



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO – UFRRJ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMESTICA E HOTELARIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM HOTELARIA

JULIANA BORGES DE SOUZA

**“PARIR E NASCER COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO”: INTERFACE ENTRE
HOTELARIA HOSPITALAR E PARTO HUMANIZADO.**

Profa. Dra. ALESSANDRA DE ANDRADE RINALDI
Orientadora

Profa. Msc. ELISÂNGELA FRANCO
Co-orientadora

SEROPÉDICA, RJ
DEZEMBRO – 2015



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO – UFRRJ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMESTICA E HOTELARIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM HOTELARIA

JULIANA BORGES DE SOUZA

**“PARIR E NASCER COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO”: INTERFACE ENTRE
HOTELARIA HOSPITALAR E PARTO HUMANIZADO.**

Monografia apresentada ao Curso de Hotelaria da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Hotelaria.

Profa. Dra. ALESSANDRA DE ANDRADE RINALDI
Orientadora

Profa. Msc. ELISÂNGELA FRANCO
Co-orientadora

SEROPÉDICA, RJ
DEZEMBRO – 2015

**“PARIR E NASCER COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO”: INTERFACE ENTRE
HOTELARIA HOSPITALAR E PARTO HUMANIZADO.**

JULIANA BORGES DE SOUZA

Monografia aprovada em ____ de dezembro de 2015.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Alessandra Andrade Rinaldi
UFRRJ/ICHS/DCS
Orientadora

Profa. Msc. Celina Angélica Lisboa Valente Carlos
UFRRJ/ICSA/DH
Membra

Profa. Dra. Luena Nascimento Nunes Pereira
UFRRJ/ICHS/DCS
Membra

SEROPÉDICA, RJ
DEZEMBRO – 2015

EPÍGRAFE

Arunã....

“Chegou que nem temporal no sertão
Que nem explosão de vulcão
Que nem boa nova que teima em tardar
Ninguém de bem veio me avisar
Se eu nunca fui de adivinhar
Como é que eu podia saber, logo eu
Que você viria sorrateira
Assim, d'eu nem me aperceber
E quando eu fui ver, foi você
Que a sorte devia e a vida me deu
Que tu já nasceste em verso e prosa
Da rosa que ninguém viu
São teus lábios, tua cor, és meu amor
Um sentimento muito mais servil, és rio
Enquanto eu folha seca deslizar por ti
Pra onde quer que tu me leves
Minha alma há de partir
Como um cigano à teus pés”

(Pitanga em Pé de Amora)

DEDICATÓRIA

As mães, principalmente à Adelir Carmen,
Lemos de Góes, uma das vítimas da violência obstétrica.
À Rafaela Cristina Souza dos Santos,
levada a morte pela negligência na maternidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiro gostaria de agradecer ao meu filho, Arunã, que sem querer, me instigou a refletir sobre algumas questões que resultaram nessa monografia.

Agradeço ao Maurício Rocha, meu companheiro, por estar junto nos bons e maus momentos. Saiba que o admiro muito, apesar das suas “chatices”.

Agradeço a minha mãe, Karla Borges e meu pai, Paulino Souza. Vocês são a base do que hoje sou. Amo vocês. A minha irmã, Jaqueline Borges, ao meu irmão Luciano Borges. Minha prima Gabriela Rocha e o Ronaldo. Aos meus afilhados, Iara, Maria e Théo. A minha avó Gercy. Aos meus tios Marcelo, Kely e Katia. Ao Dylan e Diego, meus primos. Obrigada pelo carinho.

Gratidão aos meus amigos: “as ruralinas” do alojamento (Glória, Lume, Cecília, Georgia, Priscila, Ludmila, Thais, Michele, Cléo, Amada, Sara, Vilela, Mariana) pela vivência nesses anos de graduação. Ao Thiago Sardinha, Tiago Cupollino, Úrsula, Raíza, Sankirtana, Inãue, Agatha, Ju Brasil e tantos outros que não cabe nessas páginas e tive o prazer de compartilhar momentos especiais.

Ao COPAMA (Coletivo de Pais e Mães da UFRRJ), pois tornar-se mãe em contextos acadêmicos não é fácil, mas se transformou em algo mais leve e bonito, depois que conheci vocês.

Gostaria de agradecer a minha amiga, Thainá Freitas, pelas “aventuras antropológicas”, pelas risadas, pelas conversas, conselhos e pela amizade.

Agradeço a Luena Pereira e o Rodrigo Pavani, pois acredito que foi a partir das aulas e debates que começaram a surgir os *insights* e o gosto pela antropologia. A professora Elisângela por aceitar o desafio de me ajudar nessa árdua tarefa que é a escrita acadêmica.

A Casa de Parto, pela oportunidade de explorar esse campo.

Queria agradecer especialmente a minha orientadora, Alessandra Rinaldi, que ultrapassou os livros, me incentivou em vários momentos, principalmente naqueles em que me senti mais insegura. Sempre demonstrou mestria nas suas palavras. Deu-me a oportunidade de conhecer/fazer pesquisa. Que formou uma “família”, ligada por vínculos de afetos e pesquisas, Livia Salgado, Ricardo Filho, Ana Clara e a Fifi.

Gratidão a todos!

SOUZA, Juliana Borges.

“Parir e Nascer com Dignidade e humanização”: interface entre hotelaria hospitalar e parto humanizado.

/ Juliana Borges de Souza Seropédica: UFRRJ/ICHS, 2015.

Número de páginas pré-textuais (em algarismo Romano), Número de Páginas Textuais (em algarismo arábico, incluindo bibliografia): il. (usar tal indicação se houver ilustração ou gráfico no texto).

Orientadora: Alessandra de Andrade Rinaldi

Monografia Bacharel – UFRRJ/ Instituto de Ciências Sociais Aplicadas/
Departamento de Hotelaria, 2015.

Referências Bibliográficas: f.

1. Classificação temática geral. 2. Classificação temática específica. 3. Tema principal. 4. Campo Temático. I. RINALDI, Alessandra de Andrade.
II. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto Ciências Sociais Aplicadas, Curso de Hotelaria. III. Bacharel.

RESUMO

Essa monografia consiste em conceituar a hotelaria hospitalar partir da visão dos autores TARABOULSI, BOEGER, WATANABE e GODOI, bem como analisar a ideia de acolhimento que aparece nos discursos das/os usuárias/os e profissionais do Centro de Parto Normal (CPN) ou Casa de Parto David Capistrano Filho, no bairro de Realengo da cidade do Rio de Janeiro. Para tanto procurei investigar o que significa “hotelaria hospitalar” e “parto humanizado” e de que forma esses termos se relacionam na prática a partir da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo realizada de junho a novembro de 2015 na Casa de Parto, analisei um programa chamado Rede Cegonha e fiz campo em uma exposição “Sentidos do Nascer” que ocorreu nos dias 7 e 26 de julho de 2015 no Centro do Rio de Janeiro. Realizei 12 entrevistas com usuários da Casa de Parto, sendo 7 mulheres e 3 homens (acompanhantes) além de 2 mulheres profissionais da casa de parto (enfermeira obstétrica e recepcionista). A ideia é ponderar sobre como funciona do ponto de vista das parturientes e puerpério a ideia de humanização (entendo como algo construído e polissêmico) na Casa de Parto.

Palavras-chave: humanização, parto humanizado, hotelaria hospitalar,

ABSTRACT

This monograph consists on conceptualizing hospital hospitality from the view of the following authors: Taraboulsi , BOEGER, WATANABE and GODOI. Examining, as well, the idea of hosting that appears in the users and professionals from a normal birth center (CPN) or Casa de Parto David Capistrano Filho, in Realengo neighborhood, city of Rio de Janeiro. There for, I seeked to investigate "hospital hospitality" and "humanized birth" and how these terms are related in the practice from the literature and field research conducted from June to November 2015 in Birth Center. I analyzed a program called Network Stork and made camp in an exhibition "Sunrise Senses" which took place on 7 and 26 July 2015 in downtown Rio de Janeiro. I conducted 12 interviews with users of the Birth Center, 7 women and 3 men (followers) as well as two professional women of birthing center (obstetric nurse and receptionist). The idea is to reflect on how the humanization concept (understanding it how something built and polysemic) works, in the perspective of mothers and postpartum in the Birth Center.

Keywords: humanization, humanized birth, hospital hospitality.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
INTRODUÇÃO	1
1. HOTELARIA HOSPITALAR E SUAS CONSIDERAÇÕES	5
1.1 Humanização da saúde	8
1.2 Parto humanizado	11
1.3 Produção de sujeitos saudáveis e uma vida melhor: o corpo feminino como uma redenção social	15
2. O CORPO, SAÚDE E DIREITO REPRODUTIVO: Breves considerações sobre a Rede Cegonha	16
2.1 Humanização do parto: um relato de campo	19
2.1.1 Cena 1: a exposição	Erro! Indicador não definido.
2.1.2 Cena 2: o parto - mercadoria	Erro! Indicador não definido.
2.1.3 Cena 3: o útero	Erro! Indicador não definido.
3 SOBRE A CASA DE PARTO	Erro! Indicador não definido.
3.2.1 Sobre o campo.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.1.1 Um espaço de acolhimento.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.1.2 Os temas.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.1.3 Do ponto de vista da nativa.....	Erro! Indicador não definido.
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICES	493
ANEXOS	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Relação das pessoas entrevistadas na Casa de Parto David Capristano Filho	4
------------------	---------------------------------------------------------------------------------	---

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Ultrassonografia	22
Figura 2.	Oferta - Cartaz da loja de conveniência	23
Figura 3.	Produtos	23
Figura 4.	Serviços da casa de parto.....	30
Figura 5.	Sala de pré-consulta.....	31
Figura 6.	Sala da recepção	31
Figura 7.	Parede com agradecimentos	32
Figura 8.	Relatos de agradecimentos	33
Figura 9.	Sala dos grupos	35
Figura 10.	Roda de conversa	36

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa consiste em conceituar a hotelaria hospitalar, bem como analisar a ideia de acolhimento que aparece nos discursos das/os usuárias/os e profissionais do Centro de Parto Normal (CPN) ou Casa de Parto David Capistrano Filho ¹, no bairro de Realengo da cidade do Rio de Janeiro.

A decisão de falar sobre o CPN está relacionada à escolha que fiz quando estava grávida. A opção de fazer o pré-natal na Casa surgiu a partir de conversas informais com mulheres que tiveram a mesma experiência e o parto fora realizado no serviço de saúde pública. Muitas delas relataram um “sofrimento” decorrente de “mau atendimento” ². A partir de então, comecei a procurar informações acerca do “parto humanizado” e seus desdobramentos. Nesse mesmo período, estava fazendo a disciplina “hotelaria hospitalar” com a professora Elisangela Franco, que apontou as semelhanças entre os conceitos estudados e o que estava vivenciando na Casa de Parto.

A hotelaria hospitalar está associada à satisfação das necessidades dos pacientes, chamados de clientes de saúde³, bem como, com a “integridade física”, a “privacidade”, a “individualidade”, respeitando valores éticos e culturais, com o máximo de descrição de toda e qualquer informação pessoal (WATANABER, 2008).

¹ ANVISA (2004) descreve o David Capistrano pelo “trabalho reconhecido na área social e empenhado na luta pela humanização do atendimento na saúde, cujo médico sanitário dá nome às duas casas de parto visitadas. Grande incentivador do Programa Médico da Família e da assistência humanizada ao parto em Centros de Parto Normal recebeu também homenagem do Ministério da Saúde, com a criação do Prêmio David Capistrano, da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde. Nascido em Recife, faleceu em São Paulo, em 2000, aos 52 anos de idade.” ANVISA. **Casas de Parto investem na valorização da mulher**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/44_04.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015

² Foi relatado em conversas informais, que chegaram a ficar mais de 20 horas em trabalho de parto, sem direito a acompanhante e junto com várias mulheres na mesma situação, a cena descrita foi a de esperando o “abate ou matadouro”. Outra pessoa falou que amarraram a mão dela e fizeram a manobra de kristeller - que é uma pressão fundica, quando o médico ou a enfermeira faz pressão com o antebraço sobre o abdômen para acelerar o parto, dentre outras situações que demonstram cenas traumáticas em relação atendimento de pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

³ De acordo com o texto “Acolhimento nas práticas de produção de saúde” (BRASIL, 2006) esse conceito orienta para as relações e pressupõe a mudança da relação profissional – usuário e sua rede de saúde, profissional-profissional, mediante os parâmetros técnicos, éticos, humanitários e a solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo da saúde.” Ministério da saúde. **ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE**. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/acolhimento_praticas_saude_2ed_sem_logos.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

A ideia é “livrar” os hospitais / unidades de saúde da “cara de hospital” e trazer a uma proposta de adaptação a uma “outra realidade” do mercado e introduzir “novos” processos, serviços e condutas (TARABOULSI, 2004 p.18).

Boeger (2003) diz que a hotelaria hospitalar não é somente um termo mercadológico para demonstrar preocupação com o bem-estar dos clientes, mas busca alcançar todas as condições necessárias para oferecer assistência com “segurança”, “conforto” e “qualidade”. Dessa maneira, é importante destacar que, para o autor, a hotelaria hospitalar não é sinônima de “ostentação” ou mesmo um hospital luxuoso, mas representa uma certa filosofia no atendimento - e na concepção de hospitalidade - que através dos serviços (recepção, área de alimento & bebidas, área de lavanderia, etc.) pode proporcionar juntamente a partir dessa ideologia “humanitarista” um funcionário mais afetuoso. A ideia é que o “cliente” e os funcionários sejam envolvidos nas concepções de “respeito” e “solidariedade” pelo seu estado físico-emocional, tornando o “sofrimento”⁴ do outro mais tolerável. Logo se tornou uma questão relacionada à qualidade do serviço e a humanização no ambiente no qual são prestadas ações referentes à saúde.

A hospitalidade está relacionada a “hospedar, na qualidade de hospedeiro, ou ainda, um bom acolhimento, liberalidade, amabilidade e afetividade no modo de receber o outro” (BOEGER, 2003, p 54).

Deslandes⁵ (2004) aponta que o termo “humanização” vem sendo propagado principalmente na área da saúde, não possui, porém uma definição oficial, provendo assim alguns sentidos à palavra em questão. Geralmente é voltada a assistência do ponto de vista técnico, ligado aos reconhecimentos de direitos dos pacientes, da subjetividade e da cultura. Já o “parto humanizado”, em linhas gerais, é pensado como promovendo mudanças no modelo do parto hospitalar/ medicalizado/ tecnocrático (DAVIS-FLOYD 2001). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, de 1985, parto humanizado... inclui o incentivo ao “parto vaginal” , ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe, filho), à presença do acompanhante no processo do parto e pós-parto, à atuação das

⁴ O termo sofrimento aparece aqui como uma categoria nativa utilizada dentro da hotelaria hospitalar. BOEGER, 2003; WATANABER, 2008.

⁵ DESLANDES, Suelly F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, n., p.07-14, 09 jan. 2004.

enfermeiras obstétricas na atenção dos partos normais e também a inclusão de “parteiras leigas”. Além disso, contempla indicação de modificações de rotinas hospitalares, considerando alguns protocolos com desnecessários e gerando risco e excessivamente intervencionista.

O objetivo desse trabalho é analisar os conceitos entre “hotelaria hospitalar” e “parto humanizado”, entendendo quais são os valores que são levantados nas discussões dos atores envolvidos: parturiente, puerpério, enfermeiras obstétricas, doula⁶, ativistas, etc. Ponderar, a partir dos cenários que estou me propondo pesquisar, os sentidos a acerca da “humanização” na prestação da assistência a saúde no setor. Para tanto procurei investigar o que significa “hotelaria hospitalar” e “parto humanizado” e de que forma esses termos se relacionam na prática a partir da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo realizada de junho a novembro de 2015 na Casa de Parto e na exposição “Sentidos do Nascer” que ocorreu nos dias 7 e 26 de julho de 2015 no Centro do Rio de Janeiro

A ideia era verificar se nessa prática havia um ideário de que esses tipos de parto e de assistência hospitalar significassem uma maior aproximação à de uma suposta “natureza feminina”. Além disso, busquei entender como funciona a ideia do “acolhimento / hospitalidade” no setor de saúde tanto do ponto de vista das usuárias, profissionais e ativistas dando os múltiplos sentidos ao conceito “humanização do parto”.

Iniciei o campo em um evento cultural que buscava popularizar o parto humanizado e denunciar a “mercantilização do nascimento”, chamado “Sentidos do Nascer”, além de participar do Congresso Online “Nascer Melhor”⁷ e Conahparto⁸ e do Curso de Extensão - Medicalização do corpo: contribuições da problemática de gênero para os processos de saúde e doença na UFRJ do dia 3 a 6 de novembro, que deu a oportunidade de aprimorar o debate.

⁶ “A palavra **Doula** vem do grego e significa ‘mulher que serve’, sendo hoje utilizada para referir-se à mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com bebê. Seu papel é oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante o período de intensas transformações que está vivenciando.” PARTO, Desperta do. **O que é Doula?** Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/doula---o-que-eacute.html>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

⁷ FATTORI, Otavio. **Nascer Melhor**. Disponível em: <<http://www.nascermelhor.com.br/>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

⁸ ALICE, Maria. **Conahparto**. Disponível em: <<http://www.conahparto.com.br/?ref=M3415149N>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

Realizei também etnografia⁹ na Casa de Parto, a partir da observação do participante através da aplicação de entrevistas semiestruturadas com as funcionárias¹⁰ e usuários do serviço de saúde em questão a fim de problematizar questões relacionadas ao “parto humanizado”. A afinidade com abordagem antropológica e sob a orientação da Alessandra Rinaldi decidi trabalhar com o método etnográfico. A entrada do campo se deu a partir dos contatos que havia feito enquanto fazia o meu pré-natal no período de janeiro a junho de 2014 e acompanhei duas moradoras gestantes da residência estudantil da UFRRJ que descobri por meio de conversas que estavam fazendo pré-natal na Casa de Parto. O projeto foi submetido à Comissão de Ética da UFRRJ cujo número do processo é 23083.006686 / 2015 – 60 e recebeu um parecer favorável. Vale ressaltar que usei nomes fictícios para os entrevistados, com exceção da diretora da Casa que obtive a autorização para tal.

No campo de pesquisa foram realizadas 12 entrevistas com usuários, sendo 7 mulheres e 3 homens (acompanhantes) além de 2 mulheres profissionais da casa de parto (enfermeira obstétrica e recepcionista)¹¹. Referência da Tabela 1 no texto

Tabela 1. Relação das pessoas entrevistadas na Casa de Parto David Capristano

Filho

⁹ Entendendo a etnografia à luz do Geertz “A etnografia é uma descrição densa. [...] Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado” (Geertz, 1998, p. 20). Portanto é um trabalho árduo de observação,” é o tipo de esforço intelectual que ela representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’ ” elaborando sentidos e significados.

¹⁰ Refiro-me no gênero feminino, pois existe apenas um homem no quadro de funcionários.

¹¹ Houve dificuldade em realizar as entrevistas com os profissionais, pois a etnografia seria realizada em seus horários de trabalho. Em uma ocasião havia um puerpério e duas mulheres em trabalho de parto, quatro enfermeiras dando assistência às três mulheres e um enfermeiro dando oficina nos grupos, e outra atendendo as consultas de pré-natal.

Usuárias de saúde		Profissionais de saúde	
10		2	
7 mulheres	3 homens	1 recepcionista	1 enfermeira obstétrica

Analisei a partir de um levantamento bibliográfico no âmbito de política pública voltada para o setor de saúde um programa chamado “Rede Cegonha” que tem abrangência no âmbito nacional, é voltada às mulheres, no que diz respeito ao “direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério” e à criança em seu “direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” de acordo com o Portal da Saúde¹² do SUS. Trata-se de um programa que também garante um transporte e vaga na unidade de saúde de referência a residência da gestante e um enxoval ao bebê.

Essa monografia está dividida em três partes: a primeira visa conceituar a hotelaria hospitalar e humanização no setor da saúde. A segunda parte visa analisar a ideia do “parto humanizado”, a partir da etnografia feita ao longo da exposição “Sentidos do Nascer” e falas das entrevistadas, o programa Rede Cegonha e a Casa de Parto. Por fim, a última parte trata sobre como funciona do ponto de vista das parturientes e puerpério a ideia de humanização (entendo como algo construído e polissêmico) na Casa de Parto.

1. HOTELARIA HOSPITALAR E SUAS CONSIDERAÇÕES

Boeger (2008) diz que o conceito hotelaria hospitalar surge no século XX, “baseada na nova tendência de valorização do paciente, buscando satisfazer necessidades e desejos dele e de seus familiares”. Em 1990 surge o primeiro

¹² SAÚDE, Portal da Rede Cegonha. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 20 nov. 2015

Congresso Brasileiro de Hotelaria Hospitalar e, em 2000, é criada a Sociedade Brasileira de Hotelaria Hospitalar. Uma das definições do conceito é:

Reunião de todos os serviços de apoio, que associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante o seu período de internação.

No que diz respeito à hospedagem, hospitais e hotéis (podem ser pensados como análogos¹³) se nos suportarmos na resolução Confederação Nacional do Turismo (CNTUR) número 1.118, de 23 de outubro de 1978 que define o “estabelecimento de hospedagem, com serviços parciais de alimentação, no qual se alugam quartos, ou vagas, com banheiros privativos ou coletivos, asseguradas às condições mínimas de higiene e conforto”¹⁴.

A ideia vai além de uma hotelaria convencional. É entendê-la não somente como um departamento específico de hotelaria, mas criar estratégias operacionais e assistenciais, sobretudo junto aos profissionais da saúde.

Melhor relacionamento entre paciente e médico, com atendimento impecável de toda equipe de colaboradores do hospital e bom acolhimento, são fatores que não devem ser esquecidos pelos administradores, médicos, enfermeiros e todos os envolvidos no contato com pacientes. (BOEGER, 2008, página 21).

¹³ De acordo com o Ministério da Saúde (1965) refuta a ideia da etimologia do termo hospital, remetendo a relação - hospitais e hóspedes – o qual tem a mesma derivação, desta forma criando interligações entre os conceitos. “A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como *nosodochium* quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, para os incuráveis. *Hospitium* era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes. Deste vocábulo derivou-se o termo hospício. A palavra hospício foi consagrada especialmente para indicar os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome de hospital ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos. Hotel é o termo empregado com a acepção bem conhecida e universal. No concílio de Orleans, ocorrido em 549, o Hôtel Dieu de Lyon, criado em 542, por Childebert, foi designado sob o nome de *xenodochium*. Era destinado a receber pobres, órfãos e peregrinos. Vários “hospitais” para escolares e peregrinos foram criados em Paris – o hospital dos escolares de São Nicolau do Louvre, em 1187; o hospital do Santo Sepulcro, em 1326, para receber peregrinos de Jerusalém; o hospital de Santa Catarina, para abrigar apenas por três dias os desocupados. O termo hospital era, pois, impreciso, nesta época, em relação ao conceito atual”. (MINISTERIO DA SAUDE 1965)

¹⁴ Diário oficial. **Resolução CNTUR 1.118**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3389812/pg-59-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-11-1978>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

Boeger (2008) destaca que alguns gestores não compreendem o sentido da hotelaria hospitalar. Algumas instituições privadas, segundo o autor, investem em “perfumaria¹⁵” acreditando que estão investindo na concepção da hotelaria hospitalar como um diferencial do hospital, mas sem repensar nas formas de atendimentos para que seja mais acolhedor. É importante destacar o atendimento, ao invés de “serviços diferenciados”, pois a ideia do atendimento afável se torna um valor nesse contexto.

É importante salientar que a hotelaria hospitalar não está apenas ligada às instituições privadas. Boeger (2003) destaca que “diversos hospitais públicos, através de seus profissionais dos serviços de apoio, demonstram grande interesse em melhor desenvolver a área de hotelaria hospitalar” (BOEGER, 2003, p 22). Da mesma forma, não devemos associar ao luxo, que pressupõe a hotelaria, mas ao conceito do bem-receber e do acolher. O autor aponta ainda que a hotelaria hospitalar se tornou uma tendência irreversível em qualquer instituição de saúde, “não se trata mais de uma opção da empresa, mas de uma exigência do público que frequenta hospitais e começa a habituar-se aos serviços de hotelaria existentes.” (BOEGER, 2003, p 25). A ideia não é simplesmente afirmar que os serviços ditos específicos do setor de hotelaria humanizaram o setor da saúde. Mas a sugestão aparece que a humanização e hospitalidade competentes na ideologia do mercado hoteleiro criou interfaces com o setor da saúde . De acordo com Einstein (2014)¹⁶:

A hotelaria nos hospitais representa hoje uma vantagem competitiva para a Instituição. Os serviços de apoio, quando devidamente organizados, podem se apropriar de um modelo de gestão e gerar conforto, segurança e bem-estar para o cliente dos serviços de saúde. É nesse cenário que está a hotelaria hospitalar. Com o campo de atuação em plena expansão, a área responde pela segunda maior folha de pagamentos dos hospitais e busca aperfeiçoamento contínuo ao conciliar os objetivos da instituição de saúde e o bem-estar do paciente.

Em relação aos profissionais que atuam na hotelaria hospitalar são enfermeiros, médicos, administradores de empresa ou hospitalares, nutricionistas que aprimoram seus conhecimentos para atuar no atendimento ao paciente, além

¹⁵ Um loja que explicitasse algo luxuoso ou grandioso.

¹⁶ EINSTEIN, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert. **Pós-graduação em Hotelaria Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/Ensino/pos-graduacao-em-mba/Paginas/pos-graduacao-em-hotelaria-hospitalar.aspx>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

dos profissionais de hotelaria e turismo que tenham interesse em migrar para a área da saúde.

No site da Hotec ¹⁷ aborda que o profissional de hotelaria hospitalar deve ter uma visão abrangente e crítica dos fatores determinantes e dos impactos decorrentes do processo tecnológico em Hotelaria Hospitalar; a capacidade de inovar na produção de conhecimento e na aplicação em Hotelaria Hospitalar, o comportamento empreendedor na criação e administração de bens e serviços relacionados à Hotelaria Hospitalar dialogando com a perspectiva da criatividade e do empreendedorismo e atitudes.

1.1 Humanização da saúde

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o “objetivo de garantir a toda população brasileira o acesso universal às ações e serviços de saúde.”, oficializado pela Lei N°8080/90.

Deslandes (2005) ¹⁸ diz que surge no Brasil as reflexões acerca da assistência à humanização na assistência a saúde de forma mais intensa no final da década de 1980, a partir dos “amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico” (DESLANDE, 2005, p 616). Estas ponderações, que até então faziam parte de questionamentos internos à área da saúde e ao exercício de seus profissionais, serão acionadas como um conjunto de diretrizes que constituirão a mira de diversos programas e políticas de saúde no Brasil, a partir da década de 1990. Algumas secretarias municipais e estaduais de saúde seriam pioneiras deste processo, que na década seguinte seria ampliado, atingindo uma abrangência nacional. O Ministério da Saúde *lançaria nessa época o “Programa Nacional de*

¹⁷ **HOTEC. PERFIL DO PROFISSIONAL.** Disponível em: <<http://www.hotec.com.br/hospitalar/arquivos/profissional.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

¹⁸ DESLANDES, Suely Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.615-626, set. 2005. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232005000300018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018>. Acesso em: 12 nov. 2015.

Humanização da Assistência Hospitalar, em 2000, que seria substituído pela *Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS*, em 2004; a *Norma de Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso, em 1999-2000*; o *Programa Humanização do Parto. Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2002*” (DESLANDE, 2005, p 617). Tais programas e políticas são analisados na produção de diretrizes técnicas gerando vertentes importantes, tais como os manuais “Parto, aborto e puerpério”. A *Assistência humanizada à mulher*, de 2001 e o *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru*, de 2002, foram a base de dezenas de cursos para a capacitação de formadores no país. (DESLANDES, 2005). E apesar das conquistas de saúde pública, Mello (2008) aponta que devido ao “mau relacionamento” com os profissionais e pela dificuldade de acesso aos serviços o Sistema Único de Saúde tem muito a progredir no que tange a melhoria para Saúde Pública.

Como resultado desse processo em maio de 2000, o Ministério da Saúde lança uma ação chamada *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*¹⁹ que tem como objetivo:

Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira. Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil. Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania. Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde. Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública. Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área. Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado. Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

Deslandes²⁰ (2004) aponta que o termo “humanização” é algo construído e polissêmico. É tanto a percepção do usuário, quanto o reconhecimento do profissional de saúde, sendo assim, pode significar “um novo modelo de

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde

²⁰ DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, n. , p.07-14, 09 jan. 2004.

comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas praticas cuidadoras” (DESLANDES, 2004, p 13) ou uma “nova cultura”. Essa “nova cultura” é entendido como outra forma de lidar com a saúde e com os usuários, a partir da ideia da humanização, que é defina no programa como.

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber²¹.

Gonçalves e Ferreira (2013) indicam que uma “gestão humanizada” consiste em tentar “livrar” os hospitais da imagem de ambientes pouco humanizados “com ausência de serviços diferenciados, fazendo com que seus clientes sintam-se em um espaço confortável não apenas na infraestrutura, mas no apoio ao paciente, no que se diz respeito à humanização dos serviços e bem-estar do mesmo” (GONÇALVES, FERREIRA, 2003, p.157). De acordo com Madeira e Duarte (2006)²² pensar na qualidade da assistência na área da saúde no que tange à mulher e ao recém-nascido passa pela gestão hospitalar, sobretudo quando se trata do gerenciamento de instituições hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), pressupondo que seja “regido pelo princípio da universalidade, da integralidade e da equidade do cuidado em saúde, com ações de defesa das vidas e de recuperação das vidas, individuais e coletivas”²³.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde

22 MADEIRA, LÉlia Maria; DUARTE, ElysÂngela Dittz. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araujo de. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs, 2006. p. 65-80.

23 MERHY, Emerson. Emerson Merhy: O SUS será ferido de morte. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2015/10/emerson-merhy-o-sus-sera-ferido-de-morte/>>. Acesso em: 09 out. 2015.

1.2 Parto humanizado

O movimento pela “humanização do parto” e o “ideal do nascimento no Brasil”²⁴ passa por algumas questões, como a “noção de natureza”, “empoderamento das mulheres”, “medicalização do corpo feminino”, “respeito às decisões da parturiente”. Além dessas ideias sobre o respeito aos direitos (reprodutivos e sexuais, ao acesso universal e ao consumo de tecnologia), perpassam por outros sentidos, como “o uso da Medicina Baseados em Evidência”, “o tratamento acolhedor e respeitoso”, “o manejo da dor do parto”, etc. (DINIZ 2006).

Esse modelo nasce a partir da crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento. De acordo com Diniz (2006)²⁵, pensar no “parto humanizado” é de certa forma compreender o parto “medicalizado” como um evento desumano/hostil. Aparece também como uma crítica a violência obstétrica, que de acordo com o site da Artemis (2014) é a “imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia”²⁶.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado” realizada, em 2010, pela fundação Perseu Abramo em parceria com pesquisadores da USP, demonstrou que “uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto.” Essa pesquisa apontou pela primeira vez, o conceito de uma violência institucional. “As mais comuns, segundo o estudo, são gritos, procedimento doloroso sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até

²⁴ “Desde 1993, existe uma Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna) que reúne profissionais de saúde progressistas, elaboradores de políticas de saúde, feministas, terapeutas alternativos, obstetizes e grupos organizados de usuários do serviço de saúde” DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S.. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf>. Acesso em: 20 maios 2015.

²⁵ DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.627-637, nov. 2005. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232005000300019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 12 nov. 2015.

²⁶ ARTEMIS. **TAG ARCHIVES: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**. Disponível em: <<http://artemis.org.br/tag/violencia-contra-a-mulher/>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

negligência”.²⁷⁻²⁸. O que demonstra ser essa violência o resultado de uma gestão da vida (FOUCAULT 1988) pautada em uma violência institucional promovida pelo campo da obstetrícia.

A partir dessa ideia que se construiu a noção de “parto humanizado” que significa também respeito às escolhas e respeito ao ser humano, inclusive a ideia de uma “cesariana humanizada” como aparece nas falas abaixo de Bruna 20 anos, estudante e Rita, servidora pública de 26 anos, quando perguntava na entrevista sobre o significado do “parto humanizado” a elas:

Acho que o parto humanizado é respeito às escolhas, se a mulher acha que é mais seguro fazer uma cirurgia tem que ser respeitado (Bruna, 20 anos).

Acho que é trazer o bebe de forma mais respeitosa e amorosa possível. Nesse caso, até uma cesariana pode ser humanizada. Muitas vezes falta tato na relação entre profissionais e pacientes, e isso faz muita diferença (Rita, 26 anos).

Carneiro (2014)²⁹ diz que a noção de parto circula como algo muito além da fisiologia e do ato médico. Figura como uma experiência “pessoal, familiar, social, cultural, emocional, espiritual e sexual”. Abaixo no relato da Bruna, estudante de 20 anos, uma das entrevistadas, usuárias do serviço da Casa de Parto relatando a complexidade a partir dos conflitos familiares insistindo no momento do parto:

Eu não tive apoio da minha família, minha mãe achava loucura ter lá. Ela só foi a um grupo comigo, a maioria ia sozinha. Mas não tinha muito que fazer, eu já tinha me decidido. Quando eu cheguei pela

27 ABRANO, Fundação Perseu. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 20 maio 2015.

28 “Esse tipo de queixa, segundo a investigação, é mais frequente nos hospitais públicos, mas também ocorre nos hospitais privados; as agressões oscilam desde xingamentos até exames dolorosos ou na recusa da realização de determinados procedimentos para alívio das dores do parto. Valem ressaltar que se trata de uma pesquisa pioneira e de extensão nacional, por meio da qual 25 estados e 176 municípios foram investigados e, conforme os resultados, quanto mais escura, mais jovem e mais pobre, maiores são as possibilidades de maus-tratos. Em torno de 27% dos casos, as agressões teriam acontecido no SUS e 17% na rede privada de saúde; além disso, teriam ocorrido mais em centros urbanos, sendo menos frequentes em regiões mais isoladas e rurais do país.” CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. 341 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

²⁹ CARNEIRO, Rosamaria G. De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia dos grupos de preparo para o parto humanizado. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. (Org.). *Etnografias em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 243-266, 2014.

Cegonha³⁰ já estava com 5 cm de dilatação, cheguei lá na quinta, minha filha nasceu no sábado. Fui eu, minha mãe e minha tia. Meu parto foi muito difícil, mais por mim do que pela Casa. No meu plano de parto pedi o menos de intervenção, sem remédios e sem nada. Mas estava sentindo muita dor. Minha mãe não acompanhou os grupos, para ela as enfermeiras estavam me maltratando, mas eu sabia que não, mas isso tudo me deixava irritada e travou. Quando trocou o plantão, no sábado de manhã a enfermeira Shirley viu que já estava com 10 cm de dilatação e ela que me deu o apoio sabe, o apoio que precisava. (Bruna, 20 anos).

Parece também como a ideia de uma luta pelo “parto normal”, como no caso de Aurora de 32 anos e de Suelen de 28 anos, ao narrar sua trajetória das suas gestações durante a entrevista:

Desde que eu vi uma cesária, decidir que não queria passar por aquilo quando chegasse a minha vez. Participei de congressos online de parto humanizado (nascer melhor e conahparto), me informei. E percebi que é uma verdadeira luta conseguir ter um parto normal com dignidade no Brasil. Mas a vontade e a crença que toda mulher é capaz e se for firme o suficiente é possível vencer o sistema mercantilista do parto e buscar o melhor para si e para o bebê (Aurora, 32 anos).

Meu bebê estava pélvico. Eu vi que em outros lugares no mundo faziam partos pélvicos, mas no Brasil fazem cesária. Fui conversar na Casa de Parto para saber da possibilidade de chegar já no hospital em trabalho de parto mesmo pélvico, mas me explicaram que ainda sim tinha possibilidade de fazerem uma cesária em mim por que é considerado um risco. Então comecei a pesquisar e encontrei dois médicos da rede pública que faziam a reversão externa. Conseguir o atendimento Fernando Figueira no Flamengo. Consegui fazer reversão, minha filha estava bem. E agora teoricamente podia ter um parto normal, pois a minha filha estava de cabeça para baixo. Voltei para casa de parto, continuei lá até 41 semanas e 3 dias. E minha filha não ativou o meu trabalho de parto, então tive que ir ao hospital de referência e o meu medo continuou. Estava com medo de fazer uma cesária, porque acreditava que não precisava fazer. Chegando no Mariska³¹ me falaram que a minha filha era muito grande, que tinha 3 quilos e pouco, que era um exagero e que não seria capaz de fazer um parto normal.

E eu já estava muito evoluído, estava muito tempo na minha barriga. Eu falei que não a fazer uma cesária e a médica me falou que seria a maior burrice eu tentar fazer o parto normal e que não ia conseguir. E já tinha visto criança com 4 quilos nascendo de parto normal. E já tinha feito tudo, a manobra de reversão. Não tive problema de saúde na gestação, minha filha estava na posição certa. Isso era um

³⁰ A ambulância da rede cegonha

³¹ O “Mariska” é o hospital da mulher em Bangu, é a unidade de referência da Casa de Parto.

absurdo o que a medica estava me propondo. Então lá no Mariska me caminharam para subir para sala de parto e que iriam induzir o meu parto, que era a única possibilidade naquele momento de ter o meu parto normal. Fiquei esperando por 4 horas no quarto e ninguém veio falar comigo. Descobri depois que eles só iam induzir no outro dia. Já estava há horas sem comer, cansada, estava me sentindo muito mal tratada. Eu falei assim, “não vou ter a minha filha agora, não vai ser assim, nervosa, sabe?” Porque eu nem sei o que vão fazer comigo. E fugir do hospital, sair à revelia. Decidir que ia para casa, procurar uma doula, esperar entrar em trabalho de parto, que ia dar o meu jeito, que era capaz. Que não ia desistir de ter o meu parto normal que era minha luta, que já estava lutando aos menos nove meses de gestação.

Cheguei em casa, dormi, acordei com a diretora da Casa de Parto, a Leila, falou que soube da história e que aconselhava a ela a voltar para o Mariska e induzir o parto normal e que era mais seguro assim. Disse que o plantão era muito melhor naquele dia. E que já tinha gente lá indicada, que já estava sabendo também da minha chegada. Eu fui lá, e realmente fui muito melhor atendida e conseguir finalmente ter o meu parto “normal” (Suelen, 28 anos).

A ideia de acolhimento, segundo Suelen, dentro da unidade de saúde, a imagem de hospitalidade a partir do respeito das escolhas. Grinover (2009)³² diz que acolher “o outro significa aceitá-lo e recebê-lo no lugar onde nos encontramos: na nossa casa, na nossa cidade, colocando à disposição do outro o melhor de nós”, tornando-se como anfitriões. Pinochet e Galvão (2010) apontam que e ao humanizar a assistência hospitalar provoca-se um remanejamento das relações entre médico-paciente; funcionários da saúde-paciente; servidores-familiares, além da relação entre os funcionários da saúde, ou seja, transformam-se as relações dos usuários quanto dos profissionais da saúde, aplicando-se como uma questão de acolhimento e bem-estar. Dessa forma, segundo essa ótica deve haver uma “rede de diálogo”, pensando e promovendo “as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade”.

Segundo a diretora da Casa de Parto que me forneceu a entrevista durante a minha etnografia, há uma complexidade em se trabalhar a família e não só o parto:

Tenho que trabalhar essa família no pré-natal, por que a questão não é só o parto, o parto é final. Entender quais são as modificações sociais, emocionais, culturais. Levar em conta o que cada um tem e

³² GRINOVER, Lucio. A hospitalidade na perspectiva do espaço urbano. Revista Hospitalidade. São Paulo, ano VI, n. 1, p. 04-16, jan.-jun. 2009.

traz de bagagem, porque isso faz diferença. Não temos ao formatado para atender essas mulheres, temos um *protocolo de atendimento*³³ porque temos que ter.

1.3 Produção de sujeitos saudáveis e uma vida melhor: o corpo feminino como uma redenção social

De acordo com Alzuguir e Nucci (2015)³⁴ ao pesquisar redes virtuais de mulheres que se denominavam mamíferas a partir das concepções do parto e da amamentação, aponta que há uma forte valorização da ideia da “natureza feminina” Estimadas nas raízes do pensamento Iluminista dos meados dos anos XVIII e XIX, há o “desenho de uma continuidade traçada entre mulheres e o reino animal, por meio da aproximação delas com a classificação taxonômica dos mamíferos” (ALZUGIR, NUCCI, 2015, p 3).

Essa ótica se manifesta na visão do obstetra francês Michel Odent (2002)³⁵ diz que “para mudarmos o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”³⁶. Dessa maneira, durante o nascimento, segundo esse médico pode haver possibilidade de criar desvios de personalidades, de doenças, de males do mundo a partir da liberação do hormônio da ocitocina (chamado pelo autor de “hormônio do amor”), de forma “natural” produzido pelo corpo da mulher que ocorre durante o trabalho de parto. Isso também aparece no discurso de algumas pessoas as quais foram entrevistadas quando pergunto a Leandro de 35 anos e da Carla de 24 anos, ambos os usuários da Casa de Parto, que acreditam que a forma de nascer influencia a maneira que esta no mundo.

Acho que o parto humanizado é o preparo para uma nova civilização (Leandro, 35 anos).

Porque nascer com amor e respeito é o primeiro passo para melhorar o mundo. Todos tem o direito ao um nascimento humanizado, tive o

³³ Ver em anexo 5

³⁴ ALZUGUIR, Fernanda Vecchi; NUCCI, Marina Fischer. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações**, Londrina - Pr, v. 20, n. 1, p.217-238, 10 jun. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/21114/pdf_7>. Acesso em: 12 nov. 2015.

³⁵ É obstetra francês publicou cerca de 50 livros sobre temática do parto dentre elas “o Renascimento do parto”, “A cientificação do amor”, “Água e sexualidade”, etc.

³⁶ ODENT, Michel. O Renascimento do Parto. Florianópolis: Saint Germain, 2002

meu filho de forma humanizada e se for ter outro vai ser na minha casa (Carla, 24 anos).

Para Tornquist (2002) a categoria natureza está implicada no ideário do “parto humanizado”, aproximando-o do ideário “ecologista, do modo de vida indígena e do cuidado ao meio ambiente”. O parto é entendido por alguns como um evento fisiológico, altamente tecnologizado pela medicina de forma desnecessária. Entretanto, é possível perceber nesse discurso um movimento que tira o parto do campo do patológico, mas o coloca na esfera de uma suposta natureza feminina, como algo inerente ao seu corpo. Essa natureza não aparece como uma negatificação, submissão como no artigo “O óvulo e o esperma: Como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho-fêmea”, de Martin (1996) ³⁷ como a importação das fêmeas como passíveis e os machos como heroicos pela “personalidade” dos gametas. Há sim uma posituação do polo da natureza, na ideia de um “empoderamento”, causando um sofrimento, a partir de um idioma de gênero, àquelas que não conseguiram parir da forma que planejaram.

O parto natural deve ser a coisa mais linda do mundo. Infelizmente não pude ter assim. Sobre a experiência da cesária, posso te dizer que nunca mais. Cirurgias são feitas para salvar vidas e não para retirar-las ou intervir no curso natural do corpo (Lais, 30 anos. Estava com pré-eclâmpsia).

Estou muito chateada. Estou tentando ficar bem. Fiz tanto esforço sabe, quis procurar outro jeito para ele não nascer no hospital, fui às oficinas para aprender, procurei coisas para me informar, estudei. Para que? Vou ter que fazer uma cesária em um hospital (Ana, 25 anos – o seu bebe estava pélvico).

2 . O CORPO, SAÚDE E DIREITO REPRODUTIVO: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REDE CEGONHA.

Em 24 de junho de 2011, o Ministro Alexandre Padilha cria no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Rede Cegonha, instituído pela Portaria 1.459 do Ministério da Saúde, com objetivo de: I) “fomentar a implantação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança com foco na atenção ao parto,

³⁷ MARTIN, Emily. O óvulo e o esperma. Como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho-fêmea. Disponível em: <http://www.necso.ufrj.br/Trads/O%20ovo%20e%20o%20esperma.htm>

ao nascimento e ao desenvolvimento da criança de zero a quatro meses”; 2) “organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade” e 3) “reduzir a mortalidade materna e infantil no componente neonatal”.

Este programa, ao qual é filiada a Casa de Parto David Crispiano Filho, tem como objetivo iniciar uma política pública na área de saúde propondo maior disponibilidade de atendimento pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários, inclusive um exame de ultrassonografia, encaminhamento para atendimento se houver alguma complicação durante a gravidez e vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto. De acordo com a portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde (MS), instituindo-a no Sistema Único de Saúde (SUS):

Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis³⁸.

Ao chegar ao Congresso Nacional, o Programa Rede Cegonha recebeu apoio dos parlamentares de posição “antiaborto” e da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida - Contra o Aborto. Se por um lado, o projeto Rede Cegonha traz debates que possam ser entendidos como um “avanço” na conquista de direitos da mulher, do ponto de vista da atenção à assistência do parto, a maternidade; e colabora para a chamada “humanização do parto” e redução da violência obstétrica, por outro tem sido apontado pelo Movimento Feminista e organização de posição “pró-escolha”³⁹ como um retrocesso na medida em que entende o planejamento familiar pelo viés da maternidade⁴⁰.

38 SAUDE, Ministério da. **A portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde (MS), instituindo-a no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

39 “O termo pró-escolha é abreviação para um grupo ou indivíduo que acredita que uma mulher deve ser capaz de escolher um aborto *se e quando* ela desejar interromper uma gravidez que é não intencional e insustentável ou simplesmente insustentável.” JACOBSON, Jodi. **Pro - escolha**. Disponível em: <<http://pelosdireitosreprodutivos.blog.com/2011/05/04/o-que-significa-ser-pro-escolha/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

40 Na cosmologia ocidental de parentesco a relação entre mãe e filho é vista como autoevidente. STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, 3(2): 303-29, 1995.

Para as feministas da *Rede Feminista de Saúde*, o Programa Rede Cegonha provoca um “retrocesso de trinta anos na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina”. Segundo a cientista política da Rede, Télia Negrão, o programa é desumanizante ao restringir os direitos reprodutivos apenas aquelas que optam pela maternidade⁴¹.

De acordo com o “Relatório da CPI da Mortalidade Materna” instaurada no ano 2000, 68% da mortalidade materna ocorrem durante os partos e que em 98% dos casos as mortes são evitáveis⁴². Carneiro (2013)⁴³ destaca “a viabilidade e urgência de políticas de saúde nacionais, a questão parece estar longe de ser pacífica e desprovida de controvérsias”, pois:

O direito à saúde é um direito de todos no Brasil, sem distinções ou restrições. Em segundo lugar, porque, portanto, é obrigação do Estado promover e implantar saúde de qualidade. Trata-se de uma questão de cidadania, de direitos e de igualdade de oportunidades e, por consequência, de algo que parte da igualdade entre todas as brasileiras, e que, em minha leitura, deveria mesmo partir. Entretanto, de outro lado, par a par com a cidadania, vem a necessidade de se reconhecerem as diferenças entre as mulheres, ponto também bastante merecedor de atenção e consideração (página 57).

Se por lado podemos entender o Programa Rede Cegonha como um avanço no que tange garantias de direitos à saúde da mulher, de acordo com Carneiro (2005), perdemos a dimensão da pluralidade do termo e significações do ser “mulher”, criando uma categoria única, sem levar em conta sua etnia, classe social, orientação religiosa, orientação sexual, estilo de vida etc.⁴⁴.

41 NEGRÃO, T. Entrevista concedida à Conceição Lemes. Rede Feminista de Saúde alerta: Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. Viomundo. 5 abr. 2011. Disponível em: <www.viomundo.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2015.

42 ARTEMIS. **Resolução Normativa 368 ANS**. Disponível em: <<http://artemis.org.br/?s=mortalidade>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

43 CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

⁴⁴ Ver CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mai. 2015.

2.1 Humanização do parto: um relato de campo

Após refletir sobre a Rede Cegonha, me dedico à reflexão do “parto humanizado” e dos atores que compõe a cenário que estou discutindo. Busco entender de que forma ocorre enquadramento (BUTLER, 2010) do que é o humanizado (logo por consequência o que não é humanizado). A ideia é analisar um relato de campo que fui fazendo ao longo da exposição “Sentidos do Nascer” que ocorreu nos dias 7 e 26 de julho de 2015 no Centro do Rio de Janeiro.

Essa exposição “Sentidos do Nascer” faz parte de um projeto financiado pelo CNPq, Ministério da Saúde e fundação Bill & Mellinda Gates⁴⁵. De acordo com o site do evento, a metodologia do projeto consiste em uma “pesquisa-ação para promover transformações nas representações sociais sobre o parto e nascimento e para analisar as implicações da exposição na percepção dos visitantes”.

Foi colocado um estande na Praça Tiradentes com três contêineres e cinco ambientes- espaço destinado ao *Programa Rede Cegonha do Rio de Janeiro*. Havia um espaço ao ar livre com cadeiras e painéis com fotos de mulheres parindo. Eram exibidas imagens de mulheres remetendo a uma ideia de prazer sexual, que é chamado de um estado de “partolândia”, comparado ao orgasmo sexual. Havia informações sobre o parto “normal” X cessaria, além de um espaço para rodas de conversas e exibição de filmes.

Nessa exposição há um circuito dividido em três partes: a simulação da gravidez ao nascimento que irei escrever ao longo do texto. Nesse contexto o visitante faria uma simulação da sua gravidez, tendo um momento de conversa com seus familiares, amigos e profissionais da saúde. O que na exposição foi chamado de “controvérsia do debate do parto” e o seu próprio nascimento via parto vaginal. O

⁴⁵ “Parte do movimento que incentiva o parto normal, Sentidos do nascer é um dos 12 projetos selecionados pela Fundação Bill & Melinda Gates para patrocínio. Em parceria com o Ministério da Saúde e o CNPq, a Fundação está liberando R\$ 8,4 milhões para projetos focados em diminuir as taxas de nascimento prematuro no Brasil.” RIBEIRO, Ewerton Martins. **Nascer é normal**. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/boletim/bol1874/4.shtml>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

objetivo principal era discutir a “cultura da cesariana”⁴⁶, entendida pelos idealizadores desse evento a partir de um “comercio do parto”.

(...) contribuir para a mudança da percepção sobre o nascimento, incentivando a valorização do parto normal para a redução da cesariana desnecessária. A Sentidos do Nascer é uma iniciativa que propõe ampliar o debate sobre questões relacionadas ao nascimento no Brasil. Lançamos um olhar crítico ao cenário da hipermedicalização do parto, da perda do protagonismo da mulher e da exploração do parto como um negócio⁴⁷.

Notei como argumento dessa exposição, a ideia de que a prática obstétrica é influenciada pelo sistema capitalista que ordena a vida social. Martin (2006)⁴⁸, antropóloga norte americana, influenciada pelo pensamento marxista, no livro “Metáforas médicas do corpo feminino”, no capítulo “Mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução”, diz que a medicina ocidental pensa o corpo como uma máquina: O útero como uma máquina de produção, a mulher como a operária, o médico como o técnico ou o mecânico que “conserta” ou o supervisor a fim de produzirem bebês saudáveis.

Sendo assim, a cesariana, que exige o máximo de “condução” do médico e mínimo de trabalho ao útero, é considerado o melhor processo para produzir os melhores produtos. Essa ótica teria então gerado um processo de substituição das mãos das parteiras pelas tecnologias médicas (o bisturi, o fórceps). A própria ideia do trabalho de parto é entendida como um trabalho fabril, que é subdividido em vários estágios, na fase latente, dilatação, de expulsão, progressão, etc. (MARTIN, 2006).

⁴⁶ 46 “Mello-e-Souza argumenta que o princípio do direito da mulher ao poder e controle sobre o próprio corpo, bandeira do feminismo dos anos 60, foi apropriado pelos médicos para justificar a prática de cesáreas desnecessárias. Nesse processo, tais intervenções passam a ser denominadas “cesárea a pedido” ou “cesárea eletiva”, insinuando que a “cultura da cesárea” reflete um desejo feminino (Mello-e-Souza, 1994). Conforme essa interpretação é o desejo feminino que determina o tipo de parto, e não o poder de promoção, legitimação e divulgação dos médicos.” BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1611-1620, 20 jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

⁴⁷ NASCER, Sentidos do. **Nossas causas**. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/exposicao/nascimento/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

⁴⁸ MARTIN, Emily. Metáforas médicas do corpo da mulher: parto. In: A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

Nessa exposição pôde-se perceber a presença dessa visão feminista marxista que perpassa dentro da academia e pensam políticas voltadas as mulheres. Como aponta Heilborn e Sorj (1999) ⁴⁹:

O feminismo contou desde a sua origem com expressivo grupo de acadêmicas, a tal ponto que algumas versões de sua história consideram que o feminismo apareceu primeiro na academia e, só mais tarde, teria se disseminado entre mulheres com outras inserções sociais. As acadêmicas, por sua maior exposição a ideias que circulam internacionalmente, estavam numa posição privilegiada para receber, elaborar e disseminar as novas questões que o feminismo colocara já no final da década de sessenta nos países capitalistas avançados. Assim, quando o movimento de mulheres no Brasil adquire visibilidade, a partir de 1975, muitas das suas ativistas ou simpatizantes já estavam inseridas e trabalhavam nas universidades.

2.1.1 Cena 1: a exposição

Ao chegar à exposição tive que esperar por cerca de 01h30min, mesmo sendo prioridade, pois, estava com meu filho, um bebê com um ano de idade. O público da exposição eram mulheres grávidas interessadas na ideia do “parto humanizado”. Havia por volta de 60 pessoas esperando, assim que cheguei. Fiquei então observando o ambiente e as pessoas⁵⁰. O público era pautada no gênero ⁵¹ feminino, em sua maioria de mulheres de diversas idades, idosas, jovens, estrangeiras, grupo de estudantes da área da saúde ⁵². Havia gestantes acompanhadas pelos possíveis companheiros⁵³.

⁴⁹ HEILBORN, Maria Luiza e SORJ, Bila. “Estudos de gênero no Brasil”, in: MICELI, Sérgio (org.) O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPES. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221.

⁵⁰ Percebi que havia apenas um homem trabalhando na exposição, fui então conversar com ele. Queria saber como foi pensada a exposição? Quem era ele? Quem estava envolvido? Quais eram os sentidos da exposição? Dentre outras coisas. Então, ele me informou que “era a pior pessoa para conversar sobre”. Estava lá por conta da sua mãe, que é a coordenadora do projeto -Sonia Lansky- e as demais funcionárias são alunas de enfermagem da UFMG e da UERJ. Fui conversar com sua mãe, Sonia que mesmo parecendo muito solícita no momento não foi possível dialogar muito, devido a quantidades de pessoas que estava atendendo. Trocamos contatos e estou aguardando o seu retorno.

⁵¹ SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para os estudos históricos. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p.5-22, dez. 1990.

⁵² Vi que havia um grupo de cinco estudantes -mulheres- com camisa do curso de técnico em enfermagem e duas pessoas com dois de serviço social.

⁵³ Acredito que sejam os companheiros, pois andavam de mãos dadas. Mas também poderia ser amigos, parentes, etc.

Em relação ao circuito da exposição, primeiro formam-se grupos de 10 pessoas, e cada dupla entrava em uma cabine. A sessão é iniciada com uma fotografia, simulando uma ultrassonografia, onde o expectador tem a sua imagem refletida como se estivesse “grávido/a” e com seios. Surge, então, um bebê em evidência, conforme aparece na figura 1⁵⁴ abaixo:

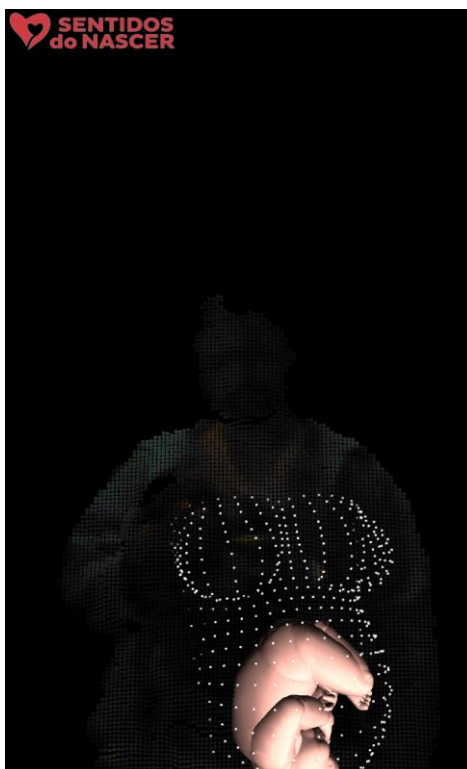


Figura 1. Ultrassonografia. (ultrassonografia retirada no começo da exposição)

Fonte: e-mail pessoal.

Depois desse momento, o visitante é apresentado a uma “loja de conveniência da maternidade cirúrgica”. São feitas críticas às “cesárias eletivas”, ou seja, ao parto que é marcado com antecedência sem algum tipo de indicação, que é entendido nesse contexto do “parto humanizado” como uma intervenção desnecessária.

Diante disso, nos são ofertados produtos, conforme as fotos abaixo, levando a entender o “comercio do parto” como um “comercio da vida”. Há assim, a intenção

54 Disponível por e-mail- Equipe Sentidos do Nascer. Exposição Sentidos do Nascer. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <juliana_borges_souza@hotmail.com>. em: 27 jul. 2015.

pedagógica a fim de ensinar uma forma de não cair em uma “armadilha” desse parto “não humanizado”, “comercial”, “da cessaria programada”⁵⁵.

2.1.2 Cena 2: o parto - mercadoria

Ao longo dessa exposição pude ver uma mulher que estava encenando como se fosse uma vendedora que exibia algumas promoções, como nas figuras 2 e 3 abaixo:



Figura 2. Oferta - Cartaz da loja de conveniência (cartaz simulando uma propaganda de venda de uma cesariana)

Fonte: arquivo pessoal



Figura 3: Produtos (produtos simulando um mercado, como o pau de cesaselfie, momy beauty spa, parto programado, teka burka, parto sem dor, mama man).

Fonte: <http://www.sentidosdonascer.org/exposicao/gestacao>

Ao iniciar sua narrativa para o público, essa moça diz que não se propunha a “demonizar” a cesariana, ao contrario, levava em conta que a mesma salva vida, mas que não deveria ser feita de maneira desenfreada⁵⁶.

Logo após esse momento, a “vendedora” mostra a loja de conveniência e as 10 pessoas do grupo são convidadas a sentarem-se. Como se cada um estivesse grávido. Os responsáveis pela encenação travam uma conversa como se fosse uma “cena” da vida cotidiana, ressaltam-se as múltiplas vozes que podem buscar persuadir uma mulher grávida a tomar decisões sobre o seu parto. Há uma exaltação caricatural dessas múltiplas vozes e de como isso pode ser nefasto, sem, no entanto, se darem conta de que aquela exposição era uma dessas vozes que buscava “pedagogizar” o feminino acerca de uma “verdadeira” forma de parir. Seguem os trechos:

- 1- Sua amiga que fez a cesariana – fala para você marcar o dia do seu parto, remete aos produtos da loja de conveniência, para você comprar um pacote de spa, etc. Que é mais cômodo para você e seus parentes e amigos.

55 De acordo com a sumario executivo da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (2011), com o objetivo de mapear 24000 brasileiras, no que diz respeito ao seu modelo de parto, atenção oferecida e consequências no pós-parto, diz que “maioria das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesariana, cirurgia realizada em 52% dos nascimentos. Analisando apenas o setor privado a situação é ainda mais alarmante: 88% nasceram por meio de cesarianas.” Que é a chamada “cultura da cesariana”.

- 2- Sua amiga que teve o parto normal - diz que teve o parto “normal”, remete sobre as dores do parto, falando que as contrações são parte da vivência nascimento do seu filho, que era natural e prazeroso. Diz para ela se planejar, fazer um “plano de parto”.
- 3- Doula – Diz do seu trabalho de acompanhar as evoluções da gestação até o nascimento, que é natural e do “empoderamento” das mulheres e fala da importância dos grupos de apoio das gestantes.
- 4- Sua mãe – Diz que você é muito “fragilzinha” e não vai aguentar a dor, conta que teve o parto normal, onde teve que fazer uma episiotomia, que afetou a sexualidade dela, que ficou sozinha durante o trabalho de parto, em jejum por horas. Já na cesariana foi tudo muito rápido a recuperação foi um pouco lenta, mas a cesariana era muito melhor.
- 5- Sua avó – Diz que você não é frágil e que é capaz de ter parto normal e que foi assim com ela, a mãe e avó.
- 6- Enfermeira obstétrica - Explica que ela é capacitada para atender as grávidas de baixo risco e que só intervém quando necessário.
- 7- Médico obstétrico - chamado “Cesário” – diz que não é contra o parto normal, mas é necessário fazer o corte no períneo. O cordão pode ficar enrolado no pescoço ou a criança pode estar muito grande e não ter passagem.
- 8- Médica obstétrica pró-parto normal - fala que não é contra a cesariana, mas deve ser feita apenas quando necessária. Ela disse que não faz o parto “normal”, quem faz é a mulher. E ela só protagonista quando é uma cesariana. E que só em poucos casos é necessário o corte no períneo, são rotinas desnecessárias⁵⁷ e que a “vagina é órgão poderoso” que volta no tamanho normal depois de exercícios específicos.

⁵⁷ Dentre elas encontra-se a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); o enema (lavagem intestinal); a ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas); a ruptura da bolsa (amniotomia); a epidural (analgesia) e a episiotomia (corte da musculatura perineal para a passagem do bebê), a necessidade de jejum, a posição supina.

9- Seu pai – diz que a decisão é sua, mas encoraja a fazer o parto normal, visto os riscos da “submissão do parto cirúrgico”.

Depois da conversa, todos responsáveis pela “encenação” que dizem que a “decisão é sua”, como se a intenção fosse “neutra” e que somente as outras vozes buscassem influenciar e retirar a agência feminina⁵⁸ (DAS, 2011).

2.1.3 Cena 3: o útero

No desenrolar da exposição, o grupo é convidado a entrar no útero, onde há pouca luz e o som do batimento cardíaco. Percorremos um caminho bem apertado e saímos em uma vagina gigante simulando o nosso nascimento. Sendo assim, há um circuito: a constatação da gravidez ao “bom parto”. Notei também em entrevistas com pessoas que frequentavam a Casa de Parto quanto na exposição essa visão.

É possível aventar a hipótese de que esse ideário de parto traz a presença do que Torquinst (2002) denomina influencia de correntes alternativas, ecológicos, oriundas do pensamento da “contra cultura” de 1960. Em algumas falas aparecem a ideia de que o “parto humanizado” é uma forma de parir “mais naturalmente”. Durante uma entrevista feita em outubro desse ano quando perguntei à Suelen, 28 anos e porque ela chegou à Casa de Parto, ao que respondeu:

Então, eu sempre tive a vontade de ter um parto normal, fazia o acompanhamento na Clínica da Família, lá em descobrir que poderia ter um parto normal, mas não era nada garantido, tive medo. Então, em um encontro de agroecologia e de movimentos alternativos conheci a Rita que me contou da casa de parto, que era gratuito, contou que ela era doula.

Em algumas falas nas entrevistas aparece a ideia do parir de “forma natural”, logo de via vaginal a Julia de 32 anos e a Laís de 30 anos quando pergunta o por quê procuraram a Casa de Parto.

Desde momento que descobri que teria um filho, me deparei com várias questões que todo mundo se depara quando descobre que vai ter um filho, que é culturalmente estabelecido. Como o mais ocorrido, que aqui no Brasil é a cesária. E na minha condição não queria que fosse, queria que fosse algo mais natural e humanizado.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cad. Pagu* [online]. 2011, n.37, pp. 9-41. ISSN 0104-8333. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332011000200002>.⁵⁸

(Julia, 32 anos)

Parto humanizado é voltar às origens. O corpo tem o seu tempo, seu jeito e humanizar significa cuidar e informar e respeitar esse corpo como se fosse seu (Laís, 30 anos).

3. SOBRE A CASA DE PARTO

A Casa de parto surge a partir de uma resolução do Ministério da Saúde que em 1990 lança um programa de agentes comunitário e da família da portaria numero 888 de 12 de junho de 1990⁵⁹:

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando a prioridade atribuída pela atual gestão às questões relacionadas com a Saúde da Mulher e da Criança, já objeto de diversas iniciativas;

Considerando as experiências positivas de funcionamento de Casas de Parto e Maternidades-Modelo tanto para a assistência de qualidade, com a filosofia do parto normal e humanizado como para a formação dos recursos humanos indispensáveis à superior qualificação do pré-natal, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido em todo o país; Considerando a conveniência de regulamentar o funcionamento das Casas de Parto e estabelecer tabela dos procedimentos para seu adequado financiamento; Considerando a necessidade de integrar as iniciativas que visam à melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança com os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde (PSF/PACS) e, em geral, com as ações da rede de serviços próprios ou contratados do SUS, resolve:

Art. 1º Instituir o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, no Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Designar DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO, para coordenar e supervisionar a execução do referido Projeto.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

⁵⁹ Ver: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog.../GM_P888_99prog_pacs_psf.doc

Neste programa a Casa de Parto David Crispiano foi incluída, conforme apresentado acima. Nota-se que esse tipo de iniciativa, tinha por objetivo “humanizar” e melhorar a assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, diminuindo, assim, o número de óbitos por causas evitáveis.

No ano de 2004 foi regularizado o funcionamento da Casa de Parto Capistrano Filho por meio da Resolução n.º 1041, de 11 de fevereiro de 2004 conforme apresentado abaixo:

As ações públicas de saúde para humanização do parto nos anos de 1990, o Ministério da Saúde instituiu os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS por meio da Portaria/GM n.º 985, de 5 de agosto de 1994. Em decorrência dessa iniciativa federal, a SMS/RJ instituiu um Centro de Parto Normal isolado do hospital, que foi inaugurado em 08 de março de 2004 e denominado Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF)³. Essa Casa de Parto foi regulamentada pela Resolução n.º 1041, de 11 de fevereiro de 2004. Ela funciona como uma unidade de saúde aberta vinte e quatro horas, que proporciona mais uma opção na assistência às gestantes de baixo risco e atua em parceria com a maternidade de referência⁶⁰.

Através dessa resolução a Casa de Parto foi constituída com uma equipe⁶¹ composta por 19 enfermeiras obstétricas, 11 técnicos, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 administradora, sob responsabilidade da prefeitura do município do Rio de Janeiro. Além disso, conta com um corpo clínico e administradores que são servidores públicos alocados para esse espaço. Os cozinheiros, motoristas, recepcionistas, a equipe de limpeza, de vigilância e de lavanderia são funcionários terceirizados. É também campo de residência de enfermeiros da prefeitura⁶².

A diretora conta que ao receber as residentes explica que é exercício de escuta, de entender as diferenças e não julgar.

Costumo dizer as residentes a receber as mulheres sem levantar a sobancelha, por às vezes você não diz nada, e a mulher diz assim “eu tenho 4 ou 5 parceiros e você diz “ah é” e já levanta a sobancelha”. Então você tem que se treinar. Você pode até não ter o mesmo estilo de vida daquela pessoa, mas você tem que respeita-la.

⁶⁰ PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. **ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO, RIO DE JANEIRO, BRASIL**. Disponível em: <file:///C:/Users/DCO/Downloads/1659-9986-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

⁶¹ A direta me contou que para fazer parte da equipe, o profissional já tinha que ter um perfil diferenciado, que um dos pré-requisitos era atuação na área de obstetria a pelo menos 5 anos e passar por uma prova escrita.

Segundo a direção da Casa de Parto, esse espaço funciona baseado na “tecnologia do cuidado”, um termo que em nada faz analogia com os equipamentos modernos. Visa antes, uma eficácia por meio de determinados saberes, procurando, segundo a diretora da casa, “construir procedimentos de intervenção nos processos da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, que produzam o efeito desejado.

Todos os meses os funcionários da Casa de Parto fazem uma reunião em equipe para discutir a dinâmica do local e, em alguns casos específicos, confraternizar. Tudo se torna interligado desde cliente pedir uma informação na recepção ao momento que ela vai receber alta.

Isso é sentido quando uma cliente vai pedir uma informação com a recepcionista, as pessoas falam como a Patrícia é simpática, boa humorada. Você não tem aquela turbulência que é o atendimento nos outros lugares. O acolhimento é a nossa marca (...). Essa mulher tem lugar de destaque, ela se sente especial, essa mulher é chamada pelo nome, o seu bebe tem um nome (...) Esse sentido de singularidade, de personalidade é grande diferencial da Casa de Parto

3.1 .Sobre o campo :

Discutida a emergência da Casa de Parto Capistrano Filho, analisarei os sentidos atribuídos à “humanização” do parto e nascimento a partir da assistência pré-natal, parto e pós- parto presente entre os profissionais e usuárias desta Casa de Parto. A minha entrada do campo se deu a partir dos contatos que havia feito enquanto fazia o meu pré-natal no período de janeiro a junho de 2014 e acompanhei duas moradoras gestantes da residência estudantil da UFRRJ que descobrir por meio de conversas que estavam fazendo pré-natal na Casa de Parto.

3.1.1 Um espaço de acolhimento

Ao entrar na Casa de parto notei uma frase escrita “PARIR E NASCER COM DIGNIDADE E HUMANIZAÇÃO”, que fica no muro da frente, já na entrada. Logo ao

entrar, na recepção observei que há um espaço de espera decorada o com bancos de bambu, sofá, uma estante com uma televisão, um telefone, ventilador de teto, um computador, alguns cartazes temáticos conforme as datas comemorativas (natal festa junina, dia da mulher etc.).

Além da sala de espera há três suítes⁶⁴, uma cozinha, uma garagem onde fica a ambulância, para transportar alguma gestante que apresentar alguma interferência durante o pré-natal a unidade de referência, o hospital da Mulher Mariska Ribeiro em Bangu, que fica a 10 minutos ou para levar exames de sangue ou de urina que são recolhidos ali mesmo na Unidade e um quintal com flores. O que remete à ideia de residência e não a de um espaço hospitalar como exemplificados pelas Figuras 4,5 e 6 abaixo:



Figura 4 Serviços da casa de parto. (cartaz que mostra os serviços da Casa de Parto)

Fonte: arquivo pessoal

⁶⁴ Suíte “Fadyinha” que é uma professora de ioga. “Ester e Livia, 9 luas” porque hoje são mulheres que fazem parte do Programa Nacional da Política da Mulher em Brasília. Ambas são médicas e participaram da construção da primeira Casa de Parto no Brasil em Goiás. “E nove luas foi a primeira casa de parto do Rio em Niterói privada”. “Vania Lucia” que é uma parteira que trabalha com a rede curumim em Pernambuco e formadora de Doulas e parteiras tradicionais. Explica a diretora da Casa.



Figura 5. Sala de pré-consulta (espaço onde a mulher tira a pressão e se pesa, antes da consulta)

Fonte: arquivo pessoal



Figura 6 Sala de recepção. (espaço onde espera antes de ser consultado)

Fonte: arquivo pessoal

As funcionárias usam roupas coloridas e toucas coloridas, somente quando as mulheres estão em trabalho de parto que coloca-se um uniforme verde, comum nas instituições hospitalares.

Há espaço para fotos e depoimentos, escritos de famílias que passaram pela experiência do “parto humanizado”. Nesse lugar as parturientes/puerpérios colocam também depoimentos para os futuros filhos e agradecimentos pela hospitalidade da Casa de Parto como aparece nas figuras 7 e 8 abaixo:



Figura 7. Parede com agradecimentos. (Parede onde as mulheres escreve os relatos de agradecimentos e fala da expectativa da chegada do filho)

Fonte: arquivo pessoal

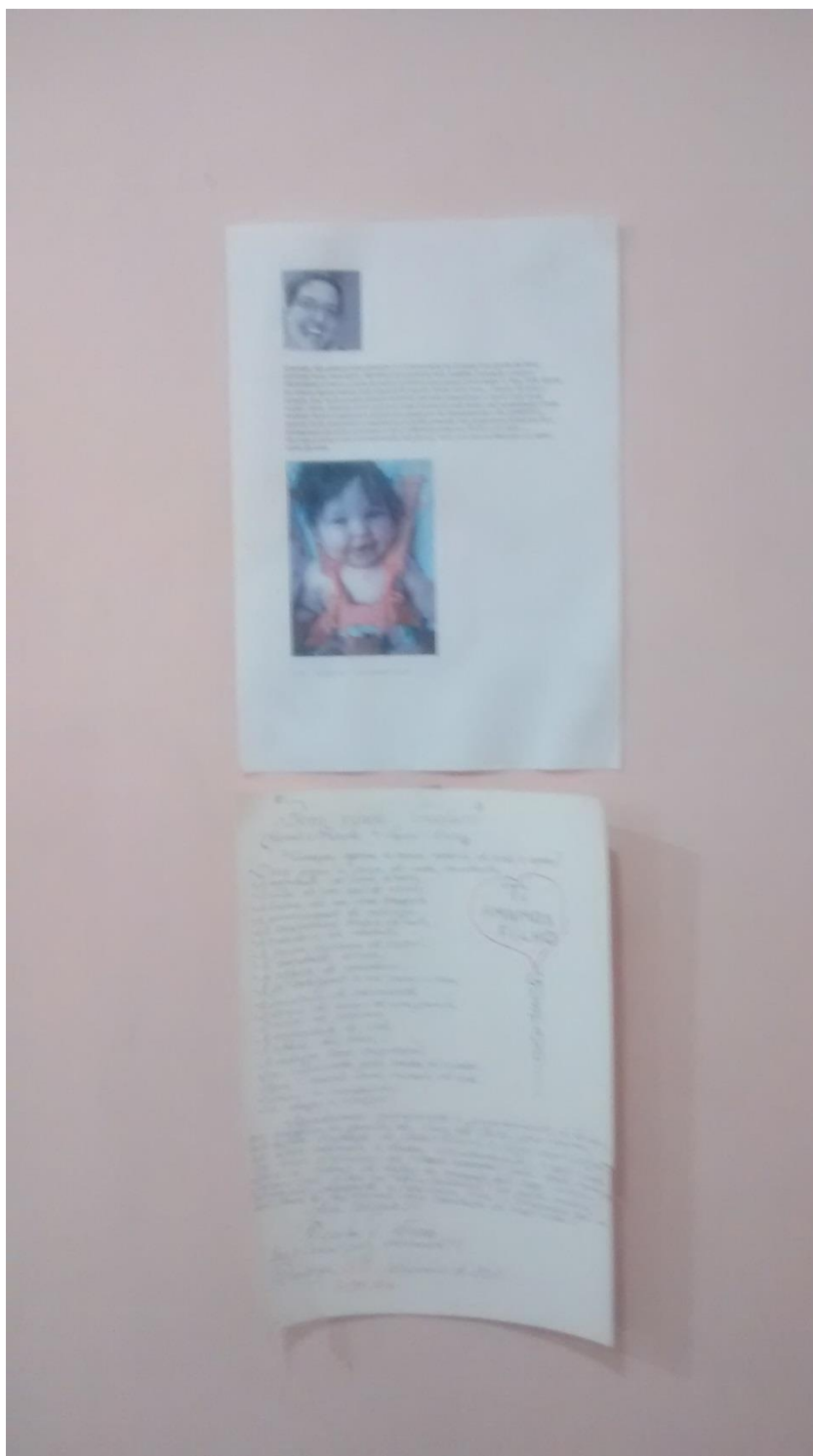


Figura 8 Relatos de agradecimentos a Casa (os relatos de agradecimentos e fala da alegria da chegada do filho)

Fonte: arquivo pessoal

Existe uma “sala de acolhimento denominada Vitoria Pamplona”⁶⁵, conforme aparece na figura 6. Esse lugar é destinado para a execução de oficinas dirigidas às gestantes, são feitas rodas de conversa com as gestantes bem como com as que já tiveram recentemente o seus bebês. Essa sala funciona ainda como lugar para palestras ministradas pela diretora da Casa de parto Leila Azevedo aos interessados no atendimento da casa. Nesse contexto é explicado como é a metodologia: dos grupos e das consultas, é o momento da introdução aos conceitos de “parto humanizado” e do esclarecimento de que na Casa que não se faz “*parto cirúrgico*” (cesariana), bem como é ressaltado o fato de que funcionam sem a presença de médicos.

⁶⁵ “Vitoria Pamplona é psicóloga, especialista em psicodrama: metodologia que trabalha tanto as questões educacionais quanto as emocionais. Integra o Centro de Estudos e Atendimento a Mulheres e à Infância onde ministra cursos para gestantes e pais de primeira viagem. Psicóloga. Mestra em Educação. Coordenadora de Grupos de Gestantes e de Preparação de Profissionais para atuar no ciclo gravídico-puerperal.” INTEGRAR. **Vitória Pamplona**. Disponível em: <<http://www.integrareeditora.com.br/autor.asp?id=42>>. Acesso em: 20 jun. 2015.



Figura 9. Sala dos grupos (sala onde acontecem as oficinas)
Fonte: arquivo pessoal



Figura 4. Roda de conversa (uma oficina pós-parto, onde é relatada a experiência de cada um).

Fonte: <https://www.facebook.com/Casa-de-Parthgfw21wao-David-Capistrano-Filho-SMSDC-RJ-194438333933692/?fref=photo> Acesso em: 12 nov. 2015.

Retornando às oficinas, elas acontecem para os que optaram pelo “parto humanizado”, e são divididas em grupos para gestante adolescentes (abaixo de 18 anos), um grupo de jovens e adultos (acima de 18 anos). Há divisão por geração, de acordo com a diretora da Casa e para que não haja nenhum tipo de constrangendo, do tipo:

‘nossa você é tão novinha e com filho’ esses constrangimentos provoca um silêncio pelos adolescentes, os grupos são divididos para que os adolescentes possam se expressar. Tendemos a achar que o adolescente engravidou por que ele não tinha informação, que era irresponsável, na maioria das vezes tinha informação, e muito dos nossos adolescentes aqui já tomam conta de filhos, dos irmãos menores, então eles tem responsabilidade. Às vezes o nosso adolescente tem muita responsabilidade. A mãe vai trabalhar e os mais velhos cuidam dos mais novos, Às vezes é aquele adolescente que se junta com chefe da boca, que ascende socialmente quando a menina esta grávida. (Leila Azevedo, diretora da Casa).

3.2 Os temas

Há encontros quinzenais organizados pela equipe da casa de parto, Em cada encontro são debatidos temas diferentes, tais como: modificações na gravidez, expectativas, direitos da mulher, exercícios e dinâmica corporal, vínculo, gênero, tecnologias de cuidados, trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido. Ao se discutir sobre o parto, sempre é incentivada a presença de um acompanhante escolhido pela gestante, seja o pai da criança, amigas, avó ou avô nos grupos e consultas.

Existe a ideia de uma reeducação do corpo biológico através de oficinas. Há a intenção de “pedagogizar” esse corpo feminino para o parto por meio do ideário do “parto humanizado”. Intenciona-se desmitificar o parto como algo negativo, patológico, doloroso, medonho e sujo. Há um preparo psicológico e corporal até o momento do parto, criando assim, o que a antropóloga TORNQUIST (2002) chama de “pedagogia do parto”. Se por um lado afirmam que o corpo biológico é “naturalmente” feito para parir, é preciso também relembra-lo através de uma “didática da gestação”.

Podemos pensar que a pedagogia do parto e a didática da gestação, sugeridas pelos manuais para mulheres grávidas, seriam uma socialização consciente, necessária para recuperar instintos perdidos, mas para efetivamente aprender e treinar técnicas corporais que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico, tornando-se um saber esotérico, muitas vezes inacessível à maioria das mulheres. A pedagogia do parto se coloca como uma tarefa da mulher moderna, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade: há um feminismo em todas essas imagens das mulheres cuja singularidade (um corpo capaz de gestar e parir) é valorizada como um espaço de poder e de saber. As mulheres são vistas como capazes de ter seus filhos com a mediação e apoio de outras mulheres, não lapidadas pela formação médica intervencionista⁶⁶.

Além das oficinas há o chá da gestante, a partir das 37 semanas de gestação. Nesse evento é feito um “Raio X natural”, é uma pintura corporal na barriga da mãe simulando o bebê.

⁶⁶ TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 maio 2015.

Ocorrem dinâmicas, rodas, onde é discutido o “plano de parto” Surgem questões do tipo: “como você planeja o seu parto, quem vai cortar o cordão umbilical? Que música vai tocar? Que posição que você quer ter seu filho? Quem vai estar com você nesse momento?”.

Há ainda os grupos de pais (somente os homens podem participar), o que remete a uma visão heteronormativa de família (BUTLER 2010). A proposta é sensibilizar os pais para uma “paternidade mais participativa”. Discute-se a ideia de que eles não são apenas provedores, visitas, mas sim um membro de apoio importante para essa outra forma de constituição familiar que surge do advento de um filho/gravidez, de acordo com a Diretora da Casa. Sendo assim, nessa ótica o “cuidado” também pode partir do universo masculino, não sendo algo inerente apenas à mulher/mãe.

. De acordo com a diretora da Casa “só aprimoramos os nossos serviços, deixamos eles mais integralizado”, ao se referir aos grupos de pais que criaram, pois acreditam que a relação que se estabelece entre o pai e esse novo filho, o pai com os outros filhos e a relação com a esposa faz toda diferença no serviço de saúde.

A ideia de um “bom acolhimento” pode ser entendida, a partir dos conceitos da hotelaria hospitalar citados nos capítulos anteriores, nas mudanças de cores nos “hospitais tradicionais”, sendo o branco para satisfazer requisitos de higiene. Partindo da “teoria das cores” de Goethe, estudioso da psicologia e fisiologia, defendem na influência das cores sobre o comportamento e sentimentos humanos, além no próprio ambiente.

3.3 Do ponto de vista da nativa

Por meio das entrevistas concedidas e de observação participante feita na casa de parto, na qualidade de usuária e depois como pesquisadora, pude perceber ao longo do campo que realizei no local que não se trata de um grupo homogêneo. As usuárias são estudantes, professoras, merendeiras, domésticas, enfermeiras, artesãs, engenheiras, etc. Umas possuem planos de saúde e por opção/ideologia procuraram a Casa, outras falaram que não tiveram outra opção. Como no caso de Joana que afirmou que por não ter vaga em outras unidades de saúde próxima da

sua residência acabou chegando à Casa e acabou gostando do acolhimento. Há pessoas que não planejaram a gravidez e outras que sim.

Para algumas das “parturientes” e “puerperais”, ou seja, as gestantes e as que pariram há pouco tempo, o atendimento aparece como algo acolhedor/hospitaleiro, segundo a fala da Julia de 32 anos e da Laís de 30 anos:

Lá não parece uma unidade do SUS, parece uma casa, é bem aconchegante, é bem colorido, é bem bacana. O contato com as outras pessoas é bem bacana. Você não é tratado como um caso, uma coisa. Lá é mais acolhedor sabe? Lá tem os grupos de apoio que possibilita a troca de experiência e dicas (Julia, 32 anos).

A casa de parto é um lugar muito acolhedor, nunca fui tratada mal, nunca fui desrespeitada, as palestras são maravilhosas, sai de lá bem preparada e informada (Laís, 30 anos).

Suelen, 28 anos, conta que fez o pré-natal na Clínica da Família e na Casa de Parto, sua mãe achava melhor ela também passar por atendimento médico durante o pré-natal. Então foi perguntada a diferença no atendimento:

Total a diferença, na Clínica da Família eu esperava por duas horas, o médico me pesava, via o batimento cardíaco e me mandava embora, ficava somente 5 minutos no atendimento. Me sentida muito mal tratada, como se fosse nada ali. Já na Casa de Parto eu espera 5 minutos para ser atendida pelo menos 2 horas. Elas queriam saber tudo, não só como eu estava, mas como meu acompanhante estava. Elas incentivavam a ida de outras pessoas, minha mãe, minha irmã, quem eu quisesse. Elas queriam saber o nosso histórico, o que a gente fazia da vida. Como quisessem entender quem somos nós. Eles não queriam só saber como eu estava para gerar aquela criança, mas como eu cheguei ali. E isso para mim foi crucial, me sentir muito bem acolhida ali (Suelen, 28 anos).

Algumas relatam que chegaram à Casa ou por que foram “vítimas de violência” dentro do serviço de saúde ou porque temiam tal “vitimização”. Elisa, 25 anos, uma das “parturientes” que entrevistei narra que, quando estava grávida foi procurar a maternidade da sua cidade, já sentido contrações de 32 semanas de gestação e a ela foi apenas solicitado um exame para saber se estava com infecção urinária. Nesse cenário, a médica que lhe atende ou queria fazer o “exame de toque” para medir se havia dilatação e sinais de que estava em “trabalho de parto. Elisa não concordou com o procedimento, considerado por ela “invasivo” e se negou a se submeter à determinação médica. Foi, então que a obstetra lhe perguntou “o que você faz?” Ao que ela responde: “estudo agronomia” A profissional retruca: “então,

você estuda as plantas e eu, as pessoas. Está vendo minha filha, isso é procedimento”. Elisa conta que saiu do consultório tremendo de raiva e dizendo que não permitiria que ninguém a tocasse sem sua permissão.

Elisa conta ter sentido muito medo de ser submetida à força a um parto por meio da cesariana. Relata que tinha lido, por meio da internet, a “estória” de Adelir que com 2 cm de dilatação havia sido presa em um hospital e obrigada a fazer a Cesária. O caso relatado pela entrevistada diz respeito ao ocorrido com Adelir no ano 2014. Trata-se de uma mulher de 29 anos, de comunidade cigana, que já havia tido dois filhos por meio de uma intervenção cirúrgica desejava ter o seu terceiro com parto via vaginal. Para tanto procurou o acompanhamento de uma doula. Após fazer os exames de rotina foi informada que estava tudo dentro da normalidade, a sua pressão arterial, os batimentos cardíacos do bebê também. Mas a ecografia informava que o bebê não estava “encaixado” e que por conta, a médica solicitou que fizesse uma cesária imediatamente. A gestante solicitou outro exame, pois suspeitou que pudesse ter um erro. Não foi respeitado o seu pedido. A mesma foi para casa esperar entrar em trabalho de parto. Após chegar a casa, foi surpreendida por um mandado judicial obrigando que fosse ao hospital. Adelir foi algemada para o hospital fazer a cesária “a fim de resguardar os direitos do nascituro”. A decisão da juíza Lidiane Mog, da vara Criminal de Torres – RS determinou que Adelir fosse submetida a uma cesária⁶⁷.

Há rumores de que, em uma Casa de Parto as mulheres e seus bebês morrem porque não são atendidas por médicos, apesar do Conselho de Enfermagem (COFEN) nº 478/2015 certificar que o Enfermeiro Obstetra e Obstetriza estão autorizados a realizar parto normal, visando à redução da mortalidade materna e perinatal. E se analisarmos uma pesquisa realizada na Casa de Parto David Capistrano Filho, onde mostra que dos atendidos 1477 partos normais em 2009, houveram 2 mortes neonatais e 1475 nascidos vivos⁶⁸ e sem nenhum óbito materno. Se compararmos com o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério

67 WYLLES, Jean. **Comissão de Direitos Humanos e Minoria**. Disponível em: <<http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Req-CDHM-Violencia-Obstetrica-Abril-2014.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

68 Pereira ALF, Azevedo LGF, Medina ET, Lima TRL, Schoeter MS. **Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho**, Rio de Janeiro, Brasil. Rev Pesq Cuid Fundam [online]. 2012; 4(2):2905-13. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1659/pdf_512

da Saúde⁶⁹ em 2003 que indica a mortalidade materna no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos no total, já a OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos.

De acordo com Carneiro (2011) para além da regra da cesárea, por vezes já denominada de “cultura de cesariana” e “epidemia” comum dentro do setor privado. É necessário igualmente à necessidade da discussão sobre a incursão de determinados procedimentos médicos. Entre os defensores do “parto humanizado”, existe o entendimento de que é preciso romper com o “efeito cascata”, comum no setor público. Trata-se de expressão que representa a sequência de “procedimentos de rotina” quando uma mulher chega ao hospital, tais como, a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); o enema (lavagem intestinal); a ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas); a ruptura da bolsa (amniotomia); a epidural (analgesia) e a episiotomia (corte da musculatura perineal para a passagem do bebê). Circula a ideia de que uma atitude gera a outra, dando o “efeito cascata”, a ocitocina, que aumenta a dor, encaminha, por exemplo, à anestesia, à epidural e, assim, sucessivamente. Carneiro (2011) aponta também a crítica a necessidade do jejum e da posição supina (deitada) para parir, bem como o tratamento desrespeitoso por parte da equipe médica, a escuta ininterrupta dos batimentos cardíacos do feto, a solidão durante o trabalho de parto e a impossibilidade de se caminhar ou de se usar outros métodos para alívio da dor que não a anestesia peridural, consideradas pelas defensoras do “parto humanizado” como procedimentos desnecessários e muitas das vezes violento.

69 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que a Casa de Parto é um bom exemplo de narrativas da construção sobre a humanização da assistência à saúde, tal como a hotelaria hospitalar nas suas concepções de “respeito” e “solidariedade” pelo seu estado físico-emocional do “cliente de saúde”.

A Casa de Parto consiste um atendimento que visa à humanização e um bem-estar dos corpos femininos. Além disso, sua administração está pautada na concepção do “parto humanizado”. Vale ressaltar, entretanto, que a ideia de “parto humanizado” está suportado por uma visão de gênero baseada na crença de que o universo feminino está mais submetido a uma suposta natureza do que o masculino. Sendo assim, as políticas públicas, bem como sua aplicação na Casa de parto, materializam essa visão.

A Casa de Parto, por meio de suas oficinas, organizadas por sua equipe técnica, ao promoverem a pedagogia do parto humanizado, acabam reiterando a ideia de que isso é inerente à natureza do corpo da mulher. Dessa forma, materializam a lógica de que o universo feminino deve “resistir” e não se submeter ao aparato médico. Vale ressaltar que tal alternativa de “humanização do parto” pode ser lida como mais uma forma de opressão às diversas mulheres, uma vez que impõe a esse universo que não devam ser dominadas pelas tecnologias, médicas ou pelo mercado de seus corpos. No entanto, operam mecanismos distintos de submissão do feminino por meio do imperativo de que possuam uma “natureza” própria para parir que necessita apenas de ser administrada pela pedagogização do “parto humanizado”. O que leva a pensar que a “humanização” é uma “pedagogização” capaz de “controlar” os corpos e as mentes femininas.

Apesar disso, acredito que a experiência da Casa de Parto é relevante na concepção da humanização à medida que a incidência da violência obstétrica é um fato epistemológico, um problema de Saúde pública que necessita cada vez mais ser explorado de maneira crítica, para não cairmos em uma armadilha de um discurso contra uma violência produzindo outras.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AÇÕES integradas de humanização com Dr. Antonio Sergio Petrilli e Marcelo Boeger. S.i, 2008. P&B. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=zbt9kURgFuE>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1611-1620, 20 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Hotelaria hospitalar como modelo de gestão nas instituições de saúde particulares de grande porte no município de São Paulo**. 2006. 142 f. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade) - Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2006.

BOURDIEU, P. A demissão do Estado. In: _____. (Org.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965. 588 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459/2011, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. n. 20, 60 p.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/acolhimento_praticas_saude_2ed_sem_logopdf>. Acesso em: 20 mai. 2015

_____. Ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p

_____. Resolução CNTUR Nº 1.118, de 09 de novembro de 1978. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Seção I, p. 59. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3389812/pg-59-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-11-1978>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

_____. Resolução COFEN Nº 308/2006 / COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, de 10 de setembro de 2006. Regulamenta o art. 5, inciso XII e art. 197 da Constituição Federal. Dispõe sobre a Regulamentação e Responsabilidades do Enfermeiro em Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 11 set. 2006.

BUTLER, J. **Mistérios de guerra. Las vidas Lloradas**. Buenos Aires: Paidós, 2010.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 341 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.

_____. **De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado**: uma etnografia dos grupos de preparo para o parto humanizado. In: FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. (Org.). *Etnografias em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 243-266.

_____. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CASTELLI, G. **Administração hotelaria**. 9. ed. Caxias do Sul: UCS, 2003. 732 p.

Davis-Floyd R. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75 Suppl 1:5-23.

DAS, V. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 37, p. 9-41, jul./dez. 2011.

_____; POOLE, D. **El estado y sus margens. Etnografías comparadas. Cuadernos de Antropología Social**, n. 27, p. 19-52, 2008.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

DIAS, M. A. A. **Enfermagem e hotelaria hospitalar na promoção da hospitalidade**. 2005. 88 f. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade), Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2005.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprod.**, v.1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

DIP, A. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. **Fundação Perseu Abramo**, São Paulo, 25 mar. 2013. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. In: _____ (Org.). **Microfísica do Poder**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990. p. 277-293.

_____. **A História da Sexualidade: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. O nascimento do Hospital. In: _____ (Org.). **Microfísica do Poder**. 28º Rio de Janeiro: Graal, 1990. p. 99-101.

GODOI, A. F. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GRINOVER, Lucio. **A hospitalidade na perspectiva do espaço urbano**. Revista Hospitalidade. São Paulo, ano VI, n. 1, p. 04-16, jan.-jun. 2009.

GONÇALVES, I. C. O.; FERREIRA, L. V. F. **Gestão de hotelaria hospitalar: percepções e fundamentos**. Turismo: Estudos & Práticas (RTEP/UERN), Mossoró, v. 2, n. 2, p. 154-173, jul./dez. 2013.

JACOBSON, Jodi. **Pro-escolha**. Disponível em: <<http://pelosdireitosreprodutivos.blog.com/2011/05/04/o-que-significa-ser-pro-escolha/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto, Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.15, p.178-185, 2007.

LAQUEUR, T. Da linguagem e da carne; A descoberta dos sexos. In: _____ (Org.). **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2001.

LEMES, C. Rede Feminista de Saúde alerta: Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. **Viomundo**, 05 abr. 2011. Seção Entrevistas. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MANICA, D. T. Autobiografia, trajetória e etnografia: notas para uma Antropologia da Ciência. **Espaço Acadêmico**, n. 105, v. 9, p. 69-77, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/9192>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

MADEIRA, LÉlia Maria; DUARTE, ElysÂngela Dittz. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araujo de. **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Educs, 2006. p. 65-80.

MARTIN, E. Metáforas médicas do corpo da mulher: parto. In: **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo: FMUSP, 2008.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, Fio Cruz, 2004.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 8, n.2, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917/11167>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

NUCCI, M. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de estilo de vida? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**: Revista Latinoamericana, n. 10, p. 124-139, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sess/n10/a06n10.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 134 p.

Os conceitos e princípios da hotelaria hospitalar. **PORTAL DA EDUCAÇÃO**, 15 ago. 2012. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/15689>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

PERFIL do profissional. In: GRUPO EDUCACIONAL HOTECH. **Hotelaria hospitalar – HOTECH**. 2012. Disponível em: <<http://www.hotech.com.br/hospitalar/arquivos/profissional.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

Pereira ALF, Azevedo LGF, Medina ET, Lima TRL, Schoeter MS. **Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro**,

Brasil. Rev Pesq Cuid Fundam [online]. 2012; 4(2):2905-13. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1659/pdf_512

PERNAMBUCO (Estado), Ministério Público. **Humanização do parto**. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Recife: Ministério Geral da Justiça, 2015. 34 p.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS - IMS-UERJ- CEPESQ, 2006. 112p.

PINOCHET, L. H. C.; GALVÃO, C. R. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p.498-507, set. 2010.

PÓS-GRADUAÇÃO em Hotelaria Hospitalar. In: SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Pós-graduação e MBA**. 2014. Disponível em: <<http://www.einstein.br/Ensino/pos-graduacao-e-mba/Paginas/pos-graduacao-em-hotelaria-hospitalar.aspx>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

REIS, E. J. P.; BALERA, W. História da Previdência. In: Instituto de Estudos Previdenciários. **Publicações**. Disponível em: <<http://www.ieprev.com.br/conteudo/id/559/t/historia-da-previdencia.-fonte:-sindepp-sp>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

REIS, F. et al. Casas de Parto investem na valorização da mulher. **ANVISA**, Brasília, n. 44, p. 4-5, jun. 2014. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/44_04.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

Resolução Normativa 368 ANS. **ARTEMIS**, 19 jan. 2015. Disponível em: <<http://artemis.org.br/ans/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

REVEL, J. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. Trad. Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005. 96 p.

REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. P. **Antropologia das Emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 09-17; 75-96. (INVERSÃO DE AUTORES)

REYNOLDS, P. **The ground of all making**: state violence, the family and political activists. In: DAS, V.; KLEINMAN, A.; RAMPHELE, M. (Eds.). Berkeley: University of California Press, 2000. p. 141-170.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19 (Sup. 2), p. 201-212, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a02v19s2.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

SALEM, T. **O casal grávido. Disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SARTI, C. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad**: Revista Latinoamericana, v. 1, n. 1, p. 89-103, 2009. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/12/125>>. Acesso em: 08 set. 2015.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: Feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: UNESP, 2004. 205 p.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, jul./dez. 1995, p. 71-99.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. 2015. **Programa - Rede Cegonha**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/291-rede-cegonha.html>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SEIBER, S. L.; GOMES, M. L.; VARGENS, O. M. C. Assistência pré-natal da casa de parto do rio de janeiro: a visão de suas usuárias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, dez. 2008, p. 758-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a21.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015

SENTIDOS do nascer. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/exposicao/nascimento/>>. Acesso em: 20 jul. 2015

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A.. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.306-313, abr./jun. 2011.

STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 303-29, 1995.

TARABOULSI, F. A. **Administração em hotelaria hospitalar**: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade. ed. 2. São Paulo: Atlas, 2004.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, p. 483-492, 2002.

_____. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 10, n. 2, p.389-397, 20 mai. 2002.

_____. **Parto e poder**: O movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Violência Obstétrica em debate. **ARTEMIS**, 06 mar. 2014. Disponível em: <<http://artemis.org.br/violencia-obstetrica-em-debate/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

VITÓRIA, P.; CAVALHO, M. R.; COSTA, T. P. **Da gravidez à amamentação**: o dia a dia de um importante período de nossas vidas. São Paulo: Integrare, 2010. 248 p.

WATANABE, S. **Hotelaria hospitalar**. Disponível em: <<http://soniawatanabe.sites.uol.com.br>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

WHITE, J.; SCHOUTEN, M. J. **O “Parto Normal” como fenômeno cultural – apresentação das atas**. CICS - Publicações, Lisboa, p.85-95, 28 fev. 2013. Disponível em: <http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1724/1658>. Acesso em: 06 abr. 2015.

WYLLES, J. Requerimento N° CD142454506946, de 2014. Requer a realização de audiência pública para debater questões relacionadas à violência obstétrica. **Comissão de Direitos Humanos e Minoria**. Disponível em: <<http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Req-CDHM-Violencia-Obstetrica-Abril-2014.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA:

Entrevista para gestante:

- 1) Qual é seu nome? Idade? Trabalha?
- 2) Conta um pouco da sua história, como veio para Casa de Parto?
- 3) Como esta sendo a sua gravidez?
- 4) Por que escolheu a casa de parto?
- 5) Está satisfeita com a assistência prestada?
- 6) Como você se sente em relação ao “parto natural”, “parto normal” e a “cesárea”?

7) O que é humanização do parto?

Entrevista para as profissionais de saúde:

- 1) Qual é o seu nome? Sua idade?
- 2) Conta um pouco da sua história, como veio para Casa de Parto?
- 3) Existe um tipo de treinamento diferenciado em relação as outras unidade de saúde? Como é feito isso?
- 4) Quais são os serviços prestados na casa de parto?
- 5) Quais são os profissionais existem na casa de parto?
- 6) Qual a sua percepção sobre os modelos de parto?
- 7) O que você sabe sobre a filosofia da humanização?
- 8) As mulheres estão satisfeitas com a assistência prestada?

APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro que aceito participar do estudo científico sobre “parto humanizado”, realizado pela Juliana Borges de Souza, aluna da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro sob a orientação da professora Alessandra Rinaldi e co-orientação da professora Elisangela Franco.

A pesquisa tem caráter acadêmico, a fim de contribuir para o trabalho de conclusão de curso.

Essa pesquisa busca entender o que é o “parto humanizado”, como funciona a Casa de Parto David Capristano Filho e porque as parturientes/ puérpera buscam esse serviço. Gostaria de realizar uma entrevista visando entender esses fatos. Queria deixar claro que há possibilidade de alguns riscos como constrangimentos ou desconfortos emocionais. Se há acaso não esteja confortável, tem todo o direito de não respondê-lo. Além disso, caso deseje não participar mais da pesquisa estará livre para tal decisão. A sua participação é voluntária e não haverá compensação financeira na pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

ANEXOS
ANEXO 1 - FOTOS DA EXPOSIÇÃO “SENTIDOS DO NASCER”





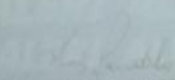
ANEXO 2 – CASA DE PARTO

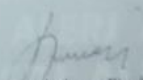


Diploma Mulher-Cidadã *Leolinda de Figueiredo Daltro*

A Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
confere a *Leila Gomes Ferreira de Azevedo*
este diploma, que tem como inspiração a memória
de uma mulher que lutou pelo direito feminino ao voto,
à causa pública e ao pleno exercício da cidadania.

Rio de Janeiro, 12 de março de 2010.


Deputada Inês Pandeló
Presidente da Comissão de Defesa
dos Direitos da Mulher


Deputado Jorge Picciani
Presidente

ALERJ

Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro



RECONHECIMENTO

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Ficruz) parabeniza a casa de parto David Capistrano Filho pelo excelente trabalho realizado com a mulher, a criança e a família no contexto da gestação, parto e puerpério e pelos resultados conquistados.





Orientações para a Captação de clientela para a CPDCF

1. Apresentar-se a gestante dando as boas vindas
2. Falar rapidamente sobre o modelo Casa de Parto
3. Perguntar se está grávida e se tem teste confirmatório de gravidez
4. Perguntar se já tem alguma cesariana
5. Perguntar se tem algum problema de saúde. Ex: bronquite, uso de medicação controlada, pressão alta, diabetes, hipo ou hipertireoidismo, febre reumática, anemia falciforme, etc
6. Falar sobre a importância da participação das oficinas
7. Falar sobre o parto natural e a não existência de médicos
8. Entregar o folder da CPDCF e o endereço do blog
9. Marcar o acolhimento, caso a gestante se interesse pela proposta.

Obs: Nos casos de gestante que morem fora da área de abrangência, solicitar que conversem com a Direção (Rosana, Leila ou Barbara).

ANEXO 3 – PROGRAMAS E PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO CRIADO OU ESTIMULADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMAS PROJETOS	OBJETIVOS	AGENTES
Parto Humanizado	Garantir nascimento natural, saudável e prevenir mortalidade de recém-nascidos. As mães permanecem poucas horas no local de atendimento e , após sua saída, recebem visita domiciliar para orientações.	Parteiras qualificadas dos locais credenciados
Atenção Integral à Mulher	Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.	Trabalhadores das organizações de saúde
Rede Bancos de Leite	Fornecer leite humano pasteurizado para crianças prematuras, de baixo peso ou hospitalizadas, através da coleta de leite de mulheres voluntárias, cadastradas e avaliadas sistematicamente quanto à saúde. O Brasil possui a maior rede de banco de leite humano do mundo.	Profissionais de 150 hospitais credenciados do país
Método Canguru (assistência à criança recém-nascida de baixo peso)	Melhorar, substancialmente, as chances de vida de recém-nascidos de baixo peso em hospitais de risco do SUS, através da interação com a família e do aleitamento materno.	Hospitais públicos ou privados que aderiram ao Método

<p>Hospital Amigo da Criança</p>	<p>Atenção humanizada à mãe e filho através do incentivo ao aleitamento materno. O programa é credenciado pelo MS, do qual recebe suporte financeiro além da capacitação de seus profissionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apoiam o trabalho dessas instituições.</p>	<p>Profissionais capacitados que pertencem ao quadro dos hospitais credenciados</p>
<p>Carteiro Amigo</p>	<p>Levar material educativo para mães, estimulando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.</p>	<p>Carteiros inseridos no programa mantido pelo MS em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e telégrafos</p>
<p>Bombeiro Amigo</p>	<p>Recolher o leite humano coletado por mulheres voluntárias em seus domicílios, para aumentar o estoque dos bancos de leite.</p>	<p>Bombeiros de estados do Brasil que trabalham em parceria com o MS</p>

<p>Registro Civil</p>	<p>Fornecer o registro gratuito de nascimentos e óbitos (documentos de cidadania) e desburocratização do processo:</p> <p>a) Dispensa a necessidade de duas testemunhas quando o parto ocorre em estabelecimento de saúde.</p> <p>b) Dispensa multa dos pais quando o registro da criança é feito fora do prazo estipulado em lei.</p> <p>c) Disponibiliza postos avançados em maternidades do SUS.</p>	<p>Postos avançados de maternidades do SUS, em parcerias com alguns Ministérios, que mantém através de fundos específicos para esses programas, recursos financeiros para pagamento de taxas dos cartórios que registram</p>
<p>Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)</p>	<p>Integrar promoção, prevenção e assistência às doenças mais comuns da infância para reduzir prevalência e mortes em crianças até cinco anos de idade.</p>	<p>Equipes do programa “Agente Comunitários em Saúde” e equipes do programa “Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança”</p>
<p>Prevenção de Acidentes e Violência na Infância</p>	<p>O reconhecimento de crianças em situação de risco para violência, embasado em protocolos e na cartilha “Violência Intrafamiliar e Direitos Humanos”. Esse material foi elaborado, especialmente, para reconhecer situação de risco. O programa é uma parceria entre o MS, Sociedade Brasileira de Pediatria e Ministério da Justiça.</p>	<p>Equipes do programa “Agente Comunitários em Saúde” e equipes do programa “Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança”</p> <p>Equipes do programa “Saúde da Família” (protocolos) e equipes dos agentes comunitários (cartilha)</p>

<p>Biblioteca Viva</p>	<p>Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança para detectar, precocemente, eventuais problemas de saúde, estado nutricional, capacidade mental e situação social. Fornece o “cartão da criança” ao usuário, que fica com a família.</p>	<p>Servidores inseridos nos programas de atenção básica do governo - Sociedade Viva Cazuzá</p>
<p>Sociedade Viva Cazuzá</p>	<p>Com apoio do MS e Coordenação Nacional de DST e AIDS, visa proporcionar vida melhor aos portadores do HIV/AIDS, por meio da cidadania, assistência à saúde, educação e lazer.</p>	<p>Fundadores da Sociedade, juntamente com equipe de funcionários e voluntários, que foram capacitados em HIV/AIDS e receberam treinamento para oferecer atendimento humanizado a portadores (crianças e adultos).</p>

Fonte: MELLO, I. M. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008.

ANEXO 4 – CERTIFICADO – CONGRESSO ONLINE NASCER MELHOR

www.nascermelhor.com.br

 **Nascere Melhor**
*Congresso Online de Nascimento
Natural e Humanizado*

Certificado

Certificamos que

Juliana Borges De Souza

participou do 1º NASCER MELHOR - Congresso Online de Nascimento Natural e Humanizado - entre os dias 10 e 16 de setembro de 2015, com carga horária de 20h.

Realização

 **Nosso BEM ESTAR**
Por todos. Para todos. Pelo Todo.
www.nossobemestar.com

Representante Oficial



Otavio Fattori
Diretor

NASCER MELHOR - CONGRESSO ONLINE DE NASCIMENTO NATURAL E HUMANIZADO - 10 a 16 DE SETEMBRO de 2015

ANEXO 5 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

40
5
RIO
450



*Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Saúde da Atenção Primária da Área de Planejamento 5.1
Casa de Parto David Capistrano Filho*

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO

MARÇO DE 2015

Equipe de elaboração deste Protocolo:

ÁUREA DE FÁTIMA DUARTE MENDES LEITE
EDYMARA TATAGIBA MEDINA
ELIANE BARRETO DOS SANTOS COUTINHO
HELOISA FERREIRA LESSA
JANE MÁRCIA PROGIANTE
LEILA GOMES FERREIRA DE AZEVEDO
MAYSA LUDOVICE GOMES
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA
MIRIAM DE OLIVEIRA GOMES GONÇALVES
SILMA DE FÁTIMA DA SILMA ARAÚJO NAGIPE
TANIA MARIA DE ALMEIDA SILVA
SUZANE MENEZES

Atualização deste Protocolo:

Equipe de Enfermeiras da Casa de Parto David Capistrano Filho

Apresentação

Os Centros de Parto Normal, ou Casas de Parto, foram regulamentados pelo Ministério da Saúde em 1999, através da portaria MS/GM 985 de 05 de agosto. O Centro de Parto Normal é definido como uma unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, devendo estar inserido no sistema local de saúde. Essa portaria define ainda as atribuições, características físicas, lista de equipamentos mínimos e recursos humanos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal e inclui na tabela SIH/SUS os grupos de procedimentos realizados no Centro de Parto Normal a serem remunerados pelo SUS.

A grande importância da proposta da Casa de Parto é a capacidade de oferecer para as mulheres de uma determinada comunidade, selecionadas durante a realização do pré-natal, a possibilidade de serem atendidas perto de suas casas, em um ambiente mais aconchegante e familiar, com uma assistência mais personalizada, que valoriza os aspectos sociais e afetivos do nascimento, e que ao mesmo tempo é segura e efetiva.

A proposta da Casa de Parto também vai ao encontro de recomendações da Organização Mundial de Saúde de que a assistência ao trabalho de parto e parto deve ser oferecida no nível mais periférico onde possa ser realizada com segurança e onde a mulher se sinta segura e confiante, e de que deva ser encorajada a formação de obstetras e parteiras e profissionais, a quem deve ser delegada a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais.

Nesse Plano de Qualificação da Assistência Perinatal também está prevista a implantação de Centros de parto normal considerados como “uma estratégia de ampliação, qualificação e humanização da assistência perinatal, mas, sobretudo, como uma iniciativa fundamental na mudança do paradigma assistencial vigente, centrado no hospital e na assistência e tecnologia médica, substituindo-o por um modelo que valorize os aspectos sociais e emocionais do parto e nascimento, sem perda da segurança médica da assistência”.

A Casa de Parto terá a sua assistência baseada nas recomendações das seguintes publicações:

- PAISM - Bases de Ação Programática – MS – 1984;

- Guia Prático – Maternidade Segura OMS – 1999;
- Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, Ministério da Saúde – 2001;
- Diretrizes assistenciais da enfermagem obstétrica-SMS/RJ(2010);
- Cadernos de Atenção Básica – Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco, Ministério da Saúde – 2012;
- Manual de Orientações sobre o transporte neonatal, Ministério da Saúde, Brasil, 2010;
- Caughey AB, Cahill AG, Guise, JM, Rouse DJ. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Obstetric_Care_Consensus_Series/Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery#table1 em 23 de março de 2015.
- Protocolos Assistenciais da Casa de Parto – UFJF;
- Protocolo Assistencial da Casa de Parto Sapopemba – SP;
- Portaria MS/GM nº 2815 (29/05/98);
- Portaria MS/GM nº 163 (22/09/98);
- Portaria MS/GM nº 985 (05/08/99);
- Portaria MS/GM nº 1406 (15/12/99);
- Portaria MS/GM nº 569 à 572;
- Portaria MS/Centro de Parto Normal nº 11 (07/01/2015);
- Manual dos padrões mínimos de assistência de enfermagem em neonatologia da SMS/RJ (2000);
- Manual de rotinas da Casa de Parto de Sapopemba, SP;
- Manual de rotinas da Casa de Parto de Juiz de Fora, MG;
- Manual de rotinas da Casa de Parto David Capistrano Filho, Belo Horizonte, MG.

Admissão na Casa de Parto

1 – Critérios para Admissão no Pré-natal:

- a. Desejo da mulher;
- b. Mulheres moradoras da área adstrita da Casa de Parto;
- c. Mulheres que se enquadrem na classificação de risco, como risco habitual e, com Idade Gestacional até 34 semanas e resultados de exames solicitados no pré natal (anexo 2);
- d. Captação pelas unidades básicas e triagem por demanda espontânea com avaliação do risco gestacional, como risco habitual;
- e. Não ter sido submetida a cesárea ou cirurgias uterinas.

2 - Critérios para admissão em trabalho de parto:

- 2.1 Gestante entre 37 e 41s+3d semanas de gestação (realizando pré-natal unidade);
- 2.2 Ausência de intercorrências clínicas pregressas;
- 2.3 Ausência de intercorrências obstétricas pregressas ou atuais;
- 2.4 Apresentação cefálica fletida;
- 2.5 Avaliação dos níveis pressóricos;
- 2.6 Gestantes com amniorrexe precoce (seguir protocolo do anexo 3);
- 2.7 Estar na fase ativa do trabalho de parto (dilatação cervical ≥ 6 cm).

Remoção da Casa de Parto

- Após a decisão da necessidade de remoção da parturiente, puérpera ou recém-nascido, a Enfermeira Obstetra deverá acompanhá-la/los na ambulância até a unidade de referência, levando resumo com dados que possibilitem a continuidade da assistência.

3. Critérios para remoção da parturiente:

1. Idade gestacional = 41+3 dias sem evolução
2. Apresentações pélvicas com Idade gestacional de 41 semanas

No 1º período do trabalho de parto:

- 3.1 Solicitação da parturiente;
- 3.2 Alterações da frequência cardíaca fetal: desaceleração tardia, desaceleração variável acentuada e de repetição desaceleração prolongada (de duração maior ou igual a 60 segundos). Considerar aspectos como moldagem excessiva da cabeça fetal;
- 3.3 Elevação da pressão arterial;
- 3.4 Temperatura da parturiente acima dos parâmetros de normalidade;
- 3.5 Transtornos da contratilidade uterina – hiperdinamia (mais que 05 contrações com duração de 50 segundos em 10 minutos, sem a dilatação adequada);
- 3.6 Hipertonia uterina;
- 3.7 Presença de hemorragia.

No segundo período do trabalho de parto:

- 3.8 Alterações da frequência cardíaca fetal (desacelerações tardias, variáveis acentuadas e de repetição prolongadas);
- 3.9 Presença de hemorragia;
- 3.10 A duração do período expulsivo é baseada em avaliações de baixo grau de evidência,

portanto é sujeito a avaliações individuais, desde que não haja exaustão materna nem alteração da vitalidade fetal;

3.11 Não se considera expulsivo prolongado antes de 3 horas para primíparas, e 2 horas para múltiparas, e que o tempo de período expulsivo será contado após o início dos puxos espontâneos;

3.12 Alterações na atividade uterina (hipertonia ou hiperdinamia).

3. No terceiro período do trabalho de parto:

3.13 Retenção placentária;

3.14 Suspeita de restos placentários na cavidade uterina;

3.15 Hemorragia (sangramento maior ou igual a 500ml não controlada após tomada de conduta);

3.16 Hematomas de parede vaginal que necessitem ser drenados;

3.17 laceração completa e complicada (rompimento do esfíncter anal).

4. Critérios para remoção do recém-nascido:

4.1 Recém-nascido submetido à manobras de reanimação;

4.2 Recém-nascido que apresente desconforto respiratório crescente, persistente, diverso da taquipnéia transitória;

4.3 Avaliar e discutir recém-nascido com peso menor que 2500g;

4.4 Recém-nascido com suspeita de mal formação congênita;

4.5 Recém-nascido que apresente icterícia precoce, hipoatividade.

ANEXOS

ANEXO I

RESOLUÇÃO SMS Nº 1041 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

CONSIDERANDO a inauguração próxima da Casa de Parto David Capistrano Filho situada na Avenida Pontalina s/nº, Realengo – CAP – 5.1;

CONSIDERANDO que a Casa de Parto (CP) é parte integrante de um sistema de saúde que presta assistência às gestantes com gravidez de baixo risco e que deve atuar obrigatoriamente em parceria com uma Maternidade de Referência (MR) e com as Unidades de Saúde da Área Programática a que pertence;

CONSIDERANDO a necessidade de oficializar as referências que permitirão o bom funcionamento da CP e a sua inserção no conjunto de ações prestadas por esta Secretaria Municipal de Saúde;

CONSIDERANDO que a Casa de Parto (CP), que funciona como parte da estratégia de atuação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), prestará assistência às mulheres de uma região adscrita que para lá forem referidas com o diagnóstico inicial de gestação de baixo risco e que assim evoluírem até o momento do nascimento do recém-nascido não possuindo, portanto, as características de uma Unidade aberta para o atendimento de urgências ou emergências médicas;

CONSIDERANDO que para funcionar dentro dos melhores padrões de segurança para a gestante e o recém-nascido a CP deve ter nas 24 horas do dia uma ambulância para simples transferência com capacidade para incubadora de transporte à sua disposição;

CONSIDERANDO os protocolos de acompanhamento pré-natal, admissão e transferência de gestantes, assistência e transferência de recém-nascidos estabelecidos para o bom funcionamento da CP, publicados no anexo desta resolução;

CONSIDERANDO ainda o que consta na Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999, do Ministério da Saúde que regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal.

RESOLVE

Art. 1º A CP funcionará como Unidade de Saúde aberta 24 horas, atendendo gestantes de baixo risco que na gestação forem para lá encaminhadas pelo PACS / PSF e outras Unidades Básicas de Saúde da CAP 5.1;

§ 1 - A CP configura-se como mais uma opção na assistência às gestantes de baixo risco devendo o atendimento neste serviço estar sempre condicionado à escolha da mulher por este tipo de atenção;

§ 2 - A equipe da CP será composta por 18 enfermeiras obstetras, uma assistente social, oito auxiliares de enfermagem, três agentes administrativos e também por funcionários terceirizados tais como copeiras, auxiliares de limpeza e vigilantes;

§ 3 - A equipe da CP realizará o acompanhamento pré-natal, atividades de preparação para o parto, assistência ao trabalho de parto, ao parto, ao recém-nascido, apoio ao aleitamento materno, cuidado puerperal e de planejamento familiar, oferecendo acompanhamento integral à mulher, conforme protocolos de atendimento publicados no anexo desta resolução;

§ 4 - Todos os atendimentos, consultas e procedimentos realizados na CP serão anotados de forma legível no prontuário da gestante, devendo constar ao final de cada um deles a assinatura e o carimbo com o registro do nome e da inscrição no Conselho Regional de Enfermagem;

Art. 2º Estabelecer as equipes do PACS / PSF da CAP 5.1 como parte do sistema de captação e encaminhamento de gestante de baixo risco da referida área programática para acompanhamento na Casa de Parto;

§ 1- As equipes do PACS / PSF deverão receber relatórios mensais do atendimento pré-natal das gestantes e ser comunicados do eventual surgimento de intercorrências clínicas ou obstétricas durante a gestação que levem a necessidade de referência da mulher para um acompanhamento pré-natal de risco;

§ 2- As equipes do PACS / PSF deverão ser comunicadas pela equipe da CP dos nascimentos ali ocorridos num período máximo de até 12 hs após o mesmo, possibilitando o acompanhamento pelas primeiras da mulher e do recém-nascido após a alta da Casa de Parto;

§ 3- As equipes do PACS / PSF deverão ser comunicadas pela equipe da CP das transferências realizadas para a MR num período máximo de até 24 hs após a mesma, possibilitando o acompanhamento pelas primeiras da evolução das condições de saúde da mulher e/ou do recém-nascido junto à maternidade;

§ 4- As equipes do PACS / PSF deverão acompanhar com visita domiciliar os 2º, 4º, 7º e 10º dias de vida do recém-nascido e do puerpério da mãe, referindo para a CP quaisquer situações que necessitem de cuidados de enfermagem e para a MR quaisquer situações em que considerarem necessária a intervenção de profissional médico;

Art 3º Estabelecer a Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, situada à Praça Primeiro de Maio s/nº, Bangu – CAP 5.1, como Unidade de referência para a Casa de Parto David Capistrano Filho;

§ 1- Será feito contato prévio da equipe da CP com a equipe da MR sempre que for necessária a transferência de mãe e/ou do recém-nascido, antecipando o(s) diagnóstico(s) presumido(s) e as necessidades das(os) pacientes para a agilização do atendimento;

§ 2- A transferência de mãe e/ou do recém-nascido será sempre realizada pela ambulância da CP com a presença obrigatória de uma enfermeira obstetra que acompanhará a(o) paciente juntamente com relatório detalhado de todo o atendimento prestado até àquele momento;

§ 3- Os profissionais da MR uma vez contactados pela equipe da CP não poderão recusar o recebimento dos pacientes em transferência, independente das condições de lotação de seus leitos;

§ 4- Os exames de rotina solicitados durante o atendimento pré-natal, no momento da admissão da gestante e do nascimento do bebê serão realizados na MR;

Art. 4º A ambulância da CP só poderá ser utilizada para o transporte de mães e/ou recém-nascidos lá admitidos, não havendo justificativa para a ausência deste equipamento do local por outros motivos;

§ 1- Mesmo em situações de urgência / emergência na comunidade a que pertence a CP a ambulância não poderá ser deslocada para qualquer socorro, devendo nesses casos ser acionadas as instâncias responsáveis por esse tipo de atendimento;

§ 2- Em caso de ausência do serviço de ambulância na CP não poderão ser admitidas gestantes em trabalho de parto até a normalização do mesmo;

Art 5º A Coordenação e a Vice-Coordenação da CP serão exercidas por enfermeiras obstetras que serão responsáveis pela administração e condução técnica das atividades ali desenvolvidas;

§ 1- A Coordenadora e a Vice-Coordenadora da CP deverão apresentar à Coordenação dos Programas de Atenção Integral à Saúde relatórios mensais da produção e do resultado da assistência materna e perinatal ali prestadas, remetendo cópias para a Coordenação da CAP 5.1 e para a Direção da MR.

§ 2- O relatório dos casos de óbito materno, óbito fetal, óbito neonatal e asfíxia perinatal deverão ser encaminhados para análise pela comissão de óbitos da MR, ampliada quando da discussão desses eventos com a presença de um técnico da gerência dos programas de saúde da mulher e de um técnico da gerência dos programas de saúde da criança;

§ 3 - A responsabilidade técnica pelos atendimentos prestados na CP será exclusivamente da enfermeira obstetra que assistirá a mulher e ao bebê, ficando os médicos da MR responsáveis pelos mesmos apenas após o atendimento inicial e internação na maternidade;

§ 4 - As questões éticas provenientes dos atendimentos prestados às mulheres e bebês transferidos para a MR serão resolvidas em primeira instância pela equipe de saúde multiprofissional responsável pelo acompanhamento da implantação e implementação da CP conforme Resolução SMS nº 1040 de 11/02/2004;

Art 6º A Casa de Parto contará com uma equipe multiprofissional de consultores técnicos em saúde que atuará junto à Coordenação e Vice-Coordenação da CP.

§ 1- esta equipe será composta minimamente por:

- Diretor da Maternidade de referência ou seu representante;

- Chefia do Serviço de Obstetrícia da Maternidade de referência;
- Chefia do Serviço de Neonatologia da Maternidade de referência;
- Gerência do Programa de Saúde da Mulher da SMS/RJ;
- Gerência do Programa de Saúde da Criança da SMS/RJ;
- Gerência do Programa de Saúde do Adolescente da SMS/RJ.

§ 2 – caberá aos consultores técnicos acompanhar o funcionamento da CP, analisar os resultados da assistência prestada e avaliar a necessidade de adequação de seus protocolos de atendimento.

Art 7º Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

RONALDO CEZAR COELHO
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 2

PRÉ-NATAL CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

ALTO RISCO

Nas situações caracterizadas como de "alto risco" a gestante deve ser encaminhada para o acompanhamento pré-natal em Maternidade.

- Hipertensão arterial
- Morte perinatal recorrente sem causa definida
- CIUR
- Placenta prévia total
- Polidramnia ou oligodramnia
- Anemia grave (não carencial)
- Diabetes pré-gestacional e gestacional
- Endocrinopatias
- Isoimunização
- Cardiopatia (exceto prolapso de válvula mitral assintomático)
- Patologia associada grave
- Malformação fetal confirmada
- Gestante HIV sintomática (SIDA)

MÉDIO RISCO

Nas situações caracterizadas como de "médio risco" a gestante pode fazer o acompanhamento pré-natal em unidade básica, desde que atendida por médico(a).

- Obesidade (excesso de peso > ou = a 30% do ideal)

- Drogadição, inclusive alcoolismo
- Morte perinatal recorrente com causa determinada
- Ganho ponderal excessivo ou insuficiente
- Hemorragia no 2º e 3º trimestres
- Infecções maternas: Rubéola, Toxoplasmose, HIV (soropositiva), Hepatites
- Incompetência istmo-cervical e malformação uterina
- Gemelaridade
- Ameaça de parto prematuro

BAIXO RISCO

Todas as demais situações Acompanhamento na rede básica, por enfermeira(o) ou médico(a).

ANEXO 3

Admissão da gestante com amniorrexe precoce - é a rotura das membranas ovulares que ocorre antes do início do trabalho de parto.

- Gestantes com bolsa rota deverão permanecer na unidade sendo estimuladas a utilizar as práticas alternativas, realizando curva técnica e avaliação da vitalidade fetal,
- Caso não haja resultado satisfatório com as práticas alternativas discutir a possibilidade de usar a ocitocina após a avaliação do índice de Bishop. Com valor superior a 6, consideramos que este colo está favorável ao estímulo. Devemos então, ter o consentimento da cliente e manter a vigilância sobre a vitalidade fetal e a variação da temperatura axilar;
- O estímulo ao trabalho de parto com ocitocina deverá ser no máximo por três horas,
- A gestante deverá evoluir até o prazo máximo de 18 horas desde a rotura das membranas, não havendo resposta satisfatória transferir para a unidade de referência.

Índice de Bishop:

Pontuação	0	1	2	3
Dilatação(cm)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6
Apagamento(%)	0 – 30	40 – 50	60 – 70	80
Altura apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Consistência Colo	endurecido	médio	amolecido	
Posição do Colo	posterior	médio	anterior	

ANEXO 4

Padronização dos Medicamentos

Baseado na lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, artigo 8º, quando define as incumbências do enfermeiro: “art.8. a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.

Serão definidos os seguintes medicamentos a serem prescritos:

- Imunoglobulina Anti-Rh;
- Ocitocina (IM e IV);
- Methergin;
- Solução glicosada a 5% e 10% e Fisiológica a 0,9%, Ringer e lactato;
- Glicose a 25% e 50%;
- Hioscina;
- Xilocaína a 2% sem vasoconstrictor (ampola, frasco e spray);
- Paracetamol (750 mg);
- Sulfato ferroso;
- Nistatina creme e comprimido; Metronidazol creme e comprimido
- Vitamina K;
- Nitrato de prata. Colírio de iodopovidona 2,5%
- Penicilina benzatina

ANEXO 6 – PARECER DA COMISSÃO ÉTICA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE ÉTICA NA PESQUISA DA UFRRJ / COMEP

Protocolo N° 658/2015

PARECER

O Projeto de Pesquisa intitulado “*Parir e nascer com dignidade e humanização: interface entre hotelaria hospitalar e parto humanizado*” sob a responsabilidade da Profa. Alessandra Rinaldi, do Departamento de Ciências Sociais, do Instituto de Ciências Humanas e Sociais, processo 23083.006686/2015-60, atende os princípios éticos e está de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta os procedimentos de pesquisa envolvendo seres humanos.

UFRRJ, 16/11/2015.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Jairo Pinheiro da Silva'.

Prof. Dr. Jairo Pinheiro da Silva
Pró-Reitor Adjunto de Pesquisa e Pós-Graduação

Jairo Pinheiro da Silva
Pró-Reitor Adjunto de
Pesquisa e Pós-Graduação
Matr. SIAPE 1109555
UFRRJ

ANEXO 7- CERTIFICADO DO CURSO DE EXTENSÃO DA UFRJ



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DE EXTENSÃO

Certificamos que Juliana Borges de Souza participou como discente do curso **Medicalização do corpo: contribuições da problemática de gênero para os processos de saúde e doença** de 3 a 6 de novembro de 2015 perfazendo a carga horária de 32 horas no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 26 de novembro de 2015.

Prof.ª Dr.ª Márcia Gomide da Silva Mello
Diretora Adjunta de Extensão do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio José Leal Costa
Diretor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC / UFRJ
Avenida Horácio Macedo, S/N - Próximo à Prefeitura Universitária da UFRJ -
Ilha do Fundão - Cidade Universitária
CEP 21941-598 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tels: (21) 3938-9271 – 9331
www.iesc.ufrj.br