



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**NARRATIVA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E
NASCIMENTO EM FORTALEZA-CE: PIONEIRISMO E
ATUALIDADE DO MOVIMENTO**

Yluska Macêdo Lôbo Piauilino

**Fortaleza - CE
2013**

YLUSKA MACÊDO LÔBO PIAUILINO

**NARRATIVA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E
NASCIMENTO EM FORTALEZA-CE: PIONEIRISMO E
ATUALIDADE DO MOVIMENTO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Yoshie Matsue.

**Fortaleza - CE
2013**

P583n Piauilino, Yluska Macêdo Lôbo.

Narrativa da humanização do parto e nascimento em Fortaleza-CE: pioneirismo e atualidade do movimento / Yluska Macêdo Lôbo Piauilino. - 2013.
61 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2013.
“Orientação: Profa. Dra. Regina Yoshie Matsue.”

1. Parto. 2. Humanização da assistência. 3. Obstetrícia. I. Título.

CDU 618.4

YLUSKA MACÊDO LÔBO PIAUILINO

NARRATIVA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO EM FORTALEZA-CE: PIONEIRISMO E ATUALIDADE DO MOVIMENTO

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Yoshie Matsue

Linha de pesquisa: Cultura e Humanização em Saúde

Núcleo de Pesquisa: Antropologia e Saúde

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Regina Yoshie Matsue - UNIFOR
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Isolda Pereira da Silveira - UFC
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Bomfim Hyppólito - UFC
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva
Membro Suplente

À minha família, pelos esforços incansáveis e apoio incondicional na realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos diárias em minha vida, por ser o meu companheiro fiel, me proteger e me ouvir em minhas viagens e no decorrer dessa conquista. A Ele toda honra e toda glória, todos os dias de minha vida.

A minha mãe Maria do Socorro, por conciliar com perfeição seus papéis de mãe e pai, por me fazer acreditar na plena realização dos meus sonhos, pelo amor, dedicação, apoio, cumplicidade conquistada a cada dia, orações e proteção de sempre. Te amo, mainha!

Aos meus irmãos, sempre cúmplices e presentes em todas as minhas conquistas. A Mauriceles pela torcida e crença no meu sucesso; a Mariluska pelos esforços imensuráveis nessa vitória; a Paulo Ygor por abdicar de algumas noites de sono. Agradecer é pouco, peço vida para poder retribuir o que fizeram e fazem por mim. Amo vocês!

Aos amigos pelo companheirismo no decorrer dessa jornada, em especial a Ana Amélia, a médica mais humana que já conheci, por sua doçura e apoio; a Paula, minha Paulitcha, pelo instinto mãezona, preocupação e apoio de sempre; a Carminda, minha Cauzita, pelos abraços fortes e carinhosos; a Liliane, Lili, por estar sempre disposta a ajudar; a Candice pelo incentivo a mim dispensado em um dos meus momentos mais difíceis; a Rafele, querida Rafinha, por estar sempre disposta a me ouvir. Obrigada por tudo, amo cada uma de vocês!

Ao querido Robson David, pelas palavras de incentivo, boas vibrações, apoio para abrandar meu cansaço, cuidado e por fazer meus dias mais leves e cheios de luz. Obrigada!

À professora Regina Yoshie Matsue, minha querida orientadora, pela dedicação integral durante esses dois anos, pelos “puxões de orelha” sempre necessários e resolutivos, pelo carinho, paciência e persistência. Você é um exemplo de perseverança, profissionalismo e luz. Obrigada por tudo!

Ao ex-aluno e amigo Lourival Júnior pelo carinho, doçura e disponibilidade de sempre. Querido, Deus te abençoe e te conceda uma linda estrada de sucesso e realizações. Imensamente agradecida!

A todos os professores que fizeram parte dessa conquista, doando seu tempo e colaborando para o nosso crescimento profissional e pessoal.

“Mais do que máquinas precisamos de humanidade. Mais do que inteligência precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo estará perdido.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O presente estudo busca construir a narrativa do movimento de humanização do parto no município de Fortaleza, suas raízes, pioneirismo, implementação do “Projeto Luz” no estado e a atualidade do movimento no município. Apesar dos avanços tecnológicos na área obstétrica, retomar as raízes culturais para humanizar o processo do parto é uma proposta alternativa ao modelo atual. A interferência da tecnologia sobre o parto está associada a um modelo biomédico que medicaliza o corpo, preconizando que o nascimento seguro é aquele que ocorre no meio hospitalar munido de alta tecnologia. Em contraponto, a humanização compreende entre muitos aspectos, a adoção de medidas e procedimentos simples e disponíveis regionalmente para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. Trata-se de uma pesquisa qualitativa a qual está baseada em fontes e evidências documentais primárias sobre as parteiras, relatórios e manuais do “Projeto Luz” que resgatam e ampliam a compreensão hermenêutica, histórica e sociocultural do fenômeno e em narrativa de vivências dos profissionais envolvidos no movimento. Observou-se que no Ceará havia uma tradição do trabalho das parteiras na zona rural. Entretanto, esta tradição se perdeu com a urbanização e movimento de sanitização da saúde a partir da década de sessenta. Já na década de setenta, iniciou-se um movimento de valorização e capacitação das parteiras leigas com o trabalho do obstetra cearense Galba de Araújo. Posteriormente, houve a implantação do “Projeto Luz”, baseado em trocas de experiências desenvolvido pela Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) no Ceará ao longo da década de noventa. Percebeu-se que o movimento de humanização do parto e nascimento teve seu start com a iniciativa e o pioneirismo de Galba de Araújo com o treinamento de parteiras no interior, porém o movimento foi fragmentado com o seu falecimento e posteriormente retomado pela JICA. Doravante, há um desconhecimento sobre a vida e a história de Galba de Araújo, o que deixa as raízes de uma história marginalizada. Concluímos que de nada valerá incentivo e treinamentos advindos de governo, estado, municípios e organizações internacionais, se não houver resgate e continuidade pautada nas raízes de um processo e em tudo que estas podem contribuir para o progresso do mesmo.

Palavras-chave: Humanização. Parto. Nascimento. Hermenêutica e História.

ABSTRACT

The present study seeks to build the narrative of the movement of the humanization of birth in Fortaleza, roots, pioneering, implementation of "Project Light" in the state and the current movement in the city. Despite technological advances in obstetrics, resume cultural roots to humanize the birth process is an alternative model to the current proposal. The interference of technology on the delivery is associated with a biomedical model that medicates the body, recommending that safe birth is one that occurs in hospitals equipped with high technology. In contrast, the humanization comprises among many respects, the adoption of measures and procedures simple and available regionally to monitor the labor and birth, avoiding unnecessary interventionist practices. This is a qualitative study which is based on primary sources and documentary evidence about midwives, reports and manuals "Project Light" that restore and expand hermeneutics, historical and socio-cultural understanding of the phenomenon and narrative experiences of professionals involved in motion. It was observed that there was a tradition in Ceará work of midwives in rural areas. However, this tradition has been lost to urbanization and movement sanitization of health from the sixties. Already in the seventies, began a movement of recovery and empowerment of lay midwives with the work of Ceará obstetrician Galba Araujo. Later there was the implementation of "Project Light", based on exchange of experiences developed by the International Cooperation Agency (JICA) in Ceará during the nineties. It was noticed that the movement of humanization of labor and birth had its start with the initiative and pioneering Galba Araujo with the training of midwives in the interior, but the movement was fragmented with his death and later taken over by JICA. Henceforth, there is a lack of knowledge about the life and history of Galba Araújo, leaving the roots of a marginalized history. We conclude that , will avail nothing encouragement, and training arising from government, state, local and international organizations , if no redemption guided roots and continuity of a process and all that they can contribute to its progress.

Keywords: Humanization. Childbirth. Birth. Hermeneutics e History.

LISTA DE SIGLAS

COREN	Conselho Regional de Enfermagem
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Geral	19
2.2	Específicos	19
3	O DESVELAR DA LITERATURA	20
4	REFERENCIAIS TEÓRICO-CONCEITUAIS	26
5	PERCURSO METODOLÓGICO	31
5.1	Tipo de estudo	31
5.2	Período e Coleta de dados.....	32
5.3	Sujeitos da pesquisa.....	33
5.4	Organização, análise e interpretação dos dados.....	34
5.5	Aspectos éticos.....	36
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1	Óbitos materno-fetais no Ceará.....	38
6.2	O trabalho de Galba de Araújo e as parteiras: criação das casas de parto.....	39
6.3	Intercâmbio Brasil - Japão: Projeto Luz e o resgate da humanização	45
6.4	Atualidade do movimento de humanização do parto enascimento em Fortaleza	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS	56
	APÊNDICES	60
	ANEXOS.....	65

APROXIMAÇÃO DO PESQUISADOR COM O TEMA

O motivo pelo qual me aproximei do tema proposto no referido estudo remete ao meu primeiro contato com as práticas em obstetrícia ainda na graduação, durante estágios em maternidades de referência em humanização do parto e nascimento. Esta aproximação me fez conhecer a realidade das ações de humanização do parto e nascimento nessas maternidades, bem como a dedicação dos profissionais de saúde inseridos no processo de humanização. Mais tarde, quando estagiava voluntariamente em uma instituição pública, e observando o dia a dia de enfermeiras obstetras, percebi a importância do acompanhamento da mulher no momento do parto, bem como os efeitos das PIC (Práticas Integrativas e Complementares) que eram por elas desempenhadas.

Pude acompanhar o êxito de tais práticas durante o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, no qual estudei o acompanhamento voluntário no trabalho de parto. Ao entrevistar as doulas que prestavam acompanhamento voluntário às parturientes em uma maternidade no município de Fortaleza, pude perceber a importância da assistência humanizada aliada às PICs. As parturientes relatavam o poder transformador do toque, da orientação e da atenção prestada pelas doulas.

O Curso de Especialização em Obstetrícia possibilitou-me um maior interesse sobre a posição atual das ações em obstetrícia e a aplicabilidade da humanização nos serviços de saúde, bem como os entraves enfrentados pelos profissionais na inserção das práticas alternativas nesse contexto.

Ao ingressar no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, pude apreender a importância das ações de humanização para os indivíduos e suas coletividades e vislumbrar a inserção dessas práticas no contexto do parto e nascimento como estratégia de promoção de saúde. Ao mesmo tempo, diante das práticas desenvolvidas e do crescente número de partos cesáreos me surgiu a inquietação acerca da história da implementação da Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza, das experiências dos atores sociais que dela participaram e da continuidade das práticas de humanização no município.

Assim, o interesse no referido estudo pauta-se no aprofundamento do tema para melhor compreensão das práticas, o contexto da humanização do parto e nascimento, sua história e aplicabilidade atual.

1 INTRODUÇÃO

O movimento de Humanização do Parto acontece como uma reação à crescente medicalização do parto e nascimento e ao ascendente número de partos cesarianos. Há hospitais no Brasil onde as cesarianas se aproximam dos 100%, sendo atribuído a essa realidade o conceito de “epidemia” (FIOCRUZ, 2012).

Em consonância com o citado acima, Mandarino; Chein; Júnior (2009) demonstram sua preocupação com o aumento do número de cesarianas em primíparas. Essas altas taxas podem implicar alta probabilidade de futuras cesarianas, pois na prática, uma cesariana prévia constitui indicação quase absoluta para uma nova cirurgia.

Segundo Balaskas (1993), as mulheres perderam o contato com sua capacidade de parir, praticamente esqueceram o modo como um parto fisiológico natural se processa. Assim, a prática obstétrica é considerada no mundo moderno como um procedimento médico, quando não, cirúrgico.

Desse modo, percebe-se que o possível desconhecimento do processo de parturição, dos riscos e condições para uma cesárea sem indicação prévia mistifica a naturalidade desse evento, fazendo com que as mulheres optem pela cirurgia, acreditando ser um procedimento inócuo.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a taxa de cesarianas fique em torno de 15%, de modo que a realidade mostra um aumento numérico assustador: 37% na rede pública e 82% na rede privada. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil registrou mais cesarianas do que partos normais, chegando a 52% em 2010 (FIOCRUZ, 2012). Corroborando com o citado, o mais recente relatório global do Unicef mostrou que a taxa de cesárea no Brasil é a maior do mundo, de 44% (UNICEF, 2011).

A promoção de saúde exige um grande esforço governamental e enorme alocação de recursos. Considerando que a verba destinada à assistência materno-infantil é cronicamente escassa, a questão da cesárea deve necessariamente ser discutida sob a ótica da análise do

impacto dessa opção no custeio da saúde. Uma revisão americana identificou que o custo de um procedimento de uma cesárea eletiva varia entre 918,00 a 7.814,00 dólares, enquanto que um parto vaginal varia entre 139,00 e 2.294,00 dólares (SASS; HWANG, 2009).

Tais dados nos remetem a reflexões acerca da necessidade de redução de exorbitantes gastos e resgate do parto natural visando à saúde do binômio mãe-filho e à preservação de verbas destinadas à saúde materno-infantil.

No Ceará, o número de cesarianas já supera o de partos normais. Cerca de 50,4% das mulheres, segundo os dados de 2011 da Secretaria de Saúde do Estado, optam pela cirurgia.

Em estudo recente sobre determinantes de mortalidade neonatal no município de Fortaleza, os casos de mortalidade de neonatos em partos cesarianas aparecem em 53,3% enquanto que em partos vaginais, esse número cai para 47% (NASCIMENTO, 2012).

Atualmente por mais que vigore a institucionalização do parto e nascimento, têm-se aumentado a preocupação por parte do governo, instituições e profissionais para instituir a humanização desse evento. Imbuídos dessa preocupação e levando-se em consideração o exorbitante aumento do número de cesarianas no país, o Ministério da Saúde tem proposto mudanças para resgatar o cenário do parto natural.

A valorização do parto e nascimento humanizados constitui-se como uma etapa deveras importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e, fundamentalmente, para o encontro entre elas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária (SILVA; VIEIRA; COLARES, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O processo de humanização deve iniciar-se no pré-natal, procurando garantir que sejam realizados procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando as intervenções desnecessárias. (BRASIL, 2003).

O parto mostra-se como uma vivência significativa e a prática da humanização deste momento recupera sua naturalidade para a mulher, sua família e para a equipe de profissionais envolvidos. Desse modo, a humanização do parto e nascimento objetiva naturalizar esse

processo, obedecendo ao ritmo e às necessidades de cada mulher, com interferência mínima dos profissionais (SILVA; VIEIRA; COLARES, 2011)

Assim, a experiência do processo de parturição deve ser devidamente acompanhada desde a gestação até o momento do parto. É fundamental o acompanhamento integral à parturiente, bem como o respeito às suas vontades e direitos neste período. Não menos importante, a presença dos familiares, especialmente dos pais à cena do parto se faz necessária. Assim, estes, antes relegados ao papel de expectadores passivos, fazem com que o parto, outrora visto como um evento medonho, mude de contexto.

No tocante aos óbitos maternos registrados em uma maternidade pública no município de Fortaleza, segundo Herculano, Veloso, Teles (2011), há uma associação estatisticamente significativa entre a realização de cesáreas e as causas desses óbitos. A cesariana, como qualquer outra cirurgia, é acompanhada por riscos e benefícios. Entre os riscos tem-se maior prevalência de infecção após o parto. Isso se deve principalmente à necrose local ocasionada pelo trauma cirúrgico, associado à contaminação da cavidade abdominal pelo fluido amniótico e a uma maior perda sanguínea.

No que concerne a essa realidade, é fundamental destacar que, no Brasil, o Ministério da Saúde investe na criação de políticas e programas, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002), da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (BRASIL, 2008) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2009). Como fortalecimento dessa estratégia, o Ministério da Saúde lançou a “Rede Cegonha”, regulamentada pela portaria 1.459 que se caracteriza como um modelo de fomento à implementação de uma atenção à saúde da mulher e da criança com foco na humanização do parto e nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Levando-se em consideração um paradigma mais humanista, a gestação e o parto se constituem como um momento de transição na vida de cada mulher, de modo que tais eventos acarretam inúmeras transformações, tanto no âmbito físico, como no emocional. Desse modo, o ambiente e questões afetivas e psicossociais podem influenciar na experiência da dor.

Por esse motivo, há uma procura por terapias complementares não farmacológicas que objetivem o alívio da dor no momento do parto. Métodos como Dick-Read, Bradley e Lamaze podem ser utilizados neste momento. Outras medidas também podem ser associadas e

aplicadas para redução da dor como: exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, deambulação, banhos mornos de chuveiro ou de imersão e massagens (BRASIL, 2003)

Contudo, desempenhar o papel de humanizar o processo do parto e nascimento, não se constitui tarefa fácil, de modo que muitos profissionais veem esse processo como predominantemente biológico, em que o patológico é mais valorizado. Os estudantes são treinados para adotar “práticas rotineiras”, sem avaliação crítica de cada caso. Disso decorre o aumento do número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2003).

Segundo Sass&Hwang (2009), a centralização do ensino médico em hospitais de maior complexidade poderia limitar o acesso dos médicos em formação, alunos e residentes, a assistência obstétrica fisiológica, resultando em uma formação capacitada para enfrentar situações complexas, porém limitada para acompanhar e investir no parto normal.

Considerada como área pertencente às ciências naturais, na medicina ocidental, os seres humanos são analisados sob um ponto de vista biológico; contrariando tal afirmação, a perspectiva hermenêutica traz que os indivíduos, além de seres biológicos, devem ser tratados como sujeitos que refletem e vivenciam experiências (CAPRARA, 2003).

Desse modo, não considerar a parturiente como protagonista do processo de parto e nascimento, bem como tratar tal evento de forma absolutamente mecânica, é aceitar mais uma colonização, valorizar a forma mecânica de cuidar, retroceder.

Ayres (2005) traz um sentido genérico para humanização, o que concerne a uma perspectiva filosófica e no qual esse ideal pode ser definido como compromisso das tecnociências da saúde, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum.

Tal conceito nos leva à reflexão sobre a distorção do momento do parto, que sem acompanhamento, passa a ser visto como crítico, mascarando assim seu verdadeiro significado na vivência da mulher. Ao chegar no serviço de saúde, após a admissão, marido e familiares são separados da parturiente. Seu corpo torna-se propriedade e responsabilidade da equipe que a assiste e dita o comportamento adequado. Da mulher, espera-se a passividade na convivência com as intervenções (GUALDA, 2002).

Diante dos conteúdos estritamente tecnocientíficos das práticas de saúde, os profissionais contam com critérios bem definidos e validados com excessiva objetivação e formalização sobre o que e como fazer (AYRES, 2005). Desse modo, as práticas de saúde tornam-se cada vez mais mecânicas, fazendo com que a humanização fique em segundo plano.

O parto atravessa o tempo e a cultura. Toda sociedade, porém, dispõe de regras que regulam o nascimento e modificam a universalidade dos fatos fisiológicos (GUALDA, 2002). Percebe-se que geralmente as sociedades humanas impõem um padrão no comportamento dos seres humanos no momento do parto.

Nesse sentido, Geertz (1989) afirma que o homem é um animal agarrado a teias de significados que ele mesmo tece, sendo assim, cultura se constitui como essas teias e sua análise: não uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados.

Todas as culturas promovem um distúrbio no processo puramente fisiológico do período que cerca o parto (ODENT, 2002). Assim, cada sociedade atribui um significado ao processo de parturição, de modo que seu comportamento frente a esse fato se consolida em sua vivência e tem sua significação própria.

Assim, essa pesquisa torna-se relevante no contexto nacional de crescente número de partos cesáreos nos últimos anos. Em 2009, o país alcançava a sigla de 50% de parto cesáreo e já no ano seguinte essa taxa subiu para 52% (FIOCRUZ, 2011).

O crescente aumento de partos cesáreas no Brasil evidencia um contraponto impactante nas ações de humanização do parto e nascimento e nos remete a uma reflexão acerca da necessidade de se humanizar o processo de parturição diante da realidade citada.

Segundo o Ministério da Saúde (2003) se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero dessa prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos do sistema de saúde.

Essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores históricos, estruturais e conjunturais, que devem ser considerados desde a assistência ao pré-

natal, disponibilizando um atendimento integral e humanizado e enfocando a importância do processo natural do parto.

Tal realidade fortalece a necessidade de refletirmos sobre a retomada do cenário natural do parto, outrora reescrito como um processo fisiológico e singular na vida da mulher, realizado por parteiras ou mulheres de sua confiança e que atualmente é visto como um modelo médico hospitalar e tecnocrático.

De acordo com o cenário de parto e nascimento no Brasil, bem como diante dos altos índices de cesarianas no estado do Ceará, busca-se compreender como se deu o movimento de humanização do parto e nascimento e seus reflexos na atualidade, bem como resgatar a memória do movimento, a iniciativa de seus idealizadores.

Faz-se necessário, portanto a compreensão do contexto da cultura local, a tradição do parto nessa cultura, que sofreu uma imposição do modelo medicalizador e desse modo desconstruir a premissa do parto natural como um evento institucionalizante e patológico.

Acredita-se que, sendo este um assunto marginal, o qual se mostra escasso em pesquisas principalmente ao se tratar de sua história pregressa e do pioneirismo, tal estudo possibilitará conhecer mais profundamente o movimento em Fortaleza e, dessa forma, contribuir para o fortalecimento das ações nesse sentido.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Construir a narrativa do movimento de humanização do parto no município a partir da interpretação dos documentos sobre o tema e dos relatos de experiências dos profissionais que participaram do mesmo.

2.2 Específicos

- Desvelar as raízes históricas do movimento de humanização do parto e nascimento no município de Fortaleza - CE.
- Conhecer o movimento de implementação da humanização do parto e nascimento no município.
- Identificar os atores sociais e profissionais que participaram do desenvolvimento das práticas de humanização do parto e nascimento no município.
- Compreender o movimento de humanização do parto no município a partir de documentos escritos sobre o mesmo.

3 O DESVELAR DA LITERATURA

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. É um processo singular no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. Constitui-se, portanto, de uma experiência significativa, que, se bem conduzida, traz consigo potencial enriquecedor para todos que dela participam (BRASIL, 2003).

Dessa forma, é importante lembrar que, para muitas mulheres, gravidez, parto e nascimento são considerados como “doença”, haja vista a medicalização cada vez mais presente nesse processo, bem como a falta de orientações pertinentes a essa experiência. Desse modo, o devido reestabelecimento de sua saúde somente é considerado por algumas delas após o nascimento do bebê, a partir do qual ocorre o seu “descanso”.

Os profissionais de saúde foram treinados, tradicionalmente, para privilegiar o conhecimento da biomedicina, o que tem levado a muitas frustrações, especialmente nas atividades de cuidado e de pesquisa (SILVA; TRENTINI, 2002). Frente a esse contexto, torna-se necessária uma visão crítica sobre o modelo biomédico.

De acordo com Caprara (2003), a medicina ocidental é considerada como área pertencente às ciências naturais, e como tal, analisa os seres humanos sob um ponto de vista biológico.

O parto constitui um ponto importante no processo de maternidade. Dar à luz a uma criança nunca é simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural (GUALDA, 2002).

Na premissa de desvelar o contexto das raízes históricas da humanização do parto e nascimento, faz-se necessário a busca da cultura e seus conceitos. Dessa forma, Geertz (1989) afirma que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, de modo que as culturas seriam essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado.

Na perspectiva filosófica, o ideal de humanização é definido genericamente como um compromisso das tecnociências da saúde em seus meios e fins com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (AYRES, 2005).

Nesse sentido, é de conhecimento de estudiosos que geralmente as sociedades humanas impõem um padrão no comportamento dos seres humanos no momento do parto, e todas as culturas promovem um distúrbio no processo fisiológico deste. Assim, o parto atravessa o tempo e a cultura e toda sociedade, dispõe de regras que regulam o nascimento e modificam a universalidade dos fatos fisiológicos (ODENT, 2002; GUALDA, 2002).

Torna-se relevante também salientarmos definições acerca da saúde, a qual não deve restringir-se ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico e tratamento, de modo que deve ser abordado também um contexto cultural, histórico e antropológico, no qual estão inseridos os indivíduos interessados em se manterem saudáveis ou livres de doenças (BRASIL, 2003).

A questão saúde não pode ser vista apenas como ausência de doença nem tampouco como completude, mas sim abordada num contexto subjetivo, o qual deve ser contínuo.

Corroborando com tal afirmação, Ayres (2005) reconhece que a concepção de saúde como um “estado” de coisas e algo “completo” imprime uma tendência naturalista, uma visão essencialista ao conceito de saúde. Não é um estado, portanto, mas um devir. Nunca será completo, pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisaram ser reconstruídas constantemente. É incompleto, portanto, é sempre um projeto em curso.

A humanização, aspira, assim, uma ampliação de horizontes normativos capaz de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico (AYRES, 2005).

Desse modo, levando-se em consideração essa abrangência conceitual, torna-se possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação, com uma visão humanística na promoção da saúde das pessoas (BRASIL, 2003).

Humanizar o atendimento aos pacientes do SUS é a meta prioritária do Ministério da Saúde e uma das principais preocupações é a forma como a mulher vem sendo atendida nas

instituições de saúde. A inadequada recepção de gestantes em trabalho de parto, a não permissão de acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento, bem como restrição de visitas, torna o parto um momento extremamente angustiante e solitário. Tais fatores, aliados às práticas institucionais e autoritárias, transformam o parto em um momento de medo, submissão e dor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Instituído em 4 de Junho de 1999 pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2883, o prêmio Galba de Araújo destaca bons exemplos de maternidades com o intuito de revelar ao Brasil experiências inovadoras na Gestão Pública, privilegiando o acolhimento da mulher no momento do parto e estimulando as maternidades a tratar com mais respeito e dignidade as mulheres brasileiras. Tal prêmio reverencia a memória do obstetra cearense José Galba de Araújo, que conquistou destaque nacional e internacional por utilizar recursos humanos regionalmente disponíveis no atendimento às gestantes. O incentivo ao treinamento de parteiras, a busca pela melhoria da qualidade de assistência ao parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco foram exemplos de suas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Galba de Araújo publicou, em 1987, *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste*, no qual uma de suas maiores preocupações era conciliar tecnologias, costumes e tradições regionais na assistência ao parto (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que a norteiam são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

A humanização é vista como política transversal no Sistema Único de Saúde (SUS), que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras, cujos alguns de seus objetivos são: contagiar com atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores e usuários e oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente (BRASIL, 2004).

O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído através da portaria nº 569 de 2000 e se

fundamenta no preceito de que a humanização da assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2004).

Subsidiado nas necessidades de atenção específica às gestante, ao recém-nascido e à mãe no período de pós-parto, esse programa tem como prioridades redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliação do acesso ao pré-natal e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, incluindo a presença do acompanhante (BRASIL, 2004).

Um dos aspectos que compreendem a humanização das ações em saúde refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2004).

No intuito de estabelecer a humanização do parto e levando-se em consideração a institucionalização deste, bem como o aumento do número de cesarianas no Brasil, há uma preocupação por parte do governo na busca de políticas que preconizem ações humanizadoras.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre os sujeitos, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições raciais, sociais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2009).

O bom relacionamento entre os sujeitos humaniza o processo do parto e nascimento, permite o estabelecimento de um vínculo com a mulher no momento do parto, e se é capaz de reconhecer sua individualidade e perceber sua capacidade de lidar com o processo do nascimento. Desse modo, as relações serão menos desiguais, menos autoritárias (BRASIL, 2003).

Desde o ano de 1993, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento- REHUNA vem resguardando esse processo, com o objetivo de divulgar a assistência e cuidados perinatais, baseando-se em evidências científicas. O movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez, parto e nascimento e amamentação, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico (REHUNA, 1993).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher enfatiza que a humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis, de modo que essa qualidade exige bem mais do que a resolução de problemas e a disponibilidade de recursos tecnológicos. É bem mais que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável (BRASIL, 2009).

Segundo a JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão), que também desempenhou um papel significativo no processo de humanização do parto em Fortaleza, o conceito de humanização do parto e nascimento passa por algumas diretrizes fundamentais. Dentre as quais vale destacar; o respeito à evolução natural do processo fisiológico da parturiente, valorizando-a como pessoa individual e integral, a provisão de informações necessárias e manutenção de boas condições de higiene com o objetivo de fazer com que gestantes possam ter um parto natural e confortável e em ambiente agradável.

Em 1995, teve início no Brasil o “Projeto Luz”, que objetivava a melhoria da saúde materno-infantil no Nordeste do Brasil, pautando-se na promoção da qualidade da assistência à mulher e à criança, a partir da criação de um modelo de assistência humanizada ao parto e nascimento no estado do Ceará e sua divulgação em vários estados brasileiros (JICA, 2010).

Ao mesmo tempo, esse projeto foi um grande apoio às iniciativas do Ministério da Saúde para a implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Tal programa foi nacionalmente divulgado na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Novembro de 2000 na cidade Fortaleza-Ceará (JICA, 2010).

Em parceria com o Governo do Estado do Ceará e através da Secretaria de Saúde do Estado, a JICA publicou o Manual do Parto Humanizado que se baseia na divulgação dos princípios e técnicas que norteiam o parto humanizado, cuja intensão é democratizar ao máximo as ideias nele contidas (AMIGAS DO PARTO, 2000).

O manual nos traz uma visão do parto como um momento feliz e não de adoecimento, o saber tratar humanizado e de forma individual, o incentivo ao acompanhamento de pais e parentes à cena, socializando assim a felicidade e colaborando com a vivência do parto normal como prática comum (AMIGAS DO PARTO, 2000).

Em Fortaleza, além dos hospitais referência em Humanização do Parto e Nascimento, existem grupos de apoio à gestante e ao parto ativo, os quais prezam pelo respeito à

humanização do processo de gestação, parto e amamentação, bem como fornecem orientações acerca de recomendações da Organização Mundial da Saúde e cursos em encontros pré marcados. Em uma perspectiva de empoderamento feminino e respeito ao parto e nascimento, são oferecidos cursos, atividades, produtos e serviços para mulheres que pretendem engravidar (ISHTAR, 2013; MÃE DO CORPO, 2013).

Diante disso, é de suma importância que sejam abordados no referido estudo os caminhos percorridos pelos atores sociais e profissionais de saúde na implementação do processo de Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza, bem como suas experiências acerca do que foi vivenciado.

Gadamer (1997) cita o vivenciar como algo real, ao contrário daquilo que se pensa saber, mas para o qual falta a credencial de uma vivência própria. O vivenciado é usado no sentido de que seu conteúdo duradouro receberá daí sua designação. Esse conteúdo significará um rendimento ou resultado que dá transitoriedade do vivenciar, ganha peso e importância (GADAMER, 1997).

Junto à questão do vivenciado pelos profissionais de saúde no processo de implementação da Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza, torna-se necessário entendermos suas experiências e o caráter compartilhado dos acontecimentos, através de suas narrativas acerca do movimento.

Gadamer (1997), através de sua pré-compreensão, indica que o mundo da experiência, ao passar pelas operações configurantes, acede à linguagem e ao caráter público e compartilhado do símbolo, porque tem como finalidade a comunicação com outrem.

Assim, podemos definir os conceitos de vivência e experiência de acordo com Gadamer (1997). Este conceitua o vivenciar como realidade, que se opõe a ação do pensar e se embasa na propriedade do que foi vivenciado, e a experiência como o mundo que, ao passar por suas diversas configurações, dá consentimento à linguagem, à publicidade e ao compartilhamento desta.

Assim, para compreendermos o movimento de Humanização do Parto e Nascimento, torna-se necessário entender as experiências vividas dos profissionais de saúde envolvidos no processo em detrimento da aplicabilidade e do alcance dos objetivos pré-estabelecidos no município de Fortaleza - CE.

4 REFERENCIAIS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Para efeito do estudo em questão, teremos como referência as concepções pertinentes às narrativas que representam um desafio para o pesquisador que a utiliza como objeto de conhecimento. Esse desafio ocorre na sua interpretação, pois nesta deverá ser elucidado seus significados potenciais e o processo de produção de significados de tais narrativas. (SILVA; TRENTINI, 2002).

De acordo com Costa e Gualda (2010), narrativa, como habilidade humana, revela a relação entre o indivíduo e a cultura, contribuindo para o desenvolvimento ou para a manutenção de atitudes e valores em contextos específicos e, por conseguinte, de significados.

O uso das narrativas na medicina e nas práticas terapêuticas data do fim do século XIX, nos escritos de Freud, nos quais a narração das experiências do processo psicoterapêutico fornecia a oportunidade para pacientes e terapeutas desenvolverem versões alternativas das histórias e criarem compreensões novas quando revisitam, do passado, uma opinião própria ou de outrem, bem como novos trajetos para o futuro (COSTA; GUALDA, 2010).

Porém, para Costa e Gualda (2010), as narrativas não se caracterizam somente como relatos de experiência; elas favorecem a experiência compartilhada e a organização do comportamento, reportando-se ao tempo e ao espaço essenciais à compreensão das experiências e sempre enfatizando a relação entre os sujeitos e a pluralidade dos acontecimentos.

A narrativa é a forma fundamental para se entender a vida em seu fluxo temporal, evocar imagens sensoriais e entrelaçar cenas e símbolos, mesmo quando contraditórios. Oferece, assim, explanações contraditórias da mesma história; afinal, as pessoas, ao (re)construírem suas narrativas, o fazem a partir de um contexto cultural amplo e de modelos compartilhados (COSTA; GUALDA, 2010).

Nesse contexto, se faz necessário utilizarmos também como referência os conceitos de compreensão, vivência e diálogo (GADAMER, 1997; CAPRARA, 2003), levando em

consideração a contextualização do movimento de Humanização do Parto e Nascimento em Fortaleza e as variadas experiências e relatos dos profissionais de saúde frente a esse movimento.

Serão adicionados também os conceitos de cultura e humanização (GEERTZ, 1989; AYRES 2005) com a perspectiva de compreender as raízes históricas, pioneirismos, e os entraves dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações concernentes a essa prática.

Deve-se atentar para a significação do parto natural para as diversas culturas, pois, de acordo com a importância que estas atribuem aos acontecimentos, os processos fisiológicos podem ser modificados e estarem fadados ao esquecimento, o que pode “desumanizar” o contexto real do processo do parto e nascimento.

A exemplo das “piscadelas burlescas” de Geertz (1989), o que se deve perguntar sobre cultura não é o seu *status* ontológico e sim qual a sua importância, o que está sendo transmitido com a sua ocorrência e através da sua agência, seja ela um ridículo ou um desafio, uma ironia ou uma zanga, um deboche ou um orgulho.

Dessa forma, a cultura é composta de estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos de indivíduos guiam seu comportamento (GEERTZ, 1989).

De acordo com Romeu (2011), é através da narrativa que podemos aprender sobre a experiência das pessoas, sobre o que lhe aconteceu ou sobre o que aconteceu ao seu redor. É um espaço onde há possibilidade de articulação entre representações culturais e experiências.

Inspirada nas premissas filosóficas da fenomenologia, da hermenêutica e do existencialismo, a análise de narrativas na pesquisa qualitativa em saúde vem sendo desenvolvida nos últimos anos (CAPRARA; VERAS, 2004).

É necessário, portanto, revisitar os regimes de verdade que regem os saberes envolvidos nas práticas de saúde. Revisita esta que deve ser realizada ao modo de uma reflexão filosófica e no campo concreto das práticas de saúde, construindo pesquisas empíricas, análises sociológicas, antropológicas, psicossociais e recuperações históricas (AYRES, 2005).

É preciso, por outro lado, resistir ao encolhimento do espaço de experiência. Para tanto, é preciso lutar contra a tendência de só considerar o passado sob o ângulo do acabado, do imutável, do findo. É preciso reabrir o passado, reavivar nele potencialidades irrealizadas, impedidas, massacradas até. (RICOEUR, 2010 p.368).

Diante desse contexto, torna-se necessário um amplo conjunto de investigações que compreendam o que está sendo indesejavelmente “negado” na atual configuração da atenção à saúde e ajudem a reconstruí-la na direção dos valores da humanização. E é uma dupla tarefa hermenêutica. De um lado a necessidade de compreensão dos discursos tecnocientíficos hoje operantes na saúde; fazer sua hermenêutica para identificar onde e como propiciam ou obstaculizam a humanização. De outro lado, é preciso construir saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento e de tecnologias reclamadas pela expansão de horizontes normativos propostos com a humanização (AYRES, 2005).

O termo hermenêutica, na filosofia grega, expressa a arte de interpretar, de modo que com o passar do tempo, esta adquiriu um significado mais amplo, indicando no âmbito filosófico, diversas formas de teoria da interpretação. Os filósofos que pertencem a esta linha de pensamento se ocupam da existência humana, não do ponto de vista da observação, mas da reflexão filosófica (CAPRARA; VERAS, 2004).

Nas ciências hermenêuticas, ou ciências do espírito, os juízos são validados pelo acordo logrado entre os sujeitos acerca da inteligibilidade e sentido de proposições que tem como origem e aplicação seu auto entendimento como sujeitos. Implicam significado e interpretação, configuram um saber compreensivo, orientado pelas relações parte-todo e motivado por interesses práticos (AYRES, 2005).

Corroborando com tal afirmação, Price (2004) diz que somente reconstruir um antigo mundo, não importa com que maestria, não seria qualificação suficiente. O esforço deve ser animado por uma constante atenção ao significado procurando desembaraçar a significação da experiência e das ações para os atores.

Nessa perspectiva, o homem é considerado não somente como organismo biológico, mas sujeito que reflete e vivencia experiências (CAPRARA, 2003).

Desse modo, acrescentamos o conceito de vivenciar de Gadamer (1997), que trata não daquilo que se pensa saber, mas para o qual se necessita da vivência própria, quer a tenhamos recebido de outros, ou venha do ouvir falar, quer o tenhamos deduzido, intuído. O vivenciado (*das Erlebte*) é sempre o que nós vivenciamos (*das Selbsterlebte*).

A narrativa, por sua vez, deve ser considerada como o caminho mais coerente para a descoberta das realidades culturais. Todavia, ela chama atenção para a qualidade dos diálogos e compreensão das comunicações (COSTA; GUALDA, 2010)

Na condição narrativa, há um laço inseparável entre a experiência vivida e sua (re)elaboração, enquanto abertura para revivificar e ao mesmo tempo recriar aquilo que foi vivido. Desse modo, torna-se indispensável recorrer ao ensaio de Paul Ricoeur intitulado *Tempo e Narrativa* (1994-1997), no qual o autor percorre as aporias da experiência do tempo para chamar atenção sobre o caráter temporal da experiência humana. Tal percurso é especulado entre concepções paradoxais. Ricoeur situa a origem da narrativa na *Poética* de Aristóteles e nas aporias do ser e não ser do tempo de Santo Agostinho. Para ele, a narrativa seria uma mediação entre a experiência viva e o discurso daquilo que foi vivenciado.

Ricoeur (1994) pontua as noções de *mimese* como imitação ou representação da ação e de *intriga* enquanto agenciamento dos fatos como estrutura de sua definição de narrativa. Assim, o autor entende a atividade mimética como ato criativo, em que o ficcional é abertura à significação.

Na trama da existência narrada, o que voga é a tensão entre forças organizadoras da ordem e da concordância e as forças da discordância, do caos, da surpresa do inesperado e arbitrário do destino. Desse modo, é exatamente através do papel articulador da tessitura da intriga (*muthos*) que se compreenderá a mediação entre tempo e narrativa. Para Ricoeur (1994), a colocação em perspectiva dessa dinâmica se constitui a chave do problema da relação entre tempo e narrativa, de modo que o autor construirá seu conceito de narrativa enquanto articulação temporal da ação.

A narrativa se caracteriza como tradição de contar acontecimentos em sequência, sua composição inclui começo, meio e fim e sua estrutura é composta de cinco elementos essenciais: enredo (conjunto de fatos); personagens (quem desempenha a ação); o tempo (época em que se passa a história e sua duração); o espaço (local) e o ambiente (carrega características socioeconômicas, morais e psicológicas onde vivem os personagens).

Para Ricoeur, a narrativa ligaria a explicação à compreensão e superaria a distância entre compreender e explicar. Existe entre a atividade de narrar uma história e o caráter temporal da experiência humana uma correlação que não é puramente acidental, mas apresenta uma forma de necessidade transcultural. Desse modo, o tempo torna-se humano na

medida em que é articulado de um modo narrativo e a narrativa atinge seu pleno significado quando se torna uma condição da existência temporal (RICOEUR, 1994).

Ricoeur (2010) chama atenção para o fato de que somos *afetados* pela história e que afetamos a nós mesmos pela história que fazemos.

O acontecimento completo não é apenas que alguém tome a palavra e dirija-se a um interlocutor, é também que ambicione levar a linguagem e partilhar com outro uma nova experiência. É essa experiência que, por sua vez, tem o mundo como horizonte. Referência e horizonte são correlativos como o são a forma e o fundo. Qualquer experiência possui ao mesmo tempo um contorno que a cerca e discerne e ergue-se sobre um horizonte externo e interno. Essa pressuposição muito geral implica que a linguagem não constitui um mundo ela própria. Ela não é sequer um mundo. Porque estamos no mundo e somos afetados por situações, tentamos nele nos orientar por meio da compreensão e temos algo a dizer, uma experiência a levar a linguagem e a partilhar (RICOEUR, 1994, p. 119).

Assim, torna-se deveras relevante citarmos no referido estudo o conceito de Ser-afetado-pelo-passado de Ricoeur (2010), que é o próprio propósito de “fazer história”, que pede o passo atrás do futuro para o passado: a humanidade só faz sua história em circunstâncias que ela não fez. Desse modo, a noção de circunstância, torna-se assim índice de uma relação inversa com a história: só somos os agentes da história, na medida em que somos seus pacientes, testemunhas por excelência de sua estruturação.

Desse modo, tento Ricoeur como Gadamer (RICOEUR, 1994; GADAMER, 1997) nos traz o pensamento que o que constitui um discurso, tornando possível uma situação de comunicação é a condição de um sujeito que leva à linguagem e compartilha com outrem uma experiência. Nesse contexto, enquanto ato narrativo, a comunicação pode ser entendida como correlato da compreensão hermenêutica, com todos os seus atributos.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo caracterizado pela busca da compreensão intrínseca de seu objeto de análise, priorizando um amplo universo de valores, percepções, hábitos e atitudes dos sujeitos (MINAYO, 2006). O estudo visa compor a narrativa acerca do movimento de Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza-Ce.

A narrativa se caracteriza por uma forma linguística em que se apresenta uma sequência finita e longitudinal de tempo, pressupondo a existência de um narrador e de um ouvinte, perpassando assim por visões de mundo presentes na forma como as histórias são contadas (GOMES, 2011).

Foram utilizadas as narrativas de vivências, as quais são amplas e incluem histórias e episódios que, geralmente, são colocados em uma sequência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo. O indivíduo, ao mesmo tempo em que expõe um acontecimento longo, traz outros fatos, episódios, comentários relacionados, enriquecendo a história. (SILVA; TRENTINE, 2002).

Ao narrar um acontecimento, o indivíduo reorganiza sua experiência, de modo que ela tenha ordem coerente e significativa, dando um sentido ao evento (SILVA & TRENTINI, 2002).

Desse modo, é necessário dar importância à narração dos acontecimentos de forma estruturada, para que desse modo haja coerência na história contada. Se considerarmos os acontecimentos isolados, eles nos serão apresentados como simples proposições que descrevem acontecimentos independentes. Mas se eles estão estruturados em uma história, as maneiras como eles são contados permitem a operação de produção de sentido do enredo. É ele que dá coerência e sentido à narrativa, bem como fornece o contexto em que nós

entendemos cada um dos acontecimentos, atores, descrições, objetivos, moralidade e relações que geralmente constituem a história (BAUER & GASKELL, 2002).

5.2 Período e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2013. A pesquisa de campo ocorreu por meio de entrevistas narrativas abertas contendo questões provocadoras. Essa técnica de questões na entrevista constitui-se de abordagens que levem a pessoa a contar como aconteceu determinado fato, ou narrar sua vivência, ou, ainda, histórias que ouviu ou de que participou (SILVA; TRENTINI, 2002).

A entrevista narrativa tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. Sua ideia básica é reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível (BAUER; GASKELL (ED), 2002).

As questões provocadoras (APENDICE A), abordagem do início e implementação do movimento de Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza, envolvimento profissional e atuação no movimento, trajetória e significados do mesmo para os participantes e para o município e seus reflexos na atualidade.

Dessa forma, ao se contar uma história, o esquema desta estrutura um processo semiautônomo, ativado por uma situação pré-determinada. A narração é então eliciada na base de provocações específicas e, uma vez que o informante tenha começado, o contar histórias irá sustentar fluxo da narração, fundamentando em regras tácitas subjacentes (BAUER & GASKELL, 2002).

Contar histórias implica duas dimensões: a dimensão cronológica, referente à narrativa como uma sequência de episódios, e a não cronológica, que implica a construção de um todo a partir de sucessivos acontecimentos, ou a configuração de um “enredo”. O enredo é crucial para a constituição de uma estrutura de narrativa. É através do enredo que as unidades individuais (ou pequenas histórias dentro de uma história maior) adquirem sentido na narrativa. Por isso a narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo, como no sentido. (BAUER; GASKELL (ED) 2002, p.92).

Foi utilizado gravador para coleta e processamento dos dados, como forma de fidedignidade aos relatos dos entrevistados após autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento Pós-esclarecido (APENDICE B e C). Após a gravação, os relatos foram colocados à disposição dos

entrevistados para que os mesmos pudessem ouvir e, caso desejassem, acrescentarem ou modificarem questões concernentes aos seus relatos.

Ressalta-se ainda, que os relatos obtidos através das entrevistas, foram transcritos de forma fidedigna. Durante o percurso da pesquisa, a garantia do anonimato foi preservada, bem como a desistência de quaisquer participantes da pesquisa manteve-se livre e devidamente acatada se por bem os mesmos o decidissem.

Adicionalmente, foram realizadas visitas às instituições de saúde referência em Humanização do parto e Nascimento em busca de documentos, manuais, livros e outros textos concernentes ao movimento no município de Fortaleza, atendendo, portanto, à etapa de compreensão hermenêutica dos impressos sobre tal temática.

Quanto às observações, estas foram registradas em diário de campo, bem como disponibilizadas aos sujeitos participantes da pesquisa para aprovação, reprovação ou acréscimo de mudanças no texto. Tais registros foram utilizados como material de análise após a aprovação das pessoas envolvidas no referido estudo.

Para Gomes (2011), ao final da entrevista e com o gravador desligado, poderão acontecer discussões interessantes na forma de comentários informais que poderão ser importantes para a interpretação da narração no seu contexto.

5.3 Sujeitos da pesquisa

Como sujeitos da pesquisa, foram selecionados 10 profissionais médicos(as) e enfermeiras obstetras que atuam no movimento de humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza.

Foram adotados como critérios de inclusão todos os profissionais que atuaram e permanecem atuando no movimento de inserção da Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza e que se dispusessem a contribuir com a pesquisa. Desse modo, foram excluídos do presente estudo os profissionais que não mais participam do movimento.

Durante a coleta de dados, os participantes da pesquisa puderam discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. É importante salientar que este estudo visou construir a narrativa da Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza

na visão dos profissionais de saúde, focando o pioneirismo e as ações desempenhadas atualmente no município.

Buscou-se identificar os pontos de vista quanto ao pioneirismo do movimento, envolvimento e trajetória dos atores sociais e profissionais de saúde no processo de implementação da Humanização do Parto e Nascimento, bem como a atualidade do movimento.

Para a devida preservação do anonimato dos entrevistados, foram utilizadas iniciais inerentes a cada categoria: M para médicos e E para enfermeiros.

5.4 Organização, análise e interpretação dos dados

Esta etapa de análise de dados, de acordo com Minayo (2010), caracteriza-se como um processo hermenêutico em que se toma o material empírico como um conjunto, um *corpus*, a ser tecnicamente trabalhado. Esta fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo.

A etapa de análise de dados diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo (MINAYO, 2010).

O estudo foi constituído de duas etapas: I-Organização e análise de narrativas de vivências dos profissionais de saúde; II-Compreensão hermenêutica de textos acerca do processo de humanização do parto e nascimento no município de Fortaleza.

A hermenêutica tem sido utilizada como base filosófica para diferentes estudos qualitativos, realizados por enfermeiros, tendo em vista que o homem e as interações humanas são frequentemente objetos de estudo da enfermagem. Estudos de tal natureza remetem a processos interpretativos do investigador, a importância do contexto na compreensão de significados, bem como a compreensão da linguagem oral e escrita do outro (JESUS; PEIXOTO; CUNHA, 1998).

Desse modo, a partir da compreensão do universo familiar da Humanização do Parto e Nascimento, propiciamos o entrelace das narrativas dos atores sociais envolvidos e a compreensão hermenêutica de documentos, manuais e livros acerca desse movimento no

município. Para tanto, foram realizadas visitas às instituições de referência em Humanização do Parto e Nascimento em Fortaleza.

Segundo Gadamer (1997), pode-se dizer dos textos em geral que somente na sua compreensão se produz a transformação do rastro de sentido morto, em sentido vivo. Toda leitura compreensiva é sempre também uma forma de reprodução e interpretação.

Não há nada que seja ao mesmo tempo tão estranho e tão estimulante para a compreensão como a escrita. Nem sequer o encontro com pessoas de língua estrangeira pode ser comparada com essa estranheza e estranhamento, pois a linguagem dos gestos e do tom de voz contém em si um momento de compreensibilidade imediata (GADAMER, 1997 p. 261).

Estudo constituído de narrativas livres, sem interrupções, gravadas, atentando-se ao desfecho de cada uma delas (“coda”), transcritas, organizadas e analisadas a partir de três etapas, a saber:

1ª etapa: Leitura compreensiva do material selecionado, esta foi realizada antes e depois de se montarem as estruturas de análise. Através dela, o investigador se impregnou pelo conteúdo do material, para ter uma visão do conjunto e apreender as particularidades presentes na totalidade parcial; Tais leituras somente serão possíveis, caso o pesquisador tenha transcrito as narrativas de forma clara e concisa.

A *ordenação dos dados*, proposta por Minayo (2010), em síntese, é um mapeamento de todos os dados obtidos no campo, através da observação participante, das entrevistas e do diário de campo.

2ª etapa: Construção de inferências diante do desvelar de ideias que se encontram subentendidas em transcrições de relatos, registro de observação e outros materiais secundários. Para que esta etapa ocorra de fato, é necessário que as estruturas de análise (referentes à organização de dados) já tenham sido realizadas. Desse modo, torna-se crucial pensar para além das perguntas e respostas, em que não se impõe estruturas. De acordo com Bauer & Gaskell (2002), consegue-se uma versão menos imposta e mais “válida” da entrevista narrativa, através da mínima influência do entrevistador e da preparação de um ambiente adequado para a entrevista.

Deve-se ir além dos relatos e dos fatos descritos por meio da identificação de ideias implícitas no texto, bem como buscar sentidos amplos (socioculturais) atribuídos às ideias, através de informações de outros estudos acerca do assunto e referencial teórico da pesquisa.

Minayo (2002), considera que deve-se ter em mente que não é o campo que cria o chamado “dado”, uma vez que a informação que de lá emerge já traz em seu interior uma construção de indagações e respostas.

A fase de construção de inferências é chamada de *Classificação dos dados* por Minayo (2010), o que representa a fase de leitura repetida e exaustiva dos textos e destaque do que é relevante para a categorização, o que permite a transformação dos dados.

A atenção imergente do pesquisador sobre o material o ajudará pouco a pouco a construir categorias empíricas. Um passo futuro será confrontá-las com as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, e buscar as inter-relações e interconexões entre elas (MINAYO, 2010).

3ª etapa: Desvelamento de modelos subjacentes às ideias que consiste na interpretação propriamente dita através da reinterpretação; nessa fase, objetiva-se desvelar os conflitos relacionados ao próprio processo de interpretação, sintetizando dimensão teórica com os dados empíricos.

Segundo Minayo (2010), na *análise final*, como é por ela chamada esta fase, as etapas de ordenação e classificação demandaram uma profunda inflexão sobre o material empírico, que deve ser considerado o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Desse modo, esta fase se caracteriza pela articulação e interpretação dos dados com o referencial teórico, fundamentador da pesquisa, correlacionando assim, a teoria com a prática, objetivando assim responder ao objeto proposto.

É importante ressaltar que a confiabilidade de uma análise baseada na abordagem qualitativa ocorre a partir da avaliação que examina os dados crus e a análise; o processo de estudo (estratégias de desenho e procedimentos utilizados); o propósito e as expectativas do estudo e o desenvolvimento da pesquisa em geral (BAUER & GASKELL, 2002).

5.5 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sendo aprovado sob parecer nº 423/2011 (ANEXO I) e atende aos aspectos contidos na Resolução 196/96 do Código de Ética do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Dessa forma, será esclarecido aos participantes o objetivo do estudo de forma a torná-los cientes do sigilo conferido às suas

informações e identidades. A anuência dos participantes será respaldada pela assinatura de um termo de consentimento. Durante o desenvolvimento do estudo, serão respeitados os princípios concernentes à lei 196/96, a saber:

- **Princípio da Autonomia-** requer do profissional respeito à vontade, à crença e aos valores morais dos sujeitos da pesquisa, reconhecendo o domínio do pesquisado sobre sua própria vida e o respeito à sua intimidade;
- **Princípio da beneficência-** assegura-se o bem-estar das pessoas, evitando danos e garantindo que sejam atendidos seus interesses;
- **Princípio da não maleficência-** assegura que sejam evitados danos físicos aos sujeitos da pesquisa, tanto de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente;
- **Princípio da justiça-** exige equidade na distribuição de bens e benefícios em qualquer setor da ciência;
- **Princípio de proporcionalidade-** procura o equilíbrio entre os riscos e benefícios, visando ao menor mal e ao maior benefício às pessoas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Óbitos materno-fetais no Ceará

No município de Fortaleza, em meados dos anos 70 e 80, os óbitos maternos ocorriam de forma acentuada, pois as parturientes pariam, na grande maioria das vezes, em sítios, longe da cidade. Alguns desses partos eram complicados e sem assistência, bem como a dificuldade de transportar as parturientes para o hospital agravava sua situação que culminava em óbitos em muitos casos.

As mortes maternas são produzidas por causas obstétricas diretas ou indiretas. As diretas são resultantes de complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério, que decorrem de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma série de eventos que envolve quaisquer um desses fatores como: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), aborto, hemorragias, infecção puerperal e anormalidades da contratilidade uterina. Já as indiretas advêm de doenças preexistentes ou desenvolvidas durante a gravidez e que se agravaram devido aos efeitos fisiológicos da gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), morte materna “é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gestação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand em Fortaleza-Ce, referência no atendimento às parturientes, apresentava valores exorbitantes de óbitos materno-fetais na década de 70, cerca de 360 óbitos por ano, destes, grande parte por causas obstétricas diretas. Como podemos perceber nos relatos abaixo:

A gente via muitos óbitos maternos e óbito fetal, então, aqui na Maternidade Escola tinha uma capela, aí todo dia que a gente descia, tinha uma paciente num velório [...] (M1).

Na época, via-se chegar muitas parturientes morrendo, mulheres de municípios próximos à Fortaleza, em regiões onde o acesso já era facilitado por estradas. O pessoal chegava morrendo não dava tempo aqui quase nunca acudir; como era que isso acontecia com mulheres morando aqui em Guaiúba, morando em Pacatuba, Trairi, um pouco mais longe, mas não levava mais do que duas horas pra chegar aqui e só chegava no final [...] (M2).

Os casos mais graves chegavam tarde à Maternidade Escola, impossibilitando qualquer tipo de atendimento para salvar a vida de mãe e filho, pois havia uma grande dificuldade em transportar essas pacientes do interior para a capital. Conseguir transportar a paciente para o hospital era mérito dos moradores e custava esforço e mobilização da cidade.

Silva e Trentini (2002) citam a importância de elucidar os significados potenciais e seu processo de produção no decorrer de uma narrativa. Nas falas acima, percebe-se a potencial inquietação e angústia dos profissionais acerca do motivo de tantos óbitos maternos ocorridos em regiões tão próximas à Fortaleza em meados dos anos 70, bem como a falta de uma estrutura que assistisse a essas parturientes e pudesse identificar um trabalho de parto de risco e otimizar o atendimento à parturiente no hospital de referência.

6.2 O trabalho de Galba de Araújo e as parteiras: criação das casas de parto

O ginecologista e obstetra, José Galba de Araújo, nasceu em Sobral- CE em 31 de maio de 1917, formou-se na Universidade Federal da Bahia e especializou-se em Michigan nos Estados Unidos. Foi o primeiro diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, desempenhando suas funções entre 1964 e 1985.

Destacou-se como docente, líder, homem da saúde pública e medicina social, batalhador incansável do estímulo ao parto humanizado, posição vertical no período expulsivo e encorajava o aleitamento materno e o alojamento conjunto. É tido como referência por sua determinação, força e personalidade por ter desenvolvido de forma eficaz o movimento de humanização do parto e nascimento em seu estado. Galba de Araújo seguia em frente e seu maior interesse era parar e analisar aquilo que já havia realizado (MS; SESA; JICA, 1998).

Conquistou destaque nacional e internacionalmente por utilizar recursos humanos regionais no atendimento às gestantes. Incentivava o treinamento de parteiras, buscando a melhoria da qualidade de assistência ao parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco (BRASIL, 1999).

Os exemplos de suas ações estão evidenciados em sua obra *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste* de 1987, em que se preocupa em conciliar tecnologias com os costumes e tradições regionais na assistência ao parto (BRASIL, 2010)

O pensamento de Galba de Araújo corrobora com o pensamento hermenêutico de Ayres (2005) que aponta a necessidade de compreender e identificar onde e como o tecnocientífico propicia ou obstaculiza a humanização. Dessa forma, é preciso construir saberes que respondam às novas necessidades de conhecimento de tecnologias reclamadas pela expansão de horizontes propostos por ela.

De acordo com M2, Galba de Araújo tinha muita afinidade com o campo e com a gente do campo, então era fácil para ele entrar nessas comunidades, onde ele conversava e percebia as necessidades das mesmas. O relato do profissional abaixo corrobora com o citado:

Ele tinha uma visão que eu acho até que antecipou o que a Reforma Sanitária trouxe, ele pedia que a gente fosse pra comunidades [...] (M3).

As ações de José Galba de Araújo, ao buscar nas comunidades características próprias de cada uma para o desenvolvimento de suas atividades, podem ser correlacionadas com as “piscadelas burlescas” de Geertz (1998), em que o mesmo cita a importância da cultura não como status de uma natureza inerente a cada ser, mas sim como o que se transmite em cada ocorrência.

De acordo com o Prof. Hugo Sabatino, esse processo de humanização tem que tolerar costumes. Temos que respeitar esses processos regionais, é fundamental e isso é humanização. Não querer impor nossa ciência, pois é verdade hoje, amanhã pode não ser tanta verdade (MS; SESA; JICA, 1998).

Galba de Araújo resgatou também a figura da parteira, que outrora havia sido desprezada e que depois se observou a necessidade do seu trabalho junto às parturientes. As mesmas eram hostilizadas pelos médicos em geral, quando elas traziam alguma complicação, eles diziam que elas eram culpadas por tal ocorrido (MS; SESA; JICA, 1998).

Dizia-se na época que as parteiras retinham as pacientes, eram invasivas, e ele foi atrás, queria saber [...] (M2)

A parteira leiga, a mulher aparadeira, essa foi prestigiada. Galba de Araújo dizia que o melhor era sempre trazê-las para perto e ensinar o que elas não devem fazer, assim seriam bem mais úteis (MS; SESA; JICA, 1998).

Ele notou que com as parteiras existiam artefatos, cópias autênticas de artefatos trazidos pelos nossos colonizadores, que elas utilizavam; percebeu que a parteira fazia o toque naturalmente, sem luvas, e não havia nenhum toque profundo, o momento de parir era identificado pelos puxos, pelo edema e dilatação da vulva. O Toque era realizado por meio da introdução do dedo indicador no canal vaginal e a “descida” do bebê era medida pelas falanges (1^a, 2^a e 3^a), constituindo-se desse modo como um procedimento não invasivo e humanizado para a época. Além disso, as parteiras penteavam os cabelos das parturientes, massageavam as costas (M2).

Tais artefatos utilizados pelas parteiras eram motivo de inquietação de Galba de Araújo em descobrir e observar sua utilização e também motivo de recompensa para os residentes participantes do seu projeto, como relata o Dr. Malbio Rolim:

Dr. Galba dizia que ganhava um prêmio quem descobrisse um artefato novo que as parteiras usavam; então saíamos procurando no interior e trazíamos para ele. Desse modo, fomos ajudando a encontrar esses instrumentos e aí formou-se o museu que está na Maternidade Escola (MS; SESA; JICA, 1998).

Embora vogasse uma tendência contrária no estado do Ceará, Galba de Araújo observou na zona rural a orientação quanto a posição vertical no momento do parto pelas parteiras da época (MS; SESA; JICA, 1998).

Nós não tínhamos mais índios, o nosso caboclo é o que mais impera na nossa rural, então ele observou que era possível parir. Ele também não sabia das endorfinas, mas ele sabia que não via mulher gritando como ele via dentro do hospital. Alguma coisa acontecia diferente. (M2).

Ele percebeu que elas tinham um conhecimento empírico fabuloso e não era invasivo, e porque então as pacientes chegavam tarde à maternidade? (M2).

Costa e Gualda (2010) enfatizam a narrativa como habilidade humana, na qual se revela a relação entre o indivíduo e sua cultura, contribuindo assim para o desenvolvimento ou a manutenção de atitudes e valores em contextos específicos e, por conseguinte, de significados.

Ele disse: “eu não quero que esse povo morra, então vou montar um sistema de atenção primária à nível local dando treinamento a essas parteiras para reconhecer os riscos, antes que eles ocorram. (M2).

Segundo M1, em relato na Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura, o professor Galba teve a ideia de criar um programa de apoio às parteiras que começou em 1975, no qual trabalhou-se realmente com as parteiras (MS; SESA; JICA, 1998).

Galba de Araújo fez o levantamento da mortalidade neonatal nas cidades do interior de maneira interessante. Pediu ao coveiro do cemitério que informasse a ele quantos “anjinhos” ele enterrava, dessa forma, tinha aproximadamente a ideia de quantas crianças tinham morrido, e pedia que lhe informasse quantas haviam morrido de parto, diarreia ou outras causas (MS; SESA; JICA, 1998).

Tal fato evidencia sua genialidade e forma prática com que se deu a inserção da Humanização do Parto e Nascimento no Ceará.

Segundo o Dr. Chagas Oliveira, Galba de Araújo fundou maternidade no interior, cujas paredes praticamente não existiam, tinham os alicerces. Ele chamava os maridos das mulheres para levantar as maternidades e ele mesmo ia orientar. Chamava os comerciantes das cidades e dizia: “eu preciso de tantas redes, porque se pedisse camas eles não iriam dar. Então, ele fez pequenas maternidades que muitos dos médicos que estão aqui iam lá, quando estudantes, verificar essas pacientes, orientar (MS; SESA; JICA, 1998).

De acordo com o Dr. Malbio Rolim, ginecologista e obstetra, Galba de Araújo teve a ideia de criar um programa de apoio às parteiras que começou um pouco abaixo de 1975, mas na verdade, foi de 1975 em diante que se iniciou o trabalho com as parteiras. Então, o Dr. Galba idealizou esse projeto, baseado no treinamento de parteiras leigas em atenção ao parto domiciliar e identificação de risco, e isso é que era problema, ensinar as parteiras como reconhecer aqueles riscos básicos (MS; SESA; JICA, 1998).

Os médicos residentes, alunos do professor Galba de Araújo da década de 70 e também profissionais de enfermagem, participaram ativamente desse processo, acatando sua vivência e experiência em humanização, como mostram os relatos abaixo:

O professor Galba pegou as pessoas jovens, residentes e conseguiu com esses residentes, passar a visão dele e fazer o projeto. Então fomos pra vida com as práticas médicas, tínhamos sido formados como todo mundo, mas podíamos estar suscetíveis, vulneráveis a uma visão nova, a uma nova prática naquele tempo. Então ele plantou todas as sementes e caiu em solo fértil, porque a partir daí a gente foi buscar caminhos [...] (M3).

Todos que foram residentes do Dr. Galba de Araújo, nós tivemos que participar do parto natural, ele valorizava muito. Ele foi o preconizador das casas de parto, todo mundo sabe disso, e também faziam com que as parteiras que viviam no meio da comunidade, sem condição nenhuma, tivessem como vir para a Maternidade Escola trazendo as pacientes (M1).

Aqui no município de Fortaleza, o pioneiro foi o professor Galba de Araújo, foi o primeiro a iniciar o parto natural e as casas de parto, onde os partos eram realizados pelas parteiras. Se existisse alguma intercorrência, algum parto que não desse certo, que não evoluísse, ele era levado pra Maternidade Escola, que era o centro (E1).

Os relatos acima, os quais mostram claramente a intensidade do pioneirismo de Galba de Araújo e incentivo à continuidade de seu projeto através das parteiras, médicos e enfermeiros, nos remetem à reflexão sobre o conceito de experiência e vivência de Gadamer (1997), no qual vivenciar caracteriza-se pela oposição a ação do pensar, se embasando portanto na propriedade daquilo que foi vivenciado e que, através do compartilhamento dessas práticas pela linguagem, e de acordo com as configurações do mundo em que estão inseridos os profissionais, evidencia-se o conhecimento e propagação das práticas, o que se caracteriza como a experiência de cada um.

Segundo relato do Dr. Malbio Rolim na Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização, o projeto de Galba de Araújo era sustentado por um tripé: o primeiro dos pés era o perfil das parteiras, o segundo era casas de parto gerenciadas pela comunidade e o terceiro utilização de tecnologias simples e artefatos para o parto (MS; SESA; JICA, 1998).

Segundo ele, as parteiras que se enquadravam no perfil esperado, eram leigas, analfabetas, com idade média em torno de 40 a 58 anos, grande múltipara e que era uma pessoa líder de comunidade e que nós íamos lá dar o treinamento no local onde elas moravam.

As casas de parto deveriam ser gerenciadas pela comunidade. Sempre a gente aproveitava os prédios já existentes, ninguém construía, apenas se fazia uma pequena adaptação, feita pela própria comunidade, as pessoas do local se reuniam, arranjavam recursos, faziam...

O professor Galba me deu como primeira tarefa coordenar um trabalho no campo, em torno de Fortaleza, num raio de 100km em vários municípios, pegando os distritos mais populosos, fazendo o que a gente chamou de casas de parto (São Luís do Curu, São Gonçalo, Aquiraz, Trairi, Cumbuco, Lagoa Redonda e Guaiúba) (M3).

Eu diria que as casas de parto eram uma cogestão informal, comunitária, se pedia ajuda a prefeitura e a Maternidade escola dava aquele suporte e assim o trabalho começava numa casa de parto e ia ganhando forma e corpo à medida em que se desenvolvia, e obviamente dependia da capacidade de organização da própria comunidade (M3).

Consta no Relatório de Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para maternidade segura à Luz da Humanização que o terceiro pé do projeto de Galba de Araújo

era o desenvolvimento de tecnologias, não somente o parto verticalizado, mas outros tipos de tecnologia simplificada em informação, tecnologia simplificada para reidratação oral e outras (MS; SESA; JICA, 1998).

Segundo o Dr. Malbio Rolim, como as parteiras eram analfabetas, elas não sabiam escrever, então nós tínhamos que ter a informação de quanto pesava aquela criança, qual o sexo, a que horas nasceu. Então havia uma coisa interessante: a hora. Elas passavam um risco e diziam se foi de manhã ou de noite. Não tinham balança, mas tinham uma pedra como referencial ou elas pesavam em balanças que nós demos depois. (MS; SESA; JICA, 1998)

Desse modo, foi conhecendo as raízes, as culturas originais e a essência das comunidades que Galba de Araújo obteve êxito em seu projeto e o estendeu aos residentes de medicina, seus alunos, valores que se sobrepõe aos processos tecnocientíficos inerentes à sua profissão.

Tais residentes obtiveram lições de sua experiência como residentes do professor Galba de Araújo, como relata o Dr. Malbio Rolim: (MS; SESA; JICA, 1998):

Percebemos que a assistência à gestante é um tema de alta sensibilidade e consegue mobilizar as comunidades na resolução de problemas de saúde. As parteiras leigas representam um recurso local muito apropriado para o atendimento à gestante e são consideradas lideranças locais. Era necessário que os profissionais, além de treinamento, fossem humildes e tivessem o linguajar aproximado ao da comunidade, e perceber que cada erro de uma parteira seria considerado motivo de lição e aula para ela.

O programa foi avançado, chegou até 1995, quando então houve uma certa parada por uma falta de institucionalização do mesmo. De início era um projeto que tinha começo, meio e fim, mas a gente pensava que ele pudesse ser continuado. Realmente, nós não tivemos apoio que deveríamos ter dos órgãos públicos, e por outros motivos também, a gente não continuou o projeto.

Com o tempo, as casas de parto implantadas nos municípios do projeto, foram se transformando em hospitais, o que de certo modo modernizou e “medicalizou” as ações de parto.

Esses municípios próximos começaram a se organizar. Hoje todas essas casas de parto estão localizadas em hospitais secundários, unidades básicas, houve uma evolução de trocar de lugar, aí o parto virou medicalizado (M1).

Tem muitas enfermeiras e médicos que estão engajados na humanização, mas nem tudo a gente pode dizer que é excelente, porque há profissionais que não se engajam de maneira nenhuma nesse movimento (E1).

Percebe-se a visão pioneira de José Galba de Araújo pela forma como resgata a história das comunidades e desenvolve suas atividades voltadas para a implantação do movimento de humanização do parto e nascimento, utilizando bases simples como treinamento de parteiras, criação das casas de parto e empoderamento das comunidades e utilizando tecnologias leves, porém resolutivas.

Foi organizado durante muito tempo por Galba de Araújo o Conclave Mundial: “Tecnologias Apropriadas ao Parto”, porém o mesmo não chegou a presenciar tal evento, falecendo em 05 de maio de 1985 no Município de Trairi, município eleito por ele como seu recanto de repouso e sede de um dos hospitais satélite de seu projeto (MEAC, 2002).

Após seu falecimento, percebeu-se que a busca da diversidade de culturas, a essência destas e o resgate de ações simples que permeiam a Humanização do Parto e Nascimento se perdeu, salvo em alguns movimentos e tentativas isoladas, o que nos remete a um debate antropológico sobre tal questão, como corrobora Ayres (2005), citando a importância de revisitar os regimes de verdades que regem os saberes nas ações de saúde.

Ricoeur (2010) corrobora com Ayres quando cita a necessidade de lutar contra uma tendência imposta que considera o passado como acabado, imutável, findo e a importância de abrir o passado, reavivar nele potencialidades irrealizadas, impedidas, massacradas até.

Abriu-se, portanto uma lacuna nas ações de humanização do parto e nascimento em Fortaleza, ficando o empenho e trabalho incansável de Galba de Araújo algo latente. Com sua morte, o projeto de humanizar o parto e nascimento mantém-se estático, não havendo continuidade.

Entretanto, o trabalho da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), com uma perspectiva de treinamento e capacitação de pessoal, resgatou as ações de humanização em Fortaleza, iniciando assim uma nova etapa na história de Humanização do Parto e Nascimento no município.

6.3 Intercâmbio Brasil - Japão: Projeto Luz e o resgate da humanização

De acordo com Ayres (2005), a humanização, aspira assim, uma ampliação de horizontes normativos capaz de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico. De modo que se torna possível aliar o científico à humanização na promoção da saúde das pessoas.

A chegada da JICA em Fortaleza abriu novos horizontes no tocante às ações de Humanização do Parto e Nascimento. Inspirados no projeto de Galba de Araújo, os organizadores fizeram adaptações aos materiais já existentes para esta prática e focaram no treinamento de pessoal para desempenho do que seria o recomeço da humanização do parto no município.

As ações do professor Galba foram o start da humanização, isso ganhou o mundo, isso levou ao japonês que eu conheci pessoalmente e que veio visitar o projeto, ele não conhecia, não tinha projeto ainda, mas tinha ideias semelhantes e veio ver o projeto do professor Galba (M2).

A Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) é uma organização governamental responsável pela implementação de programas e projetos de cooperação técnica com países em desenvolvimento. Projeto de transferência de tecnologia e intercâmbio.

De acordo com a Dra. Chizuru Misago, obstetra no Relatório de Conferência Nacional Sobre Organização dos Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização, esse projeto começou em abril de 1996 e de início não era exatamente focalizado nessa área de humanização do parto, mas percebemos que no Ceará a área de Saúde da Mulher precisava de maior apoio, inclusive na área do parto e nascimento (MS; SESA; JICA, 1998).

A mesma afirma que para a JICA o parto humanizado é um resgate dos valores culturais, e há uma tentativa de resgatar todos esses valores juntos. Costa e Gualda (2010) corroboram com o citado quando afirmam que a narrativa constitui-se de uma habilidade humana e revela a relação entre o indivíduo e sua cultura, o que contribui para o desenvolvimento ou para a manutenção de atitudes e valores inerentes a cada uma delas, em diferentes contextos e significados específicos.

O trabalho específico de resgate da humanização do parto e nascimento foi de notável importância em Fortaleza e constituiu-se como peça chave para o redescobrimto do ato de humanizar o processo do nascimento.

Os profissionais entrevistados corroboram com o citado acima, como mostram os relatos:

Eu acho que ela fez o resgate da humanização, ela veio realmente despertar os profissionais para a importância do movimento do parto, o respeito à mulher, ao processo do nascimento, a questão de humanizar, melhorando sempre a qualidade da assistência (E2).

O papel da JICA foi muito fundamental, porque ela veio com uma perspectiva de treinamento, isso é importante, ela financiou equipamentos necessários para a humanização, a JICA foi o segundo impulso, o primeiro foi o Dr. Galba de Araújo (M1).

Com o projeto JICA, que foi a terceira ou quarta cooperação internacional, a gente conseguiu dar esse foco melhor à questão do parto e desencadear um trabalho específico, um projeto especificamente voltado para isso (M3).

De acordo com a Dra. Chizuru Misago, o Ministério da Saúde foi a instituição executora do projeto, mas designou a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) como instituição a executar o projeto, com o objetivo de construir um modelo para o Nordeste e depois para todo o Brasil (MS; SESA; JICA, 1998).

Durante os anos de 2002 a 2007, a JICA promoveu a capacitação a vários profissionais no Japão, posteriormente foram realizados seminários, workshops em vários estados brasileiros, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Tais atividades contribuíram significativamente com a iniciativa brasileira na luta pela redução da mortalidade materna e infantil e redução das altas taxas de cesarianas (TEMPUS ACTUS SAÚDE COLETIVA, 2010).

A gente iniciou com os treinamentos, as sensibilizações na equipe de enfermagem, envolvia também médicos, neonatologistas. Aqui no Gonzaguinha, tinha aquela turma grande que se formava e ia fazer as oficinas de sensibilização. Ficávamos também em Aracati três dias de treinamento, no total foram cem horas e fomos trazendo pra cá aos poucos... (E2).

Os cursos eram pautados na Assistência ao Parto Humanizado nas Casas de Parto do Japão e ocorreram entre 2003 e 2007. Os profissionais selecionados ficaram no Japão por três meses e tiveram aulas teóricas, práticas e visitas técnicas em várias instituições, onde vivenciaram como os japoneses assistiam ao parto (PROGIANTI; PORFÍRIO; PEREIRA, 2013).

Dessa forma, se faz importante o uso das narrativas, pois a partir da vivência de alguns dos profissionais se pode compreender suas experiências e a importância coletiva que estas trazem.

Costa e Gualda (2010) corroboram com o citado acima quando mencionam que as narrativas não se caracterizam somente como relatos de experiência; elas favorecem as mesmas compartilhadas e à organização do comportamento, reportando-se ao tempo e

espaços essenciais à compreensão das experiências, enfatizando sempre a relação entre os sujeitos e a pluralidade dos acontecimentos.

Segundo Chizuru Misago, esse foi um projeto de troca de experiência, portanto havia seis profissionais japoneses permanentes no Ceará: um médico pediatra, chefe da equipe, um educador em saúde, uma enfermeira obstétrica, uma socióloga, um coordenador administrativo e uma epidemiologista.

Tal projeto teve como foco duas estratégias de trabalho, desde seu início, em 1996: montar um plano de saúde reprodutiva integral, melhorando os serviços de parto e nascimento, tendo como primeiros municípios de escolha Aracati, Fortim, Itaiçaba, Icapuí e Beberibe e trabalhar com instituições de referência do estado do Ceará: Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Geral César Cals, Hospital Gonzaguinha de Messejana e Hospital Albert Sabin (MS; SESA; JICA, 1998).

Em dois anos de projeto, foi estabelecida uma área piloto de intervenção, foi feito um diagnóstico situacional do parto e nascimento, através do método RAP (Rapid Assessment Procedure) que significa procedimento de avaliação rápida, de abordagem qualitativa para avaliar a situação do parto e nascimento. De modo que uma das áreas mais importantes das atividades de intervenção foi o treinamento, o que de fato alavancou as ações nesse sentido, como pode ser visto nos relatos seguintes:

Todas as enfermeiras da Maternidade Escola foram treinadas e tiveram a oportunidade inclusive de ir para o Japão, o objetivo, o impacto total foi o treinamento, a gente brigou pela qualidade do serviço (M1).

Em 1998, a JICA veio para a MEAC, a gente iniciou os treinamentos sobre boas práticas no decorrer do parto, as oficinas de sensibilização que envolvia médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e neonatologistas (E2).

A JICA nos proporcionou conhecer outro tipo de parto, no Japão, nós fomos ver o que tinha lá e trouxemos pra cá (E1).

Eles desenvolveram cursos e aqui para o Gonzaguinha de Messejana a aceitação foi bem mais fácil, temos uma cultura diferente aqui (E3).

Segundo Chizuru Misago, outro treinamento importante foi o treinamento local, porque em muitos hospitais, inclusive no interior do Ceará, quem estava trabalhando em sala de parto eram auxiliares de enfermagem sob supervisão do médico ou da enfermeira. Então, quem ficava mais perto da mulher era a auxiliar de enfermagem ou assistente. Então um dos

treinamentos mais importantes era capacitar esse pessoal para que pudessem dar uma melhor assistência a essas mulheres (MS; SESA; JICA, 1998).

Além dos treinamentos, trabalhou-se com a infraestrutura da sala de parto, o que não era o objetivo inicial do projeto, mas ao iniciar os trabalhos em 1996, muitos hospitais questionaram como seria a infraestrutura de um serviço obstétrico mais humanizado. Foi realizado um seminário com arquitetos do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde e também arquitetos hospitalares japoneses para pensar qual seria a melhor infraestrutura para parto normal. Surgiu então a ideia da sala PPP que nos Estados Unidos chama-se sala de LDR (labor, delivery and recovery), que significa pré-parto, parto e pós-parto juntos (MS; SESA; JICA, 1998).

Quando a proposta da sala PPP foi feita, ficou clara a necessidade de uma ideia nova para a cama de parto, pois na sala de PPP, a mesa de parto deve ser uma cama durante o pré-parto e na hora do parto transformar-se numa mesa obstétrica.

A proximidade com o Ministério da Saúde com a JICA, fez com que a interlocução ficasse mais fácil. A JICA ajudou a promover o trabalho e este foi transportado pra nação... (M3).

E muitas atividades foram desenvolvidas com o intuito e reviver as noções e práticas que norteiam a Humanização do Parto e Nascimento, um deles foi chamado de “Projeto Luz”, nome dado na época pela coordenadora do Programa Viva Mulher Dra. Dirlene Mafalda, pois esta afirmou que o parto é o momento da luz e eles iriam tentar trabalhar para procurar a luz dentro de si próprios. E assim se iniciou o projeto (MS; SESA; JICA, 1998).

O “Projeto Luz”, veio alavancar as ações de Humanização do Parto e Nascimento e, através dele, foi criado o Manual do Parto Humanizado, objetivando a visão do parto como um momento de alegria, tratar as mães com delicadeza, segurança e conforto e tornar o parto normal uma prática comum. Pode-se perceber sua importância através do relato:

Mas o movimento propriamente dito, o “boom” no mundo inteiro, resgatando todas as origens, essas coisas naturais, foi quando a JICA entrou aqui com o “Projeto Luz”, aí com ele se iniciou essa caminhada em busca de resgatar tudo o que já havia acontecido, mas tentar colocar de uma maneira diferenciada (E1).

A JICA, através desse projeto, desencadeou uma série de ações pertinentes à divulgação dos princípios e técnicas que norteiam o parto humanizado. Tendo como colaboradores Dr. Francisco Manuelito Lima de Almeida, na época diretor da Maternidade Escola Assis

Chateaubriand e a enfermeira obstétrica Isolda Pereira da Silveira, a publicação traz um resumo de muito do que foi transmitido e aprendido.

O Manual do Parto Humanizado tem linguagem simples e é fartamente ilustrado. Sua intenção é democratizar ao máximo as ideias nele contidas. Trata-se de um material precioso na orientação dos que compreendem a importância do parto humanizado. O documento traz recomendações para a Humanização do Parto, como um parto pode transcorrer de forma feliz e posições para o trabalho e parto. (PROJETO LUZ; JICA, 2000).

Outra questão trabalhada foi a Casa da Gestante para pacientes que moram muito longe do hospital e para permitir que as mesmas passem o tempo antes do parto em ambiente familiar (MS; SESA; JICA, 1998).

Segundo Chizuru Misago, a JICA não trouxe algo novo do Japão e sim quis buscar um novo caminho para melhorar os serviços obstétricos em termos de sexualidade e saúde reprodutiva (MS; SESA; JICA, 1998).

A gente brigou pela qualidade do serviço. Outra coisa que facilitava é que eles financiavam tudo, se quebrava um equipamento, eles repunham imediatamente o equipamento, o que foi um problema, eu acho... (M1).

O Estado e o município não tiveram participação ativa no desenvolvimento dos projetos, criando assim uma lacuna nas ações de Humanização do Parto e Nascimento, como relata o profissional abaixo:

O Estado e o município ficaram afastados, deixaram a JICA sozinha e quando acabou o projeto da JICA, acabou tudo. Não houve participação nem do município, nem do Estado. E eles não podem trabalhar com contrapartida, ele implanta, mas aí o município e o Estado não continuam. (M1)

Percebe-se acima uma concepção paradoxal ao se tratar do desenvolvimento dos projetos da JICA e da lacuna entre esta, Estado e município. Em seu ensaio *Tempo e Narrativa* (1994-1997), Paul Ricoeur trata da experiência do tempo e chama atenção para o caráter temporal da experiência humana, para ele a narrativa é uma mediação da experiência viva e o discurso daquilo que foi vivenciado.

Dessa forma, o esforço da JICA para resgatar as ações de Humanização do Parto e Nascimento contrasta-se com o déficit de continuidade do projeto por parte dos governantes, caracterizando-se como um paradoxo das ações: boas experiências e resultados satisfatórios, porém falta de interação entre governo, estado e agência.

6.4 Atualidade do movimento de humanização do parto e nascimento em Fortaleza

O Ministério da Saúde tem como meta prioritária humanizar o atendimento dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que a recepção inadequada de gestantes em trabalho de parto, bem como não permitir um acompanhante durante o nascimento e restringir visitas torna o parto extremamente angustiante e solitário (BRASIL, 1999).

Para tentar minimizar as angústias, são desenvolvidos alguns projetos de Humanização do Parto e Nascimento no município, tais como o projeto guarda-chuva “Parto que te quero perto” o qual um dos braços é o projeto “Pai no Parto”, desenvolvido no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (Gonzaguinha) e consiste na realização de encontros com casais “grávidos” e acompanhantes (HDGMM, 2011).

O projeto pai no parto é uma maneira de incentivar os familiares e acompanhantes no parto. Aqui o pai não é considerado visita, ele entra no horário que desejar, só se ele realmente não quiser, mas todos os profissionais médicos e enfermeiros, sabem do projeto, aceitam e são incentivadores do mesmo. (E3).

Desse modo, as gestantes, seus familiares e acompanhantes vivenciam com mais facilidade o processo do nascimento, de forma mais humanizada. O conceito de vivenciar de Gadamer (1997), nos traz a noção de que vivenciar não se relaciona com o aquilo que se pensa saber, mas sim com aquilo que necessita de vivência própria.

Temos o “Projeto Nascer” aqui na Maternidade Escola, que é do Ministério da Saúde, impulsionado pela “Rede Cegonha”, que aí realmente volta tudo, que é isso que eu gostaria de dizer, eles estão voltando, mas não dizem que estão voltando, dizem que estão iniciando (M1)

Percebe-se no relato acima a preocupação em manter a história, a luta pela continuidade e algum desinteresse dos órgãos de saúde quanto ao passado. Isso traz como consequência, segundo Ricoeur (2010), um encolhimento do espaço da experiência, de modo que é necessário que haja uma resistência a tal encolhimento por meio de uma luta contra uma tendência que só considera o passado sob o ângulo do acabado, imutável e findo.

Atualmente, a Humanização do Parto e Nascimento é estimulada e na medida do possível alavancada pelos profissionais engajados no movimento nos serviços de referência de Fortaleza, como mostra o relato abaixo:

Agora já melhorou mais, porque a gente já participa do processo como um todo, acompanha o trabalho de parto, o parto e pós-parto. Ainda existe resistência? Existe, mas aconteceram muitas mudanças, a gente faz o parto com muito mais propriedade. (E3)

Ao mesmo tempo em que há uma luta pela continuidade do movimento de Humanização do Parto e Nascimento, percebe-se a falta de interação entre os serviços de saúde referência no município, como podemos ver no relato abaixo:

A Maternidade Escola não faz parte do projeto guarda-chuva, esse projeto é só daqui, são instituições independentes, lá eles são uma coisa e aqui somos outra, tanto é que temos os nossos indicadores e eles têm os deles. Eles têm as dificuldades deles e nós as nossas e difere nisso, cada um com as suas dificuldades. (E3)

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, estão presentes as Doulas, mulheres que acompanham todo o trabalho de parto e nascimento. Essas mulheres trabalham como voluntárias acompanhando a parturiente durante todo o processo, ficando ao lado delas e dando todo suporte físico e emocional no decorrer do nascimento.

Dia dezoito de dezembro de 2011, dia de Nossa Senhora do Bom Parto, foi comemorado no estado de São Paulo o Dia da Doula, é uma forma de festejar e divulgar um papel tão antigo e importante na vida de gestantes e parturientes, mas ao mesmo tempo ainda pouco conhecido e reconhecido (ISHTAR, 2011).

A palavra Doula significa “aquela que serve”, essa designação é atribuída ao papel da mulher que dá suporte emocional no momento do trabalho de parto, papel este desempenhado na antiguidade por mulheres com experiência, mulheres da própria comunidade que apoiavam a mulher no trabalho de parto e no pós-parto.

Com a medicalização do parto esse papel foi perdendo aos poucos a força e o espaço, porém com a retomada das ações de Humanização do Parto e Nascimento, a doula tem retomado seu devido lugar e papel na equipe, tão importante para as mulheres e resgatando assim as raízes da assistência ao parto.

Para Ricoeur (2010), somos afetados pelo passado, o que é o próprio propósito de “fazer história” e só somos os agentes da história na medida em que somos agentes da mesma, na medida em que somos seus pacientes, testemunhas por excelência de sua estruturação. Desse modo podemos entender as circunstâncias dos acontecimentos.

Estima-se que no Brasil, haja cerca de 3.000 doulas capacitadas, sendo que apenas 10 a 20% são atuantes, seja como voluntárias ou autônomas (ISHTAR, 2011).

As doulas têm papel fundamental no decorrer do trabalho de parto, apoiando a parturiente, orientando e fazendo planos de parto, suporte físico, massagens, orientação de posições durante o parto e acompanhamento nos primeiros dias de pós-parto, fazendo da mulher protagonista no processo de parturição.

Com o resgate da Humanização do Parto e Nascimento, as mulheres estão compreendendo aos poucos que são e devem ser protagonistas de seu processo de parturição e aos poucos negando as “violências obstétricas”. Para isso, algumas manifestações são realizadas por elas para chamar a atenção quanto aos seus direitos de mulher e mãe e necessidade de humanizar o processo de nascimento.

Um grupo de mulheres exibindo a barriga de gestante realizou do dia 5 de agosto de 2013 uma marcha pela humanização do parto que incluía defesa do direito de dar à luz em casa. As manifestações aconteceram em São Paulo- SP, Recife-PE, Fortaleza-Ce, João Pessoa- PB, Salvador-BA, Florianópolis-SC, Ribeirão Preto-SP, Araraquara-SP e Londrina-PR (FOLHA DE SÃO PAULO, 2012).

Tal manifestação teve como objetivo chamar a atenção da sociedade para o atual modelo obstétrico no país que elas classificam como violento como: uso de medicações para acelerar o parto, episiotomia desnecessária e a realização de cesariana sem indicação médica. A marcha é uma reação à edição pelo CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) de duas resoluções que passaram a considerar infrações éticas a participação de parteiras e doulas nos partos realizados em hospitais. Publicadas em 19 de julho de 2012, as resoluções foram suspensas por decisão da justiça que atendeu ao pedido do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) (FOLHA DE SÃO PAULO, 2012).

O movimento de Humanização do Parto e Nascimento teve algumas peculiaridades, dentre elas: o retorno do parto natural, mudança de uma realidade através da contribuição do coletivo, o respeito à mulher e seu protagonismo no parto, mudanças de comportamento e adequação à cultura das pessoas, porém ainda há muito o que se trabalhar pela permanência do movimento, engajamento e compromisso dos profissionais nessa causa, o que se evidencia nos relatos:

O conhecimento da cultura, a mudança de comportamento e o acolhimento são peculiares para que esse movimento possa dar certo. (E1)

Não é cem por cento, como deveria ser; até hoje a gente luta para que seja, para que os profissionais tenham consciência de todo o processo [...] (E3)

O contato com o parto mais natural, a humanização e valorização da mulher, principalmente através das doulas, da assistência completa da equipe médica e de enfermagem. (M1)

O respeito à mulher e seu protagonismo no parto. (E2)

Foi uma compreensão madura de que uma realidade não muda por decreto ou dever e sim por construção coletiva, e que a gente precisa entender o outro, todos como semelhantes e tentar fazer com e para ele. (M3)

Percebe-se que há um movimento nacional, ainda que incipiente, que busca resgatar ações humanizadas no parto. Entretanto, notou-se que a falta de articulação entre os serviços de referência em Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza, por vezes fragiliza o movimento local. Dever-se-ia partir do princípio de que a união dos municípios poderia ser a “ponte” para o fortalecimento das ações de humanização no município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização de tal estudo, percebemos quão importante é o resgate da história e memória de uma sociedade, cultura e hábitos, pois uma sociedade sem raízes não terá futuro.

É evidente na pesquisa que o movimento teve seu start com a iniciativa de Galba de Araújo, angariando força de trabalho, incentivando e realizando treinamentos de parteiras leigas no interior, porém houve uma fragmentação desse movimento com seu falecimento seguido da medicalização do parto, o que nos faz refletir sobre a “perda da batalha”, o aumento exorbitante do número de cesarianas.

O movimento de Humanização do Parto e Nascimento foi retomado pela JICA, com suas ações de treinamento e capacitação de profissionais, visão precoce de Galba de Araújo na década de setenta. Houve a adequação de materiais, influenciada pelo projeto de Galba, bons resultados no decorrer no projeto, porém a falta de apoio de estado e município quanto à continuidade do movimento o fragilizou novamente.

Percebemos que há um desconhecimento sobre a vida e a história de José Galba de Araújo por parte dos profissionais que atuam no movimento até hoje, o que nos inquieta e nos traz indagações de como se pode prosseguir a luta pela permanência da Humanização do Parto e Nascimento se suas raízes encontram-se obscuras para os profissionais.

Concluimos que, se não há resgate, a memória é perdida e que pouco valerão investimentos de governo federal, estado, município e organizações internacionais se não houver continuidade pautada nas raízes de um processo e em tudo o que estas podem contribuir para o progresso do mesmo.

Desse modo, a árvore foi plantada, as sementes lançadas em solo fértil por Galba de Araújo, porém os frutos ainda são escassos, nos deixando cada dia mais próximos de uma obstetrícia hospitalizada, a-histórica, que não leva em consideração o contexto cultural e subjetivo do parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.L.; PAZ, L.P.A.; MOREIRA, T.M.M. Hermenêutica e Saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 200-207, 2012.

ARAÚJO, J.L.; PAZ, E.P.A.; MOREIRA, T.M.M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 560-566, 2010.

AZEVEDO, D.V.A.; ARAÚJO, A.C.P.F.; COSTA, I.C.C.; JUNIOR, A.M. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. **Rev. Salud Publica**, v. 11, n. 3, p. 347-358, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. 2ed. São Paulo: Ground, 1993.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.) **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Vol. 43/nº 1, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.196. **Diretrizes e normas técnicas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada á saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, R.T.O.; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

CANASSA, N.S.A.; BORENSTEIN, M.S.; BRUGGEMANN, O.M.; GREGÓRIO, V.R.P. O saber/fazer das parteiras na maternidade Carmela Dutra de Florianópolis-SC (1967/1994). **Rev. Bras.Enferm**, v. 64, n. 3, p. 423-430, 2011.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface. Com. Saúde Educ.** v.9, n.16, p. 131-146, 2005.

COSTA, G.M.C.; GUALDA, D.M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v.17, n.4, p.925-937, 2010.

CULLUM, N.; CILISKA, D.; HAYNES, R.B.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.641-649, 2009.

DIAS, M.D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 476-488, 2007.

DUTRA, I.L.; MEYER, D.E. **Parto Natural, Normal e Humanizado: termos polissêmicos**. Revista Gaúcha de Enfermagem; 28(2): 215-22, 2007.

FAISAL, A.; MENESES, P.R. Fatores associados à preferência por cesárea. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-232, 2006.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Mulheres fazem marcha pelo parto em casa e contra “violência obstétrica”**. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br> Acesso em 26/11/13.

FIOCRUZ. **Aumento de cesarianas no Brasil**. Disponível em:<www.blog.saude.gov.br>. Acesso em: 14 out. 2012.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 2006.

GADAMER, H. G. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GINEBRA, Organización Mundial de la Salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Organización Mundial de la Salud, 2002.

GOMES, R.; SOUSA, E.R.; MINAYO, M.C.S. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto**. Curitiba, 2002.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERCULANO, M.M.S.; VELOSO, L.S.; TELES, L.M.R. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.

ISHTAR. **Espaço para gestantes - Fortaleza**. Disponível em: <ishtarfortaleza.blogspot.com.br>. Acesso em: 20 jan. 2013.

JESUS, M.C.P.; PEIXOTO, M.R.B.; CUNHA, M.H.F. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. **Rev. Latino-am.Enferm**, v. 6, n. 2, p. 29-35, 1998.

JICA. Manual do parto humanizado. **Projeto luz**. SESA-CE. Fortaleza, 2000. Disponível em: <www.amigadoparto.com.br>. Acesso em 27 nov. 2012.

MÃE DO CORPO. **Espaço de apoio à maternidade**. Disponível em: <maedocorpo.blogspot.com.br>. Acesso em 10 jan. 2013.

MABUCHI, A.S.; FUSTINONI, S.M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, p. 420-426, 2008.

MANDARINO, N.R.; CHEIN, M.B.C.; JÚNIOR, F.C.M. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MINAYO, M. C. S.(org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed – Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Ucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Ucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1ed. São Paulo: LMP, 2006.

NASCIMENTO, R.M.; LEITE, A.J.; ALMEIDA, M.N.G.S. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.3, 2012

ODENT, M. **A Cientificação do Amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ONUBR. **Alto percentual de cesáreas no Brasil**. Disponível em: <www.onu.org.br>. Acesso em: 27 nov. 2013.

PRICE, R. Meditação em torno dos usos da narrativa na antropologia contemporânea. **Horizontes Antropológicos**, v.10, n. 21, p.293-312, 2004.

PROGIANTE, J.M.; PORFÍRIO, A.B.; PEREIRA, A.L.F. **Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da casa de parto no Rio de Janeiro**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, jan-mar; 22(1): 193-200, 2013.

PROJETO LUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE; JICA. Relatório de Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização. Fortaleza, 1998.

REHUNA. **Rede nacional pela humanização do parto e nascimento**. Disponível em: <www.amigasdoparto.com.br>. Acesso em: 02 jan. 2013.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa Tomo I**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. 3. O tempo narrado. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2010.

SASS, N.; HWANG, S.M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn Tratamento**, 14, n. 4, p.133-137, 2009.

SERUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Ver. Bras. Saúde matern. Infant. Recife, 4 (3): 269-279, Jul./set, 2004.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-amEnferm**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002.

SILVA, R.M.; VIEIRA, L.J.E.S.; COLLARES, P.M.C. **Saúde da mulher na diversidade do cuidado na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2011.

TEMPUS ACTAS SAÚDE COLETIVA. **A JICA e a humanização do Parto e Nascimento no Brasil**, 2010.

UNICEF. **Aumento do número de cesáreas**. Disponível em: <www.unicef.org> Acesso em: 04 dez. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Caracterização do sujeito e questões provocadoras

CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Local onde trabalha:

Há quanto tempo faz parte do movimento de Humanização do Parto:

QUESTÕES PROVOCADORAS

1. INÍCIO E IMPLEMENTAÇÃO DO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA:

- Conte-me quando se originou o movimento de humanização do parto e nascimento em Fortaleza?
- Na sua opinião, qual é a peculiaridade do movimento em Fortaleza? Por que Fortaleza?
- Quem foram os pioneiros na implementação do movimento no município? E o que eles desenvolveram?

2. ENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO NO MOVIMENTO

- Fale-me de sua trajetória e envolvimento com o movimento?
- Quais as razões que o motivaram a se engajar em tal movimento?
- Diante de sua atuação profissional, que atividades desenvolveu para a humanização do parto e nascimento em Fortaleza?

3. TRAJETÓRIA E SIGNIFICADOS DO MOVIMENTO

- Como você percebe o movimento de Humanização do Parto e Nascimento no município de Fortaleza?
- Diante de sua atuação profissional, qual o significado do movimento para você e para o município?
- Quais as atividades principais de Humanização do Parto e Nascimento desenvolvidas atualmente no município?
- Fale-me sobre sua participação atual.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(o) Colaborador(a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Estou realizando neste momento uma pesquisa intitulada **NARRATIVA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO EM FORTALEZA-CE: PIONEIRISMO E ATUALIDADE DO MOVIMENTO** sob orientação da Prof.^aDr.^a. Regina Yoshie Matsue.

Assim, você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, onde construiremos a narrativa do movimento de Humanização do Parto e Nascimento a partir da interpretação de documentos sobre o tema e do seu relato de experiência como participante desse movimento. Para tal, serão respeitados os preceitos éticos na pesquisa e baseado na resolução 196/96 CMS-MS, venho solicitar sua colaboração.

Quanto à sua participação na referida pesquisa, informo que antes e durante a mesma, o Sr(a) será esclarecido(a) que não haverá riscos ou desconforto durante a realização dos procedimentos da mesma, podendo se recusar a participar ou se retirar em qualquer fase, se assim desejar, bem como o Sr.(a) não terá prejuízo em sua atividade profissional. Será garantida a prestação de quaisquer esclarecimentos ao participante em qualquer a pesquisa, bem como o sigilo das informações e seu anonimato são garantidos nesse estudo.

Lembramos que sua participação é voluntária, sendo livre a participação ou desistência a qualquer momento da referida pesquisa, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem qualquer prejuízo para si.

Sendo necessário entrar em contato com o pesquisador responsável

Pesquisador Responsável

Yluska Macêdo LôboPiauilino

Endereço: Rua Zuca Accioly, nº 633, apto. 102 Bloco. I

Bairro: Manoel Dias Branco

Cep: 60.176.160- Fortaleza- Ce

Telefone para contato: (89) 9983-2224

Se desejar obter informações sobre seus direitos e os aspectos concernentes à ética envolvida na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos- COÈTICA

Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice Reitoria de Pesquisa e Pós- Graduação, 1º andar.

Bairro Edson Queiroz, CEP: 60. 811-341

Telefone: (85) 3477-3122, Fortaleza- Ce.

É importante lembrar que, caso o Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá quaisquer compensações financeiras. Estando o Sr.(a) de acordo em participar da pesquisa, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento pós-esclarecido que se segue e receberá uma cópia deste termo.

O pesquisador responsável e o sujeito da pesquisa deverão da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

APÊNDICE C - Termo de consentimento pós-esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas sobre a referida pesquisa. Desse modo, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas à respeito do que foi lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza - CE, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 423/2011

Projeto de Pesquisa: Práticas integrativas e complementares no resgate da Humanização na gestação, parto e nascimento em Fortaleza-Ce.

Pesquisador Responsável: Raimunda Magalhães da Silva

Data de apresentação ao COÉTICA: 08/11/11

Registro no COÉTICA: 11-531

CAAE: 0535.0.037.037-11

Parecer: Aprovado na data 08/02/12

Obs.: O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza.

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA