lição disso tudo é que quanto é importante você dar um carinho, dar uma atenção...esse parto é mais tranquilo. O puerpério é mais tranquilo também. Muitas vezes, pacientes também não têm isso em casa. Mas se a gente puder dar aqui, eu acho que é fundamental. Muito. A gente faz a nossa parte, né? Eu acho que é isso... Eu acho, que de todos os profissionais de saúde que estão trabalhando aqui, é... tratem essa paciente como ser humano mesmo. Todo mundo mesmo, desde quem atende ali na admissão até maqueiro, até todo mundo que vai passando por essa paciente. Ter essa consciência de humanização mesmo. Acho que é isso... Que não é só mais uma paciente, o leito um, que

⁸⁷ Ênfase da entrevistada.

não tem nome, que vai parir assim como várias que a gente atende. Não. Cada uma é uma paciente diferente, né?... Cada uma tem uma historia de vida, cada paciente é uma pessoa diferente. Que, a gente vê por aí muito tratamento não humano, né? De parto, de atendimento, na admissão, em outros hospitais aí, que a gente lê, que a gente vê que escreve em braço na paciente. Umas coisas que... a gente... (Dra. R.)

Dra.R. enfatiza que toda equipe da maternidade tem que tratar a paciente como ser humano. Ela se irrita quando lê notícias em jornais como a do médico que escreveu o endereço da maternidade para a qual deveria se dirigir a paciente em seu braço⁸⁸. Acredita que os profissionais têm que fazer a sua parte, tratando a paciente com carinho e atenção.

*** Formação de qualidade, educação permanente**

A questão da formação médica é identificada pelos profissionais como um tema de suma importância. Dra.M. salienta que um fenômeno interessante ocorre atualmente. Os alunos não andam mais com seus livros de referências, mas sim com apostilas de cursinhos com Medcourse, que os preparam para as provas de residência. Salienta a ênfase na ação prática, com desvalorização do conhecimento teórico, o que para ela também se relaciona à baixa procura pelos serviços de referência de antigamente.

Como se a faculdade tivesse perdendo um pouco o espaço, né? Nessa formação, perdendo pro curso. Você vira e mexe, vê eles no plantão não estudando com o livro texto, né de referência de uma determinada especialidade, mas estudando na apostila do curso. Não sei. Eu não tô também querendo dizer que isso tá invalidando o estudo dele não, mas o que está escrito ali é legal, mas pro jeito como a gente foi formado parece que eles tão minimizando, simplificando. É que antigamente a gente estudava com o livrão, um monte de coisa pra ler e tal. Agora são pequenas apostilas, exercícios e é aquilo que eles estudam. É um pouco estranho... É diferente. Pelo menos, pra mim é. Mas não vejo tanta mudança, pelo menos, nessas universidades públicas grandes, né?...Uma coisa que eu achei que mudou, eu achei que, não sei por que, quando eu me formei, já tem oito anos. Eu me formei em 2000, no final de 2000. O que você tinha como padrão ouro pra sua residência ... hoje em dia, a gente vê que esses locais estão reclassificando os internos, né que passam para a residência estão preferindo ... ir pra locais de maior movimento. Isso pra mim é uma

⁸⁸ Caso que foi veiculado nos jornais no ano de 2009.

grande mudança. Não consigo explicar porque que o prestígio desses locais caiu um pouco. A impressão que me dá é que caiu, que desprestigiou mesmo. Agora exatamente por que eu acho difícil. Porque eu não consigo ver esses locais que eles estão buscando como locais melhores não. Pra formação. Não consigo mesmo. Mas a impressão que dá é que as pessoas querem uma coisa mais prática, mais... logo já botando a mão na massa, menos teoria. Não sei se isso também tem a ver com a questão do curso, tudo fica simplificado. Deixa de ser um livro e passa a se uma apostila. Deixa de ter teoria e já vai logo operar. Não sei. Não sei se tem uma mudança de comportamento, o acesso mais rápido às coisas. Eu não sei. Mas é uma coisa que a gente nota. (Dra. M.)

Dr.X., está sempre imerso no mundo da pesquisa. Entretanto acha que a formação dos profissionais da área médica está deixando a desejar. Exemplifica ao falar da dificuldade de médicos novatos diagnosticarem gravidez gemelar (este caso foi veiculado pelos meios de comunicação em 2009).

Mas tem muita gente que... infelizmente, aí a qualidade cai. Aí aparece na televisão um gemelar que não era gemelar, essas coisas. Qualificação ruim, cara! (DR.X.)

Para o Dr.P. o trabalho de formação do médico é árduo e tem ser feito com muita dedicação. Alerta que a formação médica não pode estar restrita apenas a universidade, deve ir além, pois exige constante atualização. Enfatiza que um profissional com 10 anos de preparo deveria ser muito bem remunerado pela dedicação que teve em sua formação.

Ah, eu gostaria muito que todo mundo tivesse feito o que eu fiz. A idéia de associar o conhecimento teórico ao prático foi fundamental pra mim. A idéia de ter me esforçado mais por ter passado pra uma faculdade fora do Rio de Janeiro, e eu ter que resgatar esse tempo pra mim foi muito importante. E eu acho que essa parte teórica... o profissional, que necessita de uma grande dedicação deveria ser cumprida por todo mundo. Acho que isso é um trabalho árduo, que demorou aí, pelo menos, uns 10 anos em termos de preparo. Acho que isso tinha que ser muito bem remunerado e acho que as condições tinham que permanecer pra que a gente pudesse continuar crescendo e desenvolvendo mais, que aí a gente volta ao que a gente tava falando antes, que a gente tá perdendo um pouco isso, né? Então, eu acho que na verdade, não basta só o que a universidade oferta, mas eu acho que o profissional tem que correr por fora pra poder nutrir o plus. (Dr. P.)

Como pudemos observar nas falas selecionadas, muitos são os aspectos relevantes na discussão sobre humanização em saúde. Para melhor entender essa temática, vimos a necessidade de identificar na literatura as dicotomias, geralmente, associadas à medicina.

Falar de humanização da medicina é uma tarefa árdua, pois muitos são os que associam o fenômeno da desumanização à medicina. A prática da medicina só passou a ser valorizada com o advento da medicina científica. A aliança entre a técnica dos médicos e o conhecimento científico proporcionou não apenas a produção de verdades, mas também o prestígio social (MACHADO, 1997).

A medicina é objeto de estudo da sociologia e antropologia, que trazem significados de que como sendo uma atividade mundana em que se vendem serviços num mercado especial, em que a prescrição de medicamentos ainda é monopolizada (COELHO, 1995) ⁸⁹

⁸⁹ Nunes (2007) seleciona alguns autores para mostrar formas de se compreender a sociologia médica (Guérin, Sigerist, Henderson, Stern). O desenvolvimento científico permitiu que a doença começasse a ser objeto de estudo, e com isso o médico ganhou o papel social de recuperar a saúde, e fazer com que a pessoa enferma se restabelecesse e se reintegrasse à sociedade, seguindo as contribuições de Sigerist, médico que atuou como professor nos EUA. O médico deveria ter conhecimento laboratorial e clínico, aliado à compreensão de sua ação social, estando a serviço do estado.

O médico francês Guérin possui uma visão quase messiana de compreender a função dos médicos na fundação da democracia. Era mais do que necessário que os médicos deveriam resolver os problemas da sociedade. Para ele, a boa vontade não era suficiente. Os médicos deveriam estar em associações com objetivos de reorganizar a sociedade, com terapêutica e medicina social. Assim, a medicina deveria ter um papel fundamental no corpo social. Na França, por exemplo, a Higiene foi escolhida como forma de ação da medicina social.

Com o tempo, novas contribuições surgiram. Henderson traz a visão da medicina como ciência aplicada, deixando a relação interpessoal entre médico e paciente de lado. As inovações tecnológicas foram sendo cada vez mais valorizadas. Para ele, um médico e um paciente constituem um sistema social, em que são heterogêneos, possuem sentimentos e interesses próprios. Ao relegar os ensinamentos hipocráticos, a medicina piorou. A visão geral do paciente vivendo num ambiente social e físico é importante. A ação do médico não deveria ser derrotada pela prática laboratorial. O paciente não é um mero caso. Há necessidade de se conhecer sua personalidade e suas relações com outras pessoas (NUNES, 2007).

Stern apresenta em seu pensamento a visão de que o papel do médico é um produto sócio-histórico, dependendo, amplamente, de ambiente socioeconômico e das tradições históricas nas quais se insere. O médico deve se responsabilizar por aliviar a aflição e curar doenças de pacientes individuais e prevenir a ocorrência de doenças e promover a saúde. Sua ação não é apenas com um doente específico, mas sim com a comunidade maior. O autor chega a dizer que seria importante dizer aos jovens médicos que ingressam na profissão de que é urgente ver a necessidade pública e que devem ultrapassar os horizontes do presente, para penetrar numa área da maior serviço à humanidade (NUNES, 2007).

Parsons foi um sociólogo que produziu um trabalho teórico, extremamente, abstrato, podendo até ser considerado como uma metateoria (teoria sobre a teoria) sobre os pressupostos básicos do trabalho e do pensamento dos sociólogos (BECKER, 1997).

Parsons tinha como objetivo conferir à sociologia o estatuto de ciência autêntica. Apresenta uma noção de doença como sendo um estado de perturbação do funcionamento “normal” dos indivíduos humanos, em relação ao seu organismo biológico e ao seu funcionamento social. A prática médica funciona como mecanismo para lidar com as doenças das pessoas, controlando-as. Considera que o doente não é competente para se ajudar,

pode interferir e alterar padrões de relações pessoais e interpessoais existentes no protagonismo médico.

É importante entender que a medicina científica foi paulatinamente construída a partir da tentativa de se transformar corpos-pessoa em corpos-objeto. Nem sempre com êxito, mas pode-se perceber que a medicina como conhecemos atualmente é fruto de uma objetificação do ser humano. Enquanto nas aulas de anatomia, percebemos o estudo das “peças”, numa instituição de saúde podemos ver pacientes internados, despidos de seus pertences, o que lhes garantiria a descrição de corpo-pessoa (RUSSO, 2006).

A objetualização da medicina possibilitou a constituição de um saber científico, extremamente valorizado, mas haveria ocasionado o seu distanciamento dos interesses dos doentes. Enquanto o médico se volta ao “como”, objetivando a doença, o paciente se volta ao “por que”, uma explicação totalizante e subjetivante (BONET, 2004). Um caso raro de patologia é prioritário, enquanto que os frequentes são desvalorizados (AROUCA *apud* Gil *et al*, 2008).

A luta contra a singularização do paciente é percebida na sua falta de objetos pessoais, entretanto, a transformação em corpo-objeto nunca é integral, visto que mesmo despido sempre será homem, mulher, velho, jovem, gordo, magro, branco, negro, casado, solteiro. O corpo-pessoa resiste à transformação em corpo-objeto (RUSSO, 2006).

necessitando, então de ajuda profissional. Por ser leigo, ele precisa se fiar da autoridade profissional, do conselho de quem é profissional altamente qualificado (NUNES, 2007).

Parsons discute a profissão médica como prática liberal, demonstrando o papel do médico como um subtipo do grupo mais amplo dos papéis sociais. A especialização e a competência do médico são extremamente importantes para seu trabalho. Sua superioridade sobre seus semelhantes é reduzida à esfera específica de seu treinamento. Há uma orientação coletiva que indica que a ideologia da profissão médica lhe obriga a colocar o bem-estar do paciente acima de seus próprios interesses, e a considerar o comercialismo como inimigo a ser enfrentado.

Ao trabalhar com o conceito de papel de doente, Parsons fala da isenção de responsabilidades sociais cotidianas; da definição de que da pessoa doente não se pode esperar uma recuperação de forma espontânea; da visão institucional de que o doente deve ter a obrigação de querer sarar e que numa situação de enfermidade, deve procurar ajuda técnica competente. Nesse último momento, é quando os papéis do médico e o do paciente se tornam complementares.

Bonet (2004) compreende que a ideologia biomédica é descontínua, com aspectos de uma arte de curar e de uma teoria de doenças. Russo (2006) se baseia na concepção dualista para explicar a forma com que podemos entender a construção científica da medicina. O ser humano é separado em planos distintos de funcionamento físico (corpo) e funcionamento espiritual. De um lado, espírito, alma, mente e do outro, matéria, corpo. De um lado a cultura ou a sociedade, frutos do espírito humano e do outro, a natureza, imutável e resistente à vontade humana.

A ineficácia operacional do biocartesianismo com relação a um número importante de patologias da atualidade fica evidenciada quando se trata de enfermidades cujos diagnósticos e curas exigem métodos que integrem também a dinâmica da subjetividade, por estarem relacionadas a distúrbios culturais, psíquicos, emocionais e mesmo religioso-espirituais (MARTINS, 2003, p.35).

As críticas à biomedicina se baseiam no questionamento ao reducionismo biologicista que causou uma hiperespecialização e uma medicalização da sociedade. Além disso, a concepção de doença como algo meramente biológico traz consequências à prática médica. A eficácia da medicina pode ser vista como baseada na ação num corpo que não inclui o homem (BONET, 2004).

A mente é passível de transformação, enquanto que o corpo não é. O corpo é o que há de mais básico no homem, o que o une à natureza animal. A realidade física da natureza é inquestionável. Todos possuem corpos, como qualquer outro objeto, que é passível de manipulação. Para a medicina, o corpo pode ser tratado, examinado, manipulado. Mesmo sendo respeitada a idéia de que se deve estabelecer uma boa relação com o paciente (pessoa), a terapêutica normalmente se baseia no fato de que algo ocorre bioquimicamente com o paciente. A autora ressalta que queiramos ou não, somos corpos-pessoa (RUSSO, 2006). Mas diz que:

Entretanto, apesar da dimensão inegavelmente físico-moral do par saúde-doença e da própria prática médica, a medicina moderna funciona a partir

do recalçamento dessa dimensão, e da afirmação da possibilidade de um funcionamento puramente biológico do corpo humano (RUSSO, 2006, p.192).

A autora nos auxilia a entender que mesmo almejando alcançar a objetividade, isso não seria uma tarefa simples. Conforme Menezes (2006) diz, a prática médica pode ser compreendida a partir de uma dupla dimensão: competência-cuidado; objetividade-subjetividade; racionalidade-experiência e saber-sentir convergindo para uma tensão constante. E ainda, há os que a compreendem como sendo uma prática mercantilizada, facilitada pela especialização dos médicos (MARTINS, 2003).

A partir da perspectiva de Martins (2003), do ponto de vista teórico, a desumanização da medicina é resultado da crença de que o interesse científico e econômico é mais importante que o social, e que a doença vale mais que o doente. O dinheiro e o prestígio obtidos através dos serviços médicos não têm obrigações e dívidas com o sofrimento humano. Esta crença é divulgada pela maioria dos grupos privados. Entretanto, se formos observar a história, perceberíamos que a desumanização teve início na aliança entre cientistas e homens de negócio, a partir do século XVIII até o XIX. O século XX trouxe inovações à cidadania universal, transformando-a em um consumo individualista.

Como então articular o pensamento pós-moderno que salienta a importância de assimilação de conhecimentos com aquilo que mais pode evidenciar a condição humana: um sujeito que tem um corpo; uma dimensão psicológica; sente; chora; vive em algum lugar; possui uma rede de relações sociais e credos específicos? Entender que o homem é biopsicossocial é algo que pesquisas na Internet, articulações entre diversas áreas de saber, associações de idéias e contatos com a realidade podem produzir. Consequentemente o que fazer com isso? Não no sentido operacional, mas no sentido vivencial? Como se tornar um profissional humanizado que olha o outro como semelhante que sofre? Como aprender a ouvir a dor do outro e respeitá-la, utilizando seus conhecimentos técnicos para diminuir o

sofrimento? Humanização é algo permanente? Existe um profissional que será sempre humanizado? Ou a humanização é algo que se dá em ato, no processo vivencial? Há processos relacionais humanizados em pessoas que não são sempre profissionais com atitudes humanizadas? Isso seria possível?

Essa humanização que valoriza realmente o outro na relação pode existir no ato do processo relacional, ou tem que ser através da normatização de conduta? Será que uma simples norma desperta posturas humanísticas?

O processo relacional é constituído pelos dois envolvidos, uma real via de mão dupla, em que ambos são importantes no processo, ambos são sujeitos: um ajuda e o outro é ajudado. As formas de se fazer isso são inúmeras, entretanto um dos pontos fortes de uma relação humanizada é o reconhecimento do outro enquanto pessoa, sendo, assim, pertinente um respeito por sua dor e dificuldade.

Desta forma, conhecimentos específicos sobre anatomia, fisiologia, procedimentos cirúrgicos, formas de se fazer curativos, as fases que uma pessoa passa ao ter um diagnóstico de doença incurável, entender sobre luto, depressão, efeitos psicológicos com o uso de medicamentos... Tudo isso é importante para a formação do profissional de saúde, mas não garante que o mesmo propicie uma assistência humanizada. A humanização não é um pacote de condutas, pois ela se dá no ato do fazer, do se relacionar, no processo construído entre pessoas.

A busca das necessidades do usuário tem grande chance de fazer sentido quando se articulam todos os conhecimentos específicos sobre o ser humano (desenvolvidos, muitas vezes, graças à hiper-especialização) à compreensão de que a assistência em saúde deve ser muito mais que uma intervenção específica.

A possibilidade de se colocar no lugar do outro, de abrir espaço para que o outro saiba algo que não se sabe de antemão depende de se aceitar que todo saber é limitado: algo que não se sabe e que, portanto, poderá vir de outro.

Apenas quando se corre o risco de não pretender tudo saber é que se pode compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra, mas também de um saber que, por não ser total, pode se expandir infinitamente (OLIVERA *et al*, 2006, p.282).

Temos que reconhecer que somos eternos aprendizes. Estamos há todo momento aprendendo a agir, entretanto podemos afirmar que enxergar o outro, colocarmos em uma situação de empatia é uma forma de propiciarmos condições para a diminuição da dor e do sofrimento do outro.

Entretanto, somente um mergulho crítico, livre de atitudes preconceituosas, na busca de se tentar compreender as diversas dimensões que habitam o ser humano, se pode propor novas formas de ações que venham redefinir as relações interpessoais baseadas em conhecimentos científicos e tecnológicos, sem desconsiderar as implicações éticas e espirituais que envolvem este tipo de relação, visando a real humanização na saúde, em que os modelos seguidos não sejam apenas os do ocidente, mas que outras culturas, outros ritos, outras formas curativas também sejam consideradas e continuem a ser pesquisadas e até em determinadas condições aplicadas. O homem não é um ser ilhado, precisa no alicerce de suas ilhas encontrar a unificação da busca do conhecimento. Suas verdades, não são perenes, duram tempo suficiente para que outras venham substituí-las. Abrindo novos caminhos, novas buscas, novas inquietações que satisfazem ao ser inacabado que é. Objetivamos a construção de processos contínuos de humanização.

Imersos num sistema econômico, com uma profissão que é amada e odiada, os médicos se encontram em situação inusitada. Demandas de conhecimentos específicos e de boa capacidade de relação interpessoal existem. Retornando as considerações sobre mundo contemporâneo, globalização, superespecialização, podemos questionar como promover relações humanizadas respeitando os aspectos apresentados no capítulo sobre humanização e suas dimensões.

Ao começarmos a entendê-la com um sistema aberto, podemos resgatar Deleuze e Guattari (1996). A porosidade da estrutura do iceberg permite que ocorram não só ramificações, mas também trocas com o exterior. Se no iceberg identificamos aspectos econômicos, sociais, biológicos, psicológicos e pessoalizados; entendemos que são nutridos por tudo o que envolve o iceberg. Franco (2006) utiliza esses autores para refletir sobre os serviços de saúde. Diz que eles se utilizam do rizoma, figura da botânica, para se referir a sistemas abertos de conexão que transmitem no meio social através de diversos agenciamentos, que produzem novas formações relacionais. A produção de vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre a qual se organiza. A vida se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são fontes de produção de realidade.

O trabalho em saúde tem sua capacidade rizomática, abre linhas de fuga e trabalha com lógicas próprias (FRANCO, 2006). Podemos entender que as dimensões que formam o iceberg da humanização, por si só, apresentam suas linhas de fuga. A porosidade da “estrutura” é fornecida pelos seus próprios componentes. Ao entendermos que a humanização se dá em diferentes dimensões, ultrapassamos a idéia de que esta ocorre apenas na relação interpessoal, que pode ser altamente visível se estivermos observando como o profissional se relaciona com seu paciente.

Do ponto de vista da micropolítica, uma sociedade se define por suas linhas de fuga. Se atentarmos para a sociedade contemporânea, imersa em hiper-especialização; com a utilização de alta tecnologia; com a diminuição do tempo de consultas; com fragilização das relações interpessoais, podemos entender que a desumanização seria um fenômeno natural a essa situação. Entretanto, não é isso que se observa. Há fenômenos que ultrapassam essa estrutura que não é fixa, e que se mostra viva com as fugas que são criadas pelo próprio movimento da vida.

No caso da saúde, Ceccim e Merhy (2009) evidenciam, que mesmo onde a estrutura da instituição, com suas normas, regras e abordagens generalizadoras impera, há linhas de fuga capazes de operar transformações na delicadeza de cada encontro. Ressaltam que as linhas de fuga são muitas vezes únicas, pois os furos nas capturas só fazem sentido para aqueles que são implicados. É no dia a dia, na produção da atenção que os profissionais podem realmente assistir e não simplesmente na reprodução de ações quando seguem protocolos criados pelas instâncias formais das instituições de saúde.

Não é sobre a clínica das profissões, mas sim sobre a capacidade de acolhimento e de promoção de encontro que falam os autores. Uma das dimensões, não a única. Se não for assim estaremos em realidade servindo ao aspecto desumanizador da humanização. Porque para sermos humanizados, em nossas ações cotidianas em saúde, precisamos de muito mais que crenças em nossa boa índole. Precisamos de ações práticas e concretas.

As práticas ditas humanizadoras por excelência podem ser analisadas a partir da contribuição de Deleuze e Guattari sobre o fascismo. “É fácil ser antifascista no nível molar, sem ver o fascista que nós somos, que entretemos e nutrimos, que estimamos com moléculas pessoais e coletivas” (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p.93). Precisamos mudar nossa forma de agir, realizando uma diferente construção.

É fácil não ser desumanizada no nível molar, sem ver o desumanizado que nós somos, que entretemos e nutrimos, que estimamos como moléculas pessoais e coletivas.

Podemos entender que no nível molar, os profissionais podem ser agentes de reivindicação de ações humanizadoras. Fácil encontrar aqueles que vivem a discursar sobre o horrendo nas instituições de saúde. Mas será que a transformação almejada se dará apenas com a nossa crença de sermos humanizados em contraposição a qualquer desumanização?

As considerações acerca da humanização em saúde foram apresentadas a partir da metáfora do iceberg. Inicialmente, identificamos de forma clara o que seria visível ou

invisível. Entretanto, aliando observação, diário de campo e realização de entrevistas, percebemos a presença da formação de uma membrana fluida entre elas. Uma membrana que nos permitiu vivenciar a dificuldade de se identificar o que é ou não visível. Ora ela é visível, ora invisível. Por isso, a denominaremos de (in)visível, uma conjugação daquelas duas outras dimensões. Através da análise das entrevistas, com as diferentes construções dos significados atribuídos à humanização, a dimensão (in)visível se fez presente e, extremamente, necessária para ansiarmos entender o que ocorre com obstetras de uma maternidade. Esta metáfora será entendida a partir de uma compreensão mais porosa, em que a estrutura do iceberg que já trazia a membrana fluida da dimensão (in)visível será compreendida como uma estrutura dinâmica.

Ações visíveis não devem ser os alvos das mudanças no sistema de saúde simplesmente. Se apenas o que é visível existir, criamos um mundo de falácias, em que o observável é primorosamente executado. O que há por trás, na surdina, das ações dos profissionais de saúde é o que nos permite vislumbrar o invisível.

A dimensão invisível só é percebida quando estamos ali, no dia a dia, junto aos profissionais. É nesse momento que, além de suas ações com os pacientes, podemos identificar a forma como eles lidam com o seu dia a dia de trabalho. Vemos suas preocupações, a necessidade de fazer algo por seu paciente, a busca por melhor entendimento e soluções mais adequadas a cada caso. Há a ânsia em realmente fazer algo e não apenas seguir as condutas costumeiramente atreladas ao ideário da humanização. Ser bondoso e até carinhoso são atitudes esperadas e ansiadas para os profissionais de saúde, mas há algo além disto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os obstetras, profissionais de grande importância no processo de nascimento, foram alvo desta pesquisa que objetivou identificar como compreendiam a humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal. No entanto, a pesquisa possibilitou identificar a forma como trabalhavam, o que suscitou o entendimento da Humanização dividida em dimensões visíveis e invisíveis. A literatura já indicava a existência do que era visível ou não na humanização.

A discussão sobre a assistência em saúde no ciclo gravídico-puerperal não é inovadora. Tanto que ao longo dos anos, as inúmeras mudanças nos hábitos dos processos de nascimento traduziam tentativas de melhorias, mesmo que, muitas vezes, sejam altamente questionadas.

A hospitalização do processo de nascimento não apenas indicava o surgimento de área médica promissora, mas também almejava desenvolver técnicas que aprimorassem as condições dos partos. Na busca de melhorar este processo, muitas foram as iniciativas. No início, os médicos possuíam menos conhecimentos que as parteiras. Esse contexto foi se modificando, principalmente, com a sistematização do ensino e do desenvolvimento científico de farmacologia, por exemplo. Obviamente, as parteiras não deixaram de existir e no mundo contemporâneo, proporcionaram uma conjugação entre técnicas inovadoras e conhecimento tradicional. Atualmente, médicos, enfermeiras obstétricas e parteiras auxiliam o processo de nascimento.

Mesmo no Brasil, apresentando ampla cobertura na assistência gravídico-puerperal, as taxas de mortalidade ainda assustam. O enfrentamento dessa realidade alarmante é traduzido pela criação de políticas públicas, mas a situação ainda não se alterou de forma satisfatória. Nesse contexto, a humanização surgiu como temática inovadora no Brasil há alguns anos, mas

sempre esteve atrelada à assistência à saúde. Sua inclusão como alternativa de mudança do sistema de saúde trouxe a necessidade de compreensões que ultrapassam as políticas públicas.

A humanização para estes obstetras se traduz em inúmeras ações, tais como a existência de Banco de Leite, de medicamentos, exercício profissional em apenas uma instituição, cuidado ao falar com as pacientes. Porém, ultrapassando o que foi transcrito nas entrevistas, reveladora foi a observação no dia a dia das reuniões de equipe. Lá, pude perceber o envolvimento destes profissionais com as pacientes que atendiam. Muito mais do que só se relacionar com as pacientes de forma a respeitar os pressupostos da humanização, a vivência de uma preocupação genuína e a busca de soluções se mostravam como ferramentas de suma importância para que a assistência de qualidade pudesse realmente se constituir, unindo os conceitos básicos da humanização sobre uma atitude profissional benevolente ao engajamento pela vida das pacientes. Este aspecto se traduz como dimensão (in)visível.

Retornando à metáfora do iceberg, ressaltamos sua porosidade que permite a fluidez dos processos de humanização. Entre as dimensões visíveis e invisíveis, há a (in)visível. Anteriormente, afirmamos que a dimensão invisível era a base da humanização. Nesse momento, afirmamos que a membrana fluida da humanização, sua dimensão (in)visível é o amálgama mais poderoso que se alcançaria. Seria um cimento poderoso e indestrutível, que permite o movimento; a junção entre o que todos - autores, obstetras, pesquisadores, políticas públicas - percebemos, desde a gestão em saúde, perpassando por questões de estrutura física das instituições, existência de medicamentos e leitos. O compromisso real em oferecer assistência em saúde de qualidade, de se preocupar com a vida daquele que é atendido e a vivência da solidariedade são características que devem fortalecer a ação cotidiana de todo profissional de saúde no alcance deste amálgama (in)visível.

Diante de tudo o que foi exposto, podemos entender que a experiência destes profissionais, articulados com a literatura existente sobre a temática da humanização, nos

auxilia a criar uma nova forma de se entender a humanização em saúde, em suas dimensões visíveis e invisíveis. Ao chegarmos à conclusão de que o exercício profissional depende também da dimensão (in)visível, nos questionamos sobre como formar profissionais que possam vivenciar os aspectos (in)visíveis da humanização durante sua formação, que tipo de currículo precisa ser construído que possibilite formar um profissional mais engajado com o outro, a fim de que o processo de humanização seja uma realidade na atuação de profissionais de saúde e não apenas o fazer de alguns. Entendemos que o trabalho dos obstetras e também dos demais profissionais de saúde deve ser tema de futuras pesquisas. São os grandes desafios que se apresentam após a conclusão desta tese.

A dimensão (in)visível só é percebida quando estamos ali, no dia a dia, junto aos profissionais. É nesse momento que, além de suas ações com os pacientes, podemos identificar a forma como eles lidam com o seu dia a dia de trabalho. Vemos suas preocupações, a necessidade de fazer algo por seu paciente, a busca por melhor entendimento e soluções mais adequadas a cada caso. Há a ansia em realmente fazer algo e não apenas seguir as condutas costumeiramente atreladas ao ideário da humanização. Ser bondoso e até carinhoso são atitudes esperadas e ansiadas para os profissionais de saúde, mas há algo além disto.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, H. e FERREIRA FILHO, O. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32 n.2, 2008. Disponível em: <
http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2008/volume%2032%20.2%20relato_educacao%20permanente.pdf>. Acesso em: set. 2008.

ARONA, E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. In: **Saúde e Sociedade**. v.18, supl.I, 2009.

ARONE, E. e CUNHA, I. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. In: **Rev. Bras. Enfer.** v.60, n.6, 2007.

ARTMANN, E. e RIVERA, F. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

AYRES, J. Cuidado e humanização das práticas em saúde. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

_____. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

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

BARBOSA, R.; SOARES, A.L., LEVIGARD; Y. BOTELLI, M.; PIMENTEL, A.; MAIA, A e VARGAS, R. O poder transformador do trabalho vivo em ato: perspectiva de humanização na assistência e na formação em saúde. In: **XV Encontro Nacional da ABRAPSO**, 2009, Maceió. XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2009.

BARBOSA, R.; SANTOS, M. E SOARES, A. Novos paradigmas em saúde: humanização e tecnologias leves. In: **30º Encontro Anual da ANPOCS**, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Rio de Janeiro: Capa Edições 70, 1991.

BARROS, M.E.; BASTOS, S.; ZANDONAI, A.P.; VIEIRA, L.; BERGAMIN, M. e SCARBELLIA experiência do programa de Formação em Saúde e Trabalho em um hospital público com serviço de urgência. In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

BARROS, M. E.; MORI, M.E. e BASTOS, S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação e, Saúde e Trabalho/PFST. In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

BAZZOTI, K.D.V.; STUMM, E.M.F. e KIRCHNER, R.M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. In: **Texto & Contexto - enfermagem**. v. 18 n.1 Florianópolis, 2009.

BBC-NEWS. Q&A: US healthcare reform. In: **BBC-NEWS**. Disponível em: <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/8160058.stm>>. Acesso em: jan, 2010.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997.

BENEVIDES, R. BARROS, M.E. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

BENEVIDES, R. A psicologia e os sistema único de saúde: quais interfaces? In: **Psicologia e Sociedade**. v.17. n.2, 2005.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005a.

_____. Humanização em saúde: um novo modismo? In: **Interface: Comunidade, Saúde, Educação**. v. 9 n.17 mar/ago, 2005b.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L.; NAKAO, J. e ÉVORA, Y. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12 n.4 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humanizar**. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37> Acesso em: dez. de 2004.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES Nº 4**, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Áreas temáticas BVS MS Humanização, 2009. **Publicações**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php>. Acesso em: out. 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: abr. 2005.

____. **IV Prêmio Galba de Araújo: humanizar a atenção ao parto direito da mulher e do recém-nascido**, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/IV%20PR%20CAMIO%20GALBA%20DE%20ARA%20DAJO.htm>>. Acesso em: jun. 2007.

____. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br.htm>>. Acesso em: abr. 2004.

____. **HumanizaSUS: política nacional de humanização a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2004d.

____. **O SUS de A a Z**, 2004e. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/apresentacao/apresentacao.php>>. Acesso em: abr. 2008.

____. **Anuário Estatístico de Saúde no Brasil 2001**, 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=18>>. Acesso em: abr. 2008.

____. **Relatório final. XI Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>>. Acesso em: dez. 2008.

____. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br.htm>>. Acesso em: jan. 2005.

____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação de Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf>. Acesso em: mai. 2007.

____. **DATASUS, Indicadores e Dados Básicos - Brasil IDB-2008**, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#mort>>. Acesso em: jan. 2010.

____. **DATASUS, Indicadores e Dados Básicos - Brasil IDB-2006**, 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm#mort>>. Acesso em: abr. 2008.

____. **DATA PREV, Lei N. 11.108 DE 7 DE ABRIL DE 2005**, 2005. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso em: jan. 2009.

BRANDT, R. Ética médica no novo milênio. In: **Einstein: Educ Contin Saúde**. 2007. Disponível em: < <http://www.einstein.br/revista/arquivos/PDF/719-91-92.pdf> > Acesso em: fev. 2008.

BRITO, I. **Maternidade: questão de qualidade e competência**. Disponível em: < http://www.corenpr.org.br/artigos/artigo_08.htm > Acesso em: mai. 2005.

BULCÃO, L.; EL-KAREH, A. e SAYD, J. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). In: **História, Ciências, Sociedade - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr-jun, 2007.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

CAMPOS, G. W. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Editora Universitária, 2005.

CECCIM, R. e MERHY, E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. In: **Interface - Botucatu**, v.13 suppl.1, 2009.

CHAVES, I. e GROSSEMAN, S. O internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31 n.3, 2007. Disponível em: < [http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2007/volume31%203/internato_medico\(1\).pdf](http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2007/volume31%203/internato_medico(1).pdf) >. Acesso em: set. 2008.

CIUFFO, R. e RIBEIRO, V. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12 n.24, jan-mar, 2008.

COBBS, P.M. *The victim's perspective: commentary on Jack Geiger's causal analysis*. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care. A Wiley-interscience publication**. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

COELHO, E. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M.H. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

CREMERJ. **Notícias**. Disponível em: < <http://www.cremerj.org.br/skel.php> >. Acesso em: fev. 2008.

CRUZ NETO, O. O trabalho em campo com descoberta e criação. In: MINAYO, M. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 23ª ed. 2004.

DAVIS-FLOYD, R. *Daughter of time: the postmodern midwife (part 1)*. In: **Rev. Esc. Enf. USP**, 2007a.

_____. *Daughter of time: the postmodern midwife (part 2)*. In: **Rev. Esc. Enf. USP**, 2007b.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**. vol. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

DESLANDES, S. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

_____. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

_____. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9 n.1 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

_____. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Coleção Antropologia e Saúde, v.8. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

DIAS, M. e DESLANDES, S. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 22 (12), 2006a.

_____. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006b.

DIAS, M. e DOMINGUES, R. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

DINIZ, C. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

DONNANGELO, M.C. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Editora Pioneira, 1975.

DRUMMOND, E. O que é a medicina baseada em evidências? In: DRUMMOND, J. e SILVA, E. **Medicina baseada em evidências**. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

FARIA, M. J.; NUNES, E.; ANASTASIOU, L.; SAKAI, M. e SILVA, V. L. Os desafios da educação permanente: a experiência do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32 n.2, 2008. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2008/volume%2032%20.2%20relato_interacao%20ensino,%20servico.pdf>. Acesso em: set. 2008.

FEIN, R. *A request for precision: commentary on Jack geiger's causal analysis*. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care**. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

FEINGOLD, E. *Strategies for research: commentary on Jan Howard's conceptual view*. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care**. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

FERREIRA, J. O Programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. In: **Saúde e Sociedade**. v.14, n.3, set-dez, 2005.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATOS, R.A. **Gestão em redes**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FROÉS, M. e PIMENTA, T. Formação médica. In: URSINI, M. e COIFMAN, J. **Saúde e medicina no Brasil e Portugal - 200 anos**, 2008a.

_____. Saúde Pública. In: URSINI, M. e COIFMAN, J. **Saúde e medicina no Brasil e Portugal - 200 anos**, 2008b.

GAUDERER, C. **Os direitos do paciente. Cidadania na saúde**. Edição revista e ampliada. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1998.

GEIGER, H.J. *The causes of dehumanization in health care and prospects for humanization*. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care**. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

GIL C, TURINI B, CABRERA M, KOHASTSU M e ORQIZA S. Interação ensino, serviços e comunidades: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. In: **Rev Brás educ med**. 2008; 32 (2).

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

GOMES, A.; NATIONS, M. e LUZ, M. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. In: **Saúde e Sociedade**. v.17, n.1, 2008.

GOTARDO, G. **A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus-tratos**. Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo e da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

HECKERT, A.L.; PASSOS, E. e BARROS, M.E. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. In: **Interface: Comunidade, Saúde, Educação**. v. 13 supl.1, 2009.

HENNINGTON, E. Gestão de processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. In: **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.3, 2008.

HOWARD, J. *Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view*. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care**. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

IHEU - Minimum Statement on Humanism. IHEU Minimum Statement on Humanism, 1996. Disponível em: < http://www.iheu.org/minimum_statement.html >. Acesso em: abr. 2007.

JANIS, I.L. Preventing dehumanization: commentary of Howard Leventhal's information-processing model. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care**. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

JUSBRASIL NOTÍCIAS. Campanha de prevenção à mortalidade materna será lançado ainda em 2009. 28 de maio de 2009. Disponível em: < [campanha-de-prevencao-a-mortalidade-materna-sera-lancada-ainda-em-2009](#)>. Acesso em: out de 2009.

KEMP, A. e EDLER, F. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. In: **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.11(3), 2004.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médica da Universidade Federal Fluminense. In: **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.VIII(1), mar-jun, 2001.

LAMY, Z.; GOMES, M.; GIANINI, N. e HENNIG, M. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru: a proposta brasileira. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

LAPASSADE, G. **As microssociologias**. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LEVENTHAL, H. *The consequences of depersonalization during illness and treatment*. In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care**. A Wiley-interscience publication. John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

LUTZ, A. Brasil. Publicação na seção intitulada "Cantonale Correspondenzen", em *Correpondez-Blatt für Schweizer Aerzte*, v. XII, n.7, 1 de abril de 1882. In: BENCHIMOL, J. **Primeiros trabalhos: Alemanha, Suíça e Brasil (1878-1883)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

LUZ, M. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área da saúde. In: SOUZA, A. e PITANGUY, J. (org.) **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

_____. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACHADO, M.H. (cord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MACHADO, N. e PRAÇA, N. Centro de parto natural e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**, n.40, v.2, 2006.

MALDONADO, M. E CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MARQUES, M. **Discursos médicos sobre seres frágeis.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

MARTIN, E. Metáforas médicas do corpo da mulher: parto. In: MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006a.

_____. Parto, resistência, raça e classe social. In: MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006b.

_____. A criação de um novo imaginário do parto. In: MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006c.

MARTINS, A. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MARTINS, A. e CHAVES, M. Editorial: Ensino médico e humanização. In: **Cadernos de Saúde Coletiva.** v. 8. n. 2, 2000.

MARTINS, C.; ALMEIDA, N.; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.; VASCONCELOS, K.; SOUZA, M.A. e CANDÉ, T. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.3, 2005. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/pdf/revisao_03.pdf >. Acesso em: out. 2008.

MARTINS, P.H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MECHANIC, D. *Introduction.* In: HOWARD, J. e STRAUSS, A. **Humanizing health care. A Wiley-interscience publication.** John Wiley & Sons. United States of America, 1975.

MEHRY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítico do trabalho vivo em saúde. In: MEHRY, E. e ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público.** 3^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2007b.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. In: **Interface comun. saúde educ**;4(6):109-116, fev. 2000.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 4 n. 2 Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MELO, C.R. **Parto: mitos construídos, mitos em construção.** Bauru: EDUSC, 2003.

MENDOZA-SASSI, R. e BÉRIA, J.U. *Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil*. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 19 (5), 2003.

MENEZES, G. e AQUINO, E.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.25, supl. 2, 2009.

MENEZES, R. Entre o biológico e o racional. In: SOUZA, A. e PITANGUY, J. (org.) **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

MINAYO, M. Sobre o humanismo e humanização. Prefácio. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MOURA, M. **São muitos os remédios para os males dessa vida: análise dos recursos terapêuticos a partir da doença crônica da infância**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva IMS/UERJ, 2001.

MORAES, E. **Tipos de parto? Que classificação é essa?** 2006. Disponível em: < <http://www.jperegrino.com.br/Psicologia/tipos%20de%20parto.htm> >. Acesso em: jun. 2007.

MORSCH, D. e ARAGÃO, P. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MUÑOZ, J. e CASTAÑEA-CAMEY, X. *Tolerancias y resistencias: el aborto desde la perspectiva de las parteras tradicionales de un área rural de México*. In: **Rev. Saúde Pública** v.33 n.4 São Paulo aug. 1999

NAGAHAMA, E. e SANTIAGO, S. A institucionalização médica do parto no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

NATIONS, M. e GOMES, A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 23 (9), 2007.

NOGUEIRA, R. BARALDI, S. e RODRIGUES, V. **Limites críticos das noções da desprecarização do trabalho na administração pública**, Disponível em: < http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/mercado_de_trabalho_p.pdf >. Acesso em: nov. 2008.

NOGUEIRA, A. O parto: encontro com o sagrado. In: **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 15 (1), 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, M. e BÓGUS, C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. In: **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, set-dez, 2004.

NUNES, E.D. **Sobre a sociologia da saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

OLIVEIRA, N. MEIRELLES, R. CURY, G. e ALVES, L. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: debate crucial no contexto do PROMED. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32 n.1, 2008. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=132>. Acesso em: jul. 2008.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf>>. Acesso em: set. 2009.

OPAS. **Carta de Ottawa**, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: jan. 2010.

OSAWA, R.; RIESCO, M.L. e TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteras: a interface de profissões, porém distintas. In: **Rev. Bras. Enfer.** v.59, n.5, 2006.

PAIS RIBEIRO, J.L. **Introdução à psicologia da saúde**. 2ed. Coleção Psicologias. Série psicologia e saúde, 2007.

PELCASTRE, B.; VILLEGAS, N.; LEÓN, V.; DÍAZ, A.; ORTEGA, D.; SANTILLANA, M. e MEJÍA, J. *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México*. In: **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34 n.4, 2005.

PEREIRA-NETO, A. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

PEREIRA-NETO, A. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 11 (4), 1995.

PESSINI, L. e BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.

PONTES, A.; REGO, S. e SILVA JUNIOR, A. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, 30(2), 2006.

PUCCINI, P. e CECÍLIO, L. A humanização dos serviços e o direito à saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 20 (5), 2004.

REGO, S. GOMES, A. e SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32 n.1, 2008. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=125>. Acesso em: jul. 2008.

RIBEIRO, J.M.; LOBATO, L.V.; VAISTMAN, J.; FARIAS, L.O.; HOLLANDA, E. e TEIXEIRA, C.P. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13 n.5 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

RIESCO, M. e FONSECA, R. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 18(3) mai-jun/2002.

RIOS, I.C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. In: **Rev. bras. educ. med.**, v.33, n.2, Jun 2009.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ROLLO, A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

RUSSO, J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, A. e PITANGUY, J. (org.) **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

SANTOS, P. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, M.H. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

SANTOS-FILHO, S. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007a.

_____. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007b.

_____. **Política Nacional de Avaliação. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos**, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Artigo-Avaliação%20na%20PNH\(2\).pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Artigo-Avaliação%20na%20PNH(2).pdf)>. Acesso em: abr. 2007.

SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. SANTOS-FILHO, S. e BARROS, M. E. (orgs.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

SANTOS FILHO, L. Alguns aspectos da história da medicina brasileira. In: MACHADO, M.H. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

SANTOS Jr, J. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. In: **Rev. bras.coloproctol**. Rio de Janeiro, v.26 n.1, 2006.

SCHRAIBER, L. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista.** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO: 1989.

SCHERER, M.; MARINO, S. e RAMOS, F. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia da saúde da família com base nas categorias kuhnianas. In: **Interface** (Botucatu) v.9 n.16, 2005.

SILVEIRA, D., SANTOS, I. e COSTA, J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 17(1) jan-fev/ 2001.

SPINK, M. J. As origens da obstetrícia moderna. In: SPINK, M.J. **Psicologia Social e saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

SOARES, A. L. **A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Programa EICOS da UFRJ, 2005.

SOLLA, J. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Oct./Dec. 2005, v.5, n.4.

SOUZA, W. A saúde pelo avesso. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 9 n.4 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária em saúde: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M e SILVA, E. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde em Campinas, São Paulo, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 23 (2), 2007.

TAQUETTE, S.; REGO, S.; SCHRAMM, F. SOARES, L. e CARVALHO, S. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. In: **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 51 (1), 2005.

TEDESCO, J. Medicina Integral. In: TEDESCO, J. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra.** São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

TEIXEIRA, R. Humanização e atenção primária à saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** v.10 n.3 Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

TEIXEIRA, N. e PEREIRA, W. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. In: **Rev. Bras. Enfer.** v.59, n.6, 2006.

TRAD, L. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

TORNQUIST, C. **Parir e resistir: o Parto sem Dor e suas relações com os movimentos sociais do pós-guerra**, 2005. Disponível em: <<http://www.cce.udesc.br/cem/simposioudesc/anais/st4/st4carmen.doc>> Acesso em: jun. 2007.

_____. Paradoxos da humanização em maternidade no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19 (Sup. 2) Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

_____. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. In: **Revista de Estudos Feministas**. v. 10, n. 2, 2002.

TURIN, B.; MARTINS NETO, D.; NUNES, S. SILVA, V. L. E THOMSON, Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32 n.2, 2008. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2008/volume%2032%20.2%20relato_comunicacao%20no%20ensino.pdf>. Acesso em: set. 2008.

VIEIRA, E. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WINTER, T.R. Introdução. In: WINTER, T.R. e DUVIDOVICH, E. (org.). **Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Anexo 1

C.2 Taxa de mortalidade perinatal⁹⁰

Número de óbitos no período perinatal por 1.000 nascidos vivos, segundo UF
Brasil, 2000-2006

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	...	...	...	...	...	...	...
Região Norte	...	...	...	...	...	...	...
Região Nordeste	...	...	...	...	...	...	...
Região Sudeste	...	...	...	...	...	...	...
Minas Gerais	...	...	...	...	...	...	...
Espírito Santo	21,8	21,3	21,3	20,5	18,3	18,6	18,4
Rio de Janeiro	23,8	22,5	22,5	21,7	21,6	19,5	19,8
São Paulo	20,6	19,4	18,6	17,5	17,1	15,3	14,9
Região Sul	19,0	18,5	17,9	17,3	16,9	15,7	15,6
Paraná	22,1	20,6	19,8	18,9	18,1	16,8	16,0
Santa Catarina	16,4	15,8	15,8	14,9	14,1	13,6	14,3
Rio Grande do Sul	17,3	17,7	16,9	16,9	17,1	15,8	15,9
Região Centro-Oeste	...	...	...	...	...	...	...
Mato Grosso do Sul	24,7	27,8	23,0	21,8	21,5	20,1	20,4
Distrito Federal	18,3	18,4	16,8	16,8	15,5	15,5	15,7

Fontes:

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Nota:

1. Indicador calculado diretamente dos sistemas SIM e SINASC, para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%.

⁹⁰ Taxa de Mortalidade Perinatal: número de óbitos fetais (aqueles ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias) acrescido do número de óbitos neonatais precoces (aqueles ocorridos de 0 a 6 dias) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico. Entende-se por nascimentos totais o resultado da soma do número dos óbitos fetais com o número dos nascidos vivos.

C.1.1 Taxa de mortalidade neonatal precoce

Número de óbitos na idade de 0 a 6 dias por 1.000 nascidos vivos
Brasil, 2000-2006

Região e UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Brasil	13,8	13,4	12,7	12,0	11,5	11,0	10,8
Região Norte	14,7	14,5	13,3	13,0	12,3	11,9	11,8
Região Nordeste	19,8	19,5	18,3	17,1	16,9	16,3	16,1
Região Sudeste	10,1	9,5	9,3	8,7	8,3	7,8	7,7
Minas Gerais	12,6	11,9	11,8	11,0	10,6	10,2	9,6
Espírito Santo	9,9	8,9	9,0	8,3	7,2	7,5	7,9
Rio de Janeiro	10,2	9,7	9,7	9,1	8,8	8,2	8,0
São Paulo	8,9	8,2	7,8	7,5	7,1	6,6	6,6
Região Sul	8,6	8,2	8,0	7,6	7,4	7,0	6,9
Região Centro-Oeste	10,6	11,2	10,0	9,7	9,1	8,8	8,6

Fontes:

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Notas:

1. Calculada multiplicando a TMI (C.1) pela proporção de óbitos infantis na idade de 0 a 6 dias.
2. Dados de 2000 a 2005 revisados em relação ao IDB anterior.

C.3 Razão de mortalidade materna

Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo Região e UF
Brasil, 2000-2006

Região e UF	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
Brasil	52,4	**	70,9	**	75,9	**	73,0	**	76,1	**	74,7	**	77,2	**
Região Norte	...		...		...		...		...		...		...
Região Nordeste	...		...		...		...		...		...		...
Região Sudeste	49,6	*	47,6	*	49,0	*	43,2	*	45,5	*	43,4	*	50,7	*
Minas Gerais	...		...		...		...		...		...		...
Espírito Santo	44,5		24,5		43,6		37,4		65,7		53,4		64,1	
Rio de Janeiro	76,0		71,4		74,1		68,0		69,6		63,2		75,1	
São Paulo	40,1		40,6		40,1		34,2		34,8		35,4		40,8	
Região Sul	53,4		52,7		57,6		51,6		59,0		55,1		56,7	
Região Centro-Oeste	36,2	*	54,1	*	59,5	*	48,0	*	63,1	*	55,0	*	63,8	*

Fontes:

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Legenda:

* Razões calculadas considerando apenas com as UF com razões calculadas diretamente.

** Para o Brasil, usou-se o total de óbitos maternos coletados pelo SIM e de nascidos vivos coletados pelo SINASC. A partir de 2001, para o Brasil, este total foi corrigido pelo fator de ajuste (1,4) obtido na Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, em 2002 (Laurenti e col., 2004).

Notas:

1. As razões foram calculadas diretamente dos sistemas SIM e SINASC para os estados que atingiram percentual de cobertura igual ou superior a 80% dos óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade, correspondendo a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás.
2. Valores elevados da mortalidade materna podem estar refletindo os esforços realizados, em cada estado, para melhorar a qualidade da informação.

Anexo 2

Andamento do projeto - CAAE

Andamento do projeto - CAAE - 0001.0.361.000-08				
Título do Projeto de Pesquisa				
Obstetras e humanização numa maternidade-escola				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	31/01/2008 08:46:38	27/02/2008 11:19:16		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	31/01/2008 08:46:38	Folha de Rosto	0001.0.361.000-08	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	23/01/2008 17:47:17	Folha de Rosto	FR174499	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	27/02/2008 11:19:08	Folha de Rosto	05/2008	CEP



Anexo 3**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
para participação na pesquisa****“Obstetras e humanização numa maternidade escola”****Autora: Ana Lydia Soares de Menezes****Orientadora: Ruth Machado Barbosa**

Declaro meu consentimento para a utilização dos dados que forneci na entrevista para a pesquisa sobre a compreensão de obstetras sobre a humanização da assistência na Maternidade, realizada pela psicóloga Ana Lydia Soares de Menezes.

Tenho conhecimento de que esta pesquisa tem por objetivo estudar a compreensão dos obstetras sobre a humanização da assistência no período gravídico-puerperal e correlacioná-la a posição dos teóricos da temática da humanização, identificando paralelos e divergências.

Declaro, ainda, que recebo e aceito o convite da pesquisadora para assistir à Defesa da Tese de Doutorado, mantendo-me em contato para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários, assim como tenho a liberdade de solicitar à pesquisadora a elucidação de alguma dúvida que me ocorrer. Além disso, foi explicitado claramente da minha liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

Declaro também que me foi garantido pela pesquisadora o sigilo das informações. Dados que possam identificar o paciente e/ou a família não serão utilizados.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009.

Nome

Assinatura

Anexo 4

Roteiro de entrevistas

Nome:

Sexo:

Idade:

1. O que você pensa sobre o trabalho que realiza na Maternidade?
2. Como é o seu cotidiano de trabalho?
3. O que você pensa sobre o trabalho que realiza?
4. O que você pensa sobre humanização em saúde?
5. Para você, o que é humanização na assistência a gestantes, parturientes e puérperas?
6. Como você acha que ocorre a humanização na Maternidade?
7. Como você acha que isso deveria ocorrer?
8. Como são as suas condições de trabalho?
9. Como é a sua relação com suas pacientes?
10. Como você acha que a sua relação deveria ser?
11. Como você se sente atendendo suas pacientes?
12. Qual é o papel do obstetra na equipe de saúde?
13. Como é o seu trabalho com os outros profissionais?
14. Como foi a sua formação em obstetrícia?
15. Como ela deveria ser?