

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

**A ENFERMAGEM COMO DIÁLOGO VIVO:
UMA PROPOSTA HUMANÍSTICA NO CUIDADO
À MULHER E FAMÍLIA DURANTE O
PROCESSO DO NASCIMENTO**

ODALÉA MARIA BRUGGEMANN DOS SANTOS

ORIENTADORA: DRA. INGRID ELSEN

FLORIANÓPOLIS, ABRIL DE 1998

ODALÉA MARIA BRUGGEMANN DOS SANTOS

**A ENFERMAGEM COMO DIÁLOGO VIVO:
UMA PROPOSTA HUMANÍSTICA NO CUIDADO
À MULHER E FAMÍLIA DURANTE O
PROCESSO DO NASCIMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Curso de Pós - Graduação em Enfermagem, Orientadora: Dra. Ingrid Elsen.

FLORIANÓPOLIS

1998

ODALÉA MARIA BRUGGEMANN DOS SANTOS

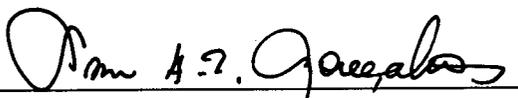
**A ENFERMAGEM COMO DIÁLOGO VIVO:
UMA PROPOSTA HUMANÍSTICA NO CUIDADO
À MULHER E FAMÍLIA DURANTE O
PROCESSO DO NASCIMENTO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
no Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina.

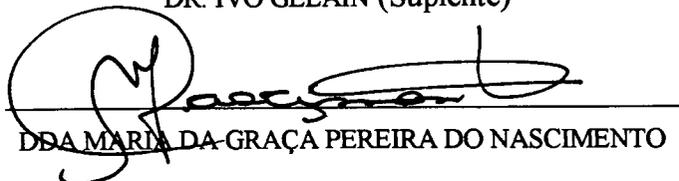
Banca Examinadora:

ORIENTADORA: 
DRA. INGRID ELSÉN


DRA ÍVIS EMÍLIA DE OLIVEIRA SOUZA


DRA LÚCIA HISAKO GONÇALVES


DR. IVO GELAIN (Suplente)


DRA MARIA DA-GRAÇA PEREIRA DO NASCIMENTO

Florianópolis, 17 de abril de 1998

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar-me nesta caminhada.

Aos meus pais por terem me ensinado o valor do estudo, da perseverança e do trabalho.

A minha mãe, sempre presente, dando-me apoio, força e estímulo frente aos desafios que permearam esta etapa de minha vida.

Aos meus familiares, que compreenderam meus momentos de ausência.

À Dra. Ingrid Elsen, minha orientadora, pela amizade, confiança, ajuda, estímulo, e pela preciosa orientação. Obrigado pela oportunidade de compartilhar conhecimento, pelo respeito, e pela liberdade de expressão e ação constantes no decorrer deste trabalho.

À Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, ao Dr. Ivo Gelain, à Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza, à Dda. Maria da Graça Pereira do Nascimento, por aceitarem compor a banca deste estudo e pelas contribuições, o meu sincero agradecimento.

A minha querida amiga Marisa Monticelli, sempre disponível em ajudar e sugerir. Muito obrigado pela sua presença genuína, pelo carinho e contribuições.

A minha querida amiga Virgínia, que acompanhou minha trajetória, e carinhosamente leu e comentou os meus escritos.

Aos colegas de mestrado pelas novas amizades, pelos momentos de convívio, pelas experiências compartilhadas, o meu carinho.

Aos meus amigos da Maternidade Carmela Dutra, local onde desabrochou o meu interesse pela área de Obstetrícia, em especial aos que contribuíram diretamente para o meu crescimento profissional. Aprendi muito com vocês, obrigado.

Aos amigos do Hospital Universitário, especialmente aos que trabalharam comigo na Comissão de Implantação da Maternidade, que me receberam com respeito e valorizaram a minha experiência. Assim, pude participar da concretização do sonho de implantar o serviço.

As amigas, Mila, Dalva, Roseli e Maria de Fátima pelos momentos de desabafo, de alegrias e de cansaço que vivemos juntos. Obrigado pelo companheirismo.

A amiga Rosângela, pela amizade, convívio, pela sua energia positiva e especial.

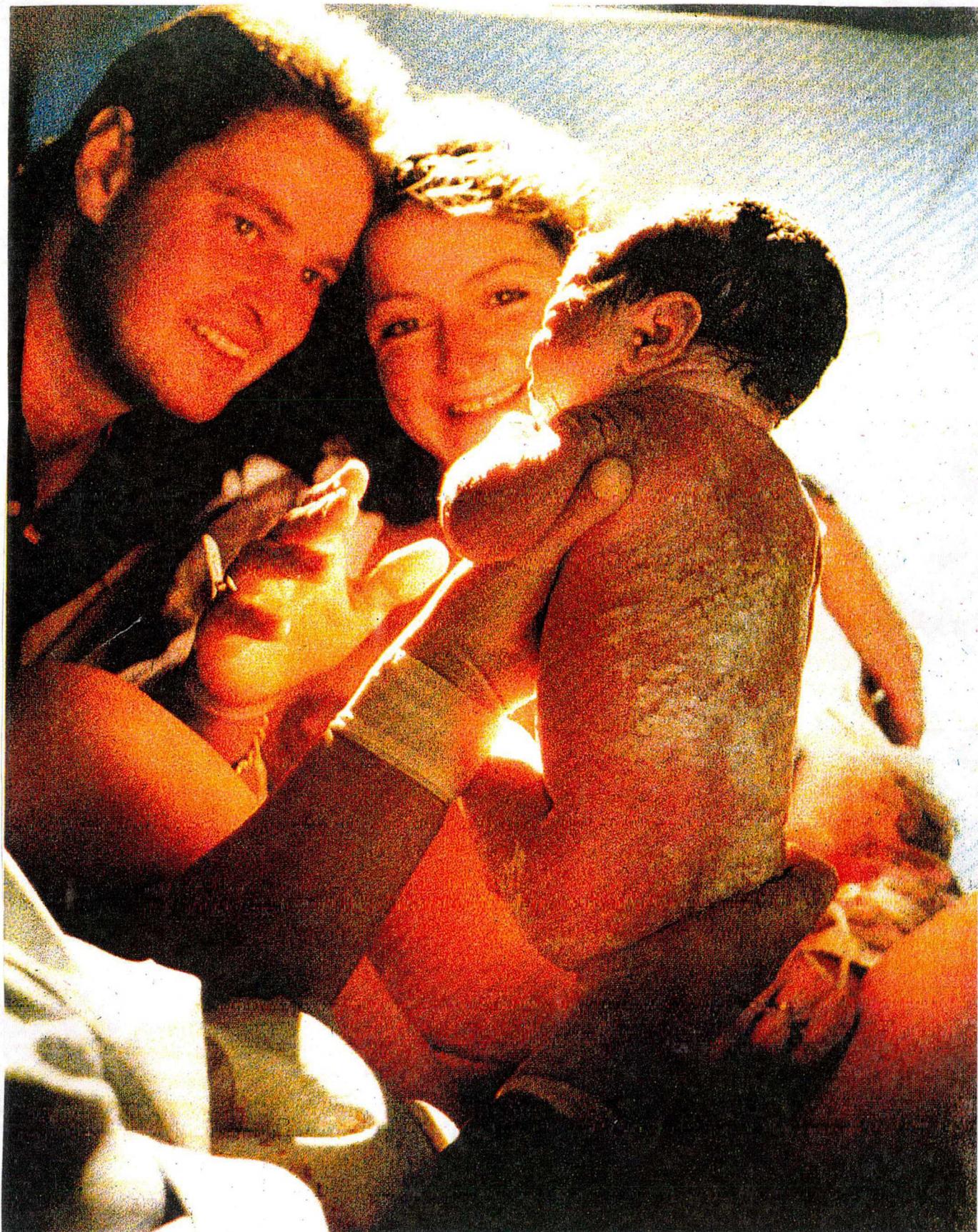
Ao Departamento de Enfermagem, pela oportunidade concedida, meu agradecimento.

Aos funcionários do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

Aos professores do Curso de Mestrado, pela experiência e conhecimento compartilhados, e pelos momentos de construção coletiva.

Às colegas da Disciplina de Enfermagem Obstétrica, que contribuíram para que tivesse momentos de liberação das atividades de ensino, especialmente à Coordenadora Marisa Monticelli, que muito se empenhou.

Finalmente, às mulheres/parturientes e família, que participaram desta construção teórico-prática, meu sincero agradecimento.



“A mulher e família que vivenciam o processo do nascimento, toda a minha compreensão, respeito e carinho.”

* Foto: NILSON, Lenart, HAMBERGER, Lars. *A child is born*. 3 ed. London: 1996, p.161.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	IX
RESUMO	XI
ABSTRACT	XII
CAPÍTULO I - O PORQUÊ DA BUSCA	13
1.1 Da Trajetória Profissional aos Objetivos do Estudo.....	14
1.2 Resgatando a História da Assistência Obstétrica.....	22
1.3 As Percepções da Mulher Sobre a Assistência Recebida na Maternidade.....	35
CAPÍTULO II - HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA: BUSCANDO OS ENTENDIMENTOS E SIGNIFICADOS	43
CAPÍTULO III - UMA PROPOSTA TEÓRICO-METODOLÓGICA COM ABORDAGEM HUMANÍSTICA PARA GUIAR O CUIDADO À MULHER E FAMÍLIA DURANTE O PROCESSO DO NASCIMENTO	60
3.1 O Referencial Teórico	61
3.2 A Operacionalização dos Conceitos.....	74
3.3 Relacionando as Ações de Enfermagem nos Períodos Clínicos do Parto Com os Conceitos do Referencial Teórico.....	80

3.4 O Processo de Enfermagem.....	86
CAPÍTULO IV - IMPLEMENTANDO A PROPOSTA.....	90
4.1 - Entrando no Mundo da Maternidade.....	91
4.2 - O Encontro Com as Mulheres/Parturientes e Sua Família.....	95
4.3 - A Trajetória Vivida Com Lua.....	98
CAPÍTULO V - ANALISANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	115
5.1 - Os Conceitos do Referencial Teórico.....	116
5.2 - Refletindo Sobre o Processo de Enfermagem.....	151
CAPÍTULO VI - CONCLUINDO A TRAJETÓRIA E ABRINDO NOVOS CAMINHOS.....	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164

APRESENTAÇÃO

A Enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento, é um estudo desenvolvido a partir de uma prática assistencial, guiada por um referencial teórico com abordagem humanística.

A dissertação divide-se em seis capítulos: 1) O porquê da busca ; 2) Humanização da assistência: buscando entendimentos e significados; 3) Uma proposta teórico-metodológica com abordagem humanística para guiar o cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento; 4) Implementando a proposta; 5) Analisando o referencial teórico; 6) Concluindo a trajetória e abrindo novos caminhos.

No capítulo I procuro pontuar alguns momentos da minha trajetória profissional, pois creio ser este o caminho necessário para auxiliar o leitor a compreender a minha inquietação sobre a humanização do cuidado prestado à mulher durante o processo do nascimento, bem como a busca teórico-metodológica empreendida neste estudo. Para fundamentar teoricamente esta busca, senti a necessidade de resgatar a história da assistência obstétrica. Paralelamente, faço um regaste da história da Enfermagem obstétrica, mostrando a forte influência do modelo biomédico na formação das enfermeiras. Posteriormente, fui conhecer, através da literatura, as expectativas e percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade.

Como o foco do meu estudo é a **Humanização**, no capítulo II abordo algumas questões relativas à dimensão da humanização da assistência, a partir da literatura. No primeiro momento, apresento os aspectos de forma genérica, uma vez que a humanização tem sido foco de estudo em diversas áreas de conhecimento. No decorrer do texto, apresento e discuto de que forma este tema tem sido abordado na área de obstetrícia.

No capítulo III discorro sobre a proposta teórico-metodológica elaborada para guiar o cuidado prestado à mulher e família durante o processo do nascimento, vislumbrando a Humanização. Inicialmente, explico detalhadamente o referencial teórico, composto pelos conceitos de **Ser Humano, Enfermagem, Processo de Nascer Saudável, Ambiente e Humanização**, que norteou a minha prática assistencial e o processo de Enfermagem utilizado.

O local onde foi desenvolvido o estudo e a metodologia utilizada são descritos no capítulo IV, momento em que apresento as mulheres/parturientes e família que foram denominadas de **Lua, Terra, Sol e Mar**. Para facilitar a compreensão de como foi desenvolvida a prática assistencial, mostro detalhadamente, através dos registros do diário de campo, a trajetória vivida com **Lua**, descrevendo como ocorreu a implementação do referencial teórico-metodológico

No capítulo V busco, principalmente, sob o olhar de Paterson & Zderad, Martin Buber e da literatura em obstetrícia, analisar o referencial teórico que guiou o cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento. Inicialmente, analiso cada conceito separadamente, embora a sua utilização tenha ocorrido de forma articulada, e o processo de enfermagem utilizado.

E agora, como foi a trajetória vivida com este referencial? No capítulo VI teço algumas considerações e reflexões, apontando a aplicabilidade do referencial na enfermagem obstétrica, como ele possibilitou ampliar a minha visão sobre **humanização** e definir teoricamente de que forma o cuidado pode ser humanizado, além de olhar atentivamente para a família e realmente inseri-la no processo do nascimento. A humanização se mostrou como um fenômeno situado no ser humano, que não depende apenas de mudanças nas rotinas, mas o tipo de relação entre os seres humanos envolvidos no processo é fundamental para que ela seja alcançada. Indico as possibilidades de estender a utilização deste referencial pelos demais profissionais da equipe e as contribuições deste estudo para a Enfermagem Obstétrica.

Finalmente, infiro que este estudo me deu subsídios para trabalhar esta temática nas minhas atividades assistenciais e de ensino. No entanto, ainda me inquieta a necessidade de conhecer o significado da humanização sob o ponto de vista da mulher/parturiente, do familiar e da equipe de saúde que a acompanham durante o processo do nascimento.

RESUMO

O referido trabalho relata a elaboração, implementação e análise de um referencial teórico com abordagem humanística, para guiar o cuidado de Enfermagem à mulher e família durante o processo do nascimento. O referencial teórico foi construído com base na experiência profissional da autora, enquanto enfermeira obstétrica, nos fundamentos da Teoria Humanística de Paterson & Zderad, e em autores que têm estudado questões relacionadas ao humanismo. Os conceitos utilizados foram: Ser Humano, Processo de Nascer Saudável, Enfermagem, Ambiente e Humanização. A implementação do referencial teórico foi realizada junto às mulheres e família que vivenciaram o processo do nascimento no Centro Obstétrico, estendendo-se ao Alojamento Conjunto da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Na prática assistencial, o processo de Enfermagem foi composto por vários *microprocessos*, nos quais a enfermeira colhe os dados, analisa/sintetiza, prescreve/realiza e faz a evolução. Estas fases ocorrem simultaneamente e em alguns momentos se sobrepõem, desta forma, o pensar e o fazer são concomitantes. Na análise do referencial teórico, a autora buscou subsídios sobre filosofia do diálogo de Martin Buber, filósofo humanista, que influenciou o trabalho de Paterson & Zderad. A partir da utilização do referencial teórico, a Humanização aparece como um fenômeno situado no Ser Humano, que depende da forma como este se relaciona com o mundo de seres humanos e coisas. Assim, a humanização no cuidado de Enfermagem à mulher/parturiente e família durante o processo do nascimento está condicionada à valorização da intersubjetividade, à presença genuína da enfermeira, ao “estar com” e “fazer com”, ao predomínio da relação Eu-Tu, em detrimento à relação Eu-Isso, na qual a enfermeira apresenta-se ao outro ser humano apenas objetivando desempenhar uma função, tratando-o como um objeto.

ABSTRACT

This paper reports the elaboration, implementation and analysis of a theoretical framework with humanistic approaches to lead Nursing care to woman and her family the during birth process. The theoretical was built up based on my professional experience as obstetric nurse, Paterson and Zderad Humanistic Theory, and authors that have studied issues related to humanism. The concepts used were: Human Being, Healthy Birth Process, Nursing, Environment and Humanization. The theoretical was implemented with women and families that experienced the birth process in the Obstetric Center extended to the Maternity Rooming-in of Federal University Hospital of Santa Catarina. The nursing process was compounded by several "micro processes" in which the nurse collected the data, analysed/synthesized, prescribed and made the evolution. These phases happen simultaneously and at some moments they overcome, which means that to think and to make are concomitant. To discuss the results, the author sought for inputs about dialogue philosophy with Martin Buber, a humanistic philosopher, that influenced Paterson and Zderad work. Humanization is showed as a phenomenon situated in the Human Being that depends on he/she is related to the world of human beings and things. In this way, the humanization in Nursing care to woman/parturient and family during the birth process is conditioned to inter-subjectivity valorization of the genuine presence of the nurse, of "being with" and "doing with", the relationship with I-Thou, in detriment to the relationship with I-It in which the nurse introduces to the other human being only with the objective of performing the function, treating him/her as an object.

CAPÍTULO I

O PORQUÊ DA BUSCA

*“As inquietações sobre o mundo da assistência impulsionam o profissional a buscar novos conhecimentos para transformar a realidade. Neste sentido, é necessário estarmos eternamente insatisfeitos e inquietos...”**

* Reflexão da autora

1.1 - DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Iniciei minha vida profissional trabalhando na ativação do Hospital Regional de Joinville-Hans Dieter Schmidt, na cidade de Joinville - SC, em 1984, no ano seguinte a minha formatura, sendo que neste período desenvolvia as minhas atividades no ambulatório, e ainda não pensava em atuar na área de Enfermagem Obstétrica. Em 1985 surgiu a oportunidade de trabalhar na Maternidade Carmela Dutra (MCD) em Florianópolis, o que possibilitava o retorno a minha cidade. Foi quando iniciei minhas atividades assistenciais em obstetrícia, cuidando de mulheres gestantes/parturientes e famílias, e também assumindo a chefia do setor do Centro Obstétrico (C.O.).

Embora fosse gradativamente identificando-me com a área, sentia-me muito angustiada com as manifestações de medo, sofrimento, angustia e ansiedade que as mulheres demonstravam durante a evolução do trabalho de parto e do parto propriamente dito. Comecei a perceber que a minha ansiedade não era gerada apenas pela sensação de “impotência” diante de algumas situações que eram e são consideradas “fisiológicas”, numa visão biologicista, mas também pela falta de conhecimento e habilidade técnica para acompanhar os períodos clínicos do parto. Assim, busquei formas de ampliar e aperfeiçoar meu saber, primeiramente junto aos profissionais do setor, e três anos mais tarde, em 1988, realizando o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social, na Universidade do Vale do Itajaí, na cidade de Itajaí - SC

Cabe ressaltar que quando iniciei minhas atividades na MCD, não havia enfermeira obstétrica no serviço, sendo a assistência, durante o processo do nascimento, desenvolvida por médicos obstetras e neonatologistas, médicos residentes em obstetrícia e neonatologia, parteiras e demais membros da equipe de enfermagem, enfermeiras generalistas e acadêmicos de medicina e enfermagem. O trabalho integrado com os diversos profissionais proporcionou-me um aprendizado prático muito rico em experiências, que associadas aos conhecimentos teóricos e práticos desenvolvidos no curso de especialização, contribuíram muito para a minha formação.

Concomitante ao trabalho como enfermeira assistencial, durante três anos, desenvolvi atividades de ensino (teórico-práticas), atuando na disciplina “Noções de Enfermagem Obstétrica”, no Curso de Auxiliar de Enfermagem, criado a partir de um convênio da

Fundação Hospitalar de Santa Catarina, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Hospital Universitário (HU) e INAMPS. Esporadicamente, ministrava o conteúdo de “Atendimento ao Parto Súbito” na disciplina optativa de Primeiros Socorros oferecida pelo Departamento de Enfermagem da UFSC, e atuava como supervisora de estágio de alunas da VIIIª fase curricular do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, as quais desenvolviam o trabalho de conclusão de curso no meu local de trabalho.

Nessa época, a minha identificação com a área de obstetria já era plena. Constantemente era convidada a abordar o conteúdo sobre o trabalho de parto e parto, nos grupos de gestantes desenvolvidos por instituições privadas e públicas, entre eles, o coordenado pela enfermeira do ambulatório de Ginecologia e Obstetria do HU (UFSC), sendo este o meu primeiro contato com esta instituição. Também participava de atividades educativas junto à comunidade, como a Feira da Saúde, promovida pela Secretaria da Saúde do Estado, na qual montávamos um “mini centro obstétrico”, objetivando orientar a população sobre a assistência ao parto hospitalar, os sinais e sintomas de trabalho de parto, e demonstrar o atendimento ao parto súbito, e conseqüentemente, auxiliando na desmistificação do parto.

Em 1993, fui admitida como professora auxiliar na Universidade Federal de Santa Catarina, através de concurso público para a área de Enfermagem Obstétrica. Iniciei as minhas atividades docentes na disciplina de “Atenção Primária de Saúde”, em Posto de Saúde, no atendimento à mulher no pré-natal, na prevenção e detecção precoce de câncer ginecológico e de mama, e no planejamento familiar. Logo em seguida, passei a atuar na disciplina de “Enfermagem Obstétrica e/ou Ginecológica”, desenvolvendo atividades na MCD, inicialmente na Unidade de Internação Obstétrica (puerpério) e posteriormente em Centro Obstétrico. O retorno ao local com o qual identifiquei-me profundamente, proporcionou-me muito prazer e realização profissional, sentindo-me totalmente à vontade. Era o momento de compartilhar com os alunos a experiência adquirida durante os anos de atividades assistenciais, especialmente, na maternidade em que havia trabalhado por tantos anos, onde me sentia em casa e sempre era recebida com muito carinho pela equipe de trabalho. Aliado ao ensino, não querendo desvincular-me da assistência, iniciei um trabalho de extensão no C.O.

Em março de 1994 iniciei minhas atividades no HU da UFSC, como representante do Departamento de Enfermagem na Comissão Multiprofissional de Assessoria para a Implantação da Maternidade, substituindo a prof^a Lorena Machado e Silva, e tendo como parceiras a prof^a Maria de Fátima Mota Zampieri e a prof^a Maria Emília de Oliveira.

Cabe ressaltar que em 1984, docentes do Departamento de Enfermagem e Pediatria da UFSC e enfermeiras da área materno-infantil do HU constituíram uma comissão pró-implantação da maternidade. Iniciaram o trabalho, esboçando a filosofia, a área física, o organograma, os fluxos de atendimento, listagens de material, pessoal e equipamentos.

A comissão de implantação foi designada oficialmente pela direção geral do HU em abril de 1988, sendo composta por enfermeiras, psicóloga, assistente social, assistente administrativo, nutricionista, economista, farmacêutico-bioquímico, médicos e administrador, representantes da instituição, além de docentes dos Departamentos de Enfermagem, Obstetrícia, Pediatria e Nutrição da UFSC. Esta comissão continuou atuando até 1989, quando se desfez, ficando os trabalhos interrompidos durante 04 (quatro) anos, devido a razões político-administrativas.

No ano de 1992, com a mudança da Direção Geral do HU, esta assume como meta prioritária a ativação da maternidade, como uma decisão técnica e política. Neste período, o diretor nomeia uma nova comissão de implantação, que passou a redefinir a atual filosofia, baseada na definição teórica realizada em 1988, e na prática assistencial interdisciplinar da Unidade de Internação Pediátrica.

No período em que comecei a participar da comissão, a mesma se reunia semanalmente para agilizar os trabalhos, definindo como implantar a filosofia proposta, revendo e refazendo listagens de materiais, equipamentos, recursos humanos, roupas e medicamentos. Além disso, era necessário realizar reformas na área física do CO, Alojamento Conjunto e planejar a construção da triagem obstétrica próxima ao C.O., uma vez que a estrutura existente já não atendia as necessidades. Algumas áreas da maternidade, como o Alojamento Conjunto, o Centro Obstétrico e a Unidade de Internação Neonatológica, tiveram as paredes decoradas com pinturas de desenhos florais, aquáticos e infantis respectivamente, buscando uma harmonização do ambiente. Também foi realizado um estudo de cromoterapia, o qual até a presente data, só foi implementado no AC e na Triagem Obstétrica. Todas as decisões tomadas pela comissão eram exaustivamente discutidas e definidas após consenso do grupo, respeitando as peculiaridades de cada

profissão representada. Desta forma, a interdisciplinaridade estava começando a emergir nas atitudes dos componentes do grupo. Havendo uma valorização dos saberes das diversas áreas envolvidas, com o reconhecimento dos limites de saber de cada um, o qual gerava trocas de experiências e de conhecimento.

Em novembro de 1994 foi realizado o concurso público, e iniciava-se a contratação de pessoal para a ativação da maternidade. Os primeiros profissionais contratados foram os médicos obstetras e neonatologistas, que se integraram aos trabalhos da comissão, 07 (sete) meses antes da ativação. Os enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem só foram contratados e colocados à disposição da maternidade poucos dias antes da sua ativação, quando participaram de um treinamento específico, ficando a cargo dos enfermeiros e docentes integrantes da comissão todo o trabalho de elaboração de rotinas e impressos a serem utilizados pela enfermagem.

As enfermeiras do HU e as docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC tiveram uma participação ativa na comissão e, juntamente com outros profissionais lutaram constantemente para que a filosofia proposta fosse implantada. Porém, um ponto polêmico impedia sua concretização: tratava-se da inclusão do acompanhante que a mulher desejasse desde o momento da triagem obstétrica, até o momento da alta hospitalar. Isto permitiria que a cliente tivesse junto de si, durante todo o processo do nascimento, alguém que pertencesse ao seu contexto social e com o qual mantinha uma relação estreita e afetiva. Com a contratação dos médicos obstetras, a discussão sobre a presença do acompanhante voltou à tona, uma vez que eles eram, em sua maioria, radicalmente contra esta mudança de paradigma que os assustava. Achavam que o acompanhante iria atrapalhar, sentir mal-estar e interferir nas condutas médicas. Entretanto, como a comissão já havia definido esta rotina, após exaustivas discussões, permaneceu a decisão pela presença do acompanhante.

Na tentativa de sensibilizar os obstetras e desmistificar o receio sobre o acompanhante, a comissão trouxe alguns profissionais de outros Estados: o Dr. Jean Ruffie (médico pediatra e diretor da Maternidade Leila Diniz) e o Dr. Hugo Sabatino (médico Obstetra e Professor da UNICAMP), que já tinham a experiência de trabalhar com a presença do acompanhante durante o processo do nascimento.

Buscando uma solução mediadora, ficou estabelecido que no primeiro mês de ativação não seria permitida a presença do acompanhante, para que a equipe pudesse se estruturar; e após este período, seria requisito para a inclusão do mesmo, a sua participação em pelo

menos uma consulta de pré-natal. Todavia, na metade do primeiro mês já foi introduzido o acompanhante e o pré-requisito do pré-natal nunca foi obedecido, tanto pelas enfermeiras da triagem obstétrica, responsáveis pela orientação do acompanhante no momento da internação, como pelos médicos obstetras. Observamos, através de atitudes e relatos, já nos primeiros meses após a abertura da maternidade, que os profissionais contrários a presença do acompanhante, passaram a reconhecer sua importância.

Buscando conhecer outras experiências e propostas de atendimento à mulher, que pudessem ser adaptadas na maternidade, visitei a maternidade do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, a maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, e a Casa de Partos Nove Luas Lua Nova em Niterói. Ainda participei de eventos, entre eles, o II Encontro de Parto Humanizado em Campinas - São Paulo, pois cada vez mais me interessava por experiências e estudos relacionados com a humanização da assistência obstétrica.

Neste período, também participava, de forma esporádica, das reuniões da Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA), que contava com a participação de profissionais de diversas áreas de conhecimento. Quando surgiam discussões sobre a questão da **humanização** do nascimento, questionava-me sobre o seu real significado e como a assistência poderia ser realmente humanizada. Inclusive, refletia sobre a forma como as mulheres são cuidadas durante o processo do nascimento, e como a família é rotineiramente afastada desta vivência.

O trabalho e a dedicação de todos os profissionais integrantes da comissão, possibilitaram em 24 de outubro de 1995 a abertura da Maternidade do HU, apesar de todas as dificuldades e com o número de leitos aquém da sua capacidade. Desde então, desenvolvo minhas atividades de Ensino, Extensão e Pesquisa nessa unidade. A maternidade procura atender o binômio mãe-filho dentro da filosofia preconizada, tornando-se uma geradora de mudanças na assistência e no ensino de obstetrícia, nas diversas áreas profissionais, possuindo como princípios norteadores da sua filosofia a Humanização e a Interdisciplinaridade. Conseqüentemente, foram implantadas algumas mudanças ou resgates no atendimento, entre elas: - a mulher pode optar por outra posição de parir, ou seja, o parto vertical, - o acompanhante que a mulher desejar participa de todo o processo do nascimento e dos cuidados ao binômio, - o recém nascido permanece junto da mãe desde o nascimento até a alta, e as crianças tem autorização para visitas, favorecendo o vínculo familiar.

Em resumo, posso dizer que na minha trajetória, enquanto enfermeira obstétrica, vivenciei duas abordagens de cuidado à mulher durante o processo do nascimento. Na primeira, desenvolvendo minhas atividades junto a mulheres gestantes/parturientes num centro obstétrico, convivendo e compartilhando o modelo tradicional de atendimento, onde a mulher era separada de amigos e familiares, não tendo direito ao acompanhante durante a internação, os partos normais eram realizados apenas na posição horizontal, não era permitida a visita de crianças, e realizava-se a tricotomia total do períneo e abdome no momento da internação. Na segunda, tive a oportunidade de participar de uma comissão interdisciplinar para implantação de uma maternidade que está gerando mudanças na assistência obstétrica.

Mesmo com estas inovações e/ou resgates de práticas no cuidado à mulher durante o processo do nascimento, as quais considero um grande avanço na assistência, questiono-me sobre o que é **humanização**, e de como avaliar se realmente estamos prestando um cuidado humanizado à mulher/gestante/parturiente/puérpera, ao seu recém-nascido e acompanhante durante o processo do nascimento.

Minhas experiências, como enfermeira e docente em maternidade, especialmente em centro obstétrico, somadas às reflexões teóricas, levam-me a acreditar que para conquistarmos mudanças no cuidado à mulher durante o processo do nascimento, no sentido da humanização, temos que construir referenciais para guiar o cuidado de enfermagem. Assim, poderemos vislumbrar uma assistência humanizada, na qual a gestante/parturiente passe a ser um agente ativo no processo do nascimento, retomando para si o ato de parir, e não um agente passivo, como *objeto de parturição*, nas mãos de uma equipe.

Acredito que a participação ativa da mulher está diretamente condicionada a questão do conhecimento que esta possui acerca do processo, no qual enquanto profissional de saúde, temos um papel fundamental ora como “ensinante” (educador) e ora como “aprendente” (educando). Considerando que na relação enfermeiro x cliente, os envolvidos são dois seres humanos com experiências distintas, que podem estar abertos ou não para o processo vivenciado, devendo ocorrer uma valorização das experiências vividas (Santos et al., 1996). Neste sentido, Capalbo (1984), aponta as principais idéias sobre o método fenomenológico que podem interessar a Enfermagem, entre elas a da fenomenologia existencial, que busca compreender o homem na sua experiência concreta do vivido.

Segundo Freire (apud Grossi, 1992), são instrumentais importantes na vida do ensinar do educador o **ver** (observação), o **escutar**, e o **falar**. Observar o outro e a si próprio, significa estar atento, buscando o significado do desejo, acompanhar o ritmo do outro buscando sintonia. Ver é tentar compreender e ler os desejos, sendo que através do seu olhar, o educador também lança seus desejos para o educando. Para escutar não basta só ter ouvidos, envolve entender o ponto de vista do outro, abrir-se para o entendimento de sua hipótese. Para falar não basta ter boca, é necessário ter um desejo para comunicar-se, pois “É na fala do educador, no ensinar (intervir, devolver, encaminhar), expressão do desejo, casado com o desejo que foi lido, compreendido pelo educando, que ele tece seu ensinar” (ibid.,p.12).

Todas as considerações apresentadas, levaram-me a desejar elaborar e implementar uma proposta de cuidado de enfermagem humanizado para a mulher e família que vivenciam o processo do nascimento. Este desejo também esteve fundamentado no fato de que muitos trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de conhecer como a mulher vivencia o parto, porém a forma como conduzir a assistência tem sido pouco explicitada.

Gualda (1994a) refere que pouco tem sido realizado para individualizar a assistência de enfermagem obstétrica, e que devido ao fato de termos sido educadas no modelo assistencial médico, encontramos dificuldades em atender as necessidades específicas das mulheres no ciclo grávido puerperal. O comportamento da enfermeira e o seu relacionamento com a clientela são designados, na maioria das vezes, pelo contexto institucional. A autora infere que desenvolveu um trabalho com o objetivo de estudar o processo do parto numa perspectiva cultural em um grupo de mulheres de baixa renda, o qual teve como título “Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto”, cujos dados encontrados demonstraram que na maioria das vezes não houve por parte dos profissionais a compreensão da mulher em seu todo, do seu modo de pensar, sentir e agir.

Simões (1995) relata no estudo “O ser parturiente: um enfoque vivencial”, que a mulher valoriza uma assistência voltada para o “cuidar propriamente dito”, ou seja, aquele que possibilita ao outro assumir sua vivência, atenta para a subjetividade. A partir dos significados desvelados, emergiu a “compreensão de que uma assistência considerada humanizada não é aquela que busca a tecnicidade, a normatização de rotinas para atendimento, porém, somente aquela que possa levar em consideração a mulher que assiste,

vista como um ser-ai-existindo-como-presença, que vive-no-mundo-com-os-outros e, conseqüentemente, mostra-se aberta a tudo o que se diz, fala e executa dentro do cotidiano hospitalar obstétrico” (ibid., p. 71-72).

Como foi exposto anteriormente, alguns estudos na área da enfermagem obstétrica têm procurado compreender como a mulher vivencia o processo do nascimento, o que tem sido um avanço na área, porém considero necessário que se criem e utilizem referenciais para a prática de enfermagem fundamentados nas inter-relações com as demais áreas do saber, que atendam as necessidades emergidas a partir da mulher.

Em 1996 iniciei o curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem na UFSC, e no segundo semestre cursei a disciplina de “Fundamentos Teóricos de Enfermagem”, na qual desenvolvi com outras duas colegas, o estudo da Teoria Humanística de Paterson & Zderad. Cada momento que buscava compreender os pressupostos e os conceitos desenvolvidos pelas autoras, automaticamente me reportava às situações vividas pelas mulheres/parturientes, familiares, enfermeiras e demais profissionais da equipe. Desta forma, comecei a perceber que a fundamentação teórico-filosófica poderia ser utilizada para a construção do referencial teórico para guiar o cuidado de enfermagem à mulher e família durante o processo do nascimento.

Para Paterson & Zderad, a enfermagem é um diálogo vivido (ou vivenciado), uma experiência intersubjetiva na qual ocorre um verdadeiro partilhar, estando envolvidos o encontrar-se (enfermeira e alguém a ser atendido), o relacionar-se (estar com o outro), o estar presente (estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa, de um modo recíproco), a chamada e a resposta (transacionais, seqüenciais e simultâneas). A enfermagem humanista leva à comunidade, ocorre em comunidade, e é afetada pela comunidade. É através do partilhar intersubjetivo de significado em comunidade, que os homens são confortados e cuidados. Este componente representa a forte influência humanista da teoria, pois é através do partilhar e do relacionar-se com os outros, que as pessoas encontram o significado para sua existência. As teóricas consideram a comunidade o "Nós" que ocorre com clientes, famílias, colegas de profissão e outros provedores de atendimento à saúde (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Segundo as autoras, *"Enfermagem implica um encontro especial de pessoas humanas. Ele ocorre como resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença da condição humana. No âmbito desse domínio que é partilhado por outros*

profissionais da saúde, a enfermagem é direcionada para a meta de zelar pelo bem estar e pelo estar melhor..." (ibid, 1993, p.244).

No semestre seguinte, na disciplina intitulada "Prática Assistencial Aplicada", desenvolvi uma prática assistencial junto às mulheres e suas famílias no Centro Obstétrico da Maternidade do HU (UFSC), norteada por um referencial teórico, buscando cuidar da mulher e sua família durante o processo de nascimento de forma humanizada.

Neste momento, apresento o estudo desenvolvido a partir da prática assistencial, que teve como objetivo geral **"Buscar um referencial teórico para guiar o cuidado de enfermagem à mulher e família durante o processo do nascimento dentro de uma abordagem humanística"**. Para tanto, desenvolvi os seguintes objetivos específicos:

- **Elaborar um referencial teórico para guiar o cuidado de enfermagem prestado à mulher e família durante o processo do nascimento.**
- **Elaborar e implementar uma metodologia para o cuidado de enfermagem humanizado durante o processo do nascimento.**
- **Avaliar o referencial teórico a partir da sua aplicação na prática.**

Acredito que a presente proposta contribuirá para que ocorram reflexões, e quiçá mudanças na assistência de Enfermagem Obstétrica, fornecendo também subsídios para outras áreas assistenciais, uma vez que a humanização do atendimento é foco de interesse e discussão na enfermagem em todas as áreas de conhecimento e assistência.

1.2 - RESGATANDO A HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

A assistência prestada à mulher durante o processo do nascimento sofreu modificações significativas através dos tempos, principalmente a partir do século XX, com a institucionalização do parto e sua medicalização, com os avanços tecnológicos, e o desenvolvimento da medicina fetal. Criou-se um "saber" médico na área de obstetria.

Observamos que, por um lado, o surgimento de novas técnicas e descobertas, correspondeu à melhoria das condições do parto, mas por outro, configurou-se na desumanização do nascimento.

Alguns momentos que marcaram a história da obstetrícia européia, americana e posteriormente a brasileira auxiliam na compreensão das transformações ocorridas no atendimento à mulher durante o processo do nascimento

Segundo Arruda (1989), no passado, os controles do trabalho de parto, parto e o acompanhamento pós-parto eram realizados no ambiente domiciliar por “aparadeiras, parteiras ou comadres”, mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade, que apesar do pouco saber sobre o mecanismo da reprodução e do parto, contavam com um saber empírico sobre a continuidade da vida. Eram mulheres pobres, em que na maioria dos casos, pouco ou nada recebiam por seu trabalho, mas dedicavam-se a ele como um sacerdócio. Os médicos eram raros, pouco familiarizados com o atendimento ao nascimento, que era considerado uma atividade desvalorizada, algo a ser deixado aos cuidados femininos, tido como um trabalho "sujo" que não estava à altura do cirurgião, considerado o "homem da arte".

De acordo com Osava & Mamede (1995), até o século XII, a participação masculina no atendimento ao parto não era freqüente. Obstáculos de ordem moral impediam a entrada de homens nos aposentos da parturiente, o que contribuiu para o atraso da tocoginecologia médica em relação ao desenvolvimento da medicina como um todo. Entretanto, a maior influência foi decorrente dos paradigmas da assistência ao parto da época, que consideravam a parturição como um processo natural, permanecendo desvinculada da prática médico cirúrgica oficial.

Del Priore (1993), resgatando as trajetórias femininas entre os séculos XVI e XVII, no Brasil Colônia, relata que as mulheres preparadas para o “bem parir”, na posição agachada ou sentada, sentindo no corpo os sinais que indicavam o momento do parto, contavam com o trabalho da parteira. Dar à luz, esta “coisa de mulher”, requeria ritos e saberes próprios, no qual os homens só interferiam nos casos de emergência, sobretudo na área urbana. Os médicos, em seus relatos, mostravam-se absolutamente insensíveis à dor das parturientes, e as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais. As parteiras ou comadres gozavam de enorme prestígio nas sociedades tradicionais, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e puerpério por experiência própria, constituíam-se em zeladoras dos costumes femininos que se agrupavam em torno da idéia de proteção da mãe e da criança. Aos cuidados físicos também somavam-se os psicológicos, pois a parteira

também era encarregada de confortar e admoestar a parturiente com alimentos, bebidas e com palavras agradáveis. Entretanto, além de “aparaar crianças”, eram benzedeiros e recitavam palavras mágicas para auxiliar a mãe, faziam abortos, eram cúmplices de infanticídios, facilitavam o abandono de crianças e as doações para outras famílias.

No final do século XVI, a profissão de parteira começou a sofrer um declínio, devido a utilização do fórceps obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen. Os procedimentos ao pé-do-leito que antes eram percebidos como “cuidar da parturiente”, passou a ter uma expressão concreta com o uso do fórceps, permitindo a “visualização” da intervenção do homem e a substituição do paradigma não-intervencionista, pela idéia do parto como um ato controlado pelo homem. Este instrumento teve um uso muito restrito entre as parteiras devido a razões econômicas que não lhes permitiam adquiri-lo, e por serem consideradas intelectualmente inferiores aos homens, portanto incapazes de dominarem novas técnicas. Além disso, não era condizente com o paradigma não-intervencionista das parteiras, que passaram a rejeitá-lo (Osava & Tanaka, 1997).

O uso do fórceps obstétrico influenciou na aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica e científica, alterou o paradigma predominantemente expectante, instaurando-se assim a noção de que é possível “comandar o nascimento”. Desta forma, consolidou-se o conceito de que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico (Osava & Mamede, 1995)

Dundes (1996) relata que François Mauriceau, além de ter influenciado fortemente a mudança na posição do nascimento de vertical para horizontal, também foi afetado pelas visões de gravidez como sendo uma doença, prevalentes em sua época. Em seu livro “As doenças das mulheres com crianças e na cama do parto” de 1668, afirma que a gravidez era um “tumor da barriga” causado por uma criança, sendo esta uma primeira referência a problemas médicos na gravidez e parto, contribuindo para definir todos os nascimentos como inerentemente patológicos e anormais, não deixando espaço para as parteiras. Se as mulheres encarassem a gravidez como evento normal e natural, os serviços dos cirurgiões-barbeiros não seriam requisitados. Entretanto, se a gestação passasse a ser vista como uma doença, a sua presença seria necessária.

As modificações definitivas na assistência ao parto ocorrem a partir do século XVIII, entre 1780 e 1835, quando se descobre o mecanismo da ovulação, pois o entendimento de que a mulher possui uma estrutura mais delicada do que o homem leva à percepção do

parto como um perigo para a saúde. Cabe então à medicina "protegê-la", e a ordem médica insurge sobre as parteiras e seu ofício, delimitando o seu território e constituindo seu objeto como legítimo. Os médicos precisavam desvalorizar o saber das parteiras, uma vez que até neste momento elas eram responsáveis pela maioria dos partos (Arruda, 1989).

Segundo Ward, Korbin & Litoff (apud Osava & Tanaka, 1997), nos Estados Unidos, em 1910 a parteira tradicional ainda atendeu a cerca de 50% de todos os nascimentos no país. Na primeira metade do século XIX, iniciou-se a luta contra o que se chamou de "charlatanismo", passando-se a atribuir às parteiras, conhecidas como *midwife problem*, a maior responsabilidade pelas elevadas taxas de mortalidade materna e infantil. Entretanto, grande parte de sua clientela era vulnerável, pois eram mulheres pobres, desnutridas e desempregadas, portanto, concentravam fatores de risco de morbidade e mortalidade. Além disso, numerosos folhetos são publicados tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos, divulgando a participação masculina no atendimento ao parto e ao mesmo tempo relatando casos de mulheres que morreram devido a demora da parteira em chamar o médico.

Borges (apud Labra, 1989, p. 62) cita o trabalho de Arlete Farge sobre o parto e o imaginário feminino, que do ponto de vista científico, o saber das parteiras mostrava muitas falhas e erros e causavam a morte de mulheres e crianças. Entretanto, na tentativa de retirar as parteiras deste espaço, o saber médico científico não percebeu a função individual e social que elas tinham, isto é, "...elas rodeavam, permitiam o grito das mulheres como uma das maneiras da mulher poder viajar no seu imaginário, nesse corpo a corpo como de morte e renascimento que é dar à luz..." Ao mesmo tempo em que estabeleceu o poder, o saber médico do século XVIII instaurou a distância entre ele e a mulher.

No século XX, passou então a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, passando a serem ditadas normas e rotinas para o tratamento e comportamento da mulher. É preciso que ela seja "boa paciente", isto é, calma, obediente, conformada, que não perturbe as outras, e nem a equipe de saúde do serviço. Entrar na maternidade implica em passar por um verdadeiro cerimonial repleto de rotinas, na sua maioria desnecessárias, e submeter-se a normas de comportamento ditadas pela instituição, ocorrendo um controle sobre o corpo da mulher (Arruda, 1989).

Cabe neste momento ressaltar que alguns estudos, dentre eles o de Del Priore (1993), relatam que as normas de comportamento da mulher já eram impostas pela sociedade no século XVI e XVII, quando o parto era marcado com a imagem de sofrimento da mãe. A

imagem da mulher virtuosa e caseira durante a gravidez tinha que dar lugar a mulher aflita com medos e dores. “Mesmo quando o parto era banal, natural, a mulher tinha que incorporar um outro papel associado ao sentido mesmo do parto: um papel de sofredora, cujos gritos, muitas vezes além ou aquém da dor, anunciavam a vitória contra a morte e o poder de procriar.” (ibid., 1993, p.262).

Brenes (apud Tanaka, 1995) refere que no Brasil, no início do século XX, os médicos formados pelas escolas brasileiras não tinham nenhuma aula prática, porque os hospitais não conseguiam gestantes para internação no parto, e assim possuíam apenas conhecimentos teóricos.

Segundo Rezende (1991), a evolução da obstetrícia se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros, ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa. A partir de 1808 ocorre em nosso país o ensino sobre partos, e em 1911 Fernando Magalhães cria a Escola Obstétrica Brasileira.

Com a vinda da Família Real para o Brasil, em 1808, vieram parteiras estrangeiras, quase todas francesas, formadas pela Faculdade de Medicina de Paris, que além de partejar, vacinavam contra varíola e tratavam das “moléstias do útero”. Uma francesa, naturalizada brasileira, Maria Josephine Durocher, matriculou-se na Faculdade do Rio de Janeiro, no curso de parteiras. Madame Durocher, como era chamada, atendia indistintamente aos pobres e aos nobres, e sempre auxiliou as colegas recém-formadas, ensinando-lhes na prática os conhecimentos teóricos. Pela sua atuação, recebeu o título de Parteira da casa Imperial e de sua Alteza Princesa Leopoldina, Duquesa de Salsburgo e Gotha. Publicou vários trabalhos nos *Annais Brasileiros de Medicina*, *Jornal da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro*, e como reconhecimento pelo seu conhecimento profissional, em 1870, teve um lugar na Academia Imperial de Medicina, sendo a primeira mulher a ocupar este lugar (Fraga & Matos, 1996).

O interesse dos médicos pela especialidade obstétrica foi aumentando gradativamente, e conseqüentemente o crescimento de partos hospitalares. Conforme Tanaka (1995), no Brasil, o parto foi institucionalizado progressivamente, após a Segunda Guerra Mundial, sendo que os médicos ao incorporarem novos conhecimentos e habilidades no campo da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, diminuíram de forma significativa os riscos hospitalares. Desta forma, ampliaram-se as possibilidades de

intervenção, resultando no aumento progressivo da operação cesariana, tornando-se um “modismo” entre médicos e pacientes.

No decorrer dos anos, vários avanços tecnológicos ocorreram na obstetrícia, entretanto, de acordo com Furley (1996), a partir da década de 60, com o auxílio da engenharia biomédica, tornou-se possível o lançamento e aperfeiçoamento de sofisticadas aparelhagens. A confecção de equipamentos destinados à monitorização fetal durante a gestação e o parto, sem dúvida, foi um avanço significativo para o acompanhamento da vitalidade do feto e da atividade uterina. Após a década de 70 a maioria dos centros obstétricos passou a utilizar a monitorização anteparto e intraparto em todas as pacientes.

Hoje, estamos na era do desenvolvimento na área de reprodução humana, na engenharia genética, e na medicina fetal, entre outras, sendo inegável a contribuição na melhoria da assistência obstétrica, entretanto, quase todos os avanços vieram acompanhados de inúmeros dilemas éticos.

Resgatando a história da Enfermagem brasileira no atendimento à parturiente, podemos compreender a forte influência do modelo biomédico na formação das enfermeiras obstétricas. O que nos remete ao entendimento de Capalbo (1984), de que a Enfermagem ao buscar um estatuto científico para a sua prática profissional, se inspirou inicialmente no modelo bio-médico da ciência experimental. Neste, perde-se de vista a totalidade do homem, a sua unidade de vida, o seu ser de liberdade e participação responsável por suas vivências, entre elas a saúde.

Segundo Pires (1989), uma das primeiras vertentes do trabalho da enfermagem, como um serviço reconhecido socialmente, foi o trabalho das parteiras leigas, curandeiras e práticas que assistiam o indivíduo por meio de uma atividade não institucionalizada. A autora refere que no Brasil as atividades de cunho profissional de assistência à parturiente aparecem com o processo de colonização, sendo que este trabalho tinha reconhecimento popular e era de aprendizagem empírica. Entretanto, com o processo de institucionalização da medicina, com a intensa perseguição aos curandeiros e práticos em geral, as escolas de medicina passam a absorver a formação de pessoal para a assistência ao parto, na forma de curso anexo. Desta forma, em 1832, o trabalho das parteiras foi institucionalizado, através da estruturação dos cursos de parteiras, anexos às Escolas de medicina, e quando a sua prática passa a ser hospitalar, não mais independente, mas sob controle médico.

Com a reforma do ensino de 1901, pelo decreto nº 3902 de 12 de janeiro, fica delimitado o objetivo dos cursos de “parteiros”, e não mais “parteiras”, uma vez que desde 1879 são admitidos alunos de ambos os sexos. Os parteiros deveriam estar habilitados para a assistência ao parto em si, a formação é basicamente prática e os conteúdos teóricos direcionados para a execução destas atividades tipicamente manuais, cabendo a medicina a assistência integral à parturiente, ao recém-nascido e à puérpera. Assim, o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas ficam a cargo dos médicos que mantêm o controle da prática e do ensino. O artigo nº 2 da Lei de 3 de outubro de 1932 estabelece que todos os professores das academias devem ser médicos, não podendo os práticos ensinar os profissionais da sua área, como consequência, o saber popular sobre os cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal não foi recuperado.

A institucionalização da prática das parteiras transforma-as em uma profissão auxiliar, subordinada às regras emitidas pelas escolas médicas que normatizam o exercício profissional, retirando desta forma a autonomia profissional e a vinculação com a comunidade. De um ofício independente, a arte de partejar passou a ser subordinada e controlada pela medicina, as atividades das parteiras passam a ser delimitadas dentro da globalidade da assistência à parturiente, a puérpera e ao recém-nascido, sem controle da decisão terapêutica, da avaliação e da prescrição da assistência.

Por outro lado, no século XX, especificamente em 1923, a enfermagem se organiza como profissão regulamentada por normas próprias e absorve definitivamente o trabalho das parteiras, como parte do exercício profissional da enfermagem com a instituição da Lei nº 2604/1955, que regulamentou até 1986, quando foi sancionada a Lei nº 7498/86.

Segundo Osava & Tanaka (1997) com a criação da profissão de enfermeira no Brasil, a partir de 1931, o título de parteira é mudado para o de “enfermeira obstétrica”. A concessão do título de “enfermeira” por escolas médicas provocou uma divergência entre enfermeiras e parteiras, uma vez que as primeiras reivindicavam que o curso de enfermagem deveria ser um pré-requisito para o curso de parto. Em contrapartida, as parteiras defendiam que a enfermagem e a obstetria eram profissões afins, porém distintas, e que o curso de partos deveria continuar sob tutela médica. A denominação “obstetrix” substituiu a de “parteira”, que era egressa das escolas médicas.

De acordo com Fraga & Matos (1995), o decreto nº 20.931/32, que regulamentava e fiscalizava o exercício da profissão de parteira, limitava as atividades das parteiras e

enfermeiras obstétricas aos cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos casos normais, e se houvesse qualquer anormalidade a mesma deveria solicitar a presença do médico. Este decreto impedia a prestação de assistência à mulher e à criança fora deste período, realização de intervenção cirúrgica, tratamento em sua residência ou local sob direção destas profissionais, manutenção de consultórios para exames e práticas de curativo, e a prescrição de medicamentos, salvos os casos de urgência que comprometessem a vida da parturiente, do feto ou do recém-nascido.

Em 1949 com a publicação da lei 775, foi regulamentado o ensino da Enfermagem Obstétrica no artigo 22, no qual os cursos de enfermagem obstétrica deveriam se converter em cursos de enfermagem (formação de enfermeiros) e de auxiliares de enfermagem, destinados à formação destes profissionais especializados para a assistência obstétrica. A maioria dos cursos existentes extinguiu-se, por não ter condição de se adaptar a nova lei, restando dois cursos de Enfermagem Obstétrica, um na Universidade de São Paulo e outro na Universidade da Bahia.

Na década de 50, as obstetrizes, que não haviam conseguido adaptar-se à lei 775/49, inconformadas com o fechamento dos cursos de Enfermagem Obstétrica nas faculdades de medicina, iniciaram um movimento para modificar o artigo 22. Assim, em 1954, a Câmara aprovou um substitutivo nº 2640-A/52, que objetivava dar às obstetrizes e parteiras uma lei diferenciada, considerando que a Enfermagem e a Enfermagem Obstétrica eram profissões afins, porém distintas. Assim, foram instituídos dois cursos de formação, o de parteira com duração de 18 meses e o de obstetriz com duração de 36 meses, ambos com a finalidade específica de preparar profissionais para a assistência obstétrica. O substitutivo não citava a Enfermeira Obstétrica formada nas escolas de Enfermagem, e as enfermeiras com curso de pós-graduação nesta especialidade também foram excluídas do exercício da assistência obstétrica. A fim de assegurar os direitos dos enfermeiros, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou vários debates e enviou emendas à Câmara dos Deputados requerendo a inclusão da Enfermeira Obstétrica (portadora do curso de pós-graduação e um ano em enfermagem obstétrica) no substitutivo. Por outro lado, as obstetrizes lutavam com empenho e garra pelo campo que consideravam privativo.

Em 1955 realizou-se uma reunião entre os membros da Associação Brasileira de Obstetrizes (ABEO) e da ABEn, buscando unificar as profissões. Todavia, a presidente da ABEO foi absolutamente contra a unificação, enquanto que as enfermeiras, membros da

ABEn eram de opinião que a unificação poderia ser realizada uma vez que o currículo de ambas era quase igual. As obstetras continuavam irredutíveis, surgindo um desentendimento entre enfermeiras e obstetras, sendo que a discussão se prolongou ainda por um tempo.

Em 1957 o Ministério da Educação e Cultura designou, através da portaria do MEC nº 456, de dezembro de 1956, uma comissão composta por três educadoras, uma enfermeira obstétrica, Madre Marie Domineuc e uma obstetra Madeleine Taafé Sebastiany, a fim de estudarem a problemática do ensino e apresentarem sugestões para a elaboração do anteprojeto de Lei que deveria incluir as duas profissões. A comissão apresentou, em 1958, o estudo denominado “Dados para a Lei do Ensino de Enfermagem”, que foi discutido e apreciado pelos membros da Subcomissão de Diretoras de Escolas de Enfermagem. Na ocasião foram apresentadas sugestões e apoiadas as recomendações propostas pelo estudo. Visto que, a obstetra, integrante da comissão, não concordava com o ensino de Obstetrícia nas Escolas de Enfermagem, foram elaborados e enviados dois relatórios ao Ministério da Educação e Cultura, sendo finalmente aprovado o documento apresentado pela ABEn.

De acordo com Carvalho (apud Fraga & Matos, 1995) em 1957 foi criada na ABEn, uma comissão técnica denominada “Comissão de Proteção à Maternidade e à Infância”, por iniciativa da Irmã Marie Domineuc, que lutava em prol de uma assistência obstétrica adequada. A referida comissão realizou no Rio de Janeiro em setembro de 1959, a Iª Reunião das Enfermeiras Obstétricas que teve como finalidade o estudo dos aspectos legais do ensino e da prática da Enfermagem Obstétrica e a atualização de conhecimentos relacionados ao parto sem dor e a assistência ao recém-nascido prematuro. Foi um órgão bastante atuante na ABEn ao longo dos oito anos de existência, período em que ocorreram debates acirrados sobre o preparo da enfermeira obstétrica e a legislação profissional

Em 1968 foi criada a Lei nº 5540 que normatizou a organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola médica. Essa Lei provocou a reforma universitária, e como consequência, o Conselho Federal de Educação iniciou a revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores, entre eles o da Enfermagem. A Comissão da ABEn se mobilizou, elaborando e enviando anteprojeto ao Conselho Federal de Educação, propondo um currículo que oferecia a opção de habilitação em três áreas: Obstetrícia, Médico-Cirúrgica e Saúde Pública (Fraga & Matos, 1995).

Finalmente, em 25 de fevereiro de 1972, com a aprovação do parecer nº 163 da Comissão de Revisão de Currículo da Resolução nº4/72, do Conselho Federal de Educação, fixou-se o novo Currículo Mínimo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia. O profissional poderia habilitar-se em três ramos específicos, após a conclusão do tronco comum de duração mínima de três anos e máxima de cinco, sendo um deles a Obstetrícia. Neste mesmo ano, em virtude da reforma universitária brasileira, surgem também os cursos de pós-graduação em Enfermagem, sendo o primeiro na Escola Ana Neri (ibid., 1995).

A cada novo currículo, as enfermeiras ressaltavam os estudos referentes à enfermagem obstétrica, demonstrando preocupações com os problemas relativos ao binômio mãe-filho. Matos (apud Fraga & Matos, 1995), infere que apesar do respaldo legal conferido pelo Decreto-Lei 94.406/87, relativo à assistência ao parto, observa-se que as Enfermeiras Obstétricas ainda enfrentam inúmeras dificuldades, entre elas: a falta de concurso público específico em Enfermagem Obstétrica, o excesso de atividades burocráticas, a escassez de recursos humanos habilitados e/ou especializados em Enfermagem Obstétrica, a não aceitação da enfermeira obstétrica pela equipe médica, a falta de habilidade prática e o relacionamento com a equipe multiprofissional.

Estes foram alguns dos reflexos da transição entre a assistência realizada pelas parteiras que passou a ser exclusiva da enfermeira obstétrica. De acordo com Spink, esta redefinição de papéis respondeu aos interesses hegemônicos da medicina, uma vez que uma profissão autônoma foi transformada em especialidade de enfermagem, ou seja, em “auxiliadoras do médico”. Com a exclusão da parteira prática do acompanhamento do trabalho de parto, permaneceu um “nicho”, ou seja, um espaço que até o momento não foi ocupado por outra categoria (Osava & Tanaka, 1997).

A preocupação com o número insuficiente de Enfermeiras Obstétricas para o atendimento à parturiente não é recente, pois na década de 70 aparecem alguns trabalhos apresentando e discutindo esta questão no contexto brasileiro, como o de Freddi (1977). A autora também ressalta que a atuação da enfermeira obstétrica deve estar adequada à realidade que a envolve. Consciente das necessidades da população, o profissional deverá atingir os objetivos da assistência materno-infantil, dando ênfase na profilaxia das doenças incidentes no ciclo gravídico-puerperal e nos programas de orientação materna, não se esquecendo porém, dos aspectos emocionais da mãe e dos familiares.

Além disso, Tyrrel (1994) aponta para o fato de que em 1985, no XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem foram apresentados e debatidos os problemas relacionados com a prática da Enfermagem obstétrica, entre eles, o de que os profissionais que atuam na área de enfermagem obstétrica eram insuficientes em quantidade e qualidade. Alguns profissionais não possuem sequer a habilitação específica (graduação) na área, e os que a possuem, encontram-se em desvio de função.

Segundo a mesma autora, outro aspecto discutido naquele Congresso foi a não realização de parto pela enfermeira. O fato do INAMPS não reconhecer o parto como atividade da enfermeira, remunerando apenas o realizado pelo médico, foi apontado como um dos maiores responsáveis por esta problemática. Como resultado dessa política, na prática da enfermagem obstétrica, observam-se membros da equipe de Enfermagem, entre eles o próprio atendente realizando o parto, cabendo ao médico apenas assinar o prontuário e ser remunerado por uma atividade que não executou.

O estudo desenvolvido por Matos (1993) mostra que na maioria das instituições pesquisadas existe enfermeiros sem habilitação e/ou especialização em obstetrícia atuando na assistência obstétrica durante o trabalho de parto e parto. A autora observou que este fato gera insegurança no profissional, o qual conseqüentemente tende a concentrar-se nas atividades de ordem administrativa e burocrática, delegando as funções assistenciais ao pessoal auxiliar.

Atualmente, o número de enfermeiros obstetras ainda é muito restrito, uma vez que os cursos de especialização são oferecidos somente por algumas escolas de Enfermagem. Além disso, observamos que a maioria dos especialistas existente desenvolvem suas atividades apenas na área de ensino.

De maneira geral, no Brasil, a participação de enfermeiras obstetras na assistência direta à mulher durante o trabalho de parto e parto tem sido cada vez menor, e sua prática assistencial não vem representando um modelo alternativo ao modelo médico hegemônico, mas pelo contrário, vem reafirmando-o (Osava, 1996).

A prática obstétrica no mundo moderno é um reflexo deste modelo hegemônico. O uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento médico, freqüentemente cirúrgico, expropriando da mulher o ato de parir, e transformando-a num agente passivo durante todo o processo do nascimento. Na maioria das instituições a mulher

é separada do marido, da família e de pessoas amigas, aumentando o medo, a incerteza, e a insegurança inerentes ao momento. É ainda, submetida a condutas tradicionalmente fragmentadas e redutoras, tendo como resultado a sua despersonalização.

Para Osava & Tanaka (1997, p.106) “No atual modelo de organização da assistência ao parto, o momento do *trabalho de parto* tem sido sistematicamente suprimido ou ignorado como um momento privilegiado para o crescimento psicológico da mulher. Ao médico, repugna-lhe as secreções e odores femininos no parto, perturba-o os gritos da mulher, e aterroriza-o os ‘caprichos da natureza’. O paradigma médico de atenção ao parto é estritamente intervencionista, cirúrgico - a obstetrícia científica nasceu sob tutela cirúrgica - e fundado no arquétipo de *herói*.” Por outro lado, as autoras inferem que “O paradigma da enfermagem obstétrica encontra-se naquilo a que seus praticantes prestam adesão. A valorização do tecnológico em sua prática, ou a busca de recursos alternativos, a recusa ao que é dado como rotineiro, ou a sua reafirmação, são evidências que nos ajudam a compor o estado atual dos paradigmas da enfermagem obstétrica.” (ibid.,1997, p.106)

Observamos que a Enfermagem incorporou o modelo de assistência centrado nas normas e rotinas, que em sua maioria não atendem ao interesse dos clientes e sim da equipe de saúde. Assim, na assistência ao parto em nível hospitalar, a enfermagem passa a compartilhar das práticas rotineiras para a sistematização da assistência, estabelecendo padrões de conduta.

Este aspecto é ressaltado por Osava & Tanaka (1997, p. 103) quando referem que, “Considerando os atuais padrões de comportamento de enfermeiras e enfermeiras obstetras, cada um dos grupos carrega a marca indelével de suas origens, como um congênito vício (ou virtude). Um dos traços característicos da profissão de enfermeira é o apego à padronização das técnicas, à sistematização e à ordem, que deixam pouco espaço para a criatividade, para a discordância e para a inovação.”

Em contrapartida, observamos um aumento gradativo de trabalhos que descrevem experiências recentes, nas quais a participação da enfermeira obstetra, no acompanhamento do trabalho de parto e parto, reflete na qualidade da assistência prestada. A exemplo, Progianti (1995) relata que em 1988, uma instituição pública que presta assistência à mulher e à criança, no Rio de Janeiro, implementou um projeto multidisciplinar de atenção ao parto, refletindo uma preocupação dos dirigentes da época com a melhoria da qualidade da assistência. Este projeto contava com a participação efetiva da enfermeira obstetra,

incluindo a realização do parto eutócico. As ações deste projeto tinham como objetivo a redução dos índices de asfixia perinatal intraparto, a qual está diretamente relacionada como acompanhamento pré-natal, com situações adversas e com o manejo obstétrico. Após um ano da implementação do referido projeto, observou-se uma queda significativa nas taxas de perimortalidade. Entre os fatores atribuídos como responsáveis pelos resultados estão a incorporação de tecnologia apropriada, o treinamento de pessoal e a incorporação da enfermeira obstetra na equipe de atenção ao parto.

Alguns trabalhos apontam que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), apresentado pelo Ministério da Saúde em 1983, e que tem direcionado o atendimento à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal não atingiu as metas propostas. Entre eles, o de Nogueira (1994, p. 39), mostrando que “...de todas as críticas às práticas de atendimento materno-infantil, como o despreparo dos profissionais, a medicalização excessiva, os procedimentos questionáveis, a falta de democratização nas informações e a negação da subjetividade, o denominador comum parece ser a desconsideração da mulher e da criança como sujeitos merecedores de uma assistência integral.” A autora infere que a combinação de todos estes fatores que levam à baixa qualidade do atendimento seria responsável pelo fracasso na implementação dos programas de saúde e conseqüentemente pelos óbitos perinatais e maternos.

A referida autora observou em seu estudo que nos serviços de pré-natal investigados, a consulta médica está voltada para a realização de exames complementares, possuindo um caráter essencialmente técnico e enfatizando unicamente os aspectos biológicos, não havendo lugar para a fala e para o questionamento das mulheres, muito menos para as emoções. Conseqüentemente, as gestantes, de modo geral, não referem uma contribuição efetiva do pré-natal no sentido de compreensão do processo de gestação e parto. Sendo que as exceções ficam por conta das consultas de enfermagem, que possuem maior duração e maior conteúdo informativo, que abrem espaço para as questões de ordem afetiva, onde as dúvidas, as ansiedades e curiosidades das mulheres possam vir à tona, permitindo o estabelecimento de uma relação intersujeitos entre o profissional de saúde e a mulher.

Esta situação reflete que, apesar de ter sido influenciada pelo modelo biomédico, a enfermagem tem se preocupado com os aspectos psicológicos e emocionais que envolvem o processo do nascimento, em compreender a experiência parturitiva, buscando referenciais para a prática numa perspectiva holística. Entretanto, assim como na assistência pré-natal,

pequena parcela dos profissionais de saúde está com a sua atenção voltada para os aspectos emocionais e a singularidade que envolve todo o momento do parto. O atendimento é massificado, a mulher passa a ser um “objeto”, um agente “passivo” em todo o processo.

Segundo Gomes (1996, p.29), “Os lugares e os processos de assistência ao parto podem ter mudado, mas a ‘tarefa’ continua sendo vivida da mesma forma pelas mulheres hoje: como um momento permeado pelo desconhecimento do que ocorre em seu corpo e de como será seu desenrolar, envolto pelo medo, que traz a dor e a solidão, o que contribui para que ela reaja com a passividade e a resignação, o que é normalmente esperado da mulher.”

Apesar de todo o avanço tecnológico da obstetrícia moderna, o momento do parto continua sendo, em nível emocional, um momento importante, mas até certo ponto assustador para muitas mulheres. O desenvolvimento na área se concentrou ao uso da técnica, no entanto, a preocupação com a humanização do atendimento à mulher que vivencia o processo do nascimento, ainda que restrita a pequenos grupos e/ou a alguns profissionais, de forma isolada, vem aumentando gradativamente.

A necessidade de um atendimento humanizado à mulher durante o processo de nascimento, tem sido foco de discussões em alguns encontros e congressos. Experiências em maternidades, com inovações e/ou resgate e de algumas práticas, como a presença do acompanhante e o parto vertical, estão sendo compartilhadas entre instituições, gerando mudanças na assistência. Desta forma, vislumbramos uma mudança de paradigma.

Alguns trabalhos mostram que as enfermeiras têm se engajado neste processo, entre eles o de Oliveira et al (1996), que descreve a trajetória percorrida por um grupo de enfermeiras na implantação de uma maternidade, cuja filosofia tem como premissas básicas a humanização e a interdisciplinaridade.

1.3 - AS PERCEPÇÕES DA MULHER SOBRE A ASSISTÊNCIA RECEBIDA NA MATERNIDADE

Neste momento, busco na literatura, conhecer as expectativas e percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. Inicialmente, abordarei alguns aspectos

relativos ao significado da experiência parturitiva, a fim de subsidiar a compreensão sobre as percepções das mulheres sobre o vivido no mundo da maternidade.

Os aspectos psicológicos e emocionais inerentes ao processo do nascimento são ressaltados por Maldonado, Nahoum & Dickstein (1990), quando referem que o parto é essencialmente um símbolo de vida, no que ele encerra de surpresa, risco e imprevisibilidade. Com relação ao parto, nunca se pode prever como se desenrolará o processo, se vão surgir complicações ou se vai transcorrer normalmente, quanto tempo durará, e se será experienciado com tranquilidade ou com dificuldade.

Segundo Maldonado (1984), o parto é um momento crítico, sentido como uma situação de passagem de um estado a outro, irreversível, que precisa ser enfrentada de qualquer forma. Em contraste com a gravidez, cercada de mudanças gradativas, o parto é um processo abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas. Portanto, é vivido como um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual a mulher não tem controle. Pode ser considerado como um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sócio-cultural e da individualidade físico-psicológica da parturiente. As características pessoais de cada mulher são refletidas na conduta durante o parto, e os diversos tipos de parto exercem diferentes impactos, sendo vivenciados e integrados na personalidade da mulher sob várias maneiras.

Conforme Kitzinger (1996), o trabalho de parto em si, não é apenas um processo social, que afeta a relação, não apenas entre marido e mulher, mas entre os membros do grupo onde eles se inserem; define a nova identidade da mulher, a de mãe. Parte do que acontece durante o parto é puramente instintivo e fisiológico, entretanto, o comportamento humano ignora muitas vezes alguns destes elementos, modificando-os de tal modo que as ações resultantes são inadequadas. O parto nunca é totalmente natural. Ele reflete valores sociais e varia de acordo com a sociedade. Assim, em certas sociedades ele é considerado um drama, em outras, é visto como um processo comum e cotidiano.

Para Moreno o nascimento não é um trauma para o bebê, mas sim um momento de máxima espontaneidade. O feto atua com seus dispositivos físicos de arranque, pressionando a cabeça e seus pés contra as paredes do útero, adquirindo impulso. Seus esforços, para terem êxito devem ser auxiliados pelos arranques físicos (contrações voluntárias do útero) e mentais da mãe (manobra de força expulsiva, por exemplo). Se por um lado, o feto atua com a máxima espontaneidade, o mesmo já não ocorre com a mãe,

nem com os integrantes da equipe de saúde que atendem ao parto, pois têm sua espontaneidade limitada pelo desempenho de papéis cristalizados (Pamplona, 1990).

De acordo com Centa (1996, p. 91) “O nascer representa o milagre da vida, onde mente - corpo formam uma unidade inserida num todo maior. Este vir-ao-mundo do homem bem como das plantas e animais, segue um ritual próprio de cada espécie.” A autora infere que o conceber e o nascer de uma criança são muitas vezes planejadas, e contam com os mais sofisticados meios de diagnóstico, avaliação e tratamento. Entretanto, esta tecnologia de alta complexidade e precisão não aboliu a força dos mitos, crenças e rituais inerentes à cultura e ao mundo de significados, que envolvem o vir-ao-mundo do homem.

Observamos que a maioria das mulheres relata um aumento da ansiedade frente ao parto, principalmente nos últimos meses da gestação, quando ele se transforma numa situação irreversível, mais concreta e próxima, da qual não se pode escapar, devendo ser enfrentado de uma forma ou de outra.

Meira (apud Balaskas, 1993), descreve o parto como uma experiência fundamental, profunda e marcante na vida da mulher, podendo deixar saldos positivos ou negativos, como sofrimento, solidão, medo de ficar grávida outra vez, insegurança, e depressão pós parto. Infelizmente, nem todas as mulheres possuem o privilégio de experimentar esse momento de forma positiva.

Um estudo realizado por Oba & Tavares (1996, p.569), intitulado “As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas”, mostra que as manifestações dos receios em decorrência ao parto se apresentaram nas diferentes formas de medo: “da morte; do sofrimento do parto; de acontecer algo com o bebê; de não ser bem atendida; do tipo de parto; do hospital; de ser atendida por outro médico com o qual não realizou o pré-natal; de não ter convênio médico; de saber em qual hospital terá o filho.” As autoras ressaltam que a impessoalidade na relação médico-paciente é percebida pelas mulheres, o que acaba influenciando negativamente na própria assistência à saúde.

Kitzinger (1996) aborda que o medo e a ansiedade também acometem o obstetra, ele se sente ameaçado quando as mulheres não se comportam de acordo com o estereótipo da boa paciente. A ansiedade passa a ser expressa em ataques verbais ou ameaças de que se não confiarem nele podem colocar em risco a vida do bebê. A autora aponta como fatores que afetam a relação entre o médico e a paciente durante o pré-natal e na maternidade, as idéias

pré-concebidas sobre o papel de cada um, a ansiedade do médico e da mulher, e a comunicação deficiente entre ambos.

Nogueira (1994) relata que a grande preocupação das gestantes é com relação ao local onde serão assistidas no momento do parto, pois o fato de fazerem o pré-natal em um determinado serviço, não é garantia para o atendimento ao parto. Além disso, são muitas as queixas quanto às condições precárias da maternidade, à desumanização do atendimento, à proibição de visita dos familiares e à privação afetiva durante o pré-parto e puerpério.

De acordo com Queiroz (1996), a assistência prestada às parturientes é um fator que interfere no medo do parto. Ao refletir sobre a denúncia explícita nas falas das parturientes que participaram do seu estudo, a autora ressalta que o discurso sobre a humanização da assistência ainda continua muito distante da prática. A ciência e a medicina evoluíram, mas ainda alguns profissionais de saúde não desenvolveram o aspecto humano ao lidar com os clientes, especialmente com as parturientes.

Nascimento, Santos & Souza (1997) observaram, num estudo exploratório, que as mulheres primíparas, antes de vivenciarem o processo do nascimento, possuem uma idéia negativa acerca da assistência que irão receber durante a sua internação na maternidade, e que mesmo realizando o pré-natal, esta percepção não se modifica. Entretanto, os relatos destas mulheres após a vivência, demonstraram que o parto não foi percebido como um momento tão difícil quanto imaginavam. Assim, é de fundamental importância que a assistência à parturiente seja humanizada e competente, possibilitando reverter a imagem negativa sobre o parto, e permitindo que as mulheres vivenciem de forma mais plena e feliz todo o processo.

Santos (1997, p.65), ao questionar sobre as expectativas das mulheres/parturientes sobre o atendimento a ser recebido na maternidade durante o processo do nascimento, observou que elas reportavam à experiência vivida anteriormente na instituição, “...*Da outra vez que estive aqui gostei muito, pois todos foram muito atenciosos, sempre estavam com a gente.*”. E também pela forma como estavam sendo atendidas no momento, “...*não tenho o que reclamar, por enquanto fui bem atendida, são todos muito atenciosos.*” Nas falas, observamos uma valorização sobre a atenção dispensada pelos profissionais de saúde.

De acordo com Gomes (1996, p. 55), as mulheres ao expressarem a experiência do nascimento de seus filhos revelam o medo, o desconhecimento e a solidão que são

vivenciados neste processo. “O medo e o desconhecimento que tornaram-se naturalizados passados de geração em geração e hoje com o agravante de se viver uma realidade de atendimento à saúde, cheia de incertezas, onde nascer bem não pode ser assegurado como direito de cidadania.”

Neste sentido, Pamplona (1990, p. 85-86) ressalta que “...tendo a mulher questionado as relações de poder; superado, pelo menos em parte o medo ao parto; aprendido possibilidades de evitar ou lidar com a dor; incorporado conhecimentos sobre o parto, seus sinais e processo, ela se sente com possibilidade de transformar-se de paciente para cliente que reivindica seu direitos, explicita seus desejos, sentimentos, emoções, conduz, enfim, de forma ativa, como agente de seu parto.”

Gualda (1993), no estudo “Eu conheço a minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto”, identificou nas falas das mulheres que a natureza pode ser interpretada sob dois aspectos, ou seja, características individuais e universais do processo do parto. As individuais correspondem aos aspectos biologicamente determinados e à singularidade do indivíduo, como por exemplo, a forma como sente a dor, o tempo do parto. Com relação a universalidade do processo fisiológico do parto, a evolução do trabalho de parto é concebida como ação divina. Apesar de reconhecerem a universalidade da sua evolução, reconhecem as peculiaridades de cada experiência, assim, algumas variações do processo de parto são decorrentes do próprio parto, da individualidade das pessoas ou como consequência de fatores intercorrentes.

No referido estudo as mulheres consideram que a vivência do parto é a única fonte de conhecimento próprio e do processo do parto, cabendo à pessoa conhecer a natureza, através da experiência ou vivência. O modo de senti-la se processa através da comparação de partos anteriores, sendo que o medo parece sempre estar presente, não importando o número de experiências anteriores, sendo fortalecido pelas vivências negativas. Estas, estão relacionadas à peculiaridade do processo e à falta de controle sobre os fatores intercorrentes. As orientações dos profissionais e o relato de pessoas mais experientes são vistos como forma de apoio, e de certa forma amenizam as preocupações e os medos, fazendo com que as mulheres se sintam mais calmas, principalmente na primeira experiência, na qual os aspectos universais contribuem para o fortalecimento do medo. As informações de outras mulheres é que servem de parâmetro para a avaliação da primeira experiência, mesmo quando são negativas, despertando medo, ou positivas. No entanto, a

autora observou que houve deficiência na comunicação mantida entre as mulheres e os profissionais, resultando em discordância, falta de compreensão, e não aceitação das informações a elas oferecidas, criando dificuldades em vários momentos do parto.

A falta de conhecimento sobre os aspectos universais e individuais do parto gera uma série de dificuldades, entre elas a de reconhecer as fases e o modo de reagir durante o trabalho de parto. Todavia, as mulheres desenvolvem durante a experiência, modos de controlar as dificuldades geradas pelas próprias características do processo do parto e pela individualidade e fatores intercorrentes. Em algumas falas ficou claro que os médicos sabem do parto em si, mas não consideram a natureza individual das pessoas. As críticas com relação a assistência se referem ao descaso dos profissionais com relação às sensações, ao conhecimento e discernimento das mulheres (ibid., 1993).

A percepção da mulher sobre o atendimento recebido pelo profissional de saúde é descrita por Simões (1995, p.43), a partir de um estudo fenomenológico, no qual "O ser parturiente, enquanto ser-aí, aponta para a impessoalidade da assistência recebida pelos profissionais da saúde..." (A mulher compreende sua vivência parturitiva como angustiante e temerosa, uma vez que a partir do momento que é internada na maternidade, passa a não ter mais controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar. Mesmo quando surgem, no pré-parto, expressões de angústia, medo e inquietação, se torna indiferente para o profissional de saúde, já que tudo o que acontece com a mulher faz parte da rotina assistencial. Assim, a mulher percebe que o atendimento da equipe volta-se em geral para o atendimento das necessidades biológicas, cada um desenvolve as atividades que lhe compete, mas ninguém se aproxima, não valoriza a sua singularidade. A mulher, emtretanto, surpreende-se diante da singularidade de cada trabalho de parto, compreende que uma experiência nunca será igual a outra.)

Estes aspectos também são ressaltados por Maldonado (1984) quando ela refere que é importante não desvalorizar a influência do contexto assistencial sobre a vivência do parto. Em muitos casos, o descontrole, o pânico e até alterações da contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente.

A maioria dos trabalhos não apresenta claramente a distinção sobre os cuidados recebidos pelos diferentes profissionais da equipe de saúde. As percepções são apresentadas

de forma genérica. Entretanto, os trabalhos que procuram focar o cuidado de enfermagem têm apontado a “invisibilidade” da enfermeira.

De acordo com Gualda (1993), a enfermeira pouco aparece nos relatos das mulheres, e quando é citada o é em situações pouco significativas, e a descrição das atividades leva a pensar em outro profissional da enfermagem. Este fato não quer dizer que ela não está presente, entretanto, não foi identificada e nem mencionada como tendo contribuído para a assistência à parturiente.

Este aspecto também é citado por Gomes (1996), ao observar que as mulheres falam sobre o cuidado recebido de forma generalizada e, quando identificam a enfermagem, poucas sabem dizer se foi uma enfermeira que realizou o parto, ou quem foi a enfermeira que as atendeu. Considero que isto ocorre, por que no momento da abordagem, o profissional não se identifica, não interage, não se deixa conhecer. Assim, a mulher reconhece o profissional que a atendeu quando a sua opinião, sobre ele, se situa nos extremos, se tornando marcante de forma positiva ou negativa. Por outro lado, a mulher na “fragilidade” da situação, muitas vezes não se preocupa em identificar a pessoa de acordo com a sua categoria profissional, uma vez que neste momento possui a expectativa de ser bem atendida, não importando por quem.

Cultural

O parto é cercado por medos, ansiedades, expectativas, decorrentes das experiências vividas anteriormente pela mulher, das informações recebidas de familiares, de profissionais e de outras mulheres que passaram pela experiência do parto. Desta forma, ao entrar na maternidade a mulher já tem uma idéia pré-concebida de como se desenrolará o processo, de como será atendida e quais as dificuldades que poderá enfrentar. Cria-se, então, um confronto entre o “imaginário” e o “real”, que muitas vezes acaba gerando um certo grau de preocupação e decepção, quando o processo não ocorre como havia imaginado, ou quando se defronta com a impessoalidade do profissional de saúde. Surgem, então, situações de “crise”, que interferem na qualidade da vivência do parto, e conseqüentemente na evolução do trabalho de parto, podendo desencadear o aparecimento de distócias funcionais.

Vários trabalhos, apontam sobre o desejo e necessidade que a mulher, assim como o casal grávido, possuem de receber um atendimento humanizado durante o processo do nascimento. Simões (1995) revela em seu estudo, que a mulher deseja compartilhar a sua vivência em forma de ajuda e de atenção. Ela clama pela compreensão dos profissionais que

a assistem, para que estes percebam a sua singularidade enquanto ser humano que está vivenciando a experiência parturitiva.

A importância da compreensão do Ser parturiente também é ressaltada por Falcón (1993) em seu estudo intitulado "A mulher na condição de parturiente: percepção numa situação de crise". A autora infere que este aspecto é necessário para a adoção de uma assistência mais humanizada a este ser, que solicita aproximação e compreensão dos profissionais de saúde em geral, e do enfermeiro em particular. Uma vez que o ser parturiente, vivenciando uma etapa crítica, depende do apoio dos profissionais para que o processo da parturição represente uma experiência positiva e de amadurecimento pessoal.

Centa (1981) resalta a importância da enfermagem nos serviços de centro obstétrico, não apenas executando procedimentos instrumentais, mas atendendo o "casal grávido" em suas necessidades psicossociais, ajudando-o a preparar-se e fortalecer-se para o parto e nascimento.

Já Nitschke (1991) recomenda que a família deve ser incluída na assistência, desde o pré-natal, estendendo-se durante a internação, incluindo a sala de parto.

Em síntese, há estudos apontando sobre a necessidade e expectativa que a mulher e família possuem de serem atendidas de forma humanizada, cabendo então ao enfermeiro e demais profissionais de saúde construírem e utilizarem referenciais para guiar o cuidado, tornando-o realmente humanizado.

CAPÍTULO II

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA : BUSCANDO OS ENTENDIMENTOS E SIGNIFICADOS

*“Como podemos cuidar de um ser humano, senão de uma forma que seja condizente com a sua natureza?”**

* Reflexão da Autora

Inicialmente, irei discorrer sobre os aspectos relacionados à humanização de forma genérica, e posteriormente, apresentar e discutir como este tema tem sido abordado na área de obstetrícia.

No Dicionário da Língua Portuguesa, Ferreira (1986, p.908) define humanização como: "...Ato ou efeito de humanizar (-se)." Sendo que, humanizar é "...Tornar humano; dar condição humana a; humanar. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar..." Por outro lado, nos dicionários de filosofia pesquisados, não existe a palavra humanização, mas no Dicionário Básico de Filosofia, encontramos humanidade, que Japiassú & Marcondes (19--, p.123-124), definem como: "...Conjunto de características específicas do ser humano tornando-o diferente dos outros animais. Assim quando pedimos para alguém agir com humanidade, pedimos-lhe que aja com bondade natural, com indulgência, com humanismo, sem crueldade, com justiça, etc...". E o termo humanismo definido como: "...a atitude filosófica que faz do homem o valor supremo e que vê nele a medida de todas as coisas. Herdeiro de Kant, o humanismo contemporâneo, notadamente dos existencialistas e de certas correntes marxistas, define o homem como ser que é criador de seu próprio ser, pois o humano, através de sua história, gera sua própria natureza."

Na Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia, Cabral et al (1989, p.1210) ao definirem a palavra humanidade, colocam que a palavra pode assumir vários significados, sendo dois de interesse para o homem e para a sociedade: "...primeiro, H. seria aquilo que faz com que um ser seja humano; tomada no segundo sentido, H. designaria o conjunto dos seres humanos, quer num determinado momento ou época histórica, quer em toda a extensão da história. As principais questões levantadas pelo primeiro significado relacionam-se com a temática do direito natural, da natureza dos direitos humanos, da fraternidade, da igualdade, etc..."

Para Basbaum (1985) o humanismo é uma filosofia de ação que deve ser definido antes de tudo, pelos seus objetivos. O primeiro é destacar o homem da massa, "desmassificá-lo", para tanto, é necessário devolver-lhe a consciência perdida, desaliená-lo; compreender que cada homem é diferente; aceitá-lo como ele é, com suas boas ou más qualidades, independente do nosso conceito de bom ou mau, compreender os limites de sua capacidade individual (física ou mental), dentro de uma situação que não foi por ele criada; dar-lhe condições necessárias para superar esses limites.

De acordo com Luckesi (apud Nogare, 1988), o humanismo pode ser entendido como o enaltecimento do ser humano, traduzidos em fatos históricos para a independência e autonomia. Não há humanismo sem autonomia. Ela conduz ao crescimento, à liberdade de criação e de vida, estabelece as possibilidades de reciprocidade entre os homens em nível individual e grupal, com relação aos direitos e deveres, e condições do bem-estar e bem-viver. Desta forma, se traduz por um movimento histórico realizado no dia-a-dia, que aspira e conduz ao crescimento para a independência e desenvolvimento dos indivíduos, dos grupos, dos povos e das nações.

Sartre distingue dois tipos de humanismo, o que toma o homem como fim e valor superior, este é rejeitado por ele, pois considera que o homem está sempre por se fazer, nunca é fim. O outro, toma o homem como projetando-se constantemente para fora de si mesmo, construindo-se, realizando-se no mundo. É o humanismo existencialista, caracterizado pela transcendência e subjetividade (Nogare, 1988).

Segundo Etcheverry (1975), o humanismo filosófico caracteriza-se pelo interesse dedicado ao problema do homem, da sua natureza, origem, destino e posição no mundo. O humanismo é uma tendência dinâmica, inclinado essencialmente a tornar o homem mais verdadeiramente humano e a manifestar a sua grandeza original, fazendo participar das coisas que podem enriquecê-lo na natureza e na história. O existencialismo sublima o caráter original da existência humana, valoriza a sua subjetividade e enaltece a responsabilidade inalienável do comprometimento pessoal.

Encontramos em Heidegger (1987), que a humanidade do homem é algo que diz respeito à sua própria natureza, à sua essência. O humanismo é meditar e cuidar para que o homem seja humano e não desumano, inumano e reconduzi-lo novamente para a sua essência.

Para Hiller (1973) a palavra “humanismo” significa uma posição ético-espiritual desenvolvida pelo homem na sua totalidade, sendo a humanidade movida pela tendência ao bem, a verdade, ao belo, e subordinada a uma lei moral. O humanismo significa respeito à dignidade humana, baseada no caráter irrepetível e inconfundível da pessoa, assim como a sua preservação contra as ameaças do materialismo ou de qualquer espécie de nivelamento coletivista.

A maioria das definições de humanização, humanidade e humanismo encontradas, converge para o sentido de tornar humano, dar condições humanas, agir com a bondade natural que faz parte da essência do homem, e respeito à dignidade. Estas, quando pensadas com relação à qualificação de uma conduta ou de um cuidado prestado, parece de uma certa forma redundante, pois não se poderia admitir que um ser humano fosse tratado de alguma outra forma, senão com aquela condizente com a sua natureza.

Segundo Strieder (1990), a grande variedade de correntes humanísticas, como o humanismo existencialista, o humanismo marxista, o humanismo cristão, e o humanismo do trabalho, além de outros, pretendem indicar caminhos de respeito pela dignidade humana, libertação e promoção do homem, porém existe um conflito decorrente da falta de clareza sobre os seus significados. O mesmo autor acredita que em toda a sua história, o homem nunca teve tantas possibilidades de humanizar seu ambiente existencial como nos dias de hoje, mas para isso necessita concretizar o significado de "humanizar".

No *humanismo comunitário*, Feuerbach explicitou o sentido de que o comportamento individual do homem deve ser visto em sua relação com toda a sociedade, em seu condicionamento e significado no todo social. O homem não pode ser considerado uma mônada isolada em si mesma, mas aberto para a totalidade humana, onde cada ser recebe a sua individualidade e a sua abertura interior. Ele se distingue do animal, justamente por ter consciência da capacidade de superação da própria individualidade, as idéias surgem por meio da comunicação e no *diálogo* entre os homens. Dessa forma, a essência do homem só pode ser encontrada na *comunidade*, sendo que a sua valorização só pode acontecer com base no humanismo comunitário. Neste, o indivíduo como indivíduo se reconhecerá e se sentirá limitado, considerando que sua perfeição só existirá na perfeição do todo social em que vive. Sendo assim, a humanização só existe na medida em que aumenta o espírito comunitário entre os homens (ibid, 1990).

De acordo com Fernandes (1993), pouco adianta recorrer a um discurso doutrinário que incentive a humanização do atendimento médico, caso não sejam visualizadas e modificadas as causalidades envolvidas na relação médico-paciente. A presença subjetiva é que pode fornecer as condições de desenvolvimento de uma ação médica tecnicamente eficaz, e a partir desta condição poderá ocorrer uma relação médico-paciente mais humanizada. Além disso, a humanização do ato médico depende da atuação integrada de uma equipe multi-profissional.

Fabre et al (1992) referem que para trabalhar em humanização é necessário despir-se da onipotência inerente à formação médica e adaptar-se a uma situação de trabalho multiprofissional, respeitando o espaço de cada um. A paciência é um instrumento preciso na humanização. A tecnologia e a humanização podem e devem ser praticadas juntas, requerendo utilizar o conhecimento tecnológico da melhor forma possível, desde que acompanhado de afetividade, compreensão e amor.

Entre autores na área de Enfermagem, Rockenbach (1985) infere que falar em humanização supõe uma equipe humanizada. A motivação dos trabalhadores de enfermagem decresce dia-a-dia, e a rotatividade em busca de melhores condições de trabalho em outros setores tem aumentado. A rede hospitalar está em constante luta pela sobrevivência, e a super especialização muitas vezes não atende a maioria das necessidades de saúde dos pacientes. Assim, persistindo esta situação, a autora infere que a humanização do paciente e da equipe de enfermagem se torna praticamente inviável. Entretanto, todo esforço é válido quando direcionado ao tempo em que o paciente está internado, pelo menos neste momento lhe seja dado o carinho, a assistência e o respeito que merece como pessoa humana. “A desumanização da equipe, por falta de condições de trabalho, provoca a desumanização do paciente, que deixa de receber os cuidados a que tem direito.” (ibid, p. 53).

Para Zagonel (1996) o cuidado é a essência da enfermagem, através dele se estabelece uma inter-relação humanística. O cuidado reconhece a presença do outro, é troca, doação, suporte e preocupação. É um fazer voltado para o respeito, dignidade e valorização do ser humano, a partir do momento em que o enfermeiro atua na compreensão das experiências vividas pelo ser humano. Assim, “A Enfermagem humanística engloba muito mais do que a competência técnica, engloba um modo de relacionar-se, um em favor do outro, seja do enfermeiro/cliente, seja do enfermeiro/médico/membros da equipe. O ser e o fazer estão intimamente relacionados. Esta relação possibilita à Enfermagem a oportunidade para o desenvolvimento do ser humano, torna a existência uma coexistência humana. O processo de relações de poder dissipa-se através das inter-relações tornadas humanísticas.” (ibid., p. 79).

Segundo Horta (1977), para compreendermos a humanização é necessário refletir sobre os conceitos: O que é o Ser? O que é Humano? O que é Ser Humano? O que é Humanizar? O que é Humanização? A autora ressalta que “Se a consciência da humanização não for

percebida, sentida, assimilada significativamente por todos nós, cada um de per si, tudo continuará como está e tenderá à maior desumanização. Não adiantarão comissões e/ou grupos de trabalho para humanizar cidades, hospitais, palestras, cursos e outras medidas que têm sido tomadas, se cada um de nós ainda não percebeu a si e a seus semelhantes como seres humanos.” (ibid., p.III)

No meu entendimento, na obstetrícia, a primeira atitude humanística é compreender o nascimento como um processo, e não apenas como um evento. Neste sentido, ele inicia-se no momento da concepção, desenvolve-se de forma gradativa e contínua durante a gravidez, tem como momento culminante o parto, e no puerpério começa uma nova fase de adaptação, devido à ampliação “real” da família.

Neste estudo, considereirei o *processo do nascimento* constituído pelos momentos vivenciados pela mulher/parturiente e família, durante o *trabalho de parto, parto e puerpério imediato*. Estas fases, possuem as suas especificidades em termos de acontecimentos, e conseqüentemente diferentes necessidades de cuidado. No entanto, elas são seqüenciais, formando um processo, no qual o seres humanos envolvidos devem estar genuinamente presentes.

De acordo com Monticelli (1997, p. 162) “Embora o nascimento *per si* seja considerado, universalmente, um evento biológico, não há como desconsiderar o contexto cultural em que ele ocorre. É diferentemente organizado e padronizado de acordo com os valores, atitudes e crenças específicas de cada cultura. Qualquer tentativa de incrementar a saúde da mãe e da criança precisa levar em conta o sistema de saúde local com suas crenças, práticas e especialistas, principalmente aquelas associadas à gravidez, parto e cuidados pós-parto.”

Na literatura, encontramos entre as primeiras tentativas de busca da humanização na assistência obstétrica a introdução de cursos de psicoprofilaxia para o parto, os quais pretendem fazer com que a gestante e/ou casal grávido possam vivenciar de forma mais tranqüila e ativa o processo do nascimento. No entanto, vale ressaltar que são poucos e esparsos os grupos de trabalho desenvolvidos na área da assistência. Além disso, o preparo da gestante e do casal não garante que o profissional que acompanha o processo do nascimento respeite a singularidade da experiência, e não atue de forma intervencionista e iatrogênica.

Segundo Maldonado (1984), no Brasil, no início da década de 70, havia um vazio no campo da preparação para a maternidade e paternidade, uma vez que o método psicoprofilático, abordagem tradicional da preparação para o parto, já não estava mais no apogeu da popularidade, e quase nada havia sobre uma abordagem psicológica e, muito menos multidisciplinar, a respeito dos fenômenos do ciclo grávido-puerperal. Assim, existia uma área praticamente virgem para ser explorada. Era necessário abrir um espaço para implantar novos modelos de trabalho, novas óticas e possibilidades de assistência.

A autora enfatiza que “O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos “humanizar” o processo do nascimento atualmente tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional.” (ibid., p.52). Entretanto, salienta que o grupo de gestantes não substitui a relação da grávida com seu obstetra, pelo contrário, propicia novas perspectivas de comunicação, considerando que são relacionamentos que se complementam.

Nakano & Mamede (1994) referem que Nakano ao analisar os programas de educação e treinamento de mulheres para o parto, os quais utilizavam os métodos psicossomáticos propostos por Read em 1933, Velvosky & Platnov em 1949, e Lamaze em 1952, observou que as estratégias utilizadas pelos referidos autores enfatizam a participação ativa da mulher no processo de parir, reforçando o desenvolvimento de habilidades para o controle do corpo durante o trabalho de parto. A autora conclui que esses programas constituem instrumento ideal para introjetar na mulher padrões de comportamento, adequando-a a um modelo de comportamento, e a um modelo assistencial essencialmente de atenção às variáveis biológicas.

Pamplona (1990) acredita que para a preparação da mulher para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, a metodologia utilizada deve entre outras coisas, fornecer conhecimentos sobre o processo de gestação, parto e pós-parto, não só abordando aspectos anátomo-fisiológicos como também rotinas médicas e hospitalares, pois o conhecimento gera poder, e vice-versa.

Neste momento, vale ressaltar que o conteúdo desenvolvido nos grupos de gestantes e casais grávidos deve emergir da necessidade dos participantes. Como refere Videla & Grieco (1993), a reunião de um grupo de gestantes só é válida quando se possibilita que as mesmas possam indagar, opinar, discordar e perguntar. Um espaço de não violação, sem repostas dadas a perguntas não formuladas, um lugar que facilita o descobrimento do

conhecimento, se este é requerido, assemelhando-se cada vez mais a um espaço de liberdade.

Marcon (1989, p.14) realizou um estudo com o objetivo de explorar e compreender o período da gravidez a partir da perspectiva da mulher. A autora considera que “...escutar o que a mulher traz consigo e como ela o traz, o que a faz sofrer e incomoda, é condição ‘sine qua non’ para que o profissional de saúde possa, junto com ela, localizar de que forma o seu saber específico pode ser útil. Quando se nega a singularidade do indivíduo e a elaboração própria da sua história socialmente vivida, se impede que o contato com os profissionais possa resultar no atendimento às expectativas de quem o procurou.”

Outra prática, com vistas à humanização, ocorreu na década de 80, com o auge do incentivo à prática do alojamento conjunto nas maternidades. Segundo Campestrini (1983), foi realizado o I Encontro sobre Alojamento Conjunto, em 1982, em Brasília, reunindo especialistas, pediatras, obstetras e administradores de maternidades de todo o Brasil, que elaboraram um documento de orientação e implementação do mesmo nas maternidades. Sob o ponto de vista de que com a adoção desta prática nas maternidades, o recém-nascido (RN) não é separado da mãe durante a internação, o que favorece o vínculo mãe-filho, propiciando uma possibilidade de aprendizado sobre os cuidados com o RN. Esta prática, além de incentivar o aleitamento materno, está imbuída de princípios humanísticos. Entretanto, pode tornar-se desumanizante quando o binômio mãe-filho é “abandonado”, não recebendo cuidados necessários, em detrimento da falta de profissionais e estrutura de apoio, ou quando por razões diversas a mulher não deseja ter o seu filho ao seu lado.

Segundo Gómez (1993), a medicalização e desumanização do parto passou a ser tema de discussão não somente em nível individual, entre mulheres que tiveram filhos em condições emocionais indesejáveis, mas entre grupos de saúde em geral e no interior de movimentos feministas, sendo que a humanização do parto também está relacionada ao acesso das mulheres a melhores condições de vida e saúde.

A autora refere que no modelo médico a mulher está inserida numa relação de sujeito a objeto, e defende que o cuidado personalizado requer a volta das parteiras, onde na relação parteira/mãe, ambas estão presentes e disponíveis como seres humanos, tendo cada participante seu próprio nível de responsabilidade dentro da relação. Em contrapartida, com a medicalização do parto, muitos procedimentos se realizam por conveniência médica, não por razões técnicas que os justifiquem, entre eles estão, a indução eletiva do trabalho de

cultura

6

parto com nascimento de recém-nascidos prematuros, a amniotomia prematura de membranas e o uso indiscriminado de ocitocina.

Discordo de Gómez (1993) quando refere que o cuidado personalizado requer a volta das parteiras. A relação sujeito-objeto também pode ocorrer quando esta profissional não está envolvida no cuidado, pois a relação sujeito-sujeito não é inerente a uma categoria profissional ou a uma especialidade, mas sim a um princípio, um referencial guiando o cuidado, no qual o ser humano deve ser respeitado na sua singularidade.

Este aspecto é ressaltado por Domingues (1996), quando discorre sobre o modelo de assistência ao parto e nascimento na Holanda, no qual observa que a assistência realizada pelas parteiras é sempre menos intervencionista, refletindo de certo modo a própria maneira como a parteira aborda o trabalho de parto e a questão da dor, sendo que a oferta de suporte emocional para a mulher faz com ela se sinta confiante e possa vivenciar todo o processo de forma mais fisiológica. No meu entendimento, fica cada vez mais evidenciado tratar-se de um referencial, de um modelo de assistência, uma vez que já vivemos a experiência no Brasil do atendimento ao parto realizado por parteiras no ambiente hospitalar, sendo elas apenas reprodutoras do modelo biomédico intervencionista.

O discurso do retorno das parteiras tem aumentado gradativamente em nosso meio, o jornal a Folha de São Paulo de 9 de março de 1997 traz um artigo que aponta para a questão de que no Brasil, uma cruzada nacional vem se formando para libertar o parto da parafernália hospitalar e do domínio médico absoluto. Neste, é citado que para os profissionais que estão à frente deste movimento, é necessário urgentemente levantar a bandeira da humanização do parto, e que nesta busca, a volta da parteira é fundamental, pois os médicos não aprenderam a acompanhar por horas uma mulher em trabalho de parto, nem ganham o suficiente para isso, acabando por intervirem cirurgicamente, segundo a coordenadora de saúde da mulher da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo.

Não tenho o intuito de questionar neste momento o retorno das parteiras, pois implicaria numa longa discussão, que envolve muitos aspectos, entre eles, os relativos à lei do exercício profissional da Enfermagem e à necessidade de ampliar a cobertura de atendimento à saúde da mulher, principalmente no norte e nordeste do País. Contudo, vincular a humanização do parto com a volta das parteiras parece um discurso hegemônico, no qual estão implicitamente envolvidos interesses de uma categoria profissional em detrimento de outras. Este discurso revela o entendimento de que acompanhar a mulher

durante o trabalho de parto não é relevante na formação acadêmica em obstétrica, é “perder tempo”, não tem valor, e deve ser delegado a outro profissional. Entretanto, não se discute uma mudança na formação profissional, de um paradigma intervencionista para um não-intervencionista, no qual o uso da técnica deve estar vinculado a sua real necessidade.

Gómez (1993) ressalta que o movimento pró humanização do parto está avançando lentamente. Desta forma, o sistema médico está sendo obrigado a responder a este movimento, oferecendo formas alternativas que implicam numa menor rigidez na atenção ao parto, como o Hospital Birthing Rooms e os Freestanding Birth Centers, existentes nos Estados Unidos e Canadá. A autora infere que independente do local onde a mulher opte por dar à luz, o apoio moral afetivo e solidário em qualquer sistema de atenção ao parto é e sempre será imprescindível.

De acordo com Osava (1996), nos Estados Unidos, na década de 70, iniciou-se a implantação dos centros de nascimento (Birth Center), aumentando gradativamente na década de 80; e paralelamente, tem aumentado a participação da enfermeira obstetra no parto. A autora enfatiza que segundo Lubic, na experiência norte-americana, o cuidado personalizado e centrado na família aparece como fator que leva à clientela a procurar a assistência oferecida por enfermeiras obstetras.

Gostaria de ressaltar que no Brasil, ainda é incipiente, porém está aumentando gradativamente o número de casas de partos e maternidades que estão permitindo a presença do acompanhante durante o processo do nascimento, e oferecendo à mulher a opção de ter o filho na posição que desejar.

Além disso, existe um grupo de profissionais que integra a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA), que segundo Vilela & Carneiro (1996) se reuniu pela primeira vez em 1993, quando pessoas, grupos dispersos e instituições envolvidas com o parto no Brasil, buscaram aglutinar esforços para humanizar o parir e o nascer. A primeira publicação do grupo foi a “Carta de Campinas”, na qual denunciava o elevado número de cesareanas no Brasil, a violência na assistência ao parto, os descasos das autoridades de saúde, e propunha mudanças baseadas nas recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada para o nascimento. A partir daí, a REHUNA vem agregando inúmeros grupos, ONG’S, profissionais de saúde de instituições públicas, que estão debatendo sobre o nascimento, estimulando iniciativas capazes de possibilitarem um nascimento humanizado, resgatando-o como um evento existencial e sócio-cultural.

No entanto, observamos que a sua penetração e influência na rede assistencial pública, estimulando mudanças na forma de assistir a mulher durante o processo do nascimento ainda se restringe, de forma isolada, a alguns Estados. Por outro lado, o movimento cresce gradativamente, à medida que um número cada vez maior de profissionais passa a integrá-la.

Outro aspecto que tem sido foco de discussões na área obstétrica é o uso da tecnologia. No entanto, não podemos negar a sua importância na redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal, mas não devemos esquecer, que também o seu uso indiscriminado tem sido causa da desumanização da assistência.

A contribuição da tecnologia para a humanização é discutida por Strieder (1990) quando afirma que o humanismo tecnológico e científico está longe de atingir o seu objetivo, e aos poucos a humanidade está descobrindo que a ciência e a técnica não trazem as soluções humanistas esperadas. O mito da confiança cega nos seus poderes para a solução dos problemas humanos está desmoronando, e procura-se um humanismo baseado na essência humana.

Para Barnes (apud Bennet & Tibbits, 1989), a tecnologia no cuidado de saúde tende a ser desumanizante quando inibe a comunicação entre pacientes e equipe; quando mistifica ainda mais o poder do profissional de saúde; quando torna-se um meio de pressão para que os pacientes aceitem soluções cirúrgicas e farmacológicas para seus problemas ao invés de terapias psicossociais; quando fragmenta o cuidado; quando nega ao paciente a escolha entre medidas extremas e tratamentos paliativos e quando exacerba injustiças na distribuição de recursos de saúde.

A tecnologia usada no cuidado humano necessita estar direcionada para *valores* em oposição a *coisas*. Se o uso da tecnologia é baseado em propostas materialistas, deve ser censurado por uma atitude humanística, com a visão de que a mesma foi criada com o propósito de servir à raça humana. No cuidado à saúde, precisamos assegurar um interesse especial sobre o lugar da ciência e tecnologia na escala humana passando a “afunilar” sua capacidade de diminuir a imagem que o homem tem de si mesmo, prevenindo, desta forma, a desumanização do cuidado (Bennet & Tibbittis, 1989).

* Segundo Climent (1987), as tecnologias apropriadas em saúde devem reunir algumas características, como: - satisfazer necessidades de saúde reais, presentes e futuras das

maiorias, dando soluções efetivas para os problemas levantados; - assegurar a participação da comunidade no processo de escolha, desenvolvimento, aplicação e evolução; - colocar ênfase nos aspectos preventivos e de promoção da saúde; - favorecer seu emprego com sentido humano, criador e transformador; - facilitar o acesso à saúde de toda a sociedade; - serem eficazes, eficientes, viáveis, seguras e avaliáveis; e serem aceitas pela comunidade.

É imprescindível garantir a acessibilidade da atenção da saúde, a utilização dos serviços e a cobertura das necessidades em saúde. Sendo que dois tipos de necessidades em relação à saúde se destacam: 1) resolver uma contingência do problema de saúde - curar, prevenir; controlar a saúde, receber informação e orientação. 2) receber uma atenção humanizada, própria do ser humano, e uma atenção personalizada, própria do indivíduo. Implica compreender que a saúde e a doença se dão em um homem que pertence a determinada cultura e está integrado a distintos grupos e meio.

A mesma autora realizou uma pesquisa para saber como a população (163 mães) e o pessoal de saúde (104 profissionais - 37 obstétricas e 67 médicos obstetras), a partir das suas perspectivas, definem qual é a tecnologia apropriada em obstetria e avaliam a tecnologia utilizada. Para tanto, com base em bibliografias, investigações anteriores, revisão de histórias clínicas e entrevistas, definiu o que considera como “Tecnologias Apropriadas em Obstetria”.

Os resultados apresentados neste trabalho relacionam-se com a utilização de técnicas e procedimentos biomédicos durante o trabalho de parto e parto, considerações das relações interpessoais no processo de atenção à gravidez e ao parto, possibilidade de escolher uma modalidade de atenção. A maior parte das mulheres considerou adequadas as modalidades de cuidado que receberam, apesar de não terem sido consultadas e provavelmente não terem sido informadas de outras alternativas possíveis, pelas quais pudessem decidir, e conseqüentemente, avaliar criticamente. Na realidade as altas porcentagens de satisfação que foram encontradas refletem o alto grau de resignação e conformismo. Esta ignorância acerca das alternativas possíveis não permite que o conflito entre a população e os profissionais se manifeste abertamente. Inclusive pode se pensar que a desinformação é o mecanismo utilizado consciente ou inconscientemente para evitá-lo. Por outro lado, a informação médica que se dá ao paciente, em muitos casos, é em prol do interesse do grupo profissional que a emite, propiciando o consumo indiscriminado de tecnologia médica.

Para Climent (1987) a tecnologia apropriada na atenção à gravidez e parto se baseia na síntese entre respeito à natureza e à aplicação de conhecimentos científicos. Permite o controle do processo sem interferir na fisiologia nem nas relações do grupo familiar. As principais características que respondem a tecnologia apropriada são: - considerar o processo da gravidez, parto e puerpério como um processo fisiopsicológico normal; - colocação da mãe, filho e grupo familiar no centro do processo de atenção; - promoção de vínculo prematuro pais-filhos; - educação e participação ativa e responsável de ambos os pais; - promoção de vínculo satisfatório equipe-paciente; - liberdade de escolha de posições cômodas e naturais para a mãe durante o pré-parto e parto; - liberdade de escolher técnicas alternativas; - não realização nem aplicação rotineira de manobras e medicamentos; e utilização de critérios preventivos.

A aplicação de uma tecnologia com estas características permite que em seguida a uma gravidez normal se realize um parto também normal. Implica também um parto *humanizado* e *personalizado*, adequado às características do ser humano, com a individualidade própria de cada pessoa (ibid., 1987).

Segundo a autora, as organizações ao criarem normas e procedimentos, muitas vezes dificultam o processo de atenção à mulher, uma vez que impõem para a gestante uma determinada posição durante o trabalho de parto e o parto, ministram ocitócitos, analgésicos e anestésicos sem o seu consentimento e de forma rotineira, separam a mulher primeiro do seu marido e depois do seu filho. A aplicação destas normas, de forma rotineira e rígida, não leva em consideração as diferenças individuais de cada mulher. Recomenda que é necessário que se veja quais as técnicas e os procedimentos tradicionais que devem ser revalorizados à luz da concepção humanizada da gravidez e do parto, e quais as modernas que podem incorporar-se harmonicamente com aquelas. As condutas relativas a uma tecnologia apropriada em obstetrícia, propõem a humanização da atenção durante a gestação e parto. A ênfase está colocada na valorização da comunicação humana e nas relações interpessoais, na satisfação das necessidades dos pacientes sem recorrer necessariamente a métodos e técnicas complexas, nem impondo normas cujos fundamentos não são válidos e na priorização do *natural*.

Em síntese, é preciso analisar as tecnologias utilizadas segundo as modalidades de atendimento, e adotar aquelas que se avaliam como adequadas em termos de sua capacidade

de satisfazer as verdadeiras necessidades do ser humano. Isto implica em atuar com critério de responsabilidade social.

A Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde promoveram em 1985 no Brasil, uma conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento. Uma cuidadosa revisão do conhecimento sobre tecnologia de nascimento e parto levou à adoção unânime de recomendações, acreditando que estas são relevantes para serviços perinatais do mundo todo. Consideram que para proporcionar cuidados perinatais adequados é fundamental considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos nesse processo. O parto é um processo natural e normal, todavia, mesmo em “gestações sem risco” podem ocorrer complicações, sendo necessária a intervenção.

As recomendações apresentadas dependem de uma profunda transformação na estrutura dos serviços de saúde, acompanhada de modificações nas atitudes pela equipe e pela redistribuição de recursos físicos e humanos. Entre as recomendações, considero importante ressaltar: os Ministérios de Saúde devem estabelecer políticas específicas sobre tecnologias apropriadas para o nascimento para serem adotadas pelos serviços de saúde públicos ou privados; a comunidade deve ser informada sobre os diversos procedimentos utilizados no pré-natal e no parto, para que possa escolher que tipo de assistência prefere; técnicas de comunicação devem ser incluídas no treinamento de pessoal de saúde para promover uma troca de informações entre os profissionais de saúde, a gestante e sua família; o bem-estar da mulher deve ser assegurado através de livre acesso de um acompanhante, por ela escolhido, ao parto e puerpério, devendo a equipe de saúde proporcionar apoio emocional.

Na literatura obstétrica, poucos trabalhos têm sido realizados com a finalidade de mostrar e avaliar quais as ações humanizantes que estão sendo inseridas e praticadas na assistência. Entre eles, cito o de Amorim (1987), que realizou um estudo a fim de avaliar o nível de conhecimento e aplicação dos princípios de humanização por enfermeiros graduados, habilitados especialistas, mestres e doutores na área de enfermagem obstétrica. Para tanto estabeleceu aspectos que traduzem o resultado do conhecimento e aplicação dos enfermeiros com relação aos princípios de humanização na assistência à parturiente no período de dilatação, elegendo como indicadores das variáveis os seguintes princípios: comunicar com a parturiente pelo nome, dialogar com a parturiente, participação da parturiente na escolha de sua postura (decúbito dorsal ou lateral, sentar, deambular...), esclarecimentos à parturiente sobre os procedimentos desenvolvidos pelo enfermeiro (toque

vaginal, ausculta dos batimentos cardíacos do feto, palpação obstétrica, dinâmica uterina, verificação dos sinais vitais), permitir a presença de qualquer pessoa escolhida pela parturiente na sala de trabalho de parto.

Os resultados demonstram que os enfermeiros conhecem mais do que aplicam os princípios de humanização, havendo diferenças significativas entre os níveis de conhecimento e de aplicação dos mesmos. O menor nível de conhecimento foi a respeito do princípio “esclarecimento à parturiente sobre a verificação dos sinais vitais”. E com relação a aplicação do princípio, o menor nível foi com relação a “permitir a presença de qualquer pessoa escolhida pela parturiente na sala de trabalho de parto”.

O fato de que o menor nível de aplicação foi com relação à presença do acompanhante, podemos inferir que a enfermagem tem tido um papel importante como geradora de mudanças, mas estas só ocorrem no trabalho em equipe e com atitudes interdisciplinares, que permitem transformações de rotinas hospitalares.

O trabalho de Monteiro & Domingues (1997) mostra uma experiência desenvolvida por uma enfermeira, atuando como agente mobilizador junto à equipe de médicos obstetras, em uma maternidade pública no Rio de Janeiro, a Leila Diniz, visando a implementação das normas e rotinas da maternidade cuja filosofia de funcionamento é o resgate da humanização do nascimento. A referida enfermeira integra a equipe de assessoramento da Direção, sendo que sua principal atuação é estar inserida nas equipes médicas discutindo questões relativas às intervenções excessivas e às posturas autoritárias, incentivando os profissionais a estarem mais próximos à clientela e a procederem de acordo com a filosofia da instituição. As autoras apresentam dados preliminares mostrando que a maioria dos médicos não incorporou na prática cotidiana alguns princípios básicos da rotina da maternidade, sendo que alguns acham que as rotinas são indiferentes para a qualidade da assistência prestada, enquanto outros consideram as rotinas pertinentes, entretanto não as seguem. Em contrapartida, quando a enfermeira assume a assistência, seguindo os passos da humanização, sua atuação é respeitada, reconhecida e valorizada pela equipe médica, inclusive, os pediatras presentes para atenderem o recém-nascido passam a atuar de acordo com a proposta da maternidade.

As questões apresentadas no estudo, aliadas a constante busca do enfermeiro pelo seu espaço na equipe interdisciplinar, abrem oportunidades para que a enfermagem obstétrica, embora pouco reconhecida no Brasil, possa assumir e (re)conquistar posições de liderança e

rotinas

luta por uma assistência menos intervencionista, mais humanizada e inovadora ao nascimento (ibid., 1996).

Neste sentido, Gualda (1994b) diz que, enquanto profissionais da enfermagem obstétrica, temos que repensar nossa prática, protestar contra o uso indevido e sistematizado de tecnologia que onera os custos de atendimento ao parto de forma desnecessária, buscar simplicidade sem dispensar a eficiência e mudar nossa atitude com o objetivo de melhorar a assistência à mulher durante o período do parto. “A mudança de atitude implica numa vontade consciente de recodificar o saber cientificamente aprendido, reconhecer o sistema cultural contextualizado e trabalhar com os nossos clientes nas soluções possíveis para as dificuldades encontradas no momento do parto.” (ibid., p. 335-336)

Nascimento (1984) realizou uma pesquisa buscando conhecer os interesses e preocupações das gestantes a respeito do parto, com objetivo de contribuir para uma revisão na concepção do papel do profissional, passando de uma atuação técnica para uma atuação humanista. Neste sentido, o profissional não apenas deve se mostrar sensível às preocupações da parturiente, mas também procurar alinhar as suas percepções às da parturiente.

Berni (1994) realizou um estudo buscando a aparência, a essência e o significado da prática de enfermeiras que prestam assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Entre os invariantes que correspondem à essência, está a *satisfação* que emerge no dia-a-dia das enfermeiras. Os sentimentos que geram satisfação surgiram associados às tarefas assistenciais diretas e educativas. Elas valorizam a atenção dispensada às pacientes, sentem prazer em dialogar e executar atividades assistenciais junto às parturientes, puérperas e recém-nascidos, na orientação de mães sobre cuidados com seus filhos, no incentivo ao aleitamento materno e à interação mãe e filho.

Por outro lado, Falcón (1993) percebeu em seu estudo que o *ser parturiente* depende do apoio do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde, para que a parturição seja uma experiência positiva. A parturiente solicita atenção, precisa que respeitem a sua individualidade, o seu pudor, e requer companhia para diminuir seu medo e ansiedade. O *ser parturiente* necessita de uma assistência de enfermagem mais humanizada, uma vez que solicita compreensão e aproximação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro.

Todos os aspectos levantados acerca da humanização nos remetem a idéia de que a humanização não tem uma “fórmula”, que possa ser aplicada. Podemos mudar a posição do parto, eliminar rotinas e práticas redutoras e implementar outras que podem também se tornar desumanizantes se não forem desenvolvidas respeitando a subjetividade e singularidade dos seres humanos envolvidos no processo do nascimento. Não podemos caracterizar uma atitude como humanista se não estiver pautada na compreensão da experiência sob o ponto de vista da mulher/parturiente e família, os quais vivenciam o processo de nascimento. Desta forma, a qualidade da relação entre os atores envolvidos no processo é o ponto fundamental para que a experiência de ter um filho possa ser tranquila e prazerosa.

CAPÍTULO III

UMA PROPOSTA TEÓRICO-METODOLÓGICA COM ABORDAGEM HUMANÍSTICA PARA GUIAR O CUIDADO À MULHER E FAMÍLIA DURANTE O PROCESSO DO NASCIMENTO

*“A minha grande questão sempre foi: qual o referencial teórico que pode guiar o cuidado Humanístico? Neste momento, apresento uma proposta...”**

* Reflexão da Autora

3.1 - O REFERENCIAL TEÓRICO

Neste momento, apresento a proposta teórica elaborada para o cuidado prestado à mulher e família durante o processo do nascimento, vislumbrando a humanização. Inicialmente, detalharei o referencial teórico que norteou a minha prática assistencial e a seguir o processo de enfermagem utilizado. Gostaria de ressaltar que realizei uma adaptação da metodologia utilizada na instituição onde desenvolvi a minha prática assistencial, a fim de adequar a abordagem proposta no meu trabalho.

O referencial teórico, também denominado de marco conceitual, é definido por Monticelli (1994) como uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o processo da prática assistencial da Enfermagem. No presente caso, constitui-se a construção teórica que norteou a minha prática assistencial junto à mulher e família que vivenciam o processo do nascimento, buscando cuidar de forma humanizada e ao mesmo tempo desvelar o seu significado, a partir dos mesmos.

Esta construção foi baseada na minha experiência profissional junto a mulheres que vivenciam o processo do nascimento, nos fundamentos da Teoria Humanística de Paterson & Zderad, utilizando autoras que estudaram a referida teoria como Laffey e Brouse apud Fitzpatrick & Whall (1983), e Praeger & Hogarth apud George (1993). Inclui ainda, autores que têm estudado questões relacionadas ao Humanismo, entre eles, Strieder (1990), Hiller (1973) e Fromm (1980).

Por tratar-se de uma construção, na qual utilizei conceitos da Teoria Humanística de Paterson & Zderad e autores acima mencionados, os conceitos serão seguidos de algumas explicações que facilitaram a minha compreensão durante a trajetória, e acredito que também facilitarão o entendimento do leitor.

PRESSUPOSTOS BASEADOS NOS AUTORES E NA MINHA PRÁTICA:

- O conhecimento acerca do processo do nascimento, da área física e rotinas da maternidade, especialmente do Centro Obstétrico, influencia positivamente na forma como a mulher vivencia o processo, facilitando a sua participação ativa como *protagonista*.

- A presença de uma pessoa significativa, com a qual possui ou não laços de parentesco, é fundamental para o *bem-estar* e *estar melhor* da mulher durante o processo do nascimento.

- Os enfermeiros e outros profissionais de saúde integram a comunidade que acompanha a mulher e família durante o processo de nascimento, sendo a atitude interdisciplinar um componente fundamental para que ocorra o conforto e o cuidado.

- A humanização é um componente fundamental e essencial para nortear todo o cuidado prestado à mulher durante o processo do nascimento.

- O uso da tecnologia durante o processo do nascimento é uma forma de humanização quando proporciona o *bem-estar* e o *estar melhor* da mulher e do feto.

- A humanização do cuidado está condicionada a uma *atitude* de respeito à totalidade e subjetividade da mulher, em que a enfermeira e os outros profissionais de saúde envolvidos precisam compreender a singularidade da experiência vivenciada, propiciar, permitir e estimular a participação ativa da mulher no processo.

- A humanização do cuidado permite que a mulher possa vivenciar de forma singular, segura, e tranqüila o processo do nascimento, proporcionando um *bem-estar* e um *estar melhor*.

- Enfermeiros e pacientes como seres humanos são únicos e totais, independentes e interdependentes, seres bio-psico-sociais com o potencial para vir a *ser mais* através da escolha e intersubjetividade (Paterson & Zderad, 1988).

- A ética integra o agir da enfermagem/enfermeiro que assistem a mulher e família durante o processo do nascimento.

- Todos os atos da Enfermagem influenciam na qualidade de vida das pessoas e na morte. A meta da Enfermagem é um maior *bem-estar* e *estar melhor* para enfermeiro e paciente, enquanto experenciam o processo de fazer uma escolha responsável (Paterson & Zderad, 1988).

- A Enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano, um *diálogo vivo*, isto é, uma relação intersubjetiva (Paterson & Zderad 1979).

- O ser humano está em constante processo de aprendizagem, ora no papel de “ensinante” e ora como “aprendente”. Este processo é dinâmico na relação enfermeira x

mulher x família, uma vez que as situações vividas é que possibilitam a concretização do mesmo.

CONCEITOS

Os conceitos que integram o referencial teórico são: **Ser Humano**, **Processo de Nascer Saudável**, **Enfermagem** e **Humanização**. A seguir, apresentarei cada um deles separadamente, embora na realidade estejam inter-relacionados. A inter-relação dos conceitos é demonstrada graficamente na figura 1 (página 73).

SER HUMANO

É um ser único, que vive num ambiente composto pelo mundo interior e o mundo objetivo, sempre vindo a ser mais na relação com homens e coisas (mundo objetivo), no tempo e espaço do mundo. Tem a capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, refletir, valorizar, e experienciar para vir a ser mais. Os seres humanos caracterizam-se como capazes, abertos a opções, que pedem e dão ajuda (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

O ser humano distingui-se de outros seres pela capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, e pela capacidade de auto-reflexão. Interage através do corpo com o mundo dos seres humanos e coisas, afeta o mundo e é afetado por ele. Através do mundo objetivo desenvolve um mundo privado pessoal e único (Paterson & Zderad citado por Meleis, 1985).

Paterson & Zderad consideram o homem um ser individual que possui características especiais de relacionar-se através da relação EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS no tempo e no espaço. Desta forma, como cada homem sente que possui obrigações para com os outros homens por seu nascimento e desenvolvimento, a interdependência é inerente à situação humana (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Neste referencial, o ser humano corresponde a mulher que vivencia o processo do nascimento, a família, a enfermeira e os profissionais de saúde que participam dele. A família é aqui entendida como ser(es) humano(s), ligados por laços de parentesco ou não.

São pessoas significativas que foram escolhidas pela mulher para acompanhá-la durante o processo de nascimento. A família participa deste momento que é único e sobre o qual também possui dúvidas.

O ser humano está em constante processo de aprendizagem, ora como “aprendente” e ora como “ensinante”. E este processo é dinâmico, uma vez que as situações vividas é que possibilitam a concretização do mesmo. A enfermeira deve possuir *sensibilidade* para conduzir este processo ou deixar-se conduzir, a partir do reconhecimento do saber dos outros seres humanos.

A partir das necessidades observadas ou expressadas, o processo de aprendizagem pode ocorrer, mas para tanto, os envolvidos necessitam estar abertos e motivados. Nele existem experiências que devem ser valorizadas e utilizadas como instrumento para a sua efetivação.

As características do relacionamento inter-humano são explicadas por Laffey e Brouse apud Fitzpatrick & Whall (1983). A primeira é o relacionamento EU-TU, é o **diálogo** intuitivo, que ocorre quando o ser humano se envolve com o outro. Nessa relação, cada um reconhece o seu *self* à parte do outro, está consciente da singularidade do outro, e oferece ao outro presença autêntica, permitindo ao mesmo tempo, a presença autêntica do outro com o *self*. A autenticidade do diálogo envolve respostas auditivas, olfativas, orais, visuais e cinestésicas, cada uma transmitindo um significado singular à consciência do outro. A compreensão destas sensações e respostas informam a pessoa a qualidade da presença com o outro. O ser-mais ocorre através da relação EU-TU.

A segunda característica é a relação EU-ISSO, que compreende a relação sujeito-objeto. Como a relação EU-TU é vivenciada por cada indivíduo, cada um reflete sobre o processo, interpreta e dá significado à experiência. A relação EU-ISSO é similar na maneira como as pessoas interagem com os objetos, mas com uma essencial diferença. Um objeto é aberto à investigação, enquanto o ser humano, como objeto, pode também ser conhecido pelo outro ou colocar barreiras à objetivação. O indivíduo pode ficar em silêncio ou decidir ocultar idéias, qualidades ou sentimentos.

Uma terceira característica é a relação EU-NÓS, que permite o fenômeno de **comunidade**, definida como duas ou mais pessoas (paciente, família, enfermeira e outros profissionais de saúde) que lutam unidas no viver-morrer.

A **singularidade** é vista como uma característica universal da espécie humana. Desta forma, somente o indivíduo pode descrever e escolher sua própria visão de mundo. A pessoa torna-se no “aqui e agora”, pois escolhe certas alternativas e realiza certas oportunidades. A natureza humana é contraditória e conflitual, de um lado existe a espiritualidade ideal e do outro o animalismo materialista. A humanidade reconhecendo este dualismo permite aceitar a si própria e os hábitos e virtudes dos outros.

PROCESSO DE NASCER SAUDÁVEL

Para Paterson e Zderad, a saúde é uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e morte. Através da descrição de *bem-estar* e *estar melhor* pode-se deduzir que a saúde é conceitualizada como algo mais do que a ausência de doença. Os indivíduos possuem o potencial para o bem-estar, mas também para o *estar melhor*. *Bem-estar* implica um estado de estabilidade, ao passo que *estar melhor* refere-se a estar no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

O *bem-estar* e o *estar melhor* são objetivos da enfermagem, e como potencial visto no paciente. A preocupação da enfermagem é com o *estar melhor*, auxiliando a pessoa a se tornar o mais humanamente possível em sua situação particular de vida. (Laffey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall, 1983).

Neste marco, a situação particular de vida é a mulher e o feto que vivenciam o processo do nascimento, que apesar de ser fisiológico, é uma condição limítrofe de saúde-doença, pois a qualquer momento pode desencadear desequilíbrios orgânicos que conseqüentemente alteram o *bem-estar* da mulher e do feto que vivenciam o processo. Assim, ambos necessitam de uma assistência adequada durante todo o processo, para a manutenção do *bem-estar* e/ou promover o *estar melhor*.

A saúde é um processo de encontrar sentido na vida, é vivenciada no processo de viver e de estar envolvido com cada momento. Quando nos relacionamos verdadeiramente com o outro, vivenciamos saúde. “A saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.” (ibid., 1993,p.244).

A saúde é observada na forma como a mulher participa e vivencia o processo do nascimento, podendo estar aberta ou não a esta vivência, que influenciará no seu *bem-estar* ou *estar melhor*. Porém, a participação da família contribui para o *bem-estar* da mulher que está vivenciando o processo do nascimento.

A participação da mulher durante o processo do nascimento pode ser compreendida através da classificação de atividade apresentada por Fromm (1980). A primeira é a **atividade alienada**, na qual o ser humano não se sente atuante na atividade, apenas experimenta o resultado dela, é como algo “pairando”, estando o sujeito distinto do resultado, não há ação do ser humano, ocorrendo atuação de forças externas e internas. A segunda, a **atividade não-alienada**, na qual o ser humano é o sujeito da sua atividade, é um processo de “dar à luz” a alguma coisa e permanecer relacionado com ela. Isso também implica que a atividade é a expressão dos poderes do ser humano, onde a atividade e o seu resultado sejam uma só coisa. A atividade não alienada é atividade produtiva no sentido da qualidade.

ENFERMAGEM

Para Paterson & Zderad, a enfermagem é uma resposta de cuidado quando um ser humano necessita de um certo tipo de ajuda e o outro a proporciona, através da relação inter-humana intencionalmente voltada para o *bem-estar* e o *estar melhor*. A enfermagem implica num encontro especial de pessoas humanas (enfermeira e paciente). Este ocorre como resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença da condição humana. Neste contexto, que é partilhado por outros profissionais da saúde, a enfermagem tem como meta zelar pelo *bem-estar* e pelo *estar melhor* (potencial humano) (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Os elementos da estrutura da Enfermagem humanística são seres humanos (paciente e enfermeira) que se encontram (ser e vir a ser) numa transação intersubjetiva (estar com e fazer com), voltada para uma meta (zelar pelo bem-estar e pelo estar melhor, acontecendo no tempo e no espaço (vivenciada pela enfermeira e paciente), num mundo de homens e coisas. A Enfermagem humanística ocorre e está influenciada pela comunidade, que possui no seu microcosmos os pacientes, familiares, colegas profissionais e outros membros do

serviço de saúde. É na relação com a comunidade que o ser humano adquire sua identidade (ibid., 1993).

Para Paterson & Zderad a enfermagem é vista como uma resposta a um chamamento de ajuda, é um encontro de pessoas, paciente e enfermeira, com um objetivo ou expectativa em mente, ou seja, o paciente espera ser cuidado e a enfermeira espera cuidar (Laffrey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall, 1983).

A “coisa em si” da enfermagem é o “ato de enfermagem”, a relação transacional e **intersubjetiva**, a experiência do diálogo, vivido entre pessoas onde o conforto e o cuidado estimulam a revelação mútua. O termo **transação** é utilizado com o sentido de conhecimento e compreensão do indivíduo sobre a sua parte em uma interação bidirecional. O termo **intersubjetivo** refere-se ao que é compartilhado entre dois ou mais seres humanos (Ibid., 1983).

A enfermagem é uma transação intersubjetiva, na qual os participantes, a enfermeira e o paciente (cliente, família e grupo) participam necessariamente nos acontecimentos; e neste sentido são **interdependentes**. Entretanto, ambos são sujeitos, isto quer dizer, cada um é dono de seus atos humanos e de respostas humanas para o outro; e neste sentido, são **independentes**. O caráter transacional intersubjetivo da enfermagem não pode passar despercebido quando se vive o fenômeno, seja na situação de enfermeira ou como paciente (Paterson & Zderad, 1979).

Paterson & Zderad consideram que a enfermagem é uma mistura única de teoria e metodologia. A teoria não pode existir sem a prática da enfermagem, que se deriva das situações de vida humana, uma vez que depende da experiência da enfermagem e da reflexão sobre essa experiência. Essa prática da enfermagem e sua metodologia é uma mistura única de arte e ciência, que exercem papéis decisivos na enfermagem humanista (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

A arte da enfermagem tem um objetivo dirigido e intersubjetivo, o qual é mais complexo que as artes da pintura e poesia. Como arte clínica implica em **estar com e fazer com**, assim o paciente deve participar como sujeito ativo para fazer real a sua possibilidade. Quiçá a arte da enfermagem poderia ser descrita como transacional. Não só a enfermeira vê possibilidades no paciente, mas também este as vê na enfermeira (por

exemplo, a possibilidade de ajuda, de conforto, de apoio) e responde para que isso aconteça (Paterson & Zderad, 1979).

Entre os conceitos que oferecem a base da Enfermagem, e que serão utilizados neste referencial, estão o **diálogo** e a **comunidade**. O diálogo é uma forma particular de relação intersubjetiva, no qual estão envolvidos *o encontro, o relacionamento, a presença, uma chamada e uma resposta*.

Diálogo - Segundo Paterson & Zderad (1979) a enfermagem em si mesma é uma forma particular de diálogo humano. Isto quer dizer que o fenômeno da enfermagem, ou seja, a transação intersubjetiva, o evento vivido experimentado pelos participantes no mundo da vida diária é um diálogo. Empregam o termo *diálogo* para denotar um conceito mais amplo do que uma conversação entre duas ou mais pessoas. Refere-se a um diálogo vivo que é uma forma particular de relação intersubjetiva, isto é, um indivíduo distinto e único que entra em relação com outro. Em outras palavras, a enfermagem é um modo dialogal de ser em uma situação intersubjetiva. O diálogo também implica comunicação, entendida em termos de chamado e resposta com fins determinados.

A relação enfermeira-paciente tem características especiais que não estão presentes em outros tipos de transações. A vulnerabilidade do paciente é reconhecida. A sinceridade da enfermeira é uma sinceridade para uma *pessoa com necessidade* e sua disponibilidade é um modo de ajuda.

A enfermeira está acessível ao paciente, e esta acessibilidade é uma qualidade que caracteriza o diálogo da enfermagem humanística. Envolvidos nesse diálogo estão o encontro, o relacionamento, a presença, uma chamada e uma resposta.

Encontro - O ato da enfermagem implica num encontro de seres humanos, sendo um tipo especial de encontro porque tem uma finalidade. Em outras palavras, o ato vivo e humano da enfermagem está ajustado por seu objetivo, o qual influi nas características e no processo do diálogo da enfermagem. Tanto o paciente como a enfermeira têm a capacidade de estarem abertos ou não ao diálogo. Deste modo, têm certo controle sobre a qualidade de seu encontro, já que podem eleger como e quanto abrir-se ao diálogo. Sua abertura se vê influenciada por sua percepção do objetivo do encontro. A enfermeira experimenta a cada encontro como algo próprio, como um indivíduo singular (Ibid., 1979).

Relacionamento - Os seres humanos têm a capacidade para as relações interiores, para conhecer-se a si mesmos e a seus mundos neles mesmos. Podem relacionar-se como sujeito a objeto e como sujeito a sujeito, os dois tipos de relação são essenciais para a existência humana genuína. A capacidade humana para relacionar-se com o outro como objeto é fundamental para o avanço da humanidade, dado que está subjacente à ciência, à arte e à filosofia. É simplesmente uma forma de ser humano. A relação intersubjetiva também é necessária para a existência humana. Uma pessoa desenvolve seu **potencial humano** e torna-se um indivíduo singular mediante sua relação com outros homens. Na relação sujeito-objeto, é possível obter algum conhecimento acerca de uma pessoa mediante a relação intersubjetiva, isto é, na relação sujeito-sujeito é possível conhecer a pessoa em sua individualidade singular. Por isto, tanto a relação sujeito-sujeito como a relação sujeito-objeto são essenciais para o processo da enfermagem clínica. Ambas são elementos integrantes da enfermagem humanística (Ibid., 1979).

Presença - No mundo da enfermagem, como no mundo em geral, os encontros humanos podem ir desde o trivial até o extremamente significativo. As atividades da enfermagem colocam a enfermeira e o paciente em uma proximidade física estreita, porém isto em si mesmo não garante a intersubjetividade genuína, na qual um homem se relaciona com outra pessoa como uma *presença*. Para que ocorra o diálogo genuíno deve haver abertura, receptividade, disposição ou acessibilidade. A pessoa aberta ou acessível se manifesta em si mesma como um ser *presente*. É estar aberta ao outro como uma pessoa, como uma presença e ser acessível a ele. A abertura é uma abertura a uma “pessoa-com-necessidades” e a acessibilidade é uma “acessibilidade-dirigida-a-ajudar”.

A presença dialogal é complicada na situação da enfermagem. Ela se inibe quando o foco da atenção se centra no corpo em si do paciente ou em sua conduta. E mais, o corpo é uma parte integral da pessoa e sua conduta é uma expressão de sua forma de existência ou sua forma de ser no mundo. O homem é um ser corpóreo, e a enfermeira, ao fomentar o bem-estar e o mal-estar do paciente, deve relacionar-se com ele e com seu corpo em sua inescrutável inter-relação (Ibid., 1979).

Chamada e resposta - Ao refletir sobre a prática da enfermagem é óbvio que a chamada e a resposta no diálogo da enfermagem se desenvolve em ambas direções, sendo transacional. Tanto o paciente, quanto a enfermeira chamam e respondem. A chamada e a resposta não são unicamente seqüenciais, mas também simultâneos. A forma como a

enfermeira responde ao chamado do paciente é, em si mesma, um chamado a uma classe especial de resposta por parte dele, um chamado a sua participação no diálogo. A interpretação dos chamados do paciente, assim como as respostas, estão influenciadas pela finalidade da prática da enfermagem e seus valores. A enfermagem é um chamado vivo a uma resposta reflexiva de cada forma de comunicação humana (Ibid,1979).

Comunidade - De acordo com Paterson & Zderad (1979) a enfermagem humanística ocorre e está influenciada pela comunidade, da *mediação* das enfermeiras e seus semelhantes. Estes, que são o microcosmos de suas comunidades, seriam pacientes, familiares de pacientes, colegas profissionais e outro pessoal do serviço de saúde. O homem adquire identidade através de sua relação com a família, com os outros, e com a comunidade.

Para compreendermos a comunidade temos que reconhecer e valorizar a singularidade. É do partilhar intersubjetivo de significado, em comunidade, que seres humanos são confortados e cuidados. A comunidade é a experiência de pessoas, e é através da comunidade, do partilhar e do relacionar-se com os outros que as pessoas encontram o significado para a sua existência (Paterson & Zderad citado por Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Neste referencial, a comunidade é formada pela família, enfermeira, outros membros da equipe de enfermagem, profissionais integrantes da equipe de saúde, além dos estudantes de medicina e enfermagem que estão participando do processo do nascimento. A família é entendida como uma pessoa significativa, possuidora ou não de laços de parentesco, que foi escolhida pela mulher para acompanhá-la durante o processo do nascimento.

AMBIENTE

Paterson e Zderad vêem a pessoa como realmente vivendo em dois mundos: o mundo interior e o mundo objetivo de pessoas e coisas. A transação enfermeira-paciente ocorre dentro de um meio intra e interdisciplinar, no complexo sistema de cuidado de saúde. As transações são sujeitas a influência de um pessoal que está constantemente mudando em seus papéis e funções. Enquanto duas pessoas podem compartilhar uma situação, os objetos

realçam ou inibem a interação pessoa-pessoa devido aos diferentes significados atribuídos a eles por cada pessoa (Laffrey & Brouse apud Fitzpatrick e Whall, 1983).

O tempo é vivenciado no mundo real não somente como um tempo medido, mas como um tempo vivido pelo paciente e enfermeira nos seus respectivos mundos privados. O tempo medido e espaço vivenciado por duas pessoas afetam o diálogo humano. Realmente estar com o outro envolve conhecer o outro naquele espaço vivido. O espaço vivido e tempo vivido são vistos como inter-relacionados. Uma pessoa sente-se mais confortável em um particular espaço sobre o tempo e freqüentemente começa a assumir um senso de propriedade, isto é, sente como se fizesse parte do ambiente e o ambiente fizesse parte dela (ibid., 1983).

A sinceridade e a aceitação do mundo interior do outro são essenciais para uma verdadeira interação entre as pessoas. Família, amigos e outras pessoas significativas são uma parte importante do mundo objetivo de cada pessoa.

Quando o diálogo entre as pessoas é verdadeiramente intersubjetivo, é caracterizado por uma sincronia, ou tempo vivido privado e tempo compartilhado. Enfermeira e paciente vivenciam uma harmonia com o ritmo do diálogo ou fluxo do tempo e marcam seus chamamentos e respostas de um ao outro (ibid., 1983).

Neste referencial, o mundo objetivo de pessoas e coisas é formado pela comunidade, pelo espaço físico que integra os setores da maternidade, no qual a mulher entra em contato com os objetos, equipamentos e materiais.

HUMANIZAÇÃO

É uma atitude de respeito à dignidade e natureza humana, voltada para a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do homem. Atitude de compreensão da experiência do ser humano no processo vivenciado, propiciando, permitindo e estimulando a sua participação ativa no **estar com** e **fazer com**. Além disso, proporciona a realização de escolhas conscientes.

A humanização só é possível de ser desenvolvida na **comunidade**, através do **diálogo vivo**, na **relação intersubjetiva** entre os seres humanos, na relação sujeito-objeto, levando ao *bem-estar e estar melhor*.

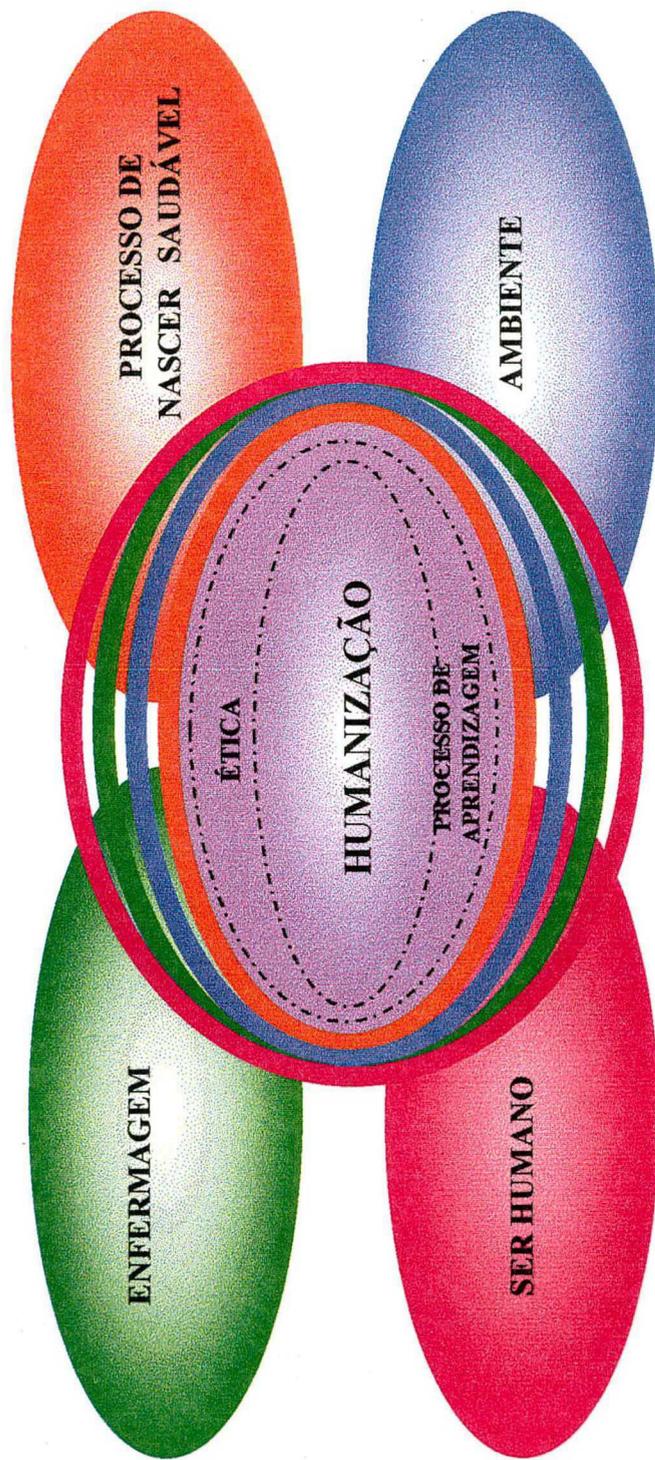
A essência do homem só pode ser encontrada na comunidade, sendo que sua valorização só pode acontecer com base no humanismo comunitário. Neste, o ser humano se reconhecerá e se sentirá limitado, considerando que sua perfeição só existirá na perfeição do todo social em que vive. Sendo assim, a humanização só existe na medida em que aumenta o espírito comunitário entre os homens (Strieder, 1990).

Wilton { A ética é um componente fundamental para que se alcance a humanização, devendo estar voltada para a valorização do ser humano e para a conquista de seus direitos, no contexto da comunidade.

O uso da tecnologia é uma forma de humanização quando usada em favor do *bem-estar* e *estar melhor*, e quando não suplanta o valor do diálogo entre os seres humanos.

Hoje mais do que nunca, levanta-se o problema da técnica sobre o humano. A técnica empolga-nos a todos, estabelece o modo de trabalhar, as condições de vida e transmuda a sociedade. Apesar de toda a sua evolução, sob o influxo da ação criadora do espírito do homem, deve ser considerada como algo originariamente humano em sua essência, uma vez que possui-la é tão característico da natureza humana como o dom da linguagem (Hiller, 1973).

FIG. 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA INTER-RELAÇÃO DOS CONCEITOS



FONTE: SANTOS (1997)

A figura 1, que apresenta a representação gráfica da inter-relação dos conceitos, é a forma que encontrei para explicitar como vislumbrava os conceitos do referencial teórico ao iniciar o estudo. Esta sua construção demonstra explicitamente como os conceitos estão inter-relacionados, mas implicitamente demonstra o resultado da análise e reflexão que me levaram ao entendimento de que a **humanização** não é um fenômeno que pode ser apreendido isoladamente, mas que está subsidiado pelos elementos constituintes dos conceitos de **ser humano, processo de nascer saudável, enfermagem e ambiente**. No momento que envolvo o conceito de humanização com as cores referentes aos demais conceitos, faço uma abstração, com o intuito de mostrar de que forma percebo teoricamente esta construção. Assim, para que o conceito de humanização tenha uma fundamentação possível de ser praticado, é necessário que os demais conceitos também tenham uma perspectiva humanística, passando a integrá-lo. Ao construir esta figura, realizei um movimento que me auxiliou na compreensão e posterior utilização do referencial teórico.

3.2 - A OPERACIONALIZAÇÃO DOS CONCEITOS

Ao construir o referencial teórico, senti necessidade de realizar a operacionalização dos conceitos, ou seja, aproximá-los à realidade na qual iria desenvolver a prática assistencial. Este exercício permitiu-me um deslocamento do abstrato para o concreto, tornando *visível* a utilização dos conceitos. Para tanto, identifiquei os elementos contidos nos conceitos, e num segundo momento, procurei uma primeira aproximação com a realidade a ser vivida, isto é, mostrar como esses elementos surgem no processo do nascimento. Finalmente, reconheci em que situações do processo de cuidar e como os conceitos poderiam ser trabalhados.

A seguir, apresentarei a operacionalização de cada conceito:

SER HUMANO

ELEMENTOS

- possui capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, de refletir, valorizar e experienciar para vir a ser mais.
- ser único que pede e dá ajuda.
- interage através do corpo com o mundo dos seres humanos e coisas.
- afeta o mundo e é afetado por ele.
- possuidor de um mundo privado pessoal e único.
- possui características especiais de relacionar-se, através da relação Eu-Tu, Eu-Issso e Eu-Nós.
- torna-se "mais" através de suas escolhas e da relação Eu-Tu.
- possui uma natureza contraditória e conflitual, de um lado a espiritualidade, de outro o animalismo materialista.
- possui uma singularidade que permite descrever e escolher a sua própria visão de mundo.
- está em constante processo de aprendizagem, como "aprendente" ou como "ensinante".

APROXIMANDO COM A REALIDADE

- a mulher que está vivenciando o processo do nascimento se relaciona com o feto, a enfermeira, a família e demais profissionais da saúde.
- o corpo da mulher está em constante transformação, decorrente do trabalho de parto, no qual o feto realiza movimentos passivos que irão impulsioná-lo através do canal do parto.
- a mulher pode ou não interagir com seu corpo, que interferirá no seu grau de participação (ativa ou passiva).
- o grau de participação e interação interfere na evolução do trabalho de parto.
- a mulher possui ansiedades e medos com relação ao processo do nascimento, pois é um momento único, que não se pode prever como se desenrolará.
- a mulher pode estar ou não aberta para relacionar-se com a enfermeira, família e outros profissionais (comunidade), e com o ambiente (materiais e equipamentos).
- necessita de orientação sobre o processo do nascimento.
- o conhecimento acerca do que está acontecendo com o seu corpo é um agente facilitador para a sua participação e realização de suas escolhas conscientes.
- a enfermeira dá ajuda a partir das necessidades observadas ou expressadas pela mulher.
- a enfermeira é um ser que precisa de ajuda, pois é afetada pelo mundo dos seres humanos e coisas.

PROCESSO DE NASCER SAUDÁVEL

ELEMENTOS

- *bem-estar e estar melhor.*
- *bem-estar e estar melhor são objetivos e preocupações da enfermeira e como potencial visto no paciente.*
- *saúde é algo mais do que a ausência de doença.*
- *saúde é o processo de encontrar sentido na vida, é vivenciada no processo de viver e de estar envolvido a cada momento.*
- *saúde é encontrada na vontade de estar aberta às experiências da vida.*
- *processo de nascer é uma situação particular de vida, fisiológico, porém limítrofe entre saúde e doença.*
- *processo de nascer necessita de um acompanhamento adequado para o bem-estar e estar melhor.*
- *a saúde é observada na forma como a mulher vivencia o processo do nascimento.*
- *o bem-estar e o estar melhor depende da participação (atividade alienada ou não) e do bem-estar físico.*
- *a família contribui para o bem-estar da mulher que vivencia o processo do nascimento.*

APROXIMANDO COM A REALIDADE

- *a saúde está condicionada a vontade que a mulher tem de estar aberta à experiência do processo do nascimento, independente do seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.*
- *a mulher vivencia o processo do nascimento de forma ativa (atividade não alienada), quando interage com as transformações que estão ocorrendo.*
- *mulher se adaptando às transformações, questionando e compreendendo o processo.*
- *mulher e família expressando seus sentimentos, medos e ansiedades.*
- *enfermeira e demais profissionais estando abertos, aceitando e valorizando as manifestações da mulher e família.*
- *a enfermeira deve estar atenta às necessidades expressadas ou para percebê-las.*
- *mulher possui uma força interior que deve ser valorizada para vivenciar o processo.*
- *na atividade alienada a mulher não atua na experiência, apenas experimenta o resultado dela, não há ação.*
- *na atividade não-alienada, ela é o sujeito da atividade.*
- *durante o processo do nascimento podem ocorrer "desequilíbrios" orgânicos que colocam em risco o bem-estar da mulher e do feto.*
- *os controles realizados durante o processo são necessários para o bem-estar e estar melhor.*

ENFERMAGEM

ELEMENTOS	APROXIMANDO COM A REALIDADE
<p>- encontro especial entre a enfermeira e o paciente, que ocorre em resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença.</p>	<p>- o encontro ocorre entre enfermeira x mulher e família, a partir de uma necessidade de ajuda percebida ou expressada, durante o processo do nascimento.</p>
<p>- o significado da enfermagem está no ato humano em si.</p>	<p>- é uma relação transacional no sentido de conhecimento e compreensão e sobre a parte que cabe à enfermeira, à mulher e família. É intersubjetiva ao que se refere, ao que é compartilhado.</p>
<p>- é uma relação transacional e intersubjetiva, na qual os participantes são interdependentes e independentes.</p>	<p>- enfermeira x mulher e família são interdependentes, pois necessariamente participam dos acontecimentos, e independentes uma vez que são sujeitos e "donos" dos seus atos humanos.</p>
<p>- implica em estar com e fazer com.</p>	<p>- no <u>encontro</u>, a enfermeira tem a finalidade de ajudar, estando a mulher e família abertas ou não. A enfermeira experimenta cada encontro como algo próprio e singular.</p>
<p>- é um diálogo vivo, neste ocorrem o <u>encontro</u>, o <u>relacionamento</u>, a <u>presença</u>, uma <u>chamada</u> e uma <u>resposta</u>.</p>	<p>- o <u>relacionamento</u> pode ser sujeito-objeto (enfermeira com os exames, prontuário, equipamentos...), e sujeito-sujeito (enfermeira x mulher x família). Na relação sujeito/objeto é possível obter algum conhecimento acerca da mulher, e na relação sujeito-sujeito, conhecer a mulher na sua individualidade singular.</p>
<p>- é uma resposta a uma necessidade percebida e/ou a um chamamento de ajuda.</p>	<p>- a <u>presença</u> não é apenas física, mas o estar aberto à mulher e família como um ser acessível. Abertura a uma pessoa com necessidade, e acessibilidade dirigida a ajudar.</p>
<p>- ocorre na comunidade e está influenciada por ela.</p>	<p>- na <u>chamada</u> e <u>resposta</u>, tanto a enfermeira como a mulher e família chamam e respondem, sendo que a interpretação das mesmas são influenciadas pela finalidade da prática da enfermagem e seus valores.</p>
<p>- através do diálogo</p>	<p>- a enfermeira responde ao chamamento da mulher e família no momento em que percebe uma necessidade, mesmo que não expressada, mas necessária ao período vivenciado. A resposta ocorre através do diálogo.</p>

- ocorre o processo educativo.
- a comunidade é a enfermeira, mulher, família, outras mulheres, outros profissionais de saúde e estudantes que participam do cuidado prestado à mulher e família durante o processo do nascimento.
 - a ética permeia o diálogo e as relações com a comunidade.
 - o processo educativo ocorre no momento da resposta ao chamamento da mulher e família durante o processo do nascimento.
 - estar com a mulher e família é uma possibilidade de ajuda e conforto. Fazer com significa considerar a mulher um ser ativo no processo, permitir e estimular a sua participação como um sujeito singular no diálogo.

AMBIENTE

ELEMENTOS

- mundo interior e o mundo de pessoas e coisas.
- a transação enfermeira-paciente ocorre no meio intra e interdisciplinar.
- as pessoas estão mudando constantemente de papéis e funções, o que influencia as transações.
- os objetos realçam ou inibem a interação pessoa-pessoa, devido aos diferentes significados atribuídos a eles.
- o ambiente afeta o diálogo humano.
- estar com o outro envolve conhecê-lo naquele espaço vivido.
- uma pessoa fica mais confortável quando se sente fazendo parte do ambiente.
- setores da maternidade.

APROXIMANDO COM A REALIDADE

- a mulher e família possuem tabus, crenças, medos, ansiedades e experiências anteriores que fazem parte do mundo interior. A aceitação deste é essencial na relação intersubjetiva entre a enfermeira x mulher e família durante o processo do nascimento.
- a família faz parte do ambiente, apóia a mulher durante o processo de nascimento, porém também precisa de apoio.
- a enfermeira, os outros profissionais de saúde e os estudantes que fazem parte do ambiente, possuem o papel de participar do processo do nascimento como uma rede de apoio.
- a mulher estando aberta para as manifestações do seu mundo interior, poderá responder instintivamente às mensagens do seu corpo durante o processo do nascimento.
- a mulher e família ficam mais seguros e confortáveis quando sentem-se como se fizessem parte do ambiente.
- o conhecimento do ambiente antes da internação ou no início dela, proporciona mais

- a enfermeira, a mulher, a família, os outros profissionais e os estudantes fazem parte da comunidade que compõe o ambiente.
- materiais, medicamentos e equipamentos usados no cuidado.
- a enfermeira, a mulher, a família, os outros profissionais e os estudantes fazem parte da comunidade que compõe o ambiente. *segurança e conforto.*
- o ambiente pode propiciar ou não a preservação da individualidade, privacidade, e permitir a manifestação das necessidades da mulher.
- materiais, medicamentos e equipamentos que fazem parte do ambiente, são também necessários para promover o **bem-estar** e o **estar melhor**.

HUMANIZAÇÃO

ELEMENTOS

APROXIMANDO COM A REALIDADE

- **atitude de respeito à dignidade e natureza humana.**
- **preocupação com a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do ser humano.**
- **compreensão da experiência vivenciada.**
- **propiciar, estimular e permitir a participação ativa no estar com e fazer com.**
- **proporcionar a realização de escolhas conscientes.**
- **é desenvolvida na comunidade, através do**
- *a humanização deve integrar todos os momentos do diálogo (no encontro, na presença, no relacionamento, na chamada e resposta) durante o processo do nascimento.*
- *assistir a mulher com respeito aos seus valores e crenças.*
- *permitir e estimular a participação da mulher nas escolhas, estando atento ao bem-estar e estar melhor.*
- *o momento vivenciado pela mulher é único, mesmo que já tenha passado pelo processo de nascimento anteriormente.*
- *respeito às manifestações físicas e psicológicas durante o processo do nascimento.*
- *a humanização se concretiza quando além da enfermeira, os outros profissionais integrantes da equipe envolvidos no cuidado possuem atitude de respeito e compreensão da experiência que a mulher está vivenciando.*
- *a tecnologia é um componente humanizante quando utilizada para o bem-estar e estar melhor.*
- *a ética está presente quando o objetivo do cuidado é o bem-estar e estar melhor.*
- *através da relação intersubjetiva entre a enfermeira e a mulher ocorre o compartilhar experiências, medos e dúvidas sobre o processo*

diálogo, na relação vivenciado.
intersubjetiva.

- **espírito comunitário entre os seres humanos.**

- **no uso da tecnologia apropriada.**

- **a ética é um componente fundamental.**

- o estar com é mais do que a presença física, é a vontade de ajudar para que a mulher vivencie de forma mais tranqüila o processo do nascimento, e estimular a sua participação.

- A forma como a mulher e família participam da relação intersubjetiva com a enfermeira e os outros profissionais, e na relação sujeito-objeto, interfere na humanização.

- a participação ativa da mulher e as suas escolhas conscientes são facilitadas pelo processo educativo.

Os conceitos de **Ser Humano**, **Processo de Nascer Saudável**, **Enfermagem e Humanização** estão inter-relacionados, sendo que a utilização dos mesmos, na prática assistencial, é concomitante. Assim, vislumbrei a utilização durante os cuidados de enfermagem nos períodos clínicos do parto (ver quadros 1, 2, 3 e 4), através de conversas informais, orientação/reflexão, através do processo educativo, entrevista, observação, discussões com a equipe de enfermagem e com os outros profissionais de saúde e estudantes, consulta ao prontuário e exames, e na visita às áreas do Centro Obstétrico.

3.3 - RELACIONANDO AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO COM OS CONCEITOS DO REFERENCIAL TEÓRICO

Os quadros 1, 2, 3 e 4 foram construídos com o objetivo de facilitar a visualização de como as ações integrantes da rotina do serviço para cada período clínico do parto, mesmo sendo realizadas sistematicamente, uma vez que são indispensáveis ao *bem-estar e estar melhor* da mulher e do feto, estariam imbuídas dos elementos dos conceitos do referencial. A forma como os conceitos emergiram durante a prática assistencial será apresentada no capítulo seguinte, que descreve a implementação da proposta.

Neste trabalho, utilizei as rotinas do Centro Obstétrico do HU, que norteiam o cuidado de enfermagem durante os períodos de dilatação, expulsão, dequitação e Greenberg, relacionando-as com elementos contidos em cada conceito.

Inicialmente, havia previsto apresentar para cada ação de enfermagem, os elementos e os respectivos conceitos envolvidos. No entanto, observei que os diferentes conceitos se apresentavam quase em sua totalidade em cada uma das ações, o que parece demonstrar que na realidade as ações de enfermagem podem ter um conceito mais saliente, mas os demais conceitos estão inter-relacionados em cada uma delas. Por esta razão, optei por não repeti-los em cada uma das ações, mas apresentá-los de forma genérica em cada período.

Para tornar viável a apresentação em forma de quadro, realizei uma listagem dos elementos e suas respectivas siglas, abaixo relacionada:

ET = Relação EU-TU

EI = Relação EU-ISSO

EN = Relação EU-NÓS

D = Diálogo

PA = Processo de Aprendizagem

BE = Bem estar

EM = Estar melhor

MI = Mundo interior

MO = Mundo Objetivo

C = Comunidade

É = Ética

H = Humanização

EC = Estar com

FC = Fazer com

PM = Participação da mulher

PF = Participação da família

Quadro 1 - Relacionando as Ações de Enfermagem Previstas pelo Serviço de Centro Obstétrico para o Período de Dilatação com os Conceitos do Referencial Teórico.

AÇÕES	ELEMENTOS*	CONCEITOS ENVOLVIDOS
<ul style="list-style-type: none"> -Orientar com relação a atividade física (deambulação, repouso no leito...) , posição no leito, dieta, respiração, eliminações e outras. - Orientar a mulher e família sobre as rotinas do centro obstétrico. - Levar a mulher e família para conhecer a sala de parto. - Orientar sobre o período de dilatação e expulsão. - Orientar sobre os cuidados imediatos com o recém-nascido. - Orientar sobre o aleitamento materno precoce no pós-parto. - Verificar os sinais vitais. - Verificar a dinâmica uterina. - Controlar batimentos cardíacos do feto. - Avaliar a dilatação e progressão fetal. - Estar alerta aos sinais de perigo (hemorragia, distensão do seguimento inferior, alterações da dinâmica uterina). - Observar sinais de período expulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> -ET, EN, PA, BE, EM, D, MI, MO, E, EC, FC, A, PF, PM, H. -ET, EI, EN, D, PA, E, BE, H, EC, PM, PF, A, MI, MO. -ET, EI, EN, PA, BE, EM, MO, MI, C, E, EC, D, A, PM, PF, H. -ET, EN, D, PA, E, BE, H, EC, A, PM, PF, PH, MI, MO. -ET, D, PA, E, BE, H, EC, A, PM, PF, MI, MO. -ET, EN, PA, D, BE, MI, ME, E, H, EC, A, PM, PF. -ET, EI, D, PA, BE, EM, MI, MO, E, H, A, EC, FC, PM. -ET, D, PA, BE, EM, MI, C, E, H, EC, FC, A, PM, PF. -ET, EI, D, PA, BE, EM, MI, MO, E, H, EC, FC, A, PM, PF. -ET, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, E, H, EC, D, A, PM. -ET, D, BE, EM, MO, C, E, H, EC, D, A, PM, PF. -ET, EN, D, BE, EM, MI, MO, C, E, H, A, EC, FC, D, PM, PF. 	<p style="text-align: center;"> A M B I E N T E </p> <p style="text-align: center;"> P R O C E S S O </p> <p style="text-align: center;"> D E </p> <p style="text-align: center;"> H U M A N I Z A Ç Ã O </p> <p style="text-align: center;"> S E R H U M A N O </p> <p style="text-align: center;"> E N F E R M A G E M </p>

* **LEGENDA:** ET (relação Eu-Tu), EN (relação Eu-Nós), EI (relação Eu-Isso), PA (processo de aprendizagem), EM (estar melhor), BE (bem estar), D (diálogo), MO (mundo objetivo), MI (mundo interior), C (comunidade), E (ética), EC (estar com), FC (fazer com), H (humanização), PM (participação da mulher), PF (participação da família).

Quadro 2 - Relacionando as Ações de Enfermagem Previstas pelo Serviço de Centro Obstétrico para o Período de Expulsão com os Conceitos do Referencial Teórico.

AÇÕES	ELEMENTOS*	CONCEITOS ENVOLVIDOS
- Encaminhar a mulher e família para a sala de parto.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, E, H, EC, FC, D, A, PM, PF.	P R O C E S S O
- Posicionar a mulher na mesa de parto	-ET, EI, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, A E, H, EC, FC.	S E R
- Reforçar as orientações sobre os esforços expulsivos.	-ET, EN, D, PA, MI, MO, C, A, E, H, EC FC, PM.	H U M A N O
- Estimular a participação da família.	-ET, EN, D, PA, BE, MO, C, A, E, H, EC, PF.	D E I Z A Ç Ã O
- Estar ao lado da mulher e família.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, A, E, H, EC, FC, PM, PF.	N A S C E R
- Controlar os batimentos cardíacos do feto em caso de período expulsivo prolongado.	-ET, EI, D, PA, BE, EM, MI, MO, E, H, EC, FC, A, PM.	E N F E R M A G E M
- Controlar sinais vitais, se necessário.	-ET, EI, D, PA, BE, EM, MI, MO, E, H, A EC, FC, PM.	S A U D Á V E L
- Auxiliar o neonatologista nos cuidados imediatos com o recém-nascido.	-ET, EN, D, BE, EM, MO, C, A, E, H, EC, FC.	A M B I E N T E
- Favorecer a interação precoce mãe x bebê x família	-ET, EN, D, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, PM, PF.	
- Estimular o início precoce do aleitamento materno.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM, PF.	

* LEGENDA: ET (relação Eu-Tu), EN (relação Eu-Nós), EI (relação Eu-Isso), PA (processo de aprendizagem), EM (estar melhor), BE (bem estar), D (diálogo), MO (mundo objetivo), MI (mundo interior), C (comunidade), E (ética), EC (estar com), FC (fazer com), H (humanização), PM (participação da mulher), PF (participação da família).

Quadro 3 - Relacionando as Ações de Enfermagem Previstas pelo Serviço de Centro Obstétrico para o Período de Deiquitação com os Conceitos do Referencial Teórico.

AÇÕES	ELEMENTOS*	CONCEITOS ENVOLVIDOS
- Orientar a mulher e família sobre o período.	-ET, EN, D, PA, E, BE, H, EC, A, PM, PF, MI, MO.	P R O C E S S O D E N A S C E R S A U D Á V E L H U M A N I Z A Ç Ã O A M B I E N T E S E R H U M A N O E N F E R M A G E M
- Estimular a participação da família.	-ET, EN, D, PA, BE, MO, C, A, E, H, EC, PF.	
- Observar sinais de descolamento da placenta.	-EN, D, H, BE, EM, MO, C, A, E, EC, PM.	
- Colher o sangue do cordão umbilical para classificação, se necessário.	-EI, EN, D, PA, BE, EM, MO, C, A, E, H.	
- Observar e anotar o mecanismo de descolamento da placenta.	- EI, EN, D, BE, EM, MO, C, A, E, EC.	
- Verificar os sinais vitais.	- ET, EI, D, PA, BE, EM, MI, MO, E, H, A EC, FC, PM.	
- Observar aspectos clínicos do útero.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM.	
- Observar sangramento vaginal.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM.	
- Estimular aleitamento materno.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM, PF.	
- Favorecer a interação precoce mãe x bebê x família.	-ET, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, PM, PF.	

* LEGENDA: ET (relação Eu-Tu), EN (relação Eu-Nós), EI (relação Eu-Isso), PA (processo de aprendizagem), EM (estar melhor), BE (bem estar), D (diálogo), MO (mundo objetivo), MI (mundo interior), C (comunidade), E (ética), EC (estar com), FC (fazer com), H (humanização), PM (participação da mulher), PF (participação da família).

Quadro 4 - Relacionando as Ações de Enfermagem Previstas pelo Serviço de Centro Obstétrico para o Período de Greenberg com os Conceitos do Referencial Teórico.

AÇÕES	ELEMENTOS*	CONCEITOS ENVOLVIDOS
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a mulher e família sobre o período. - Examinar e pesar a placenta, medir o cordão umbilical. - Observar a formação do globo de segurança de Pinard. - Observar sangramento vaginal. - Controlar sinais vitais. - Observar involução uterina. - Estimular aleitamento materno. - Transferir a mulher e família para sala de recuperação pós-parto. - Proporcionar ambiente tranquilo para favorecer interação mãe x bebê x família. - Estar alerta aos sinais de risco (sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, alteração dos sinais vitais). 	<ul style="list-style-type: none"> -ET, EN, D, PA, E, BE, H, EC, A, PM, PF, MI, MO. -EI, EN, BE, EM, MO, C, A, E, H, . -ET, EN, D, PA, BE, EM, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM. -ET, EN, D, PA, BE, EM, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM. -ET, EI, D, PA, BE, EM, MI, MO, E, H, A EC, FC, PM. -ET, EN, D, PA, BE, EM, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM. -ET, EN, D, PA, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM, PF. -ET, EI, EN, D, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, FC, PM, PF. -ET, EI, EN, BE, EM, MI, MO, C, A, E, H, EC, PM, PF. -ET, EN, D, BE, EM, C, A, E, H, EC, FC, PM, PF. 	<p style="text-align: center;"> P R O C E S S O D E N A S C E R S A U D Á V E L </p> <p style="text-align: center;"> H U M A N I Z A Ç Ã O </p> <p style="text-align: center;"> A M B I E N T E S E R H U M A N O </p>

* **LEGENDA:** ET (relação Eu-Tu), EN (relação Eu-Nós), EI (relação Eu-Isso), PA (processo de aprendizagem), EM (estar melhor), BE (bem estar), D (diálogo), MO (mundo objetivo), MI (mundo interior), C (comunidade), E (ética), EC (estar com), FC (fazer com), H (humanização), PM (participação da mulher), PF (participação da família).

3.4 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM

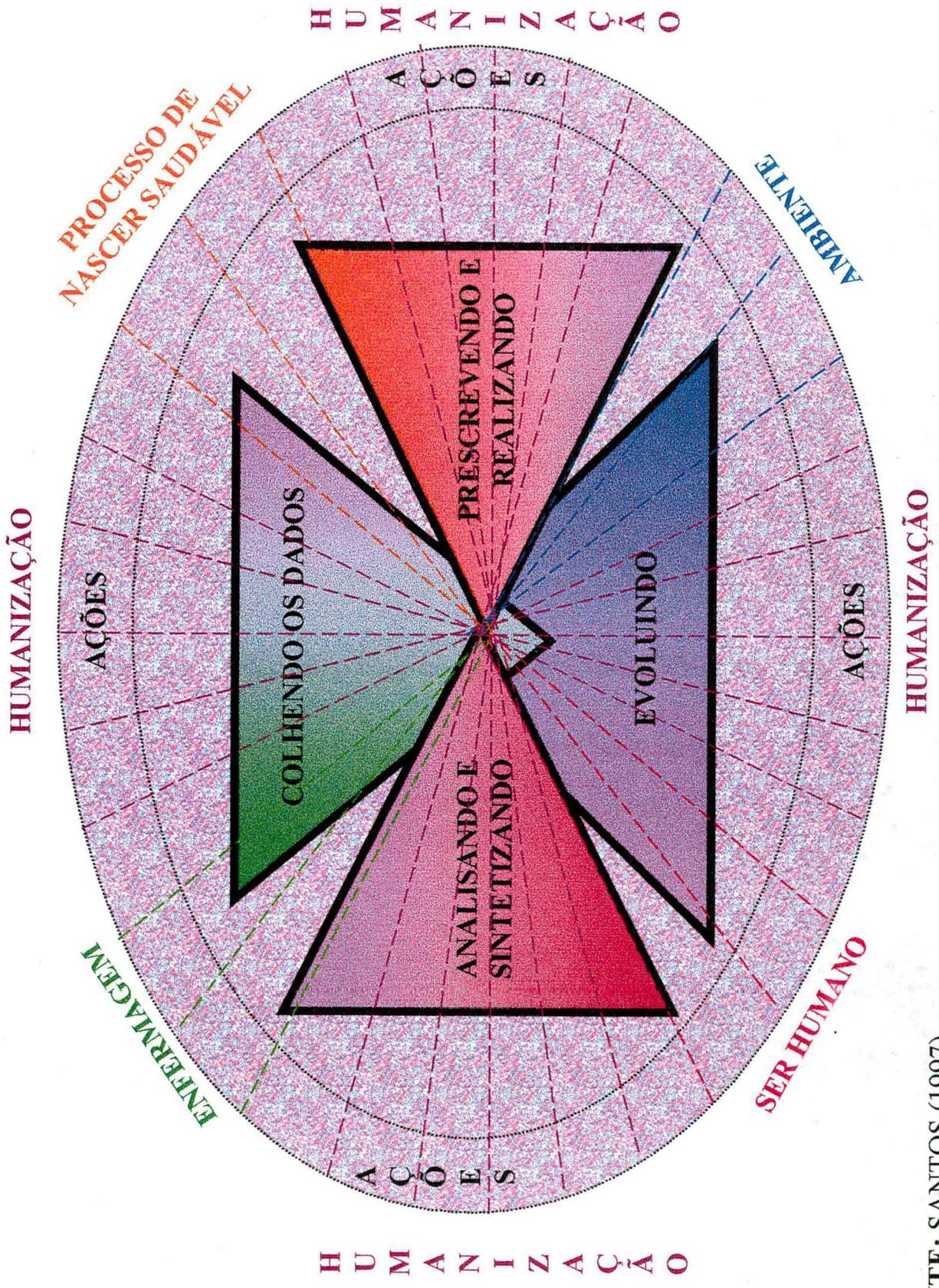
Segundo Yura & Walsh (apud Iyer, Taptich & Bernocchi-Losey, 1993, p. 11) "...o processo de enfermagem é uma série planejada de ações que visam a executar o propósito da enfermagem - manter o mais satisfatório bem-estar do cliente - e, caso esse estado se modifique, proporcionar a totalidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem que tal situação exige para direcioná-lo de volta ao bem-estar. Se não puder ser atingido o bem-estar, o processo de enfermagem deve colaborar para a qualidade de vida do cliente, maximizando seus recursos, para que ele obtenha o máximo possível de qualidade de vida, pelo tempo que for possível."

O processo de enfermagem tem como principal objetivo oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade possam ser satisfeitas. Ele envolve uma relação interativa entre o cliente e a enfermeira, tendo como foco o cliente (ibid., 1993).

No presente estudo, o referencial teórico foi colocado em prática através do processo de enfermagem, podendo ser visualizado na figura 2. Esta representação explicita a articulação entre as etapas do processo, os conceitos do referencial e as ações de Enfermagem. Cada conceito, representado por uma cor, permite demonstrar que eles não são utilizados isoladamente, mas *miscigenam-se e invadem* as etapas do processo. Sendo que estas não são estanques, podem entrecruzar-se, ocorrerem simultaneamente, ou ainda, uma etapa iniciar antes do término da que a precede. Desta forma, o processo de enfermagem, em sua dinamicidade, pode ser comparado a um cata-vento, que se move a partir das necessidades de cuidado percebidas ou expressadas pela mulher/parturiente e família, tendo como resultando as ações de Enfermagem imbuídas dos conceitos do referencial teórico, ou seja, Ser humano, Enfermagem, Processo de Nascer Saudável, Ambiente e Humanização.

Esta representação gráfica é fruto de um exercício que permitiu-me vislumbrar como o referencial teórico poderia ser inserido no dia a dia do mundo da maternidade, utilizando como instrumento para a sua implementação, o processo de enfermagem. Esta construção mostra que o referencial teórico guia a realização das diferentes fases do processo de enfermagem. Ela pode ser considerada como um protocolo, que direciona as ações

FIG. 2 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



FONTE: SANTOS (1997)

integrantes do cuidado durante o processo do nascimento, tendo a **humanização** como elemento que permeia todo o processo de enfermagem, e que se mostra pela forma como as ações são realizadas. Considero que este constructo pode ser testado em outros cenários assistências, adaptando-se a outros referenciais teóricos.

Embora tenha utilizado neste marco idéias de Paterson & Zderad para a construção dos conceitos, optei por não utilizar o processo de enfermagem fenomenológica proposto pelas autoras. Porém, gostaria de ressaltar que segundo Praeger & Hogarth apud George (1993), o mesmo possui fases que são análogas ao processo de enfermagem.

Considerando que já existe uma metodologia de assistência na instituição, optei por utilizá-la, aproximando o meu referencial com a realidade da instituição, porém, fiz algumas adaptações necessárias para a implementação do mesmo na minha prática. Esta escolha está fundamentada no fato de que não posso negar os riscos que envolvem o processo do nascimento e a necessidade de manter um registro sistematizado de todas as ações realizadas, uma vez que este também é utilizado pelos demais profissionais da equipe. Assim sendo, utilizei 04 (quatro) etapas do processo:

- 1ª - Colhendo os dados
- 2ª - Analisando e sintetizando
- 3ª - Prescrevendo e realizando
- 4ª - Evoluindo

Colhendo os dados

Primeira etapa do processo, na qual a enfermeira, a mulher e a família realizam o primeiro encontro que acontecerá de forma singular, quantas vezes forem necessárias, dependendo das necessidades expressadas ou observadas. Neste, os dados objetivos e subjetivos são colhidos através da relação Eu-Tu (enfermeira-mulher), Eu-isso (através de dados obtidos no prontuário) e Eu-Nós através da informação dos outros profissionais e família.

Analisando e sintetizando

A análise é realizada com base nos dados obtidos, sendo constante durante o processo do nascimento. Desta forma, o diagnóstico, que aqui denominarei de síntese, é decorrente

das constantes análises realizadas, que redirecionam o cuidado, objetivando prevenir e/ou afastar riscos. Assim como também realiza a correção dos desvios na relação Eu-Tu, Eu-Isso e Eu-nós, e de todos elementos que compõem os conceitos que estão presentes nas ações de enfermagem nos períodos clínicos do parto (ver quadros 1, 2, 3 e 4).

Prescrevendo e realizando os cuidados

A prescrição é elaborada com base nas ações a serem realizadas durante os períodos clínicos do parto, além das necessidades que emergem da síntese realizada a partir dos elementos presentes nos conceitos que estão sendo operacionalizados. É constantemente reavaliada e refeita, uma vez que as necessidades são frequentemente alteradas. A prescrição pode ser para o momento vivenciado ou a longo prazo, dependendo da situação, ou seja, de risco ou para redirecionar o cuidado, no sentido de atingir a humanização. Os cuidados são realizados de acordo com as necessidades e peculiaridades do momento vivenciado, podendo ser simultâneos à prescrição ou não.

Evoluindo

A evolução é realizada a partir dos cuidados prestados durante os períodos clínicos do parto e dos elementos relacionados aos conceitos que levam a prescrever uma ação. Através dela emergem os dados que permitem avaliar a operacionalização dos conceitos.

CAPÍTULO IV

IMPLEMENTANDO A PROPOSTA

*“Ao entrar no mundo da maternidade, os encontros com as mulheres/parturientes e família, permitiram o início de uma nova trajetória que não se finda, mas que se fortalece e se renova a cada dia no **estar com e fazer com**, do mundo do cuidado.”**

* Reflexão da Autora

4.1 - ENTRANDO NO MUNDO DA MATERNIDADE

A prática assistencial foi realizada no Centro Obstétrico (CO) e estendeu-se à Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto) da Maternidade do Hospital Universitário (UFSC), durante o mês de maio de 1997.

A maternidade localiza-se no Campus Universitário e foi inaugurada no dia 24 de outubro de 1995. É composta por outros serviços, além dos anteriormente citados, tais como: Unidade de internação Neonatológica, Triagem Obstétrica, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

A unidade de internação obstétrica possui 22 leitos ativados, sendo 16 de Alojamento Conjunto (AC) e 06 para tratamento de gestantes, além destes, existem 04 leitos para permanência das mães de recém-nascidos de prematuro ou alto risco (“hotelzinho”), e áreas de apoio. A Triagem Obstétrica possui 02 salas de exame, 01 sala de observação com dois leitos e um posto de enfermagem.

O Centro Obstétrico é composto de 04 leitos de pré-parto, 02 leitos de observação, 04 leitos de recuperação pós-parto, 01 sala de parto normal (horizontal), 01 sala de parto normal (vertical ou horizontal) e/ou cesariana, 01 sala de cesariana, 01 sala de atendimento do recém-nascido, além das áreas de apoio.

A Unidade de Internação Neonatológica possui 16 leitos, sendo que destes, 04 são de UTI neonatal.

A maternidade possui uma **Filosofia**, elaborada a partir do Regimento Interno do HU, que foi apresentada no Relatório das atividades da comissão de implantação de 1992, sendo os temas centrais que a norteiam:

- *em se prestando assistência, se ensina;*
- *é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais.*
- *a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido - puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento.*
- *na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação.*

- o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;

- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher - RN - família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado.

- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mãe - RN - família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;

- a equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;

- todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuadas, específicas, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;

- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato.

- o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;

- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

A escolha do local para o desenvolvimento da prática assistencial foi motivada pelo fato de ter participado da comissão interdisciplinar de implantação da maternidade a partir de março de 1994, desenvolver atividades de ensino e extensão desde sua abertura, e existir uma interação prévia com a equipe de Enfermagem e com os outros profissionais que integram a equipe interdisciplinar.

Para iniciar o desenvolvimento da prática assistencial, encaminhei uma cópia do projeto juntamente com um pedido, por escrito, à diretora de Enfermagem do HU, solicitando a autorização para a sua realização. Na primeira semana de maio, os encaminhamentos foram realizados, sendo que as enfermeiras tiveram ciência do mesmo numa reunião de chefias. Entretanto, já havia realizado contatos anteriores com a enfermeira chefe do C. O .

No dia 05/05/97 fui ao hospital pela manhã e conversei pessoalmente com a enfermeira chefe da maternidade, informando-lhe que gostaria de iniciar as atividades planejadas naquele dia. Em seguida dirigi-me para o C.O., conversei um pouco mais com a enfermeira chefe do setor sobre os objetivos do trabalho e a forma como gostaria de desenvolvê-lo. Expus meu interesse em conversar com os funcionários sobre o trabalho. Ela convidou-me para participar da reunião do setor, na qual participam as enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, que ocorreria no dia 19/05/97 às 17.00hs. Devido a problemas familiares não pude participar da reunião, mas ela mesmo explicou à equipe o meu trabalho. Assim, cada vez que eu estava em campo conversava informalmente com a equipe de enfermagem e com os médicos obstetras de plantão, sobre os objetivos do trabalho.

No primeiro dia, passei a manhã toda no C.O. e não foi internada nenhuma parturiente. Retornei no dia seguinte, e para a minha surpresa, não havia sido internada nenhuma parturiente novamente. Voltei ao campo no mesmo dia no período da tarde, mas também não tive sorte.

Neste momento, resolvi redirecionar minha estratégia de entrada no campo. Decidi que antes de ir para o C.O. faria um contato telefônico, a fim de evitar a permanência no campo sem ter parturiente para acompanhar. Assim, poderia ficar trabalhando em outras atividades, ficando de “sobre aviso”, indo à maternidade somente quando tivesse parturiente internada. O fato de ficar sem atividade gerava-me angústia, uma vez que lembrava das outras atividades que tinha para desenvolver. Esta estratégia me possibilitou o desenvolvimento da prática assistencial em diferentes turnos de trabalho, favorecendo uma integração com profissionais da equipe que nunca havia trabalhado anteriormente.

A população deste estudo foi composta por quatro mulheres/parturientes, que denominei de **Lua**, **Terra**, **Mar** e **Sol**, e seus maridos. No primeiro encontro, explicitava os objetivos do trabalho, ficando acordado que eles poderiam deixar de participar no momento que desejassem, assim como também seria assegurado o anonimato dos participantes. Não utilizei o termo de consentimento livre e esclarecido, por escrito, sendo que a autorização para participar do trabalho foi mediante um acordo verbal.

O número de participantes foi definido no decorrer da implementação da proposta, a partir da necessidade sentida, sendo que para um melhor registro e avaliação acompanhei somente uma mulher/parturiente e família (marido) a cada período que permanecia no campo.

Como havia planejado, no dia posterior ao parto de cada uma das mulheres/parturientes que havia acompanhado, retornei à maternidade, a fim de fazer uma visita pós-parto. Além disso, neste dia era realizada a última etapa da entrevista, a qual era composta de perguntas sobre a percepção do atendimento recebido. Nesta tarefa encontrei um pouco de dificuldade, pois como havia planejado, solicitei que um outro profissional entrevistasse a puerpera. Porém, devido aos horários não serem sempre os mesmos, tive que envolver várias pessoas para a coleta. Comecei a perceber que isto influenciava na qualidade dos registros, pois não foi utilizado gravador a pedido da mulher e/ou do profissional que coletou os dados. Também notei que as respostas não diferenciavam muito dos relatos que elas me faziam no momento da visita. Sendo assim, resolvi não solicitar mais que outro profissional colhesse os dados, e passei a colhê-los quando realizava a visita pós-parto.

Para a coleta e registro dos dados utilizei os impressos relativos ao histórico, prescrição de enfermagem e evolução do paciente da maternidade, uma vez que os registros relativos aos cuidados prestados durante os clínicos do parto devem ser de acesso a todos os membros da equipe. Como havia planejado, usei um roteiro de entrevista e um de observação que contemplavam os dados relativos ao referencial teórico, e que não estavam presentes nos impressos da maternidade. Logo no início senti a necessidade de reformular o roteiro de entrevista, devido a falta de alguns dados e também porque algumas perguntas não estavam bem elaboradas.

Segundo Minayo (1993), através da entrevista podem ser obtidos dados denominados por Lundberg como *objetivos*, os quais o pesquisador poderia coletar através de outras fontes, e os *subjetivos*, que se referem às informações sobre as atitudes, valores e opiniões do indivíduo entrevistado, obtidos com a contribuição dos atores envolvidos.

O diário de campo foi utilizado para registro dos dados, sendo nele anotados fatos ocorridos sob forma de descrições, de citações e de diálogos. Segundo a mesma autora, ele caracteriza-se por constar dos dados relativos às observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema do estudo.

Devido à dinâmica do processo do nascimento, não conseguia realizar os cuidados e concomitantemente fazer os registros no diário de campo. Por isso, optei por registrar algumas falas que achava importante tê-las na íntegra, e fazer algumas anotações que me

remetessem à situação vivenciada. Assim, cada vez que deixava o campo, logo em seguida realizava os registros, a fim de evitar que alguns dados fossem perdidos.

Após o registro no diário de campo, realizava uma leitura reflexiva, a partir da qual emergiam as anotações que denominei de notas teóricas e metodológicas. De acordo com Ludke e André (1986), a parte reflexiva das anotações inclui as observações pessoais do pesquisador, que são realizadas durante a fase de coleta de dados, sendo que as reflexões podem ser de vários tipos como: analíticas e metodológicas. As reflexões analíticas, ou seja, as notas teóricas, referem-se ao que está sendo apreendido, os temas e novas idéias que estão emergindo, as associações e relações entre as partes. As notas ou reflexões metodológicas envolvem os procedimentos que se referem à metodologia do trabalho, os problemas encontrados e às estratégias para resolvê-los. Considero que estas notas são um recurso valioso durante o desenrolar do estudo, uma vez que ajudam no redirecionamento das estratégias e organização dos dados. Além disso, ficam registradas as idéias, dúvidas, percepções e impressões do pesquisador, que são oportunas no momento da análise dos dados.

Para a análise dos conceitos utilizados neste estudo, realizei um movimento de “ir e vir”, retomando a proposta teórico-metodológica, baseada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, e a revisão da literatura. Passei a identificar quais os elementos integrantes dos conceitos que emergiram durante a prática assistencial. Ao analisar os dados, senti a necessidade de aprofundar alguns aspectos apresentados pelas teoristas, buscando na filosofia do diálogo de Martin Buber a complementação necessária.

4.2 - O ENCONTRO COM AS MULHERES/PARTURIENTES E FAMÍLIA

A seguir, apresentarei de forma sucinta, alguns dados das mulheres/parturientes e família que fizeram parte deste estudo.

Minha trajetória começou acompanhando **Lua**, que estava com seu marido no C.O. Ele foi escolhido, por ela, para acompanhá-la durante o processo do nascimento, sendo que não havia participado de nenhuma consulta de pré-natal. Ela tinha 34 anos, era o seu terceiro filho (dois partos normais anteriores), havia realizado 5 consultas de pré-natal. Foi admitida

na maternidade, às 9 horas, com rotura das membranas, a idade gestacional de 37 semanas e 3 dias, de acordo com a última menstruação, apresentação cefálica, com 4 cm de dilatação (colo médio e posterior), com apenas 1 contração em 10 min. Ela já havia estado internada anteriormente nesta maternidade para tratamento de trabalho de parto prematuro. Teve um parto normal vertical, às 18.55 horas, o período expulsivo foi rápido, o bebê nasceu bem, apenas estava com um máscara cianótica, sendo logo colocado no colo de **Lua**. Foi um parto sem episiotomia, não ocorreu rotura perineal, e a dequitação foi fisiológica após 5 minutos. O seu marido acompanhou-a durante todo o tempo em que esteve no C.O. Permaneceu na sala de recuperação no período de Greenbeg, útero contraído, globo de segurança de Pinard formado, sangramento fisiológico, sinais vitais estáveis, sendo que acompanhei-a até às 19.45 horas. No dia seguinte, realizei a visita pós-parto, e ao chegar no A.C. ela estava deitada, e o seu o bebê que já havia mamado, estava no berço ao seu lado. Passamos a conversar sobre a vivência do dia anterior.

A segunda mulher/parturiente foi **Terra**, inicialmente estava sozinha, pois o marido que a havia acompanhado no momento da internação teve que sair, retornando mais tarde para acompanhá-la. Ele não havia participado do pré-natal, mas decidiram que ele iria acompanhá-la no momento da internação. **Terra** tinha 19 anos, era uma primigesta e havia realizado 7 consultas de pré-natal. Internou-se às 13.30 horas, com 3-4 cm de dilatação (colo fino), 3 contrações em 10 minutos (35", 33", 36"), com membranas integras, apresentação cefálica e a idade gestacional era de 40 semanas e 5 dias (pela ultrasonografia). O trabalho de parto evoluiu até 8 cm de dilatação, mas devido a um diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica foi submetida a uma cesariana a 1.45 horas, tendo o bebê nascido com apgar 8 (1º minuto) e 9 (5º minuto). O neonatologista logo entregou o bebê ao pai que o levou para próximo de **Terra**. Tivemos um pouco de dificuldade em colocá-lo ao seio pela posição em que estava na mesa, entretanto, o pai ficou segurando-o no colo próximo de **Terra**. Eram 2.00 horas quando saí do campo. Retornei no outro dia às 16.00 horas para visitá-la, e quando entrei no quarto **Terra** estava com sua mãe, parecia estar bem e ficou contente em me ver. Percebi que não era o momento certo para conversar, pois desejava estar com ela sozinha ou com o marido. Então voltei no dia seguinte pela manhã. Sua cunhada a acompanhava, e ambas estavam aflitas, pois achavam que o bebê estava com algum problema. Ele havia vomitado várias vezes, sendo levado para a Unidade de Internação Neonatológica, onde permaneceu por muito tempo. Fui conversar com a enfermeira do setor, que confirmou não haver nenhum problema com o bebê. Ao informar

Terra, senti que a mesma ficou mais tranqüila. Resolvi voltar a vê-la no período da tarde, pois achei-a muito ansiosa. Quando cheguei no quarto, estava amamentando o seu bebê, e seu marido sentado ao lado. Observei que estava mais tranqüila e conversamos sobre a experiência vivida no C.O., sobre planejamento familiar, e cuidados no puerpério e com o bebê.

A terceira mulher/parturiente foi **Mar**. Inicialmente, ela estava acompanhada pela sua cunhada, mas logo seu marido chegou. Ele igualmente não havia participado do pré-natal, mas ela o escolheu para que a acompanhasse, embora já haviam combinado que ele não iria entrar no momento do parto, pois achava que iria se sentir mal. **Mar** tinha 20 anos, era primigesta, havia realizado 7 consultas de pré-natal, internou-se às 6.40 horas, com 3-4 cm de dilatação (colo médio), apresentação cefálica, 3 contrações em 10 minutos e idade gestacional de 41 semanas e 6 dias (pela ultra-sonografia). Observei que seu marido estava um pouco ansioso, e durante nossas conversas ele mencionou que **Mar** estava com muita dor e queria que tudo passasse rápido. Expliquei sobre a ação das contrações, e estimulei-o a realizar cuidados para diminuir o desconforto de **Mar**. Ela havia escolhido ter o parto na posição vertical. Seu trabalho de parto evoluiu até dilatação total e chegou a ser colocada em posição na cadeira de parto, porém devido à distócia de rotação terminou em cesariana. O bebê nasceu às 11.29 horas, logo chorou, nasceu com apgar 9 no 1º e 5º minuto. Logo dei a notícia para o marido de **Mar** que aguardava no corredor, o qual ficou muito emocionado. O bebê foi avaliado pelo neonatologista e em seguida coloquei-o junto de **Mar**. Perguntei se gostaria de amamentá-lo, ela respondeu que sim, então solicitei ao anestesista para que liberasse um dos braços de **Mar** para que pudesse segurar o bebê. Permaneci ao lado dela para ajudá-la. O bebê já estava sugando bem e o colostro já estava descendo. Terminada a cesariana, **Mar** foi para a sala de recuperação, onde seu marido já estava aguardando-a. Logo em seguida fui buscar o bebê e entreguei-o ao pai. Ele ficou muito emocionado e falava com o bebê, dizendo como era lindo. No dia seguinte, realizei a visita pós-parto, e ao chegar no quarto, ela estava amamentando, e sua irmã estava com ela. Seu marido, muito cansado, tinha ido para casa. Em seguida, perguntei sobre a experiência do dia anterior, **Mar** questionou por que deixaram que passasse por toda a dor do parto e não fizeram cesariana antes. Passei a explicar sobre a indicação da cesariana e que estas situações são imprevisíveis, e que podem levar a uma cesariana no momento do período expulsivo. Percebi que a dor era muito forte na sua lembrança. Conversamos sobre o aleitamento materno, anticoncepção, “resguardo” e teste do pezinho.

A última mulher/parturiente foi **Sol**. No momento em que cheguei no pré-parto ela estava sozinha, porém um pouco mais tarde seu marido (companheiro) chegou para acompanhá-la. Apesar de não ter participado do pré-natal, relatou que estava sempre acompanhando tudo que lhe acontecia. **Sol** tinha 42 anos, era multípara, havia tido dois abortamentos e quatro partos normais, sendo um com apresentação pélvica. Havia se internado às 00.05 hs, com 3 cm de dilatação (colo médio), membranas rotas, apresentação pélvica e idade gestacional de 40 semanas e 5 dias (pela ultra-sonografia) e os batimentos cardíacos do feto estavam 128 bpm. Teve um parto normal pélvico, às 14.04 horas, sem episiotomia, a dequitação ocorreu após 4 minutos. O bebê nasceu um pouco deprimido, mas logo recuperou, o apgar do primeiro minuto foi 5 e do 5º minuto foi 8. Logo em seguida, **Sol** foi para a sala de recuperação, enquanto seu bebê ficou na sala de observação aquecendo, uma vez que estava com hipotermia. Durante o período de Greenberg, **Sol** estava com muito frio, apresentava sangramento fisiológico, entretanto, seu útero estava acima da cicatriz umbilical, assim, foi colocado um saco de areia sobre o abdome. Seu bebê veio para junto dela na recuperação, ajudei-a a colocá-lo ao seio e ele sugou com facilidade. No dia seguinte, fui vê-la no alojamento conjunto, onde encontrei-a sozinha, amamentando seu bebê. Contou-me que havia feito a laqueadura peri-umbilical como tinha solicitado, mas que se soubesse que iria sentir tanta dor não teria feito. Conversamos sobre a experiência com relação ao parto, ela disse que achou muito cansativo e que os outros partos tinham sido mais rápidos, mas que achou o atendimento muito bom, inclusive seu marido havia gostado também.

4.3 - A TRAJETÓRIA VÍVIDA COM LUA

A fim de possibilitar uma melhor compreensão de como foi desenvolvida a prática assistencial, relatarei detalhadamente a trajetória vivida com **Lua**.

Apresentarei a descrição de tudo o que foi realizado, baseado no modelo de Monticelli (1994), utilizando as anotações contidas no diário de campo (primeira coluna), as fases do processo de enfermagem (segunda coluna), os conceitos do referencial teórico e as questões éticas envolvidos no cuidado (terceira coluna).

Na terceira coluna utilizei abreviações que possibilitaram apresentar o conceito com seu (s) respectivo (s) elemento (s), de acordo com a legenda abaixo:

SH = Ser Humano, que contempla os elementos codificados como: ET (relação Eu-Tu), EI (relação Eu-Isso) e EN (relação Eu-Nós) e PA (processo de aprendizagem).

PNS = Processo de Nascer Saudável, que contempla os elementos codificados como: BE (bem-estar), EM (estar melhor), PM (participação da mulher) e PF (participação da família).

E = Enfermagem, que contempla os elementos codificados como: D (diálogo), C (comunidade), EC (estar com) e FC (fazer com).

A = Ambiente, que contempla os elementos codificados como: MI (mundo interior) e MO (mundo objetivo).

H = Humanização.

Optei por apresentar a trajetória vivida com **Lua** desta forma, devido a dinamicidade do processo de enfermagem, que embora seja descrito como contendo etapas diferentes, as mesmas se sobrepõem e ocorrem simultaneamente. E também porque permite mostrar a operacionalização do referencial teórico.

Data: mês de maio

Período: 15.00 às 19.45 hs

Local: Centro Obstétrico (C.O.)

Diário de campo da enfermeira	Fases do Processo	Conceitos do Referencial
-------------------------------	-------------------	--------------------------

Havia telefonado para o C.O., pela manhã, e haviam me informado que não tinha nenhuma parturiente internada, então resolvi ir na parte da tarde. Antes de ir para lá telefonei novamente para saber como estava o movimento, e a enfermeira me disse que havia internado uma gestante com bolsa róta, mas que não estava em trabalho de parto e não sabia se ia ganhar logo. Bem, como o meu objetivo era acompanhar a mulher e família durante todo o trabalho de parto fui para a maternidade, mas confesso que um

E (C)

pouco em dúvida se conseguiria acompanhá-los em todos os períodos do parto. A experiência dos dias anteriores me mostrou que tudo é muito imprevisível.

Cheguei no C.O. às 15.30 hs, olhei no quadro de pacientes e lá estava o nome de Lua, leito 2 do pré-parto, internada às 9 horas da manhã, GIII PII com bolsa róta, 4cm de dilatação, AU: 1/10', BCF 140 bpm.

Colhendo

SH (EI)

Período de Dilatação

Fui para o pré-parto e me aproximei dela, e tivemos o primeiro encontro. Naquele momento estava sozinha e perguntei-lhe se não tinha acompanhante, ela respondeu que o marido estava ali junto, e logo ele apareceu. Lua estava tranqüila e sorridente, me passou estar muito calma. Então resolvi falar do meu trabalho, os objetivos, e pedir para acompanhá-la durante o tempo que estivesse no C.O. No início senti que ela achou estranho alguém pedir para acompanhá-la, daí resolvi explicar que eu iria registrar tudo que acontecesse ali enquanto eu estava com ela, mas que o seu nome não apareceria em nenhum momento, e esta mesma pergunta eu fiz para o marido dela e eles responderam que não havia problema nenhum. Desta forma eu me senti mais tranqüila, pois eles haviam realmente entendido.

E (D)

SH (ET)

Ética

SH (ET)

Ética

E (D)

Resolvi então começar a fazer a entrevista a partir do roteiro elaborado. Logo no início senti que estavam faltando dados a serem coletados, e que também algumas das perguntas não estavam bem formuladas. O que me chamou atenção foi quando perguntei para ela sobre como gostaria de ser atendida ela logo

Colhendo

SH (ET)

H

referiu que já estivera internada anteriormente no hospital para inibir o trabalho de parto, e disse que gostaria de ser atendida como da outra vez, e relatou:

A (MI)

“ Da outra vez que estive aqui gostei muito, pois todos foram muito atenciosos, sempre estavam com a gente. Desde que eu cheguei no hospital a guardinha lá debaixo foi atenciosa e me levou até o elevador. Eu gostaria de ser atendida como da outra vez, todos foram muito queridos e me deram muita atenção, desde a enfermeira até a médica. Todos são muito atenciosos. Uma amiga minha já tinha falado que eles eram todos muito atenciosos.”

H
E (EC,C)
A (MO)

Quando lhe perguntei sobre o que acha que é um atendimento humanizado, ela fez menção que não sabia responder, depois ela disse:

Colhendo

E (D)

“... o importante é que todos são atenciosos e o marido pode ficar aqui com a gente, e é por isso que eu escolhi aqui.”

SH (ET,EN)
PNS (PF)
H

Neste momento senti que estas perguntas iniciais me dariam subsídios para poder planejar o cuidado, dentro do que ela esperava ser atendida.

**Analisando/
Sintetizando**

E (D, PA)

Em seguida perguntei-lhe se havia ido conhecer a sala de parto, então ela me respondeu que não, perguntei se gostaria de ir, ela me disse: “... não, eu já sei como é e se for agora eu ficarei nervosa pensando no sufoco da hora do parto...”, então perguntei para o marido e ele respondeu que a enfermeira já o tinha levado para conhecer. Resolvi não insistir.

Colhendo
**Analisando/
Sintetizando**
**Prescrevendo/
Realizando**
Evoluindo

SH (ET)
H
PNS (BE, PM)

Bem, neste momento chegou um acadêmico de medicina e disse para ela: agora vou colocar aquele “sorinho” que havia lhe falado antes, então eu logo

perguntei se ele havia pedido para alguém preparar e ele respondeu que ele mesmo iria fazer. Alguns minutos depois ele voltou com uma técnica de enfermagem do setor que tinha preparado o soro e iria ajudá-lo a instalar, e assim o fizeram. Senti que já havia uma interação anterior com ele, pois Lua ficou tranqüila durante todo o procedimento, apenas disse que na outra internação a veia tinha estourado.

E (C)

SH (EN)

Colhendo

E (C)

Analisando/**Sintetizando**

SH (EN)

PNS (BE)

Evoluindo

Dirigi-me ao posto de enfermagem e fui conversar com o acadêmico sobre o meu trabalho e que gostaria de acompanhar Lua e o marido, então ele respondeu que não havia problema, e que logo já estaria saindo do plantão. Em seguida também conversei com os obstétricas que estavam de plantão.

Ética

E (C)

Em seguida fui colher alguns dados no prontuário, então observei que já estava passando da hora de auscultar o BCF. Então resolvi fazê-lo, sendo que até a hora do parto realizei o controle de 30/30 minutos, assim como a dinâmica uterina, o controle dos sinais vitais, avaliação da dilatação e progressão do feto. Todos estavam dentro dos limites normais, não apresentando alterações. Enquanto realizava os cuidados sempre estava orientando, e resolvi perguntar como tinham sido os outros partos e ela referiu que foram rápidos e que chegava na maternidade e ganhava. E que cesariana era muito ruim por que depois doía muito. Foi quando me perguntou se eu ia ficar ali com ela até na hora de ela ganhar, e respondi que pretendia, só que não sabia prever que horas ela iria ganhar e se eu teria condições de ficar a noite toda se ela demorasse um pouco para ganhar. Então ela me

SH (EI)

Colhendo**Analisando/****Sintetizando**

PNS (BE)

Prescrevendo/**Realizando**

E (D, EC, FC)

Evoluindo

PNS (BE, PM)

SH (ET, PA)

Colhendo

H

Analisando

Ética

SH (ET)

respondeu: “...eu acho que vou ganhar logo.”

No momento da ausculta fetal observei que ela já estava com algumas contrações, inclusive lhe perguntei se sabia por que a gente escutava antes/durante e após a contração, como ela não sabia eu lhe expliquei. Percebi que com o aumento das contrações ela começou a ficar mais inquieta e respirava bem profundamente na hora da contração, então lhe expliquei como fazer a respiração “cachorrinho” na hora da contração. No início ela teve um pouco de dificuldade para conseguir fazer, então resolvi demonstrar, e observei que ela começou a fazer melhor. Perguntei se ela se sentia melhor respirando desta forma na hora da contração, e ela respondeu que sim. Em todas as ausculta os batimentos cardíacos do feto permaneceram dentro dos limites normais, variando de 140 a 148 bpm, e sempre fazia questão de lhe dizer que os batimentos estavam bons. Em uma das vezes até fiz uma brincadeira que sempre costumo fazer na hora da ausculta fetal, com relação ao som “Tum! Tum!”, então falei que o bebê estava dizendo: Tô bem! Tô bem! E ela começou a rir.

Observei que as contrações já haviam aumentado e resolvi fazer uma dinâmica uterina, então lhe expliquei o que iria fazer e lhe perguntei se sabia por que devia ser feito. E ela falou: “...acho que é para ver se o bebê está empurrando para sair...”, então expliquei-lhe que a contração é que empurrava o bebê e dilatava o colo. Constatei que realmente as contrações haviam aumentado, estavam 4/10’(30”, 35”, 30”, 35”). Lua estava começando a ficar agitada e não conseguia fazer a respiração na hora da contração. Foi então que

	SH (ET,PA)
Colhendo	
Analisando/	PNS (BE, EM)
Sintetizando	
	SH (ET,PA)
	E (D, EC, FC)
Prescrevendo/	
Realizando	PNS (PM)
	H
Evoluindo	PNS (BE)
	SH (ET, PA)
Colhendo	E (D, EC, FC)
Analisando/	
Sintetizando	PNS (BE)
Prescrevendo/	
Realizando	
Evoluindo	PNS (BE)
	E (D, EC)
	SH (ET, PA)
Colhendo	
Analisando/	
Sintetizando	
Prescrevendo/	SH (ET)
Realizando	
	PNS (PM)
Colhendo	
	E (D, EC)
Evoluindo	

ela pediu-me para examiná-la, pois achava que já estava doendo muito e estava saindo muito liquido, e de repente já estava na hora do bebê nascer. Inicialmente fiquei um pouco em dúvida se iria lhe examinar pois eram 17hs e o soro havia sido instalado às 16hs e como estava com bolsa róta o toque era proscrito, mas como ela só havia sido examinada pela manhã, eu resolvi fazer um toque. Estava com 5cm, colo grosso- médio, plano -2 de De Lee. Falei para ela e vi que ela ficou um pouco decepcionada, e me disse: "...só aumentou 1cm...", e perguntou com quantos dedos de dilatação ganhava. Expliquei para ela que era com 10cm e ficou mais decepcionada ainda, falando que só estava na metade ainda. Passei a explicar que não era só a dilatação que importava, mas também a descida do bebê, o afinamento do colo também. Neste momento aproveitei para reforçar a importância da deambulação e de ficar sentada para que o bebê descesse mais rápido. Então ela resolveu ficar sentada.

Neste momento chegou uma acadêmica de medicina e Lua logo a reconheceu, e me disse é essa médica que cuidou de mim na outra vez que eu falei para a senhora, então ela falou: "...Dra agora estou aqui para ganhar, e as minhas colegas de quarto ainda estão lá?" A acadêmica falou que uma delas estava e que iria lá dizer que ela estava internada. Depois de um tempo voltou para dizer-lhe que a ex-companheira de quarto não estava mais.

Aproveitei que Lua estava de pé para trocar a roupa de cama, a sua camisola e o forro perineal, que estavam molhados, devido a perda de liquido

	H
	PNS (BE, EM)
Colhendo	
	E (EC, FC)
Analizando/	SH (ET,PA)
Sintetizando	A (MI)
Prescrevendo/	
	PNS (PM)
Realizando	SH (PA)
Colhendo	E (D, EC, FC)
Evoluindo	H
Colhendo	
Analizando/	
Sintetizando	PNS(EM,PM)
Prescrevendo/	
Realizando	E (C)
Evoluindo	
	SH (EN)
	A (MO)
	H
	PNS (BE)
	A (MO)
Colhendo	E (C)
Analizando/	
Sintetizando	
Prescrevendo/	SH (EN)
Realizando	PNS (BE)

amniótico.

Logo em seguida chegaram os dois obstetras, que estavam de plantão, e me perguntaram como ela estava e disseram que estavam indo fazer uma cesárea de uma paciente que estava internada. Eu passei os dados da última avaliação e disse que estava bem e que achava que iria evoluir bem.

Em todos os momentos, me chamou atenção que o marido quase não se manifestava, de vez em quando pegava na mão dela, mas não questionava nada e falava quase nada, então resolvi dizer para ele que se tivesse alguma dúvida ou quisesse falar alguma coisa era para ficar à vontade. Ele disse que estava tudo bem, e o que estava sendo feito era preciso.

Perguntei para Lua quando ela tinha comido pela última vez, ela falou que foi pela manhã, mas não estava com muita fome, mas sim com sede. Fui buscar um pouco de água (1/2 copo de cafezinho), orientei para que ela tomasse devagar e molhasse bem a boca, pois não podia lhe dar em grande quantidade. Expliquei que se precisasse tomar anestesia, por exemplo em caso de cesárea, tinha que estar em jejum, mas que aquela quantidade não teria problema. Então eu lhe falei brincando, faz de conta que é um copo bem grande e toma devagar, aí ela me disse: "... esta água está tão boa, bem geladinha..."

Comecei a perceber que a relação com ela estava estabelecida, quando ela disse: "...eu acho que vou ganhar logo e você vai estar aqui na hora do parto." Naquele momento eu pensei, mesmo que ela ganhe bem tarde eu ficarei acompanhando-a, mesmo me sentindo

PNS (PF)

**Analisando/
Sintetizando
Evoluindo** E (D, EC, C)
SH (ET)

Colhendo

**Analisando/
Sintetizando
Prescrevendo/
Realizando
Evoluindo** SH (ET, PA)
E (D, EC)
PNS (BE)
H
SH (PA)

Colhendo

**Analisando/
Sintetizando
Prescrevendo/
Realizando** PNS (BE)
SH (ET)

Ética

Evoluindo E (D, EC)
H

Colhendo PNS (BE, PM)

**Analisando/
Sintetizando** SH (ET, PA)

Evoluindo E (D, EC, FC)

um pouco cansada.

PNS (BE, EM)

Cada vez que auscultava o BCF e fazia a dinâmica uterina, observava que as contrações estavam mais freqüentes. Eram 18hs e Lua pediu-me para examiná-la novamente, dizendo que queria ganhar logo, não estava mais agüentando tanta dor, então lhe expliquei novamente que não podia lhe examinar com muita freqüência, pois tinha risco de infecção e que não era bom. Foi então que ela disse, por que não fazem uma cesariana, pois eu quero fazer ligação e também já acaba com essa dor toda. Bem, neste momento me surpreendi, pois achava que ela estava conseguindo até o momento vivenciar de forma tranqüila o processo. Passei a lhe explicar os riscos de uma cirurgia e o marido também concordou e ela ficou um pouco mais calma. Também comecei a lhe fazer massagem na região lombar no momento da contração e ela disse que aliviava. Sugeri para que o marido fizesse, mas ela disse que não, então continuei a fazer.

Colhendo SH (ET, PA)

**Analisando/
Sintetizando** PNS (BE)

**Prescrevendo/
Realizando** E (D, EC, FC)

Colhendo PNS (PF)

H

Evoluindo SH (ET, PA)

**Analisando/
Sintetizando** E (D, EC, FC)
PNS (EM)

**Prescrevendo/
Realizando**

E (C)

Às 18.15hs ela disse que estava com vontade de fazer força e resolvi examiná-la. Estava com 6-7 cm de dilatação, colo fino, plano 0 de De Lee. Quando lhe disse como estava, ela ficou mais animada, apesar de estar cansada e referir que não agüentava mais a dor. Continuei a encorajá-la, orientar a respiração e estimular para ficar sentada. Fui na sala de lanche conversar com os médicos de plantão, comentei que estava evitando examinar Lua com freqüência, devido a bolsa róta, mas que achava que agora iria evoluir bem rápido. Eles concordaram, e disseram que se eu achasse necessário poderia realizar o toque vaginal,

Evoluindo SH (ET)

Colhendo
**Analisando/
Sintetizando** SH (ET, EN)
**Prescrevendo/
Realizando** PNS (PM)
E (D, EC, FC, C)
Evoluindo

pois ela não tinha sido examinada muitas vezes.

Voltei para perto de Lua, neste momento ela falava com o bebê para que ele nascesse logo. Quando me viu, pediu-me para examiná-la de novo e também para que eu falasse para os médicos fazerem alguma coisa para acabar tudo logo. Novamente orientei que não era bom fazer muito exame seguido, devido ao risco de infecção. Olhei o seu perineo ele não estava abaulando, por isso resolvi esperar um pouco para examiná-la. Perguntei o que ela achava que poderia ser feito para o bebê nascer logo e passar tudo como ela estava pedindo, então ela respondeu que não sabia. Conversei com ela, tentando explicar que nós não podíamos fazer nada naquele momento, a não ser aguardar a evolução da dilatação e descida do bebê, e que nós apenas estávamos esperando para “aparar” o bebê. Ela aceitou a explicação, mas ainda continuava muito tensa.

Às 18.35hs eu fiz outro toque, já estava apenas com um rebordo de colo anterior, em plano +2 de De Lee. Fui falar com o obstetra e lhe disse como estava e que achava que já devia ir para a mesa de parto, então ele falou para levar para mesa de parto vertical. Neste momento me dei conta de que eu não havia falado sobre este tipo de parto, pois ela não tinha ido conhecer a sala de parto também não cheguei a mostrar a mesa. Quando cheguei perto dela perguntei se ela gostaria de ganhar o bebê na “cadeira” de cócoras, sentada aos invés de deitada, então ela disse que se fosse melhor ela queria. Rapidamente a técnica de enfermagem foi levando-a para a sala, a meu pedido, e eu fui ajudar a paramentar seu marido.

PNS (PM, BE, EM)

H

SH (ET, PA)

Colhendo

Analisando/

Sintetizando

Prescrevendo/

Realizando

Colhendo

Evoluindo

E (D, EC)

PNS (BE)

Colhendo

Analisando/

Sintetizando

Prescrevendo/

Realizando

Evoluindo

A (MO)

E (D, EC, FC, C)

SH (ET, PA)

PNS (PM, BE)

H

Colhendo

Analisando/

Sintetizando

Prescrevendo/

Realizando

Evoluindo

E (C)

SH (EN)

PNS (PF)

Período Expulsivo

Logo estávamos na sala, e Lua já estava posicionada na cadeira de parto vertical.. Observei que ela estava um pouco tensa, mas fazia bastante força na hora da contração. Orientei o marido para ficar ao lado dela, pois tem “tablado” no qual a cadeira fica em cima, então o marido subiu e ficou ao lado dela. Enquanto o médico estava preparando o material de parto, Lua começou a fazer força, então eu disse para ele, após observar o abaulamento do períneo, que o bebê já estava nascendo. Foi só o tempo de colocar um campo esterilizado em baixo da nádega dela e naquela contração o bebê já nasceu, eram 18.55hs. Então eu lhe falei: “...que bom Lua, como foi rápido...” e ela respondeu: “...parece que fui no céu e voltei.” O bebê estava bem, apenas com uma máscara cianótica, mas logo chorou, e em seguida foi colocado pelo médico no colo de Lua.

Colhendo	SH (ET, EN)
Analisando/	
Sintetizando	E (D,EC, FC)
Prescrevendo/	A (MO, MI)
Realizando	PNS (BE, PF, EM, PM)
Evoluindo	
	E (EC, C)
	PNS (BE, EM, PM)
Colhendo	
Analisando/	
Sintetizando	E (EC)
Prescrevendo/	SH (ET, EN)
Realizando	PNS (BE, EM, PM)
Evoluindo	H
	SH (ET)
	E (D,EC)

Período de Dequitação

Notei que ela estava com uma expressão de cansaço e no início ficou meio “inerte”, e eu lhe falei: “...olha o teu bebê, segura, cuidado para não cair...”, pois senti que ela não estava ainda muito atenta para o bebê. No início o pai ficou meio de longe, parecia com “medo”, então eu falei: “...pode chegar perto e pegar no bebê”, foi então que o médico pinçou o cordão e entregou a tesoura para o pai cortá-lo. Naquele momento me emocionei, pela expressão de felicidade do pai, que fica difícil explicar, e por ver um profissional que não tinha esta conduta anteriormente, estar

	PNS (PF, BE)
Colhendo	
Analisando/	SH (EI, EN)
Sintetizando	
Prescrevendo/	A (MO)
Realizando	H
Evoluindo	
	E (C)
	A (MO)
	PNS (EM)
	SH (EN)

fazendo isso.

A neonatologista estava na sala e pediu para tirar o bebê para aquecer, pois estava com as extremidades frias, e começou a prestar os primeiros cuidados no berço aquecido que estava ao lado de Lua, com a acadêmica de medicina (aquela que já era conhecida de Lua). Enquanto isso, achei que ela estava mal posicionada na cadeira, tentei ajustá-la e perguntei se ela não estava desconfortável, mas ela disse que estava bem.

E (D,EC, FC)

Colhendo

H

Analisando/**Sintetizando**

PNS (BE)

Prescrevendo/**Realizando**

E (D,EC, FC)

SH (ET, PA, EI)

Evoluindo

E (C)

A (MO)

Período de Greenberg

Foi um parto sem episiotomia, não houve rotura perineal, a placenta dequitou fisiologicamente após 5 minutos da expulsão do feto. Logo após a saída da placenta fui verificar a sua pressão arterial, estava 14x9 mmHg, então lhe disse como estava. Seu útero estava contraído e o globo de segurança de Pinard formado. Nesta hora trocou o plantão e a circulante de sala não era mais a mesma, a que chegou já trouxe a maca e logo Lua passou da cadeira para a maca. O bebê continuava no berço aquecido, sendo examinado, e ela já estava saindo da sala. Então lhe expliquei que ela já ia para a sala de recuperação, enquanto terminavam de examinar o bebê, e que depois iam dar o banho.

Colhendo

H

Analisando/**Sintetizando**

PNS (PF)

Evoluindo**Colhendo****Analisando/****Sintetizando****Prescrevendo/****Realizando**

E (C)

Evoluindo

SH (ET)

PNS (BE, PM)

Colhendo

E (D, EC, FC)

Analisando/**Sintetizando**

H

Prescrevendo/**Realizando**

SH (PA)

PNS (PM)

Lua saiu da sala de parto com seu marido, estava com uma expressão de dor, dizia que estava ardendo no lugar que o bebê passou.

Chegando na sala de recuperação, era outra técnica de enfermagem que estava lá, então lhe disse para não

A (MO)

amamentar este também.

Sintetizando

Eram 19.40hs, como estava cansada resolvi ir embora. Expliquei para Lua e para o marido que o bebê logo viria, e em seguida iriam para o Alojamento Conjunto. Realizei algumas orientações sobre a importância do aleitamento precoce e estimei que colocasse o bebê para mamar, quando chegasse. Ela me agradeceu por ter ficado com ela, e eu disse que no outro dia voltaria para vê-la no A.C. Deixei o setor as 19.45hs, após ter realizado os registros no prontuário, além de ter passado todas as informações sobre Lua para a enfermeira e para a técnica de enfermagem que ficou na sala de recuperação.

SH (ET)

PNS (BE)

E (D, EC)

Evoluindo

Dia seguinte

Período: 10.00 às 12.00hs

Local: Alojamento Conjunto (A.C.)

Primeiro Dia Pós-Parto

Retornei à maternidade às 10.00hs para visitar Lua e realizar a segunda etapa da entrevista, sobre os dados relativos a percepção do atendimento recebido. Fui conversar com a psicóloga sobre o meu trabalho e lhe pedir para realizar a entrevista, uma vez que eu havia planejado que se eu fosse perguntar estaria influenciando a resposta. Neste momento chegou uma colega do mestrado que também estava realizando sua prática assistencial na maternidade, ficando acordado que eu procuraria por ela ou pela psicóloga para realizarem esta etapa.

PNS(EM,PM)

E (D, EC)

SH (EI, PA)

A (MO)

E (D, EC, FC)

Esta primeira entrevista foi a minha colega quem

fez. Quando ela retornou, achei que os registros não estavam tão detalhados, então pensei que seria melhor que as próximas fossem gravadas.

SH (ET, PA)

E (EC,FC,C)

A seguir fui para o alojamento conjunto para ver Lua. Quando cheguei no quarto ela estava deitada e o bebê estava no berço ao seu lado. Perguntei como ela estava, ela me disse que estava bem e logo falou: “Obrigado pela força de ontem, até o meu marido falou que gostou muito de você...”. Começamos a conversar sobre a experiência no C.O., então ela mencionou várias vezes que o difícil era a dor antes do parto, e disse: “... na hora do parto, naquela mesa, foi só abrir a perna e fazer uma força eu o bebê já nasceu, foi muito fácil.” (estava se referindo a cadeira de parto vertical). Então perguntei que horas ela havia chegado no AC, ela me disse que foi logo depois que eu fui embora, lá pelas 9.00hs da noite. Perguntei se o bebê mamou lá no C.O., e ela disse que sim e hoje pela manhã também.

Colhendo

PNS (BE,EM, PF)

SH (ET, PA)

E (D, EC, FC)

PNS (BE,EM, PM)

Colhendo

H

Analizando/**Sintetizando**

SH (ET,PA)

E (D, EC)

Colhendo

PNS (BE, PM)

SH (ET, PA)

PNS (EM,PM)

Perguntei sobre como foi lá no pré-parto ontem, e ela começou a dizer que se não tivessem colocado o soro de repente ela ainda não teria ganhado o bebê. Então, espontaneamente ela começou a falar sobre algumas orientações que eu havia dado e que lhe ajudaram.

SH (ET)

E (D,EC, C)

A (MO)

Com relação à massagem: “...quando você fazia aquela massagem nas costas na hora da dor, parece que tirava com a mão, o meu marido também fazia quando você não estava ali e pegava na minha mão e ajudava”

Colhendo

PNS (BE)

H

Analizando/**Sintetizando**

SH (ET)

E (D)

Com relação à respiração: “...sabe que aquele jeito

de respirar me ajudou, no começo foi difícil conseguir fazer, depois que consegui me alivia a dor.” Neste momento ela falou: “desculpa, naquela hora pedi cesariana, mas aquela dor é muito ruim, depois que passa, a gente não esquece nunca, parecia que eu queria entrar por aquele burquinho na parede.” Ela lembrou que havia pedido para fazer cesariana e me pediu desculpa, em seguida eu lhe disse que não tinha problema, mas que eu queria que ela entendesse que não tinha indicação, e por isso ontem eu insisti para que ela tentasse sentir a contração como uma coisa que facilitaria o nascimento do bebê. Então ela disse: “...é que aquela dor é terrível, mas depois passa tudo e a gente logo fica bem”.

Prescrevendo/**Realizando**

Ética

Evoluindo

SH (ET)

Colhendo

H

PNS (BE, EM)

Em seguida ela falou: “...aquilo de ficar sentada, eu acho que foi muito bom, até aliviava a dor, e senti que o bebê descia.” Acho que foi muito bom ter você ali o tempo todo, quero lhe agradecer muito. Eu também disse que agradecia por ela ter deixado eu acompanhá-la e reforcei novamente o sigilo do trabalho. Neste momento entrou uma aluna de enfermagem, da 3ª fase (bolsista do banco de leite), e Lua disse para ela: “...olha ela foi maravilhosa, cuidou de mim o tempo todo lá na sala de parto.” Então me apresentei para ela.

PNS (PM)

SH (ET)

Colhendo**Analisando/
Sintetizando**

Ética

Perguntei se ela havia feito a laqueadura que havia pedido para o médico, mas ela disse que desistiu, pois estava cansada e ia ter que tomar anestesia, mas que ela vai tomar um injeção para não ficar grávida, como o médico falou.

Colhendo

Ao despedir-me, ela agradeceu de novo e eu

também, e reforçei que esperava que o bebê e ela tivessem bastante saúde e que o bebê mamasse bastante. Sai do campo às 11.30hs. **Realizando SH (ET)**

CAPÍTULO V

ANALISANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

“Os limites da possibilidade do diálogo são os limites da consciência.”

(Martin Buber)

Ao iniciar a análise do referencial teórico, senti a necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre a filosofia do Diálogo de Martin Buber, que influenciou fortemente o trabalho de Paterson & Zderad. O interesse desse autor pela relação entre os seres humanos revela um profundo compromisso com a vida (Von Zuben, 1974).

Para Buber o homem não é um dado abstrato, mas uma realidade inserida concretamente no mundo, num contexto histórico. Ele é consciente do mundo de sua existência, é um ser aberto, dinâmico, é manifestação, é força que se projeta para além da sua condição de ente. O homem está em constante relação com os outros no mundo, sendo que neste mundo, ocorrem também a manifestação da intersubjetividade e a história dos homens (Sidekum, 1979).

Com o objetivo de apresentar esta análise de forma mais didática, discorrerei sobre os conceitos de **Ser Humano**, **Processo de Nascer Saudável**, **Enfermagem**, **Ambiente e Humanização**, separadamente, porém, gostaria de enfatizar que a utilização dos mesmos ocorreu de forma articulada. A inter-relação dos conceitos do referencial teórico e a sua implementação na prática assistencial, que serão apresentadas e discutidas nesta análise, podem ser visualizadas na figura 3 (página 155). No decorrer do texto, utilizarei as cores que já havia atribuído anteriormente a cada conceito (em negrito) e seus respectivos elementos (padrão normal) para uma melhor visualização.

5.1 - OS CONCEITOS DO REFERENCIAL TEÓRICO

SER HUMANO

Os seres humanos envolvidos neste estudo foram as mulheres/parturientes (**Lua**, **Terra**, **Mar** e **Sol**), a enfermeira, a família (marido), profissionais de saúde e acadêmicos de medicina, que de formas variáveis, participaram do processo do nascimento. Eles surgiram como seres únicos, que pedem ajuda e dão ajuda, possuidores de um mundo interior e vivendo num mundo de pessoas e coisas.

De acordo com Lafrey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall (1983), Paterson & Zderad consideram que o ser humano possui características especiais de relacionar-se, através da

relação EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS. Porém, estes aspectos são abordados pelas teóricas dentro do conceito de Enfermagem (diálogo), no qual o relacionamento é um dos seus componentes. Neste marco, optei por trabalhar estas características dentro do conceito de **ser humano**, considerando que segundo Paterson & Zderad (1988), os homens podem vir a ser mais através da relação Eu-Tu. Além disso, segundo Sidekum (1979), Buber considera o homem como um ser que está em constante relação com o outro, um ser-com-o-outro-no-mundo, a partir da qual tem realmente um significado:

“O homem se torna Eu na relação com o Tu. O face-a-face aparece e se desvanece, os eventos da relação se condensam e se dissimulam e é nesta alternância que a consciência do Eu se esclarece e aumenta cada vez mais.” (Buber, 1977, p. 32).

Para Buber, o Eu é relacional, assim não se pode falar em Eu sem mundo, sem Isso ou sem o Tu. O Eu se decide por uma ou por outra atitude, uma vez que é um fenômeno da relação Homem-mundo. O TU se oferece ao encontro e o Eu decide encontrá-lo. Se o outro for um objeto, o Tu não é senão um Isso, uma soma de qualidades, útil a um propósito realizável (Von Zuber, 1977).

Os relacionamentos que emergem no processo do nascimento não ocorrem apenas com a participação da enfermeira. Assim, além do relacionamento enfermeira x mulher/parturiente, enfermeira x família, enfermeira x profissionais da equipe, emergiram na prática assistencial os relacionamentos que envolveram mulher/parturiente x feto/bebê, família x mulher/parturiente, profissionais da equipe x mulher/parturiente e profissionais da equipe x família.

O relacionamento mulher/parturiente x feto durante o processo do nascimento foi observado em algumas situações. Observei que **Mar**, ao saber sobre o mecanismo de descida do feto durante o trabalho de parto, passou a conversar com seu bebê. Ela dizia: *...desce, Bruno, desce..*

“ A vida pré-natal das crianças é um puro vínculo natural, um afluxo de um para outro, uma inter-ação corporal na qual o horizonte vital

do ente em devir parece estar inscrito de um modo singular do ente que o carrega...” (Buber, 1977, p.28)

Na prática assistencial pude perceber que a relação (Eu-Tu) mulher/parturiente x marido muitas vezes era inibida pela presença da enfermeira, e conseqüentemente a participação ativa do marido no cuidado. Durante as contrações eu fazia massagem em **Lua**, na região lombar. Sugeri ao marido para que fizesse o mesmo, porém ela não quis. Quando realizei a visita no 1º dia pós-parto, ela relatou:

...quando você fazia aquela massagem nas costas na hora da dor, parecia que tirava com a mão, o meu marido também fazia quando você não estava ali...

Este relato levou-me a uma reflexão: Será que a família se sente, de certa forma, inibida no seu papel de cuidadora, quando o profissional de saúde está presente? Comecei a ficar mais atenta sobre esta questão, além disso, estimulei ainda mais a participação do marido nos cuidados e tentei proporcionar momentos de maior privacidade para ambos. Considero que a enfermeira deve ter a sensibilidade de identificar as situações em que deve se afastar fisicamente, a fim de promover momentos em que a mulher/parturiente e família possam experimentar as nuances do processo do nascimento sem que se sintam abandonados.

Como descrito por Paterson & Zderad, o ser humano interage através do corpo com o mundo dos seres humanos e coisas, afeta o mundo e é afetado por ele. Na experiência vivida com **Sol**, isto foi visível, pois várias vezes ela me pediu para retirar o soro, dizia que as contrações estavam muito fortes e que queria descansar. Eu explicava (processo de aprendizagem) que se retirasse o soro as contrações diminuiriam e a dilatação não evoluiria. Observei que as explicações já não lhe tranquilizavam, inclusive em alguns momentos tive dificuldade de auscultar os batimentos cardíacos do feto. A dor que estava sentindo no momento da contração estava interferindo na sua participação durante o processo. Neste momento percebi a manifestação do domínio do **Isso**, descrito por Buber (1977), no qual a vida do ser humano não se limita somente às atividades que tem algo por objeto. O homem percebe alguma coisa, experimenta alguma coisa, representa alguma coisa, quer alguma coisa, sente alguma coisa, e pensa em alguma coisa.

“O experimentador não participa do mundo: a experiência se realiza “nele” e não entre ele e o mundo (...) O mundo como experiência diz respeito à palavra princípio Eu-Isso” (Buber, 1977, p. 6).

Nesta trajetória, a relação Eu-Tu ocorreu de acordo como referem Paterson & Zderad, uma relação sujeito-sujeito, na qual o **ser humano** se envolve com o outro e está consciente da singularidade do outro, oferecendo-lhe presença autêntica. Sendo que os cuidados de enfermagem que aos nossos olhos parecem muitas vezes como rotineiros, mas que são indispensáveis para o *bem-estar* e o *estar melhor* da mulher e do feto que vivenciam o processo do nascimento, são momentos que proporcionam a aproximação com a cliente e família e o estabelecimento da relação Eu-Tu e Eu-Nós. Entretanto, para que isto ocorra, devemos estar “abertos” e disponíveis.

Para Buber, a relação Eu-Tu é uma relação de genuíno interesse pela pessoa com a qual estamos interagindo verdadeiramente como pessoa, valorizando a sua alteridade, ou seja, o reconhecimento da singularidade, sem que fique esquecida a relação e a humanidade, sendo que a pessoa é um fim em si mesma e não um meio para atingir um fim (Hycner, 1995).

A relação com o Tu acontece no mundo em que o homem vive. Nele acontece a relação intersubjetiva, na qual o sujeito se defronta com o outro e nesse confronto há uma realidade em que dois sujeitos convivem. O homem se torna Eu na relação com o Tu, e essa relação deve ser espontânea e autêntica (Sidekum, 1979).

“O Tu se apresenta a mim. Eu, porém, entro em uma relação imediata com ele. Assim, a relação é ao mesmo tempo, escolher e ser escolhido, passividade e atividade.”(Buber, 1977,p.89)

Para Paterson & Zderad (1988), a relação Eu-Tu descrita por Buber dá ênfase ao conhecimento da singularidade de cada ser, oferecendo presença autêntica ao outro e possibilitando a presença autêntica com o seu próprio Eu, mantendo a própria capacidade de questionar. Desta forma, os encontros ocorridos entre a enfermeira e a mulher/parturiente, a presença autêntica fez com que estes não se restringissem a simples realização de técnicas ou controles, mas para um estabelecimento da relação Eu-Tu. Várias

situações vividas me levaram a refletir sobre isto, entre elas, a do 1º dia após o parto, quando **Lua** falou: *Acho que foi muito bom ter você ali o tempo todo, quero lhe agradecer muito...*, e eu também agradei por ela Ter me deixado acompanhá-la. Sendo que em seguida disse para uma acadêmica de enfermagem que entrou no quarto: *...olha, ela foi maravilhosa, cuidou de mim o tempo todo na sala de parto...* Nesta situação, evidenciou-se o que referencia Simões (1995), de que a parturiente valoriza a assistência voltada para um “cuidar propriamente dito”, que esteja atento para a subjetividade.

O processo de aprendizagem que introduzi como um elemento do conceito do **ser humano**, apareceu constantemente e simultaneamente aos cuidados realizados, uma vez que as situações vivenciadas é que possibilitaram a sua concretização. Todavia, a enfermeira deve ter *sensibilidade* para conduzir este processo e permitir que a mulher escolha se quer participar ou não, reconhecendo a sua singularidade. Isto pode ser exemplificado numa situação vivida com **Lua** durante o período de dilatação. Perguntei-lhe se gostaria de conhecer a sala de parto, pois além de mostrar a área física também já pretendia realizar as orientações relativas ao período expulsivo, aos tipos de parto e primeiros cuidados com o bebê. E ela me respondeu: *...eu já sei como é, e se for lá agora eu ficarei nervosa pensando no sufoco da hora do parto.*

Neste momento, aceitei e não insisti, uma vez que para ela, conhecer a sala de parto, não iria contribuir de forma positiva para a sua vivência. De acordo com o pensamento de Buber, a relação Eu-Isso, instaura o mundo do conhecimento, da experiência, da utilização, do lugar, e da atitude objetivante. A atitude Eu-Isso é um aspecto necessário na vida humana. O problema só aparece quando ocorre a sua predominância e quando não conseguimos reconhecer o quanto ela é limitadora, passando a aplicá-la em situações que clamam por um encontro genuíno entre as pessoas, ou seja, uma relação Eu-Tu (Von Zuben, 1977 e Hycner, 1995).

Em outras situações, observei que o conhecimento acerca do que está acontecendo com o seu corpo e sobre o modo como está evoluindo o trabalho de parto é um agente facilitador para vivenciar o processo do nascimento, pois estimula a participação da mulher e lhe dá tranquilidade. Sendo que este é um elemento integrante do conceito **Processo de Nascer Saudável**. Quando **Terra** foi examinada e lhe foi explicado que a dilatação do colo havia progredido e já estava com 7/8 cm de dilatação, colo fino, a apresentação estava em plano -1, assim o bebê precisava descer um pouco mais. Após o exame ela espontaneamente

falou: ...*Então vou caminhar...* Em outro momento quando avaliava a dinâmica uterina de **Terra**, ela me disse: ...*agora está demorando a contração, pois estou deitada...* Quando terminei, ela falou: ... *agora vou sentar, pois dá mais contração.*

Neste estudo, a mulher/parturiente aparece como um **ser humano** capaz de refletir sobre suas ações na relação com a enfermeira. E a enfermeira, enquanto ser humano, se envolve na situação com o outro, compreende as sensações e as reações da mulher, informando a qualidade da sua presença. De acordo com Hycner (1995), o inter-humano manifesta-se na relação, diálogo entre as pessoas. Para Buber, o significado do inter-humano é encontrado neste diálogo, no *entre* que é vivido por ambos. Sendo que o *entre* se refere à esfera da qual todos participamos quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa. Isto pôde ser observado em alguns momentos da prática assistencial:

Sol: *Como estou sendo estúpida contigo, né? estás o tempo todo aqui comigo...*

Enfermeira: ...*não, eu entendo que este momento é assim, quero é que você se ajude bastante na hora do parto...*

Sol: *Desculpa...*

Enfermeira: ...*eu entendo o que você está passando...*

Na relação Eu-Tu, enfermeira x mulher/parturiente, também emergem as experiências vividas anteriormente, integrantes do mundo do Isso.

“O mundo como experiência diz respeito à palavra princípio EU-ISSO. A palavra princípio EU-TU fundamenta o mundo da relação”(Buber, 1977, p.6)

As experiências anteriores podem interferir na vivência atual, deste modo, devem ser valorizadas e contextualizadas para a situação atual, como aconteceu com **Sol**, que já tinha tido quatro partos normais, dentre eles um com apresentação pélvica.

Enfermeira: *Como foram os outros partos?*

Sol: *...foram rápidos, logo que chegava já ganhava, este está demorando.*

Enfermeira: *É que você internou por que rompeu a bolsa, quase não tinha contração, e com pouca contração demora para dilatar o colo do útero.*

Para Buber, o homem é essencialmente um ser-no-mundo. Ele é visto a partir da sua realidade, da sua experiência no mundo, sendo que a relevância desta experiência vivencial é um elemento primordial na sua filosofia (Sidekum, 1979).

De acordo com Paterson & Zderad (1988), o homem se relaciona com os outros, na relação Eu-Nós, possibilitando o fenômeno da comunidade, definida como duas ou mais pessoas lutando juntas por uma causa. Buber não utiliza a palavra princípio Eu-Nós, introduzida pelas teóricas, entretanto, considera o homem como um ser vivendo em comunidade.

“...a verdadeira comunidade não nasce do fato de que as pessoas têm sentimentos umas para com as outras (...), ela nasce de duas coisas: de estarem todos em relação viva e mútua com um centro vivo e de estarem uns aos outros em relação viva e recíproca.”(Buber, 1974, p.53)

Neste sentido, Sidekum (1979, p. 67), refere que o homem é compreendido como um existente, no mundo como outro, é essencialmente um ser com. O homem não está só em nenhum nível de sua existência, ele participa do projeto de existência do outro. *“O ser presente de outros, em minha existência, implica que meu ser-homem é um ser-por-outros. Ser-por-outros é uma característica essencial do ser humano.”* Sendo que este aspecto da condição humana foi levantado desde Kierkegaard, sendo tema fundamental dos filósofos existencialistas.

Inicialmente, considerei a comunidade formada pela família (marido), enfermeira e outros profissionais de saúde e acadêmicos de medicina. Entretanto, no decorrer da trajetória, observei que o feto/bebê, as outras mulheres/parturientes e seus maridos, que não faziam parte do estudo, também integravam a comunidade. Isto foi percebido em alguns momentos, entre eles, durante o trabalho de parto de Terra. Ela e o marido caminhavam

pelo corredor do pré-parto e conversavam com um outro casal que também estava em trabalho de parto. Quando me aproximei escutei que conversavam sobre as contrações, como estava a dilatação e sobre o efeito do soro, (ambas estavam com a infusão de soro glicosado e ocitocina). Neste momento, também compreendi que o **ambiente** é um facilitador desta relação Eu-Tu, entre mulheres/parturientes e maridos que vivenciam o processo do nascimento, possibilitando a troca de experiências.

A relação Eu-Nós foi considerada estabelecida quando os membros da comunidade se envolviam na vivência, no cuidado à mulher/parturiente. Nos momentos em que estavam envolvidos por exemplo: a enfermeira x mulher/parturiente x família, enfermeira x mulher/parturiente x profissional da equipe, mulher/parturiente x família x feto/bebê.

A enfermeira, enquanto presença autêntica, estimula a participação da comunidade, especialmente da família, no estabelecimento da relação Eu-Nós. Sendo que o envolvimento dos profissionais da equipe foi mais evidenciado no momento do período expulsivo, nas situações em que havia alguma intercorrência, isto é, quando o trabalho de parto não evoluía, tornando-se necessário uma mudança de conduta.

No caso de **Sol**, a relação Eu-Nós evidenciou-se no momento do período expulsivo. Enquanto ela fazia força, o médico obstetra começou a fazer assepsia do períneo e colocar os campos esterilizados, e explicava-lhe cada procedimento que realizava. Permaneci ao lado de **Sol** e de seu marido, estimulando-a a fazer força na hora da contração. Era um momento bastante tenso, pois seu feto estava em apresentação pélvica. O feto começou a descer, primeiro saiu a nádega e o resto do corpo foi deslizando à medida em que ela fazia força, o obstetra ajudou no momento da saída da cabeça, que ocorreu rapidamente.

A relação Eu-Isso proposta por Paterson & Zderad possui diferentes dimensões, ou seja, sujeito-objeto, na qual é possível obter-se algum conhecimento do sujeito (coleta de dados em prontuário ou através de informantes) , quando existe o relacionamento do **ser humano** com os objetos (materiais e equipamentos) e no relacionamento onde as pessoas são tratadas como objetos, ou apenas vistas como uma mera função. Por outro lado, também é descrita como a relação na qual a enfermeira conhece cientificamente o outro, ocorrendo um processo analítico. Esta última característica do relacionamento Eu-Isso é considerada pelas teóricas como a fase III do processo de enfermagem fenomenológica, na qual a

enfermeira e o paciente validam a relação Eu-Tu. É o momento de refletir, analisar, classificar, comparar, relacionar, interpretar, dar nome e categorizar.

Estes diferentes entendimentos da relação Eu-Isso foram de difícil operacionalização na prática assistencial, assim resolvi optar pela descrição da relação Eu-Isso como sujeito-objeto, relacionamento objetivante, e mundo da experiência.

A relação Eu-Isso, na qual a enfermeira busca conhecer os dados relativos aos antecedentes pessoais, familiares e obstétricos; os exames laboratoriais e/ou ultrassonográficos contidos no prontuário, ocorreu antes do primeiro encontro com **Sol**, **Mar**, **Terra** e **Lua**. Considero que isto facilitou o primeiro encontro e, posteriormente a relação Eu-Tu, uma vez que quando me aproximei de cada uma delas já conhecia um pouco da sua história obstétrica, podendo contextualizar a sua experiência, além de evitar a coleta repetida de dados.

De acordo com Buber (1977), o mundo do Isso é indispensável para a existência humana, é essencial na vida humana, todavia não pode ser o sustentáculo ontológico do interhumano. A atitude Eu-Isso é uma das atitudes do homem face ao mundo, que permite compreender as aquisições das atividades científicas e tecnológicas.

Paterson & Zderad (1988) explicam que tanto a enfermeira quanto o paciente podem considerar-se a si mesmos e aos outros como objeto e como sujeitos. Uma pessoa pode considerar ao relacionar-se com outra pessoa como um objeto, por exemplo, como uma mera função (“paciente”, “enfermeira”, “supervisora”...) ou como um caso clínico (“esquizofrênico”, “cardíaco”, “paciente terminal”...). Tais relações sujeito-objeto ou Eu-Isso diferem totalmente da relação sujeito-sujeito (Eu-Tu).

Neste estudo, esta relação Eu-Isso, sujeito como objeto, foi pouco evidenciada, ocorrendo em apenas algumas situações. Por exemplo, logo após o período de dequitação de **Lua** ocorreu uma troca de plantão, a circulante que entrou para acabar as atividades de sala não possuía nenhum conhecimento sobre ela e como não havia vivenciado a situação, estava ali apenas para executar uma atividade, exercendo uma função.

No caso de **Mar**, também pude observar esta relação quando uma acadêmica de medicina referiu que iria realizar um toque vaginal, pois estava acompanhando-a. Porém, eu estava a algumas horas com **Mar** e em nenhum momento algum havia percebido alguma interação entre elas. A concepção de acompanhar era apenas realizar o toque vaginal.

No decorrer da trajetória, observei que quando a atenção tanto da mulher/parturiente como da enfermeira não está voltada para a utilização dos equipamentos, mas sim para a relação Eu-Tu, eles não interferem na relação intersubjetiva entre a enfermeira x mulher. E em algumas vezes, na relação sujeito-objeto (Eu-Isso - mulher x equipamentos) ocorre uma familiaridade com o objeto, e a mulher passa a compará-lo com algo que faz parte do seu cotidiano. Este fato aconteceu com Sol, quando levei-a para conhecer a cadeira de parto vertical e expliquei-lhe como a mulher fica posicionada, ela falou: *...é igual patente, é só fazer força.*

Neste conceito, a enfermeira apareceu como um **ser humano** que dá mas que também precisa de ajuda. Em muitos momentos do processo do nascimento, principalmente quando a mulher/parturiente dizia estar cansada e que não agüentava mais a dor, sentia-me impotente. Por um lado, a minha experiência profissional me dizia que tudo estava ocorrendo dentro da “normalidade” considerada fisiológica, mas por outro, a singularidade da vivência e a imprevisibilidade deixavam-me em conflito. Nestes momentos, realizava cuidados que pudessem aliviar a dor da parturiente, tais como o banho, a massagem na região lombo-sacra, a orientação sobre a respiração e deambulação para diminuir o período de dilatação. São situações em que possuímos o papel fundamental de *estar com e fazer com* para alcançar o *bem-estar* e quem sabe o *estar melhor*.

O ser humano é o foco central do cuidado de Enfermagem, em virtude disso, aprofundar o conhecimento acerca dos seres humanos que vivenciam o processo do nascimento é fundamental. A partir desta compreensão, faz-se necessário refletir sobre como interagimos e nos relacionamos com a mulher/parturiente e família durante o processo do nascimento. As atitudes estão propiciando relações do tipo Eu-Tu, Eu-Isso e Eu-Nós? Quais delas estão prevalecendo? A partir deste questionamento, desejo evocar um *olhar atento* sobre o Eu, na dimensão pessoal e profissional, buscando respostas que contribuam para a compreensão do vivido, que permitam resignificar o entendimento de ser humano, com vistas para realmente prestar um cuidado sob a perspectiva da mulher e família que vivenciam o processo.

“...o mundo dialógico é o fundamento da existência do homem. A relação dialógica abre realmente caminho seguro para uma compreensão do Homem” (Sidekum, 1979).

PROCESSO DE NASCER SAUDÁVEL

Neste estudo, o processo do nascimento surgiu como um processo fisiológico, o qual teve a participação da família, entretanto, com situações limítrofes de saúde-doença, decorrentes de fatores adversos que emergiram durante o processo. **Terra** ficou em trabalho de parto até 8 cm de dilatação e **Mar** chegou a dilatação total, ambas experienciaram o período de dilatação, porém, intercorrências impediram a evolução e determinaram a indicação de uma cesareana, a fim de manter o *bem-estar* das mesmas e do feto. **Sol** e **Lua** tiveram parto normal, vivenciaram vários momentos de mal-estar, decorrentes da própria situação de trabalho de parto, mas através do cuidado recebido e também da valorização do potencial de cada uma delas, conseguiram um estado de estabilidade e momentos de *estar melhor*.

Paterson & Zderad (1988) referem que a enfermagem, como uma resposta humana, implica na valorização de algum potencial humano. Quando elaborei teoricamente o referencial teórico, não destaquei o potencial humano como um elemento que pudesse identificar. Entretanto, no decorrer do trabalho de campo, ele emergiu como um elemento constante durante a vivência do processo do nascimento, tornando-se evidente nas situações em que o *bem-estar* estava passando por momentos de instabilidade, os quais denominei de **mal estar**. O potencial humano passa a ser um elemento fundamental para a manutenção do *bem-estar* e também para se alcançar o *estar melhor*. É um elemento que está presente no **processo de nascer saudável**, é inerente ao **ser humano**, e que deve ser valorizado pela enfermeira e pelos demais membros da equipe de saúde (comunidade).

Segundo Laffey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall (1983), o *bem-estar* e o *estar melhor* são vistos por Paterson e Zderad como objetivo da enfermagem e como potencial visto no paciente. A enfermagem é um processo inter-humano. Enfermeira e paciente se relacionam numa situação compartilhada, ambos se dirigem para o *estar melhor* através do relacionamento inter-humano.

Este estudo mostrou que o *bem-estar* pode ser alcançado e mantido através da presença genuína, na relação Eu-Tu. Neste tipo de relação, segundo Buber, o mais importante é que o “Eu” esteja comprometido com o outro, enquanto indivíduo concreto, no face a face com o Eu. O relacionamento Eu-Tu reflete a atitude da vida real, do encontro, uma presença

num instante vivencial (Giles, 1975). E conseqüentemente, ocorre o *estar com* e o *fazer com*.

Paterson & Zderad (1979), consideram *estar com* e *fazer com* como elementos da estrutura da Enfermagem Humanística. São termos usados para definir a transação intersubjetiva entre paciente e enfermeira, na qual o paciente deve participar como sujeito ativo. Desta forma, no processo do nascimento, estes elementos caracterizaram-se pela presença ativa da enfermeira e participação da mulher no processo.

Cabe ressaltar que a presença ativa da enfermeira só acontece na relação intersubjetiva, na qual, segundo Buber, o sujeito se defronta de forma efetiva com o outro, e nesse confronto, há uma realidade em que os dois sujeitos convivem Sidekum (1979).

O depoimento de **Lua** no 1º dia pós-parto evidencia como o *bem-estar* pode ser alcançado durante o trabalho de parto:

...sabe que aquele jeito de respirar me ajudou, no começo foi difícil conseguir fazer, depois que consegui me aliviava a dor (...) aquilo de ficar sentada, acho que foi muito bom, até aliviava a dor, e senti que o bebê descia.

Este exemplo, entre outros que poderiam ser destacados, mostra também que a participação ativa da mulher no processo do nascimento ocorre quando ela está aberta para a vivência, sendo que o conhecimento (processo de aprendizagem) é um agente facilitador.

Neste estudo, as mulheres/parturientes relataram que o conhecimento sobre o processo do nascimento, adquirido antes da internação na maternidade, foram provenientes das experiências vividas anteriormente, da médica do pré-natal e das conversas informais com amigos. Entretanto, uma delas referiu não ter recebido informação nenhuma, apesar de todas terem realizado pré-natal.

Ouvi uns comentários das minhas amigas sobre ganhar o bebê de cócoras, dentro da água, uma técnica nova, nova não, antiga né. Lembro dos meus outros partos (Sol)

Ninguém me deu nenhuma informação sobre como é ganhar o bebê (Mar)

A médica do postinho falou alguma coisa sobre o atendimento,(...) também sobre o aleitamento, como a gente deve fazer (Lua)

A médica do pré-natal falou da força que tem que fazer (Terra)

Nas falas fica evidenciado a invisibilidade da enfermeira, o que tem sido constatado em vários trabalhos, entre eles o de Santos (1989), Falcón (1993) e Gualda (1993). Por outro lado, observamos que as informações recebidas são superficiais e não dão conta da subjetividade e singularidade do momento vivido. Neste sentido, reforça a idéia de que o cuidado à mulher/parturiente e família deve ser norteado pelo processo de aprendizagem, ou seja cuidando/orientando, possibilitando a participação ativa dos atores envolvidos no processo.

Gualda (1993) refere que a falta de conhecimento sobre as peculiaridades do processo e a falta de controle sobre os fatores intercorrentes originam o medo na mulher. Desta forma, as orientações dos profissionais e o relato de pessoas mais experientes são vistas como formas de apoio, e que de certa forma amenizam as preocupações e os medos, fazendo com que a mulher se sinta mais tranqüila, principalmente na primeira experiência.

Para Gomes (1996) o desconhecimento que a mulher possui sobre o seu próprio corpo e o que ocorrerá com ele no processo de gravidez e parturição, assusta-a e a impede de participar, e conseqüentemente, ela não toma atitudes que facilitem a vivência.

Segundo Fromm (1980), a atividade é denominada de “não-alienada” quando o **ser humano** é sujeito da sua atividade, e a mesma é a expressão dos poderes humanos. Assim, durante o processo do nascimento, esta atividade foi intermediada pelo processo de aprendizagem, que foi constante em cada ação integrante do cuidado, possibilitando e estimulando a participação da mulher/parturiente e do seu marido.

À medida em que compartilhamos o saber profissional, passamos a nos aproximar, nos colocamos de forma mais igualitária, e permitimos que os seres humanos que vivenciam o processo possam compreender melhor a experiência parturitiva. Conseqüentemente, tornam-se atores principais, o que pôde ser observado quando se envolviam, estavam atentos e participavam dos cuidados realizados. Além disso, como refere Queiroz (1996, p. 101):

“...quando a mulher participa, compreendendo todo o trabalho de parto, ela é uma verdadeira aliada dos profissionais que a estão assistindo, pois sabe informar alguns sinais e sintomas importantes, assim como reconhecer até mesmo anormalidades.”

A participação da mulher/parturiente e família foi observada em vários momentos durante o trabalho de parto de **Terra**. Por exemplo, quando ela solicitava que o seu marido realizasse a massagem na região lombo sacra, e na maneira como ele permanecia atento ao ritmo dos batimentos cardíacos do feto. Numa das auscultações que realizei ele comentou: *...agora parece que está diferente, está mais devagar*. Em outro momento cheguei no pré-parto e ele me disse: *...agora ela está com 3 contrações em 10 minutos, de 55 segundos*.

No período de dilatação estimei **Terra** para que fosse caminhar, então o marido ajudou segurando a bomba de infusão e empurrando o suporte de soro. De repente disparou o alarme da bomba e apareceu escrito no painel de controle que o volume de infusão estava acima do máximo. Ela leu e, logo me disse: *...ai não, se não as minhas contrações vão aumentar muito*. Neste momento, evidencia-se a importância da relação Eu-Isso. No pensamento de Buber, o mundo do Isso é indispensável para a existência humana. A atitude Eu-Isso não pode ser considerada como algo negativo, pois é uma das atitudes do homem face ao mundo, pela qual podemos compreender o uso da tecnologia (Von Zuben, 1977).

A detenção do conhecimento, por mais simples que pareça, sob o ponto de vista do profissional de saúde, pode gerar situações de extrema ansiedade no ser humano que está experienciando o mundo do hospital. Compartilhar o conhecimento, não subjugando a necessidade de compreensão sobre o processo vivenciado, deve ser uma atitude integrante do cuidado, objetivando torná-lo um participante ativo.

O uso da tecnologia durante o processo do nascimento pode se tornar inapropriada, quando deixamos que interfira na relação Eu-Tu, ou seja, quando a relação Eu-Isso a sobrepõe. Na medida em que a supervalorizamos, em detrimento ao *estar com*, ela acaba distanciando o profissional de saúde da mulher/parturiente. Neste sentido, a sensibilidade do profissional de saúde em conduzir a forma de utilização da tecnologia é fundamental para que ela se transforme numa fonte de aproximação e envolvimento da equipe no cuidado. No meu primeiro encontro com **Sol**, ela estava no pré-parto sozinha, realizando uma cardiocardiografia, entretanto, não estava sendo registrado o traçado dos batimentos

cardíacos fetais, pois quem havia instalado o monitor não acionou o botão para registro. Como se manteve afastado e também não explicou o objetivo do exame, tanto Sol como o profissional, neste caso, uma acadêmica de medicina, não identificaram o ocorrido.

A saúde, descrita por Paterson & Zderad, não apenas como a ausência de doença, mas um processo de estar envolvido a cada instante, foi observada nos momentos em que a mulher/parturiente e família passam a ser co-responsáveis pelo *bem-estar*. A participação aparece como uma possibilidade de *fazer com*, elemento que compõe o conceito de **enfermagem**.

No *bem-estar* estão envolvidos o feto, a mulher/parturiente e a família. O *bem-estar* do feto está diretamente relacionado ao *bem-estar* da mulher/parturiente, sendo que alterações orgânicas podem alterar a sua estabilidade. Portanto os controles (ausculta fetal, dinâmica uterina, controle dos sinais vitais, etc) realizados durante o trabalho de parto são imprescindíveis para a manutenção do *bem-estar*, para detectarem precocemente o *mal-estar* e promoverem o *estar melhor*. Entretanto, a prática assistencial mostrou-me que eles podem ser realizados com a participação da mulher e do marido através do processo de aprendizagem. Quando realizava o controle dos batimentos cardíacos do feto de Sol, o marido estava com uma expressão de preocupação, e em seguida perguntou-me: *...é assim rápido?* Respondi que sim, e lhe falei dos valores considerados normais, e ele disse: *...é quase o dobro da gente...* Observei que o mesmo ficou mais tranquilo depois da orientação recebida.

O *bem-estar* da família, que neste estudo foi o marido, também precisa ser foco de atenção durante o processo do nascimento, uma vez que ela também possui preocupações, ansiedades e medos com relação à experiência vivida. Todos estes sentimentos estão diretamente relacionados ao *bem-estar* da mulher/parturiente. Desde minha chegada no Centro obstétrico notei que o marido de Mar estava ansioso. Aproveitei o momento em que ela estava no banho e lhe perguntei se estava tudo bem. Ele respondeu que estava um pouco nervoso. Indaguei se gostaria de fazer alguma pergunta sobre o que estava acontecendo e ele respondeu que não, mas achava que Mar estava com muita dor e queria que tudo passasse rápido. Passei a dar-lhe algumas orientações para tranquilizá-lo.

A família não pode ser ignorada durante este processo. A nossa atenção deve estar voltada tanto para a mulher/parturiente quanto para o seu acompanhante, e não podemos

achar que o acompanhante deve substituir a presença autêntica do profissional de saúde. Inclusive, cabe ressaltar que neste estudo, nenhum dos maridos participou do pré-natal, não tendo conhecimento prévio sobre o processo a ser vivenciado. Este aspecto é enfatizado por Klaus & Klaus (1993), quando eles referem que esperamos do pai um papel diferente, que se torne um especialista em ser pai. Na verdade ele deve participar da experiência, não é necessário que saiba previamente o que vai acontecer, o que deve fazer e como pode ser o melhor apoio. Incluir os pais no processo do parto cria uma maternidade centrada na família, na qual o profissional deve estar disponível para atender ao chamado do casal. Isto ficou muito claro quando o marido de **Terra**, no primeiro dia de pós-parto referiu:

...se não fosse a sua força, vi que a senhora deixou seus relatórios para ficar ali com a gente, foi muito bom. A paciente ali do lado ficou o tempo todo sozinha com o marido.

Segundo Laffey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall (1983), para Paterson & Zderad a preocupação da **enfermagem** não é apenas com o *bem-estar* do indivíduo, mas com o seu *estar melhor*, ajudando-o a tornar-se mais humanamente possível em sua situação particular de vida. Neste sentido, algumas medidas de conforto, que aos olhos do profissional de saúde parecem simples e rotineiras, são capazes de facilitar a vivência e proporcionar um *estar melhor*. Isto ficou evidenciado quando estava acompanhando o trabalho de parto de **Terra**. Observei que estava cansada, e já estava praticamente certo de que iria ser submetida a cesareana, pois o seu trabalho de parto não estava evoluindo como era esperado. Perguntei se gostaria de tomar um banho para relaxar, e ela gostou da idéia e acabou ficando mais ou menos 20 minutos no chuveiro deixando a água escorrer nas costas. Deixei-a com o marido e avisei que estaria ali por perto caso precisassem. Quando terminou o banho me chamaram e ela falou: *...até me sinto outra*.

Neste estudo, a relação Eu-Tu (enfermeira x mulher/parturiente) e a relação Eu-Nós (enfermeira x marido x mulher/parturiente, enfermeira x mulher x profissional de saúde) aparecem como fundamentais para o *bem-estar*.

O foco de atenção à mulher/parturiente não pode apenas estar voltado para a realização de uma técnica ou para detectar precocemente alguma alteração na evolução do trabalho e no *bem-estar* fetal, mas também na qualidade da vivência. Em contrapartida, o

conhecimento (processo de aprendizagem) acerca da situação a ser experienciada é um elemento essencial para o *bem-estar*, revelando-se em vários momentos da prática. Quando não estamos atentos a este aspecto, a relação Eu-Tu não existe, se transforma na relação Eu-Isso, que segundo Sidekum (1979), faz o homem penetrar no mundo da experiência, da separação, da utilização, e do relacionamento objetivante, que não é fonte de comunicação. Isto pode ser constatado no relato de **Mar** no 1º dia pós-parto sobre a realização da laqueadura:

Ah!, se eu soubesse que era tanta dor não tinha feito. Me botaram naquela mesa, eu não sabia onde ia ser cortada. Daí o médico disse que o certo era fazer anestesia geral, mas deu certo por que foi tudo de última hora, e então foi só local. Senti puxar uma trompa e depois a outra, mas o médico disse que era bem rápido e foi. Até ofereceram um banquinho para ele sentar e ele não aceitou e disse que era só sentar e levantar de tão rápido.

Outro relato de **Mar** revela como o *bem-estar* é alcançado na relação Eu-Nós, quando esta leva ao *estar com e fazer com*:

Enfermeira: ...e a experiência de ontem, antes de ganhar como foi?

Mar: *Achei muito cansativo, os outros foram bem diferentes, foram rápidos,. Mas o pessoal tá lá só para atender a gente o tempo todo. O meu marido tem experiência de outros hospitais em São Paulo, achou aqui muito bom. Eu até disse para ele que se continuar assim as outras maternidades vão cair, aqui é muito bom....*

O *mal-estar* é um elemento novo no conceito. Emergiu durante a trajetória vivida por **Terra, Mar, Sol e Lua**, nos momentos em que o processo era vivido como doloroso, quando a mulher tem preocupações com relação à evolução do trabalho de parto.

...naquela hora pedi cesariana, mas aquela dor é muito ruim, depois passa, a gente não esquece nunca. Pareci que eu ia entrar por aquele burquinho na parede (...) aquela dor é terrível, mas depois passa tudo e a gente fica bem. (Mar)

Nestas situações, o *mal-estar* pode ser transformado através da relação Eu-Tu, que possibilita o *estar com e fazer com*, fomentando o *bem-estar* e o *estar melhor*.

O processo do nascimento é cercado por dúvidas, medos e incertezas com relação a forma como se desenrolará o processo. Estes aspectos são referidos por diversos autores, entre eles, Maldonado, Nahoun & Dickstein (1990). Sol, já tinha tido quatro partos normais anteriores, porém a própria singularidade do processo ocasionava o seu *mal-estar*. Observei que estava chorando e me aproximei dela.

Enfermeira: *O que aconteceu, por que estás chorando?*

Sol: *...estou preocupada, pode acontecer alguma coisa para o bebê.*

Enfermeira: *O que você acha que pode acontecer?*

Sol: *...não sei, mas tá demorando, os outros não foram iguais, desde a meia noite e eu ainda não ganhei.*

De acordo com Simões (1995), a maneira como a mulher/parturiente se surpreende diante da singularidade de cada trabalho de parto, embora não o entendendo, compreende que uma experiência nunca será igual a outra. A autora infere que, desta forma, “...*emerge sua compreensão de que cada agora é um agora e que o ser humano está sempre sendo neste agora, os agoras nunca se repetem.*” (ibid., p. 68)

ENFERMAGEM

Para Paterson & Zderad (1988), a **enfermagem** é uma resposta a uma situação humana. Ocorre em determinadas situações: um **ser humano** necessita de um certo tipo de ajuda e o outro a proporciona. O significado da enfermagem como ato humano está no ato em si. Para entendê-lo é necessário considerar a **enfermagem** como um existente, um fenômeno ocorrendo no mundo real.

Os elementos da estrutura de **enfermagem** humanística são **seres humanos** (paciente e enfermeira) que se encontram (ser e vir a ser) com um objetivo definido (o *bem-estar* e o *estar melhor*) numa transação intersubjetiva (*estar com e fazer com*), ocorrendo no tempo

e espaço (medido e vivido pela enfermeira e paciente), num mundo de homens e coisas (ibid., 1988).

Para as teóricas, a **Enfermagem** implica num encontro especial entre pessoas humanas (paciente e enfermeira), portanto, não é meramente uma aproximação física. O fato de Paterson e Zderad terem sido influenciadas pelas idéias de Buber, para a construção da teoria, leva-me a rever as idéias deste filósofo sobre o significado do *encontro*. Para ele, o encontro é uma relação recíproca e imediata, é a relação intersubjetiva, que é instaurada pela palavra princípio **Eu-Tu**, na sua mais profunda originalidade. Buber reconhece o homem como um ser em diálogo, e cujo “estar-dois-em-recíproca-presença” se realiza no encontro com o outro (Hycner, 1995)

Durante a prática assistencial, os **seres humanos** envolvidos no *encontro*, que vivenciaram *estar com* e *fazer com* foram a enfermeira, a mulher/parturiente e a família (marido), numa transação intersubjetiva.

O *estar com*, como referem as teóricas, pode ser um “olhar silencioso”, uma presença física que garanta um certo grau de intersubjetividade. Na prática assistencial, isto ocorreu quando observava a mulher/parturiente e/ou a família, estando atenta às suas necessidades não expressadas verbalmente. Notei uma boa interação (relação Eu-Tu) de **Terra** com o marido, eles estavam caminhando, e quando ela deitava, ele permanecia o tempo todo segurando na sua mão. Tentei sempre que possível afastar-me entre um cuidado e outro, a fim de proporcionar maior privacidade para os dois.

Por outro lado, o *estar com* implica numa presença ativa da enfermeira, porém não se faz necessário a presença física, mas uma atenção voltada para o cuidado a mulher/parturiente e família. Em algumas situações eu não estava ao lado, mas a acessibilidade e disponibilidade a ajudar permitiu-me observar e atender ao chamado. No caso de **Sol**, em determinado momento deixei-a com o marido no pré-parto e fui para o posto de enfermagem, porém minha atenção estava voltada para ela, e enquanto conversava com o obstetra de plantão escutei-a fazendo força, indo logo examiná-la.

Paterson & Zderad (1988) consideram que é humanamente impossível a enfermeira estar integralmente presente com todas as pacientes, mas que a presença genuína é que dá significado à enfermagem. No desenvolvimento da prática assistencial pude vivenciar situações que me levaram a refletir sobre esta idéia das teóricas. Tive um pouco de

dificuldade em cuidar de apenas uma mulher/parturiente e família, no período em que estava no campo, logo envolvia-me com os cuidados com outras e na dinâmica do Centro Obstétrico. Algumas mulheres que eu não havia estado acompanhando toda a evolução do trabalho de parto, mas tinha realizado alguns cuidados, agradeceram-me a atenção.

As situações de distância e aproximação levam-me a resgatar o pensamento de Buber, pois o autor considera que os relacionamentos Eu-Tu e Eu-Isso fazem parte da vida humana, toda troca humana tem estas duas dimensões, que podem ser simultâneas. No entanto, o diálogo genuíno somente ocorre quando duas pessoas estão disponíveis para ir além da atitude Eu-Isso, valorizam e apreciam verdadeiramente a singularidade da outra. Isto significa estar disponível para reconhecer e entrar na esfera do *entre*, na qual estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa. O *entre* não é um fenômeno físico-objetivo, nem psicológico-subjetivo; é um fenômeno ontológico (Hycner, 1995).

O *entre* é um elemento constitutivo próprio da relação humana, é maior do que a soma de duas ou mais identidades individuais.

“Buber enfatiza que o caráter ontológico da existência requer: distância e relação. O interhumano é a esfera na qual estamos ao mesmo tempo separados e em relação(...) A existência sadia é todo aquele fugaz equilíbrio rítmico entre separação e relação” (ibid., 1995, p.26).

A enfermeira deve ter habilidade e sensibilidade para poder manter este equilíbrio entre separação e relação. O fenômeno da relação foi descrito por Buber através dos termos como diálogo, relação essencial e encontro. Encontro e relação possuem sentidos diferentes, pois o encontro é algo atual, um evento que ocorre atualmente. Por outro lado, a relação engloba o encontro, possibilita um encontro dialógico sempre novo. Neste sentido, o dialógico é a forma explicativa do fenômeno do inter-humano, que implica a presença no evento do encontro mútuo. Sendo que a presença significa presentificar e ser presentificado (Von Zuber, 1977).

A presença autêntica como forma de ajuda, é abordada por Simões (1995, p. 67), quando a autora refere que:

“A mulher aponta para a necessidade de compartilhar sua vivência, como forma de ajuda, de atenção, e isto é revelador, porque acreditamos que, ao chegar junto à parturiente para prestar cuidados ou orientações sobre o que acreditamos ser preciso e adequado, já estamos auxiliando e, na realidade, ela não executa as orientações recebidas, enquanto que se a aproximação for autêntica, envolvente não há necessidade de falar. A compreensão do outro ocorre e a parturiente compreende isto.”

A importância da presença autêntica, do *estar com*, foi explicitada pelos participantes deste estudo, a exemplo de **Mar**: *Obrigado pela força, você foi muito legal e me ajudou muito naquela hora, eu estava muito nervosa.*

Considero que o *estar com* é viável no dia-a-dia da prática assistencial, uma vez que os cuidados realizados para a prevenção ou detecção precoce de risco para a mulher/parturiente e para o feto, fazem com que ocorra a aproximação, a presença. Esta, na maioria das vezes não é contínua, entretanto é constante. Entretanto, devemos estar atentos para a qualidade da presença, e como refere O’Driscoll, *“...a mera presença física não é suficiente. A enfermeira deve compreender que a sua prioridade é fornecer amparo emocional, tão necessário neste momento crítico, e não apenas registrar sinais vitais de forma clínica e distante.”* (Klaus & Klaus, 1993, p.59) Desta forma, é necessário estar disponível, acessível e tornar a presença genuína, fazendo o diálogo, o *estar com* e o *fazer com* constantes na prática de **Enfermagem**.

Estes aspectos podem ser exemplificados nas várias situações vividas com **Terra**, **Sol**, **Mar** e **Lua**. Quando realizava a dinâmica uterina, constatei que **Terra** estava com apenas uma contração em 10 minutos. Passei a explicar que estava com pouca contração, e a estimular para que deambulasse, a fim de que as contrações se tornassem mais frequentes e o trabalho de parto evoluísse. Cheguei a citar alguns trabalhos de pesquisa que comprovaram que o período de dilatação das mulheres que deambulam têm uma menor duração.

O *estar com* é essencial para a mulher que vivencia o processo parturitivo. O trabalho de Simões (1995) mostra claramente que a mulher ao vivenciar o trabalho de parto aponta para a impessoalidade no tratamento que recebe dos profissionais de saúde. Cada um se aproxima para desenvolver as suas atividades, entretanto, não assume o compromisso de estar-junto-com-a-mulher-parturiente. Falcón (1993) observou durante a realização do seu

trabalho, que as enfermeiras permaneciam no setor somente quando desenvolviam algum procedimento de enfermagem ou realizavam uma atividade administrativa, no entanto, não estabeleciam qualquer forma de comunicação com a parturiente.

Segundo Paterson & Zderad (1988), *estar com* num sentido mais amplo requer fixar a atenção no paciente, estar aberto para o aqui e agora da situação compartilhada, e comunicar a disponibilidade. Como arte clínica, a **Enfermagem** implica *estar com e fazer com*, e o paciente deve participar como sujeito ativo para fazer real sua possibilidade.

No decorrer da trajetória com **Lua, Terra, Sol e Mar**, o *fazer com* ocorreu quando realizava os cuidados e possibilitava que a mulher/parturiente e a família participassem, não como um “fazer” que envolvesse apenas uma ação física, o ato de fazer em si. O *fazer com* foi vivenciado no compartilhar conhecimento, finalidade e necessidade do cuidado, estimulando a participação da mulher/parturiente e família. Desta forma, o *fazer com* está condicionado ao processo de aprendizagem que possibilita o *bem-estar* e o *estar melhor*.

Quando estava acompanhando **Lua**, ela solicitou para que eu a examinasse com frequência e para fazer alguma coisa para que o trabalho de parto evoluísse rápido. Orientei sobre o risco de infecção e perguntei o que achava que poderia ser feito para o bebê nascer logo e passar tudo como estava pedindo, e ela respondeu que não sabia. Expliquei novamente que se deambulasse, facilitaria a descida do bebê e a evolução da dilatação. Após 30 minutos, **Lua** foi para a sala de parto.

A **enfermagem** é um diálogo vivo, uma forma particular de relação intersubjetiva, onde a outra pessoa é vista como um indivíduo distinto e único. O termo diálogo também implica comunicação, não em termos apenas de enviar e receber mensagens verbais e não verbais, mas em termos de chamado e resposta. A enfermagem então é um tipo especial de encontro entre seres humanos onde ocorre o chamado e a resposta com fins determinados. Neste domínio é compartilhado por outros profissionais da saúde, tendo como meta o *bem-estar* e o *estar melhor*. Envolvidos neste diálogo estão o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta (Paterson & Zderad, 1988).

Na prática assistencial, estes elementos do diálogo aparecem de forma simultânea, estão interligados. O encontro ocorre com uma finalidade, o relacionamento (Eu-Tu, Eu-Isso e Eu-Nós) ocorre neste encontro entre seres humanos, a presença é estar aberta e ser acessível, o chamado e a resposta ocorrem no encontro e na presença.

No dia em que estava acompanhando Sol, em determinado momento, havia afastado-me para ir ao Posto de Enfermagem, quando retornei para verificar os sinais vitais ocorreu o seguinte diálogo:

Sol: *...aumentou a contração, agora deu mais forte.*

Observei que ela estava com uma expressão de dor, mas estava querendo que a contração aumentasse, pois sabia que assim, o trabalho de parto poderia evoluir.

Enfermeira: *Já te falaram sobre como respirar na hora da contração?*

Sol: *Não...*

Passei a explicar sobre a respiração superficial e rápida no momento da contração e, respiração profunda fora da contração. Reforcei que esta respiração é chamada cachorrinho cansado.

Sol: *Ah! Já ouvi falar neste cachorrinho cansado...*

Ao realizar uma ausculta do feto, iniciou uma contração. Notei que ela estava respirando como havia explicado. Em seguida, falou que a dor aliviava quando ficava pensando na forma de respirar.

Enquanto profissionais de saúde, devemos lembrar que a mulher/parturiente, na maioria das vezes não vivenciou, durante o pré-natal, momentos de diálogo, nos quais pudesse ocorrer um compartilhar conhecimentos entre ela e o profissional de saúde. Diante disso, temos que estar atentos para o fato de que a mulher pode estar tendo a primeira oportunidade de receber orientações e de expressar dúvidas sobre o processo do nascimento. Conforme Gomes (1996), apesar do momento do parto não ser o único para oferecer à mulher conhecimentos acerca de si mesma, esta é uma boa oportunidade para oferecer à mulher instrumentos que a permitam questionar e ser agente de suas ações.

Nogueira (1994) ressalta que nos serviços de pré-natal, a consulta médica possui um caráter essencialmente técnico. Não há lugar para a fala e para o questionamento das mulheres, sendo que as exceções ficam por conta das consultas de Enfermagem. Entretanto, observo em nossa realidade, que a atuação da enfermeira na assistência pré-natal ainda é restrita a algumas instituições.

Segundo as teóricas, o diálogo vivido entre enfermeira e paciente é influenciado pelos numerosos relacionamentos inter-humanos. Para a enfermeira estar genuinamente com o

paciente implica coexperienciar o mundo dele. Sua família, amigos, e outras pessoas significativas são uma parte muito real do seu mundo, quer estejam fisicamente presentes ou distantes. Assim, estar aberta ao paciente é estar aberta para ele como uma pessoa que se relaciona com outras pessoas.

O pensamento de Buber auxilia numa compreensão mais ampla do diálogo, uma vez que para este autor, o primordial é a relação, ou seja, o diálogo na atitude existencial do face-a-face. Considerando que as principais categorias da vida em diálogo são: palavra, relação, diálogo, reciprocidade como ação totalizadora, subjetividade, pessoa, responsabilidade, decisão-liberdade, e inter-humano (Von Zuben, 1977).

No Diálogo entre as pessoas, manifesta-se a dimensão do inter-humano. Assim, o significado do inter-humano é encontrado no diálogo entre duas pessoas, no *entre* que é vivido por ambos, é maior do que a soma total dos dois indivíduos. Tanto o individual quanto a relação estão contidos na esfera do *entre*. O dialógico ocorre na esfera do *entre* e é marcado por duas polaridades, o EU-TU e o EU-ISSO (Hycner, 1995).

Neste estudo a família presente, o marido, um ser único, também participou do diálogo. Enquanto realizava a dinâmica uterina e a ausculta fetal, observei que o marido de Terra estava atento ao ritmo dos batimentos cardíacos do feto, quando de repente ele comentou: “..*agora parece que está diferente, está mais devagar*” Expliquei sobre os valores normais e como pode variar dentro destes limites.

Em alguns momentos as pessoas da família que estavam distantes fisicamente também se fizeram presentes. Eu estava no pré-parto, o telefone tocou e uma técnica de enfermagem atendeu. Estavam perguntando por Sol, quando escutei que estava dando uma informação e já ia desligar o telefone. Perguntei ali mesmo do pré-parto quem estava solicitando informação. Era a cunhada de Sol, sendo que toda a família estava mandando um beijo. Foi então que ela me contou que seu pai estava de aniversário e que todos estavam torcendo para que o bebê nascesse naquele dia.

A família integra, juntamente com os profissionais de saúde e do serviço, a comunidade descrita por Paterson & Zderad. É no partilhar intersubjetivo, em comunidade, que os seres humanos são confortados e cuidados. Neste estudo, as outras mulheres/parturientes e acompanhantes, e acadêmicos de medicina, presentes no Centro Obstétrico, também integraram a comunidade, que esteve constantemente presente, influenciando a vivência da

mulher/parturiente. Todavia, a presença somente tornou-se genuína quando ocorreu o verdadeiro envolvimento no cuidado, através da relação Eu-Nós.

No período expulsivo, a comunidade esteve presente com mais frequência, devido a própria característica do momento, ou seja, é a fase considerada de *resolução*. Assim, os seus integrantes, mesmo os que não haviam estabelecido nenhuma relação anterior com a mulher/parturiente e família, se tornam presentes. Este é momento em que a equipe se mobiliza e volta sua atenção, é o “parto em si”. Infelizmente, muitos membros da equipe ainda não estão preocupados e interessados em acompanhar o processo, e com frequência observamos no dia a dia muitos profissionais e estudantes que tiveram pouco ou nenhum contato com a mulher/parturiente e família, entrando em “cena” somente neste momento. No caso de **Mar**, na hora em que estava na sala de parto, em período expulsivo, vários membros da equipe falavam ao mesmo tempo o que deveria fazer. Senti que ela não sabia a quem se dirigir.

Observei, no desenvolvimento da prática assistencial, que o *estar com e fazer com* também são influenciados pela comunidade. Para Buber, o homem é um ser que vive, em sua essência na comunidade, é compreendido como um ser-com-o-outro no mundo (Sidekum, 1979).

Terra estava com a dinâmica uterina muito irregular, conversei sobre o necessidade de conduzir o seu trabalho de parto com um soro com ocitocina. Perguntei se sabia alguma coisa sobre a sua ação, pois estava pensando em conversar com o obstetra sobre a necessidade de instalá-lo. Ela respondeu que tinha visto colocarem numa moça que estava no leito ao lado dela, e que se fosse para ganhar mais rápido o bebê, ela também queria.

Em algumas situações vivenciadas, envolvendo a enfermeira e a comunidade, emergiu um elemento que não havia sido destacado no conceito de Enfermagem, a **mediação**. Este se apresenta de forma significativa no desenvolvimento da prática quando aparece a comunidade envolvida no processo do nascimento.

Segundo Paterson & Zderad (1979), a enfermagem humanística se ocupa da *mediação* das enfermeiras com os semelhantes, os quais seriam o microcosmos da sua comunidade (pacientes, familiares de pacientes, colegas profissionais e outro pessoal do serviço de saúde).

A experiência vivida com **Mar** exemplifica esta forma de mediação com a comunidade. Após o nascimento, peguei seu bebê, levei-o para junto dela e perguntei-lhe se queria amamentá-lo. Como a sua resposta foi positiva, perguntei para o anestesista se ele poderia liberar um braço de **Mar** para que ela pudesse segurar o seu bebê. Ele respondeu que sim e soltou um dos seus braços que estava preso na tala. Permaneci ao seu lado ajudando-a a segurar o bebê e colocá-lo ao seio. Várias vezes um acadêmico de medicina se aproximou para pegar o bebê, pois queria examiná-lo. Então eu o interpelei e disse que o bebê estava bem e que poderia ficar com **Mar**; até fiz uma brincadeira e disse que se **Mar** deixasse ele poderia levá-lo. Ela logo respondeu: “...*deixa o bebê aqui comigo, não leva ele não.*” Ela acariciava e conversava com seu bebê. O acadêmico se afastou e mais tarde fui conversar com ele sobre a importância do contato precoce mãe x bebê e do aleitamento materno.

A forma como a atuação da enfermeira pode influenciar a atitude de outros profissionais no momento do nascimento é ressaltada no trabalho de Monteiro & Domingues (1997), quando as autoras inferem que os enfermeiros obstetras podem ter um papel fundamental na equipe de saúde para o resgate de uma prática menos intervencionista e mais humanizada.

AMBIENTE

Segundo Paterson & Zderad (1988), cada homem é inserido no mundo de homens e coisas através de seu corpo singular. Através dele, desenvolve o seu mundo privado pessoal e único, afeta o mundo e é afetado por ele. Quando as funções corporais se alteram durante a doença, o mundo e seu mundo mudam para ele. A enfermeira precisa considerar como o paciente vive o seu mundo de experiências.

As teóricas vêem a pessoa como realmente vivendo em dois mundos, o mundo interior e o mundo objetivo de pessoas e coisas (Laffrey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall, 1983).

Inicialmente, tive um pouco de dificuldade em compreender o real significado do mundo interior descrito pelas teóricas. Após um constante ir e vir na teoria e na prática, passei a entender este mundo interior como o mundo das experiências, da percepção e compreensão que a mulher tem sobre o vivido. Conforme Buber, o mundo das experiências é o mundo do Isso. Na palavra princípio Eu-Isso, realiza-se o princípio monológico do ser do homem, é

fundamento do relacionamento objetivante, não é fonte de comunicação, pois leva para dentro do seu íntimo, a força da separação (Sidekum, 1979).

“O contato originário do homem com o mundo do Isso implica a experiência que, sem cessar, constituía este mundo e a utilização que o conduz a seus múltiplos fins, visando a conservar, a facilitar, a equipar a vida humana. À medida em que se amplia o mundo do Isso, deve progredir também a capacidade de experimentar e utilizar.”
(Buber, 1977, p. 44)

Este mundo interior é inerente ao indivíduo, em alguns momentos é “realçado” e emerge nas relações Eu-Tu e Eu-Nós.

As experiências anteriores influenciam a vivência atual. Por vezes a enfermeira deve ter a sensibilidade de manter-se apenas como presença genuína, demonstrando a sua disponibilidade e acessibilidade. No dia que estava acompanhando Sol, havia me afastado por alguns minutos do pré-parto para atender outra parturiente. Quando retornei ela estava chorando.

Enfermeira: *O que foi, estás preocupada com alguma coisa?*

Sol: *...não, é coisa minha, no começo da gravidez me deu um tipo de depressão.*

Enfermeira: *Se eu puder te ajudar me diz!*

Sol: *...tudo bem.*(permaneceu em silêncio)

Considerando toda a singularidade da situação vivenciada, a aceitação do mundo interior do outro é essencial para uma verdadeira interação entre as pessoas como referem as teoristas.

O mundo objetivo de pessoas e coisas é o mundo que nos aparece como visível. Segundo Paterson & Zderad (1988), ao entrar numa unidade de cuidados de saúde, o paciente percebe-se como estando num mundo estrangeiro, de objetos estranhos. A enfermeira, por outro lado, pode experimentar os mesmos objetos completamente diferente. Assim, quando a enfermeira e pacientes compartilham uma situação, os objetos no mundo compartilhado têm diferentes significados para cada um deles. Os próprios objetos, bem

como as relações das pessoas com eles podem servir para aumentar ou inibir a transação intersubjetiva da enfermagem.

Além dos materiais e equipamentos, o efeito de determinados medicamentos também possui diferentes significados para a enfermeira e paciente. Isto foi evidenciado com **Sol**, que pediu algumas vezes para retirar o soro com ocitocina, apesar de ter recebido orientação sobre a função do medicamento, além de estar sendo explicado constantemente sobre a sua necessidade. Somente após ter observado a evolução do trabalho de parto, ela não pediu mais para que fosse retirado.

Este exemplo mostra que a percepção da enfermeira sobre o uso do medicamento é diferente da percepção da mulher/parturiente. Porém, com o objetivo de alcançar o *estar melhor*, que neste caso é a evolução do trabalho de parto, a enfermeira pode utilizar o processo de aprendizagem para que a mulher/parturiente compreenda a necessidade do procedimento, assim poderá aceitá-lo ou rejeitá-lo.

Neste estudo existiram poucas situações em que os objetos inibiram a relação intersubjetiva. Posso dizer que muitas vezes foram meios para estimular o diálogo da enfermeira com a mulher/parturiente, com família e com os profissionais de saúde.

No caso de **Sol**, o equipamento foi o mediador do primeiro encontro. Quando me aproximei dela pela primeira vez, no pré-parto, estava sendo realizada uma cardiocografia. Observei que o papel de registro não estava rodando. Este fato levou-me a procurar quem havia instalado o aparelho, e em seguida passei a orientar **Sol** sobre o ocorrido.

Os equipamentos são objetos estranhos para a família que acompanha a mulher/parturiente, que também precisa ser orientada sobre a função e o objetivo do uso de cada um deles. Isto foi evidenciado quando me aproximei de **Terra** com a bomba de infusão para instalar o soro com ocitocina. O seu marido ficou meio espantado com o aparelho e logo perguntou: “*O que é isso?*” Passei a explicar a sua função e vantagens do uso, a fim de tranquilizá-lo. Conhecendo o desconhecido, minimiza-se ou afasta-se o medo e a insegurança.

O esclarecimento sobre o uso, função e necessidade dos objetos e equipamentos, torna-se imprescindível quando realmente queremos que a mulher/parturiente e família participem do processo. Pois além de inibir a relação intersubjetiva, podem gerar ansiedade e medo

desnecessariamente. Lembro-me que no momento em que fui realizar a amniotomia, mostrei o rompedor de membranas para **Terra**, ela ficou um pouco assustada e logo perguntou: “...vai doer?” Em seguida expliquei como faria e que não doeria e o procedimento foi realizado com tranquilidade.

A própria área física do **ambiente** foi observada neste estudo como facilitadora do fenômeno de comunidade, pois permitiu o relacionamento da mulher/parturiente e seu marido com outras mulheres/parturientes e acompanhante, permitindo a troca de experiências. A localização do posto de enfermagem proporciona à enfermeira uma visão geral do funcionamento da unidade ao mesmo tempo em que está cuidando da mulher/parturiente e família no pré-parto.

As teoristas referem que a transação enfermeira x paciente ocorre dentro de um meio intra e interdisciplinar. Considero que existe uma tendência, uma perspectiva interdisciplinar na equipe multiprofissional, porém não posso afirmar que o meio é interdisciplinar. Refletindo sobre o vivido, posso afirmar que o meio multiprofissional está imbuído de atitudes interdisciplinares. E que estas facilitam o relacionamento Eu-Tu e Eu-Nós (enfermeira x equipe de saúde, enfermeira x mulher/parturiente e equipe de saúde).

Paterson & Zderad referem que uma pessoa sente-se mais confortável em um particular espaço sobre o tempo e frequentemente começa a assumir um senso de propriedade, isto é, se sente como se fizesse parte do **ambiente** e o ambiente fizesse parte dela (Laffey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall, 1983).

Vários trabalhos, em obstetrícia, apontam a importância do conhecimento prévio do **ambiente**, especialmente o Centro Obstétrico, para que a mulher se sinta mais segura, menos ansiosa no momento do parto, entre eles, o de Santos & Custódio (1997). No entanto, muitas mulheres não têm a oportunidade de participarem de visitas à maternidade, durante a gestação. Assim, em algumas maternidades, tornou-se rotina mostrar a área física, especialmente a sala de parto, no momento da internação.

Neste estudo, observei que as experiências anteriores influenciam na vontade das mulheres/parturientes em conhecerem o **ambiente**. Desta forma, uma rotina que muitas vezes é instituída como facilitadora, na visão profissional, pode ser geradora de ansiedade. Comecei a refletir sobre isto quando **Lua** me disse que não gostaria de conhecer a sala de parto, pois já sabia como era e se fosse ficaria nervosa. Neste momento emerge novamente

a questão da singularidade, pois **Mar**, **Terra** e **Sol** expressaram vontade em conhecer a sala de parto, inclusive foi um momento em que expressaram dúvidas sobre o parto e cuidados com o recém-nascido no pós-parto.

De acordo com as teóricas, o tempo é vivenciado no mundo real não somente como um tempo medido, mas como um tempo vivido pelo paciente e enfermeira nos seus respectivos mundos privados (Laffey & Brouse apud Fitzpatrick & Whall, 1983).

No decorrer do trabalho de parto de **Sol**, ficou notório como o tempo vivenciado pela enfermeira e mulher/parturiente é completamente diferente. Ela havia sido internada às 00.05 hs devido a rotura de membranas, mas sem atividade uterina, e com 3 cm de dilatação. Eram 13.00 hs e a dilatação do colo uterino havia evoluído para 9 cm, sendo considerada uma boa evolução dentro dos parâmetros esperados, levando em consideração o seu quadro no momento da internação. No entanto, ela estava preocupada, achava que estava demorando muito, e que poderia acontecer alguma coisa com o bebê, apesar de estar sendo constantemente orientada sobre a evolução do trabalho de parto.

Este aspecto tem sido observado em alguns trabalhos que tem como objetivo apreender como a mulher vivencia o trabalho de parto. Simões (1995, p.60), refere que:

“...a mulher, em seu modo-de-ser-parturiente expressa uma vagarosidade no tempo, que, na realidade, não é observado pelos profissionais que a atendem. No custar a passar o tempo, aponta para um agora-presente, ‘observa’ a temporalidade de forma ontológica, enganjada, mergulha neste tempo e se surpreende diante disto.”

HUMANIZAÇÃO

Ao elaborar teoricamente o conceito de **humanização**, utilizei alguns elementos que faziam parte dos conceitos de **Enfermagem**, **Processo de Nascer Saudável**, **Ambiente e Ser Humano**. Ao apresentar a inter-relação dos conceitos (ver figura 1, p.73), visualizava **Humanização** como o conceito central do referencial teórico. Naquele momento, já vislumbrava a **Humanização** como uma consequência das atitudes tomadas pela enfermeira e pelos demais membros da equipe de saúde, não podendo estar *descolada* das ações

envolvidas no cuidado. Entretanto, durante o desenvolvimento da prática assistencial, e posteriormente na análise dos dados, constatei que o conceito de **Humanização** desloca-se do centro do referencial teórico, para envolver os demais conceitos, passando o **Ser Humano** a ocupar o seu lugar.

O ser humano possui características especiais de relacionar-se, através das relações **Eu-Tu**, **Eu-Isso** e **Eu-Nós**. A humanização ou a desumanização do cuidado, durante o processo do nascimento, estão diretamente relacionadas à escolha e valorização do tipo de relação, ou seja, qual delas predominará e fará parte do cotidiano dos profissionais que compartilham o mundo da maternidade.

“A finalidade da relação é o seu próprio ser, ou seja, o contato com o Tu. Pois, no contato com cada Tu, toca-nos um sopro da vida eterna. Quem está na relação participa de uma atualidade, quer dizer, de um ser que não está unicamente fora dele. Toda atualidade é um agir do qual eu participo sem poder dele me apropriar. Onde não há participação não há atualidade. Onde há apropriação de si não há atualidade. A participação é tanto mais perfeita, quanto o contato do Tu é mais imediato.” (Buber, 1977, p. 73-74)

Na prática surgiram momentos que revelaram que a **humanização** está realmente nas pequenas ações, e estas tanto podem ser voltadas não só para a mulher como também para a família que vivencia o processo, permitindo que ambas sejam agentes ativos no processo. A exemplo do que aconteceu com **Lua**, quando o médico obstetra, pinçou o cordão umbilical e, em seguida, entregou a tesoura para o pai cortá-lo.

Os cuidados realizados como rotineiros, durante o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, no Centro Obstétrico, para a manutenção do *bem-estar*, e alcançar o *estar melhor* da mulher/parturiente e do feto, são momentos em que pode ocorrer uma interação entre a mulher/parturiente/família e o profissional, bastando estar disponível e com a atenção voltada para este objetivo. A exemplo da dinâmica uterina, que dura 10 minutos, assim como outros cuidados, que são realizados inclusive com mais frequência, como verificação de sinais e ausculta dos batimentos cardíacos do feto, podem ser momentos valiosos para que ocorra a aproximação, o diálogo, a presença “genuína” da enfermeira ou de outro profissional da equipe de saúde.

Vale resgatar o pensamento de Paterson & Zderad (1979), quando inferem que na relação enfermeira-paciente, a vulnerabilidade do paciente é reconhecida, a disponibilidade é um modo de ajuda, e a acessibilidade é uma qualidade que caracteriza o diálogo da enfermagem humanística

Alguns estudos, como o de Amorim (1987), têm mostrado que muitas vezes o enfermeiro não tem estado atento a esta forma de diálogo, transformando o encontro (enfermeira-mulher/parturiente) em algo rotineiro e trivial. A autora considerou em seu trabalho, como princípio de humanização, o esclarecimento à parturiente sobre os procedimentos realizados pelo enfermeiro, entre eles a dinâmica uterina, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, e a verificação dos sinais vitais. Constatou inclusive, que este último era o que tinha menor índice de conhecimento por parte dos enfermeiros. Isto nos faz refletir sobre o que muitas vezes é considerado como rotineiro para o profissional, pode ser desconhecido para a mulher/parturiente, exacerbando medos e ansiedades, o que poderia ser evitado através do diálogo e do *fazer com*.

Quando defini a **humanização** como uma atitude de compreensão da experiência vivenciada pelo ser humano pensei apenas na direção do profissional para a mulher/parturiente. Porém, existem situações durante o processo do nascimento que por si só são desumanizantes, e que também necessitam da compreensão da mulher sobre a evolução do processo. Para amenizar este momento, é imprescindível o *estar com e fazer com*, que são elementos fundamentais do conceito de enfermagem, para que ocorra o *bem-estar*. O entendimento da mulher, o processo de aprendizagem, sobre o momento vivenciado, ocorre na relação intersubjetiva (Eu-Tu) na qual, tanto a mulher quanto a enfermeira participam necessariamente dos acontecimentos, são interdependentes, mas também independentes, como referem Paterson & Zderad.

A forma como evoluiu o trabalho de parto de **Mar** levou-me a esta compreensão. Ela estava com dilatação total, foi levada para a mesa de parto normal, mas acabou em cesariana. Inicialmente o obstetra pensou em desproporção céfalo-pélvica, mas depois diagnosticou uma distócia de rotação. No dia seguinte quando fui visitá-la no alojamento conjunto, e lhe perguntei da experiência do dia anterior, ela respondeu:

Ah! Não foi fácil. Passei por tudo aquilo, a dor do parto e depois ainda tive que fazer cesariana, se eu tinha bacia estreita, por que não fizeram a cesariana antes?

Então passei a explicar-lhe que estas situações são imprevisíveis e que ela não tinha “bacia estreita”. Mas como não havia ocorrido a rotação interna da cabeça do bebê na bacia, ele não poderia nascer de parto normal. Observei que apesar das explicações ela estava muito decepcionada e chateada, uma vez que experienciou todo o trabalho de parto, e teve que ser submetida a uma cesariana.

Continuei a conversar com **Mar** sobre o vivido:

Enfermeira: O que você acha que ajudou durante o trabalho de parto?

Mar: ...o banho, acho que naquela hora me aliviou.

Neste caso, a ação desumanizante do uso da tecnologia, no caso o ato cirúrgico, quando a mulher/parturiente espera uma evolução para o parto normal, pode ser amenizada com a comunicação efetiva do profissional de saúde. Saber a sua verdadeira indicação, além de ser um direito, é também o compartilhar conhecimento, que possibilita a compreensão sobre a imprevisibilidade do processo do nascimento.

O uso adequado da tecnologia é discutido por autores como Bennet & Tibbits (1989), Climent (1987), entre outros. Além disso, a Organização Mundial da Saúde(OMS) em 1985 realizou recomendações sobre a tecnologia apropriada para o nascimento e parto, atualizando-as numa publicação em 1996, estando entre elas: - que a comunidade deve ser informada sobre os diversos procedimentos utilizados no parto, - a inclusão de técnicas de comunicação no treinamento de pessoal de saúde para promover trocas de informações.

No decorrer deste trabalho, a tecnologia aparece como um elemento de **humanização** quando utilizada de forma apropriada, ou seja, a fim de alcançar o *bem-estar* e o *estar melhor*, como havia pensado ao elaborar o conceito. Este aspecto é apontado por alguns autores, como Fabre et al (1992) sendo que para tanto, o conhecimento tecnológico deve ser utilizado da melhor forma possível e acompanhado de afetividade, compreensão e amor.

Reporta a esta questão, o exemplo de **Sol** que havia sido internada às 00.05 hs com bolsa rôta e apresentação pélvica. Aguardou-se a evolução espontânea, porém havia passado quase doze horas e não havia evoluído a dilatação do colo uterino, pois suas contrações estavam irregulares. Foi indicada uma condução com ocitocina e seu trabalho de parto progrediu, tendo um parto normal. Todavia, é um medicamento que pode trazer riscos para a mãe e o feto quando utilizado de forma indiscriminada, tornando-se uma prática inapropriada na assistência obstétrica, citado por diversos autores como Climent (1987), e pela OMS nas recomendações de 1985 e 1996 sobre a tecnologia apropriada para o parto.

O respeito pela singularidade do processo, como premissa para **humanização**, pode ser concretizada através do respeito ao mundo interior da mulher/parturiente e da família (marido), com a valorização de suas crenças e valores. Quando convidei **Mar** para conhecer a sala de parto ela disse que o marido não iria, pois não entraria para ver o parto. Então ele falou: “...*eu não posso ver essas coisas, fico muito nervoso, por isso não vou entrar*” Eu respondi que ele era quem sabia se deveria entrar eu não.

Além disso, a ética, visando não apenas os aspectos normativos e legais, pôde ser praticada quando a preocupação se voltava para o cuidado em busca do *bem-estar*, do respeito à singularidade do ser humano e do processo vivenciado, tornando-se um elemento essencial para a humanização, quando respeitava o direito de escolha, mesmo que em pequenas ações, e sempre atenta para os fatores de risco envolvidos neste processo.

Para Paterson & Zderad (1988), as enfermeiras experenciam com outros **seres humanos** eventos culminantes na vida: criação, nascimento, triunfo, ausência, perda, separação e morte. As relações empáticas (Eu-Tu) com as pessoas durante as experiências reais vividas e suas próprias histórias adquiridas através da experiência fazem a *mediação* na singular situação de enfermagem.

Em várias situações a enfermeira surgiu no processo de nascimento como mediadora da **humanização**, nas relações Eu-Tu, Eu-Issos e Eu-Nós. A mediação ocorre nas situações que envolvem a equipe de enfermagem, os outros profissionais de saúde e a família. Como na situação vivida com **Mar**, quando interferi junto ao anestesista e ao acadêmico de medicina, objetivando proporcionar que ela pudesse segurar o seu bebê, mantê-lo num contato pele a pele, e também amamentá-lo logo após o nascimento, evitando que o

automatismo destes profissionais em seguir as rotinas do setor, afastassem mãe e filho no pós-parto imediato.

Neste sentido, alguns trabalhos têm sido desenvolvidos por enfermeiros, ressaltando o de Monteiro & Domingues (1997), no qual a enfermeira inserida na equipe, discute questões relativas às intervenções excessivas e às posturas autoritárias, e incentivando os profissionais a estarem mais próximos da clientela.

Gostaria de ressaltar que na equipe de saúde, outros profissionais também estão sensibilizados para a questão da humanização, não sendo restrito apenas ao profissional enfermeiro, embora seu número ainda seja pequeno. Ainda discutimos rotinas, como a restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, que são práticas que freqüentemente são utilizadas inapropriadamente, segundo a OMS (1996).

No mundo da assistência obstétrica, a **humanização** está condicionada à valorização da intersubjetividade, ao predomínio das relações Eu-Tu, em detrimento das relações Eu-Isso.

“O homem é tanto mais uma pessoa quanto mais intenso é o Eu da palavra-princípio Eu-Tu, na dualidade humana de seu Eu” (Buber, 1977, p. 76)

A humanidade muitas vezes está reduzida a uma simples manifestação do ISSO, o outro é tratado como um simples objeto, não mais como um TU, não existindo uma relação intersubjetiva. O outro passa a ser um objeto no mundo, deixa de ter uma dimensão histórica, de abertura para o mundo e para o outro. Para Buber, a palavra princípio Eu-Tu é instauradora da relação intersubjetiva, é chamada palavra de união, enquanto que na Eu-Isso é a separação, não encontramos a comunicação (Sidekum, 1979). Desta forma, no mundo do ISSO, o homem não é tratado como um ser humano, mas como um objeto, surgindo a desumanização.

No desenvolvimento do trabalho surgiu um outro elemento que considero fundamental para a **humanização**, a atitude interdisciplinar, que segundo Fazenda (1995), é uma atitude que impele à troca, ao diálogo, e que leva o profissional a reconhecer os limites de seu saber para acolher contribuições de outras disciplinas, substituindo a separação por uma convergência para objetivos comuns. Esta atitude permite que os membros da comunidade

(enfermeira, membros da equipe de enfermagem, acadêmicos de medicina e outros profissionais de saúde) possam trocar experiências, realizar avaliações e decisões conjuntas. E conseqüentemente, as informações repassadas para a mulher/parturiente se tornam semelhantes. Esta *sincronicidade* é passada para a mulher/parturiente e família, dando-lhes mais segurança. Várias situações da prática assistencial levaram-me a refletir sobre isto.

Estava acompanhando **Terra** desde às 15.00 hs, eram 19.30 hs, já havia ocorrido a troca de plantão de enfermagem. Quando me aproximei novamente do pré-parto a obstetra que estava quase terminando o plantão fazia a ausculta fetal, e quando me viu logo disse: “*Ah! Achei que você já tivesse ido embora.*” Expliquei que ficaria até o pós-parto de **Terra**. Ela me disse: “*Vou fazer um exame, queres examinar?*” Respondi que não e que gostaria de saber a opinião dela sobre a evolução do trabalho de parto. Perguntei para **Terra** se tinha algum problema e ela disse que não. Eram 20.40 hs, já havia trocado o plantão médico. **Terra** começou a referir que as contrações estavam mais fortes e estava com vontade de fazer força. Então resolvi examiná-la. Estava com a mesma dilatação e a apresentação ainda estava no mesmo plano de De Lee. Fui conversar com a médica que havia assumido o plantão. Como faria uma cesariana em outra parturiente, combinamos que quando terminasse iria reavaliá-la e se não tivesse evoluído operaria **Terra**.

O atendimento humanizado requer uma atitude interdisciplinar entre os profissionais. Pois em vários momentos, se não ocorresse a valorização do saber do outro, a mulher/parturiente seria examinada várias vezes, sem necessidade, podendo também interferir no processo de nascer saudável, devido ao risco de infecção, além da perda de privacidade.

5.2 - REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo do nascimento é muito dinâmico, as modificações ocorrem rapidamente. Desta forma, o processo de enfermagem não pode ser linear, e suas etapas não podem ser estanques, necessitam ser alteradas constantemente. O planejamento e implementação do cuidado de Enfermagem são decorrentes das contínuas avaliações e reflexões sobre o que está sendo vivido nos períodos clínicos do parto. Dentro desta visão, Penna (apud Bub et al, 1994) define o processo de enfermagem como a sistematização das ações de

enfermagem dinamicamente interligadas entre si, fundamentadas por um referencial teórico. A autora cita que os trabalhos de Patrício (1990), Boehs (1990) e Nitschke (1991), afirmam que na prática as fases do processo são dinâmicas, interligadas, complementares e ocorrem sempre juntas num ir e vir constantes.

Neste estudo, o processo de enfermagem foi composto de vários *microprocessos* que foram constantemente realizados, de acordo com o referencial teórico, possibilitando cuidar da mulher/parturiente e família durante o processo do nascimento. Através da relação Eu-Tu (enfermeira x mulher/parturiente) Eu-Isso (dados obtidos no prontuário) e Eu-Nós (enfermeira x mulher/parturiente e família), a enfermeira constantemente colhe dados, analisa/sintetiza, prescreve/realiza e evolui. Estas fases ocorrem simultaneamente e em alguns momentos se sobrepõem. Desta forma, o pensar e fazer são concomitantes, sendo um processo interno da enfermeira.

Segundo Laffrey & Brouse (apud Fitzpatrick, 1983), Paterson & Zderad também descrevem a relação Eu-Isso como integrante do processo de enfermagem fenomenológica (Fase III), na qual a enfermeira conhece cientificamente o outro, ocasionando um processo analítico. É o momento de refletir, analisar, classificar, comparar, relacionar, interpretar, dar nome e categorizar. Assim, poderia inferir que estes *microprocessos* são semelhantes a relação Eu-Isso, que ocorre de forma simultânea com a relação Eu-Tu (ao mesmo tempo) como descrevem as teoristas. Porém, a partir da análise muitas vezes já ocorre a síntese, prescrição, ação e evolução.

A forma como os conceitos do referencial teórico foram *trabalhados*, ou melhor, nortearam as etapas do processo de Enfermagem, pode ser visualizada no diário de campo da enfermeira, como por exemplo no período de dilatação de Lua (página 103). No momento em que estava realizando a ausculta do seu feto, observei a necessidade de avaliar a dinâmica uterina e em seguida realizei. Naquele *microprocesso*, nas suas diferentes etapas (colhendo, analisando, sintetizando, prescrevendo/realizando), estiveram envolvidos os conceitos de ser humano, processo de nascer saudável e enfermagem. Não considerei o ato de realizar uma dinâmica uterina apenas como um procedimento rotineiro, que deve ser realizado com uma determinada frequência, mas que através da relação Eu-Tu pude observar a sua necessidade, através do diálogo, da presença da enfermeira, do *estar com*. Neste momento, estimei a participação de Lua, questionando qual o seu entendimento sobre o procedimento, sendo que a partir dele, apenas complementei-o.

Os registros do diário de campo, relativos ao primeiro dia pós-parto, mostram que realmente as etapas do processo de enfermagem estiveram imbuídas dos conceitos do referencial teórico, quando observamos as percepções de Lua sobre o cuidado recebido. Uma vez que, neste momento, ocorreu um *feed back*, que permitiu identificar novamente alguns conceitos.

Os *microprocessos* foram registrados no diário de campo, uma vez que tornou-se inviável registrá-los no prontuário. Além disso, a instituição já possui uma metodologia de assistência implantada, dentro da qual realizei os registros escritos no prontuário como havia planejado, uma vez que devem ser acessíveis a todos os membros da equipe.

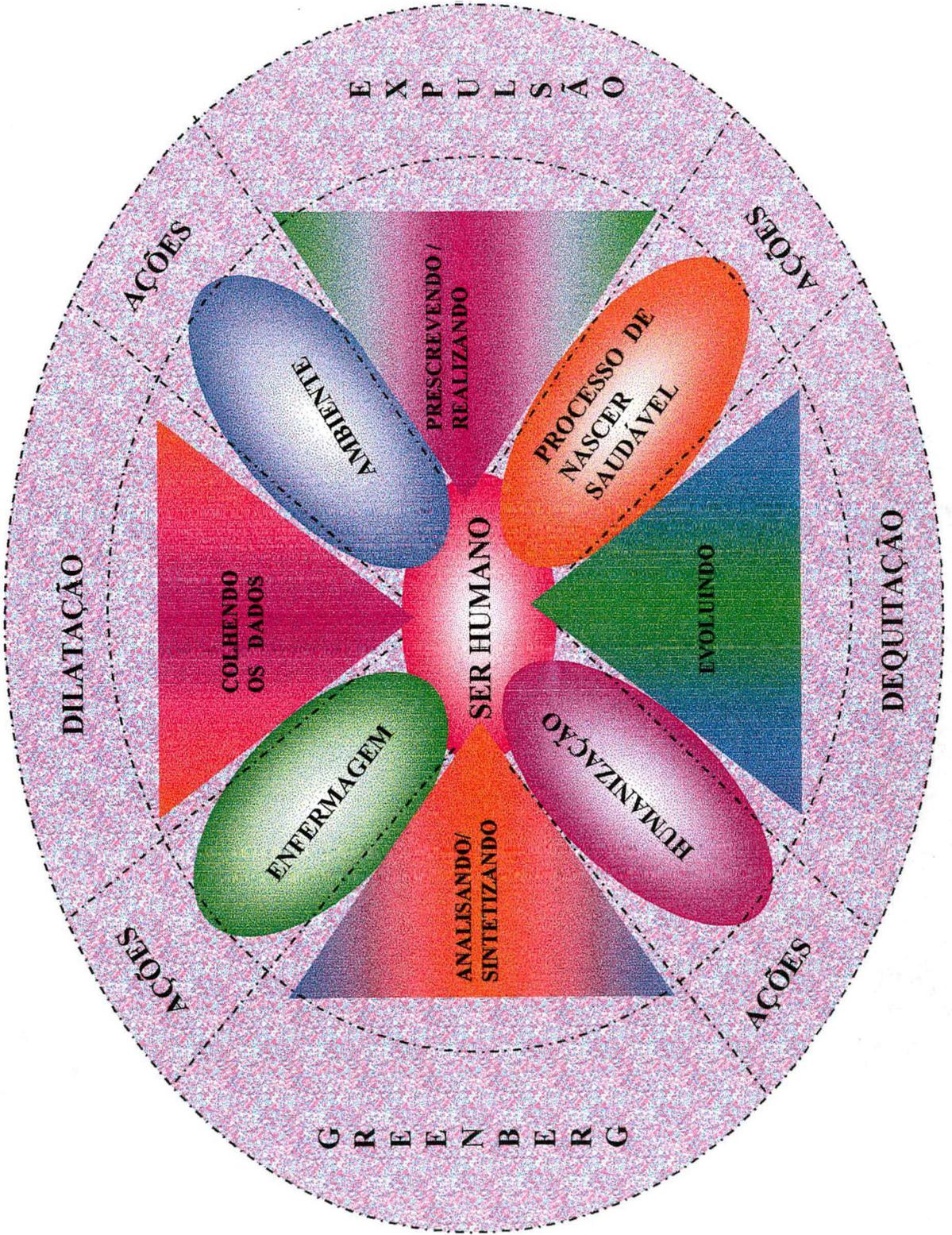
Finalmente, com a representação gráfica da implementação do referencial teórico (figura 3, p.144), procurei mostrar como vivi o referencial e o processo de Enfermagem, acompanhando a mulher/parturiente e família durante os períodos clínicos do parto (dilatação, expulsão, dequitação e Greenberg). A miscigenação das cores demonstra a inter-relação dos conceitos, e como os mesmos “invadiram” e nortearam as etapas do processo de Enfermagem. Neste momento, convido o leitor a imaginar que a parte mediana da figura, composta pelos conceitos de Ambiente, Enfermagem, Humanização, Processo de Nascer Saudável e as etapas do processo de Enfermagem, está em constante movimento. Ela gira em torno do conceito central, ou seja, o *Ser Humano*, como se fosse um cata-vento. Simbolicamente, poderia dizer que o resultado deste movimento, é uma “energia” que irá direcionar as ações de Enfermagem. Cabe ressaltar que cada período clínico é composto por vários *micro-processos*, permitindo que o processo se refaça constantemente. Ele não se finda ao término de cada período, está continuamente e dinamicamente se iniciando.

No dia-a-dia, realizamos o registro do processo de Enfermagem de forma sistematizada, o qual não permite explicitar detalhadamente toda esta dinamicidade, deixando a falsa idéia de que as etapas são estanques e lineares.

A figura 3 é resultado da reflexão realizada após a análise do referencial teórico e do processo de enfermagem. É uma fusão das representações gráficas (figuras 1 e 2) construídas durante a fase de planejamento da trajetória, que auxiliaram na implementação da proposta teórico-metodológica. Entretanto, ocorreu uma alteração na parte mediana e central da figura, com relação a posição dos conceitos. O **ser humano** passou a ser o centro do referencial, sendo que este movimento foi decorrente da forma como a

humanização se mostrou durante o estudo, ou seja, como um fenômeno situado no ser humano, na forma como ele se relaciona com os outros seres humanos. Os outros conceitos aparecem intercalando as etapas do processo de enfermagem, a fim de demonstrar como os mesmos influenciam e dirigem as ações componentes do cuidado durante os períodos de dilatação, expulsão, dequitação e greenberg. Esta representação permite demonstrar de forma sistematizada a implementação do referencial teórico, dando subsídios para que possa ser adaptada e utilizada para guiar o cuidado de enfermagem em outra realidade assistencial.

FIG. 3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA IMPLEMENTAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO



CAPÍTULO VI

CONCLUINDO A TRAJETÓRIA E ABRINDO

NOVOS CAMINHOS

*“O mais importante do que concluir uma trajetória é o conhecimento construído ao longo dela, e a vontade crescente de continuar buscando....”**

* Reflexão da autora

Na minha trajetória enquanto enfermeira, cuidando de mulheres durante o processo do nascimento, a preocupação com a humanização sempre esteve presente, tanto nas minhas atividades assistenciais como de ensino, acentuando-se mais ainda quando participei como membro da comissão de implantação da Maternidade do HU. Sempre encontrei dificuldade de explicitar teoricamente, quais as atitudes e ações que tornam o cuidado humanizado. O que caracteriza um cuidado realmente humanizado? Qual o referencial que norteia a minha prática e a torna humanizada? Constantemente, sentia a necessidade de encontrar subsídios teóricos que pudessem definir como a humanização pode ser praticada. Neste sentido, comecei a aprofundar o meu conhecimento sobre a humanização, através de trabalhos e literaturas que abordassem este assunto. Ao iniciar o projeto assistencial, desenvolvido numa disciplina do mestrado, intitulado *“A Humanização como Foco Central no Cuidado à Mulher e Família Durante o Processo do Nascimento”*, o qual originou posteriormente esta dissertação, busquei na leitura de alguns filósofos humanistas, subsídios para formar o meu conceito de humanização. Encontrei na teoria Humanística de Paterson e Zderad a fundamentação para construir o referencial teórico que guiou a trajetória vivida com as mulheres/parturientes e família, e explicitar alguns pressupostos que possuía e não sabia “nomeá-los”.

E agora, como foi a trajetória vivida com este referencial teórico?

Quando iniciei, parecia que não estava realizando nada de “novo”, de diferente. Várias vezes sentia-me angustiada, parecia que estava apenas desenvolvendo as atividades que sempre fiz. Porém, após a primeira mulher/parturiente e família que acompanhei, ao escrever o diário de campo e analisar como os conceitos do referencial teórico estavam sendo operacionalizados, percebi que finalmente conseguiria definir teoricamente como o cuidado poderia ser humanizado.

Ao analisar o referencial teórico utilizado, senti a necessidade de buscar na filosofia do **diálogo** de Martin Buber, um melhor entendimento sobre a relação Eu-Tu e Eu-Isso e a intersubjetividade, que são amplamente abordadas por Paterson & Zderad. Este aprofundamento filosófico permitiu-me mergulhar nos dados de forma mais plena e intensa, além de compreender como se manifesta a intersubjetividade nas relações do ser humano com os outros seres humanos, durante o processo do nascimento.

Cabe neste momento, tecer algumas considerações e reflexões, as quais considero como finais para esta etapa, mas que continuarão a realizar-se no dia-a-dia do mundo do cuidado.

Trabalhar com referencial que tem por base a Humanização, me fez a cada instante, refletir e repensar as minhas ações. A **humanização** se mostrou como um fenômeno situado na pessoa, no ser humano, sendo este o centro do referencial. Desta forma, a enfermeira que acompanha a mulher e o familiar durante o processo do nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar autenticamente presente, disponível aos outros seres humanos e ser capaz de compreendê-los a partir do significado que os mesmos atribuem à experiência.

Neste sentido, a **humanização** realmente não pode ser alcançada apenas com mudanças de rotinas ou da qualificação do profissional que acompanha o processo do nascimento. Por exemplo, podemos propiciar que a mulher escolha outras posições para parir (parto vertical), entretanto, é necessário também rever e mudar a forma como nos relacionamos com a mulher/parturiente e família. Corremos o risco de apenas estarmos mudando a posição, e continuarmos assistindo a mulher de forma desumanizada, ou seja como um objeto (relação Eu-Isso). Analogamente, podemos utilizar uma tecnologia considerada apropriada para o parto, mas transformá-la em inapropriada sob o ponto de vista humanístico.

As atitudes dos profissionais que integram o mundo da maternidade são fundamentais para a humanização do cuidado. Atitudes que levem o profissional a estar aberto e disponível ao diálogo, às mudanças, ao compartilhar conhecimento, à incorporação de novos conhecimento oriundos de outras disciplinas, ou seja, uma atitude *interdisciplinar*. Os profissionais passam a falar a mesma linguagem, não se contradizem, se complementam; não tomam atitudes opostas, e conseqüentemente, todos estes aspectos refletem na qualidade da experiência parturitiva, uma vez que a mulher/parturiente e família percebem e sentem-se mais tranquilas e seguras. Por outro lado, passa a existir uma cumplicidade na equipe, diminui o *stress*, ampliam-se as possibilidades de sucesso, diminuem e/ou eliminam-se os riscos ocasionados pelas condutas isoladas e descontextualizadas. Enfim, a interdisciplinaridade humaniza a equipe e conseqüentemente a assistência.

Cabe ressaltar que a utilização desse referencial deu-se de maneira solitária, mas vislumbrando a possibilidade de suscitar reflexões e discussões, podendo ser adaptado para

ser utilizado pelos demais profissionais da equipe de saúde. Lembrando que o acompanhamento da mulher durante o processo do nascimento não é exclusivo da enfermeira, e que alguns cuidados também são realizados pelos demais membros da equipe de Enfermagem, e outros são privativos do enfermeiro e do médico. No entanto, a própria característica do cuidado de Enfermagem coloca o profissional em constante contato com a mulher/parturiente e familiar, o que favorece uma aproximação física. A utilização deste referencial permite que esta aproximação se transforme num **diálogo**.

Além disso, a saúde vista como um *bem-estar* e um *estar melhor*, tendo como foco principal o **diálogo**, ou seja, a relação intersubjetiva na qual está envolvida o encontro, o relacionamento, a presença, uma chamada e uma resposta, se adequa ao acompanhamento do processo do nascimento, que é considerado como fisiológico. O **estar com e fazer com**, intensamente discutido no conceito de Enfermagem são primordiais para que o profissional seja um co-participante do processo, e a mulher/parturiente e família os principais atores.

A mulher/parturiente não pode mais ser considerada como “mais uma”, seja pelo enfermeiro, demais membros da equipe de Enfermagem e outros profissionais de saúde; mas sim compreendida em toda a sua singularidade. Os procedimentos e as técnicas, por mais simples que possam ser, do ponto de vista técnico, podem estar imbuídas da **presença genuína**, no momento da sua realização. Estes momentos são inerentes à rotina de assistência, que independente do tempo que o profissional tem disponível, devem ser realizados, a fim de detectar precocemente situações de risco ou avaliar a evolução do trabalho de parto, e proporcionam a aproximação do profissional de saúde. Estes momentos podem ser transformados em **encontros**, nos quais, a enfermeira pode abrir-se para o **diálogo**. Desta forma, o “corre-corre” que a prática assistencial nos impõe, principalmente no Centro Obstétrico, não pode mais ser usado como justificativa para o afastamento do profissional de saúde da mulher/parturiente e família.

Observamos no dia-a-dia, uma tendência da equipe em hipervalorizar o momento do parto, e “abandonar” a mulher/parturiente durante o período denominado de dilatação. O acompanhamento deste período precisa ser mais valorizado. A enfermeira, a equipe de Enfermagem e demais profissionais devem estar mais próximos da mulher/parturiente e família; pois dele depende a qualidade da vivência do “parto em si”, e a manutenção do *bem-estar* e o alcance do *estar melhor*.

Nas falas das mulheres/parturientes observei claramente, que muitas atitudes não valorizadas pelo profissional de saúde são muito significativas para a mulher que vivencia o processo do nascimento. Entre elas, destaco a atenção, a orientação, o estar junto, o uso de terminologia compreensível, a promoção de segurança e confiança, e o compartilhar conhecimento, facilitando assim, a compreensão sobre o cuidado realizado.

Este compartilhar conhecimento foi efetivado através do processo de aprendizagem. Contemplado e amplamente discutido dentro do conceito de Ser Humano, aparece como uma estratégia para que a mulher seja um agente ativo no processo do nascimento, e que possa participar das escolhas de forma consciente. Além disso, inserindo a família no processo de aprendizagem, estamos possibilitando a sua participação nos cuidados e também diminuindo a sua ansiedade com relação ao vivido. Desta forma, ela passa a ser uma colaboradora. Isto foi explicitado em muitos momentos da prática, e foi acentuado naqueles em que as próprias situações inerentes ao processo do nascimento se tornam por si só desumanizantes e de difícil compreensão para a mulher.

Este estudo possibilitou-me olhar atentivamente para a família que esteve excluída por muito tempo do processo do nascimento, e que em outras instituições de saúde ainda permanece. Apesar de sempre ter defendido a importância da sua participação, era necessário desvelar as reais possibilidades de efetivação, uma vez que só permitir a entrada do acompanhante (família) que a mulher deseja durante a internação, não garante que o mesmo se transforme em foco de cuidado. Não que seja necessário realizarmos uma prescrição de cuidados específicos para ele, mas que observemos suas reações, dúvidas e ações diante das transformações e surpresas inerentes ao processo. É necessário considerá-lo como um ser humano que está no papel de cuidador, mas que também precisa ser cuidado. Um ser que dá e precisa de ajuda, que seja orientado para poder orientar, seja apoiado para que possa apoiar e que seja envolvido para que possa envolver-se no cuidado.

Além disso, em nossa sociedade, o estereótipo cultural apresenta o parto como um momento exclusivo da mulher, sendo o pai um participante passivo. A participação do acompanhante que a mulher desejar durante a internação, cria a possibilidade da participação do pai, podendo contribuir para uma transformação do seu papel, o que poderá influenciar positivamente a sua relação com o ser que acaba de nascer e com a mulher que passa a assumir um novo papel.

A implementação do referencial, através do processo de Enfermagem, mostrou-me uma vez mais a sua dinamicidade. Envolve mudanças contínuas, e quando utilizado para planejar o cuidado à mulher/parturiente durante os períodos clínicos do parto, torna-se ainda mais dinâmico e suas fases se dão de forma seqüencial ou simultânea. Os dados são constantemente colhidos, e conseqüentemente as análises, prescrições e evoluções. Todas essas contínuas alterações, impossibilitam um registro sistemático que contenha todas as informações, e que demostre de forma concreta como as atividades de Enfermagem são desenvolvidas. Desta forma, acabamos por desenvolver impressos específicos para manter um registro mínimo de informações, sobre a assistência durante os períodos clínicos do parto, ficando muitas ações subjetivas e singulares sem registro. Neste estudo, esta dificuldade também foi constatada, no entanto, com o fato de registrar as fases do processo no diário de campo, pude perceber que existem vários *microprocessos* que compõem cada período do parto. Não encontrei uma forma alternativa de registro que pudesse ser adaptada à unidade. Permanece ainda o desafio de viabilizar uma forma de registro dos cuidados, que possa explicitar as atitudes humanísticas que envolvem o cuidado. Entretanto, quando incorporamos e internalizamos um determinado referencial teórico, e o mesmo passa a fazer parte do nosso cotidiano, o fato de não conseguirmos explicitá-lo na forma de registro não diminui a sua importância, se conseguirmos colocá-lo em prática nas pequenas ações.

O fato de ter reconhecido estes *microprocessos*, ressalta ainda mais a importância de cada encontro da enfermeira com a mulher/parturiente, no qual emergem dados que devem ser constantemente avaliados. Neste sentido, o reconhecimento das necessidades expressadas pela mulher/parturiente e família e percebidas pela enfermeira, possibilitam um redirecionamento constante do cuidado, tornando-o humanizado.

Este estudo foi o início de uma caminhada. Este referencial levou-me a repensar o significado de ser humano, vivenciando o processo do nascimento, como ele se relaciona com os outros seres (profissionais e família) envolvidos no processo, de que forma o ambiente interfere nas relações e como possibilitar a participação da mulher/parturiente e família, objetivando um processo de nascer saudável. Enfim, posso dizer que consegui ampliar a minha visão de cuidado humanizado, encontrar algumas respostas, refletir sobre as minhas atitudes e desvendar alguns significados. Descobri também, como no dia-a-dia do

cuidado, realmente inserir a família no processo do nascimento. Uma vez que a sentia um pouco “aparte” do meu plano de cuidados, mesmo que tentando integrá-la.

Durante a realização deste estudo, constantemente refletia sobre as diferentes propostas e realidades institucionais, com perspectiva de cuidado humanístico à mulher durante o processo do nascimento, que tive a possibilidade de conhecer. Neste momento, posso afirmar que apenas eliminar rotinas ou alterar condutas não fazem com que a assistência se torne realmente humanizada. A base da humanização está no tipo e qualidade da relação que se estabelece entre a enfermeira/mulher parturiente/ família e demais profissionais de saúde envolvidos.

Considero que o referido estudo traz algumas contribuições para a enfermagem obstétrica e obstetrícia, entre elas destaco:

- introduz o conceito de *processo de nascimento*, levando à compreensão de que no cenário da assistência obstétrica, o período de internação que corresponde aos momentos vivenciados pela mulher/parturiente e família durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, que apesar de serem considerados como períodos distintos, estão interligados e fazem parte deste processo, que se inicia no momento da concepção. Desta forma, não podemos cuidar de maneira compartimentalizada, mas como momentos integrantes de um processo.
- apresenta as possibilidades para que a **humanização** seja colocada em prática nas ações que integram os cuidados de enfermagem, desde as mais simples até as mais complexas, sob o ponto de vista técnico. Estas podem ser estendidas para os demais profissionais que integram a equipe de saúde.
- mostra que cuidar da mulher/parturiente e família de forma humanizada, requer o reconhecimento de que a existência humana é relacional. Assim, é necessário considerar que a relação entre os seres humanos é essencial para a humanização. A mulher/parturiente deve ser vista como um ser humano singular, que vivencia um momento que é único, a família deixa de ser um problema e passa a fazer parte integrante do processo.
- traz uma *proposta teórico-metodológica* centrada numa mudança de postura e de atitude que deve ser discutida e trabalhada junto à equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde. Esta, aparece como um instrumento que possibilita que

a humanização faça parte do dia-a-dia do mundo do cuidado, podendo ser utilizada em outras situações assistenciais, que ocorrem durante o processo do nascimento.

Ainda me inquieta a necessidade de conhecer melhor o significado da humanização sob o ponto de vista da mulher/parturiente, do familiar, e da equipe de saúde que a acompanha durante o processo do nascimento, a fim de ampliar o conceito de cuidado humanizado. No entanto, a trajetória vivida com **Lua, Sol, Mar e Terra**, utilizando este referencial teórico, reforçou a minha preocupação com esta questão, dando-me subsídios para poder encontrar formas de trabalhar esta temática nas atividades assistenciais e de ensino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, Maria Helena Costa. **Princípios de humanização na assistência à parturiente no período de dilatação: conhecimento e aplicação por enfermeiros.** São Paulo: EPM, 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica) Escola Paulista de Medicina, 1987.
- ARRUDA, Angela. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: **Quando a paciente é mulher: relatório do Encontro Nacional Saúde da mulher: um direito a ser conquistado.** 1989, Brasília. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989. p. 35-41.
- BASBUM, Leôncio. **Alienação e humanismo.** 6ed. São Paulo: Global, 1985, p.137-157: Humanismo concreto.
- BENNET, Addison C., TIBBITTIS, Samuel J. **Maximizing quality performance in health care facilities.** United States of America: Aspen Publishers, 1989, p.15-28: Humanizing health care in a technologized society.
- BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira. Assistência de enfermagem à cliente obstétrica: a busca do significado. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n. 1/2, p. 13-19, jan./dez. 1994.
- BIANCARELLI, Aureliano. Grávida pede renascimento das parteiras. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 9 de mar. de 1997. Cotidiano, p. 1-2, c. 3.
- BORGES, Sherrine M^a Njaine. Maternidade e mães. In: LABRA, M^a Eliana (org). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989. p. 57-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 - Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1977.

CABRAL, Roque (Org.) et al. **Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia**. Rio de Janeiro: Resopal, 1989. 2 v. p. 1210.

CAMPESTRINI, Selma. **Alojamento conjunto e incentivo à amamentação**. Curitiba: Educa, 1983.

CAPALBO, Creusa. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p. 130-157.

CENTA, Maria de Lourdes. **Experiências vivenciadas pelos homens durante a primeira gravidez e partos de suas mulheres**. Florianópolis: UFSC, 1981. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1981.

CENTA, Maria de Lourdes. O nascer...natureza ou artifício? **Cogitare Enfermagem /Departamento de Enfermagem da UFPR**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 91-94, 1996.

CLIMENT, Graciela Irma. Tecnologia apropriada em obstetricia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 413-426, 1987.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993. Cap. 3, p. 254-294: Mentalidades e práticas em torno do parto.

DOMINGUES, Rosa M^a M. S. Holanda: o modelo de assistência ao parto e nascimento. **Saúde em foco**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 14, p. 12-14, nov. 1996.

DUNDES, Laure. A evolução da posição materna no parto. In: SEMINÁRIO SOBRE NASCIMENTO E PARTO NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1, São Paulo, 1996. **O resgate da qualidade na assistência ao nascimento e parto**. São Paulo, 1996 (Textos de apoio)

- ENTRALGO, Pedro Lain. **Teoria y realidade del outro: el outro como outro yo nosotros, tú y yo.** Madrid: Revista do Ocidente, 1961. cap. II, p. 215-235, 1961: Martin Buber.
- ETCHEVERRY, S.J. Augusto. **O conflito atual dos humanismos.** Porto: Livraria Tavares Martins, 1975.
- FABRE, Zalmi Luiz. Humanização em UTI pediátrica a equipe e a família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis. v. 21, n. 1, p. 34-37, jan./mar. 1992.
- FALCÓN, Gladys Carmela Santos. **A mulher na condição de parturiente, percepção numa situação de crise.** Rio de Janeiro: 1993, UFRJ, EEAN. Dissertação de Mestrado, 1993.
- FAZENDA, Ivani C. Arantes. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1995.
- FERNANDES, João Claudio Lara. A quem interessa a relação médico-paciente. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan./mar. 1993.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p. 908.
- FRAGA, Luís Cláudio da Rocha, MATOS, Rita de Cássia Pontes de. **Resgatando a história da enfermagem obstétrica no Brasil.** Goiânia, 1995. (Trabalho apresentado no 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Mimeografado).
- FRAGA, Luís Cláudio da Rocha, MATOS, Rita de Cássia Pontes de. Parir: verbo feminino - evolução da assistência ao parto no brasil. **Saúde em foco.** Rio de Janeiro. v. 5, n. 14, p. 7-9, nov. 1996.
- FREDDI, Wanda E. da Silva. A enfermeira obstétrica no contexto brasileiro. **Rev. Enf. Novas Dimensões**, v. 3, n. 5, p. 283-288, set./out. 1977.
- FREIRE, Madalena. Sentido dramático da aprendizagem. In: GROSSI, Esther Pillar, BORDIN, Jussara (org.). **Paixão de aprender.** 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. p. 11-12.
- FROMM, Erich. **Ter ou ser?** 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

- FURLEY, Pedro Rogério. **Monitorização obstétrica: um manual prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: RioMed Livros, 1996.
- GILES, Thomas Ranson. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1975, p. 77-148: Martin Buber.
- GOMES, Maysa Ludovice. **Um encontro de mulheres - dar à luz**. Rio de Janeiro: 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, 1996.
- GÓMEZ, Adriana. Hacia la humanizacion del parto. **Revista de la Red de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe**, Chile. v. 4, oct./dic. 1993.
- GUALDA, Duce Mara R. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfica da vivência do parto**. São Paulo: USP, 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1993.
- GUALDA, D. M. R. Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 1/3, p. 24-27, 1994a.
- GUALDA, Dulce M^a Rosa. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo. v. 28, n. 3, p. 332-6, dez. 1994b.
- HEIDEGGER, Martin. **Carta sobre o humanismo**. Lisboa: Guimaraes Editores, 1987.
- HILLER, Egmont. **Humanismo e técnica**. São Paulo: EPU, 1973.
- HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.
- HORTA, Wanda de Aguiar. Humanização. **Rev. Enf. Novas Dimensões**, v. 3, n. 4, p. III, jul./ago. 1977.
- IYER, Patrícia W. ,TAPTICH, Barbara J., BERNOCCHI-LOSEY, Donna. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- JAPIASSÚ, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [19--?]. p. 123-124.

- KITZINGER, Sheila. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.
- KLAUS, Phyllis, KLAUS, Marshall. Apoio à parturiente durante o trabalho de parto. In: **ENCONTRO BRASILEIRO PARA O ESTUDO DO PSIQUISMO PRÉ E PERINATAL**, 1, 1993, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1993. p. 63-75: O novo pai.
- LAFFREY, Shirley C., BROUSE, Susane H. Patterson and Zderad. A humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, Joyce J., WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Maryland: Prentice - Hall, 1983, p.181-202.
- LUCKESI, Cipriano Carlos. Humanismo no Brasil. In: **Humanismos e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica**. 11ed. Petrópolis: Vozes, 1988, p.270-289.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- MALDONADO, Maria Tereza Pereira. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
- MALDONADO, Maria Teresa, NAHOUM, Jean Claude, DICKSTEIN, Júlio. **Nós Estamos Grávidos**. Rio de Janeiro: Bloch, 1990.
- MARCON, Sônia Silva. **Vivênciando a gravidez**. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- MATOS, Rita de Cássia Pontes. **Atuação da (o) enfermeira (o) obstétrica (o) no trabalho de parto e parto - dificuldades e possibilidades de atuação**. Rio de Janeiro: UNI-RIO, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, 1993.
- MEIRA, Adailton Salvatore. Introdução à edição brasileira. In: BALASKAS, Janete. **Parto Ativo**. São Paulo: Ground, 1993. p. 19-21.
- MELEIS, Afaf. **Teorical nursing - development & progress**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, p. 247-254: Josephi Paterson and Loretta Zderad.
- MINAYO, Mari Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

- MONTEIRO, Jane Quitete, DOMINGUES, Rosa M^a M. S.,. **A enfermagem obstétrica inserida na equipe médica como mobilizadora da humanização da assistência ao parto e nascimento.** São Paulo, 1996. (Trabalho apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Mimeografado).
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado de enfermagem a mulheres e recém-nascidos.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos.** São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- NAKANO, Ana Márcia Spanó, MAMEDE, Marli Villela. O significado do parto na visão de casais grávidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 47, n. 2, p. 118-123, abr./jun. 1994.
- NASCIMENTO, M^a da Graça Pereira do. **Interesses e preocupações a respeito do parto.** São Paulo: EPM, 1984. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica) Escola Paulista de Medicina, 1984.
- NASCIMENTO, M^a da Graça Pereira do, SANTOS, Odaléa M^a Bruggemann dos, SOUZA, M^a de Lourdes de. Vivenciando o processo do nascimento. **Revista Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis. v. 6, n. 1, 1997. p. 157-167.
- NITSCHKE, Rosane G. **Nascer em família: o caminho da interação familiar saudável.** Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- NOGARE, Pedro Dalle. Apogeu dos humanismos: Humanismo Marxista, Existencialista e Cristão. In: **Humanismos e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica.** 11ed. Petrópolis: Vozes, 1988, p.83-203.
- NOGUEIRA, M^a Inês. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- OBA, M^a das Dores do Vale, TAVARES, Maris Solange Guarino. As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 4, p. 569-580, out./dez. 1996.

- OLIVEIRA, M^a Emília de et al. Humanizando o cuidado - maternidade do hospital universitário: enfermeiras vivenciando a interdisciplinaridade. In: ENCONTRO DE CUIDADO E CONFORTO EM ENFERMAGEM, 1, 1996, Itapema. **Programa oficial e resumos**. Pelotas: UFPel, 1996, p. 102.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto. In: SEMINÁRIO SOBRE NASCIMENTO E PARTO NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1, São Paulo, 1996. **O resgate da qualidade na assistência ao nascimento e parto**. São Paulo, 1996. (Textos de apoio)
- OSAVA, Ruth H., MAMEDE, Marli V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **J. Bras. Ginec.**, v. 105, n. 1/2, p. 3-9, jan./fev. 1995.
- OSAVA, Ruth H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. **J. Bras. Ginec.**, v. 106, n. 11/12, p. 421-427, nov./dez. 1996.
- OSAVA, Ruth H., TANAKA, Ana Cristina d' Andreatta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo. v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.
- PAMPLONA, Vitória. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1990.
- PATERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta T. **Enfermeria Humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.
- PATERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta T. **Humanistic nursing**. 2nd. ed. New York: National League for Nursing, 1988.
- PENNA, Cláudia M^a M. Uma questão conceitual. In: BUB, Lydia Ighes Rossi (Coord.) et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. Cap. 4, p.106-143: A institucionalização da enfermagem.
- PRAEGER, Susan G, HOGARTH, Cristina R. In: GEORGE, Julia B.(Org.). **Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- PROGIANTI, Jane Márcia. **Enfermeiras obstetras: nem anjos, nem bruxas - estratégias de resistência à opressão masculina**. Rio de Janeiro: 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Rio de Janeiro, 1995.
- QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. **Gestação, maternidade, parto e prática educativa: representações sociais no puerpério**. Rio de Janeiro: EEAN, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- ROCKENBACH, Lúcia Herta. A enfermagem e a humanização do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 38, n. 1, p. 49-54, jan./mar. 1985.
- SANTOS, Odaléa M^a Bruggemann dos. **Conhecimento e fonte de informação das primigestas sobre os sinais e sintomas de trabalho de parto**. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 1989. (Monografia apresentada para a obtenção do Título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetrícia social).
- SANTOS, Odaléa M^a Bruggemann dos et al. **O processo educativo na prática assistencial de enfermagem**. Florianópolis: 1997. (Trabalho apresentado na Disciplina Educação e Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC. Mimeografado).
- SANTOS, Odaléa M^a Bruggemann dos. **A humanização como foco central no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento**. Florianópolis: 1997, 96 p. (Relatório da Prática Assistencial apresentado nas Disciplinas Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC. Mimeografado).
- SANTOS, Odaléa M^a Bruggemann dos, CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de O. Encontro de gestantes do terceiro trimestre: uma experiência facilitadora para vivenciar o processo do nascimento. In: **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 6. n. 1. P. 293-304, jan./abr. 1997.
- SIDEKUM, Antônio. **A intersubjetividade em Martin Buber**. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 1979.