

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DECORRENTES DA REDE DE CUIDADOS  
HUMANIZADOS NO MOMENTO DO PARTO

Andréa Rita de Cássia Moreira

Belo Horizonte  
2011

Andréa Rita de Cássia Moreira

OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DECORRENTES DA REDE DE CUIDADOS  
HUMANIZADOS NO MOMENTO DO PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli

Belo Horizonte  
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M835p Moreira, Andréa Rita de Cássia  
Os processos de subjetivação decorrentes da rede de cuidados humanizados no momento do parto. / Andréa Rita de Cássia Moreira. Belo Horizonte, 2011.  
93f.

Orientadora: Roberta Carvalho Romagnoli  
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Humanização do parto. 2. Humanização da assistência. I. Romagnoli, Roberta Carvalho. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9:362.15

Andréa Rita de Cássia Moreira

OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DECORRENTES DA REDE DE CUIDADOS  
HUMANIZADOS NO MOMENTO DO PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

---

Roberta Carvalho Romagnoli (Orientadora) – PUC Minas

---

Bruno Vasconcellos Almeida – PUC Minas

---

Simone Mainieri Paulon – UFRGS

Belo Horizonte, 26 de Setembro de 2011.

Para Cirilo, Ana Bella, Bianca e  
Júnior, meus amores.

## AGRADECIMENTOS

A Roberta Romagnoli, minha orientadora pelo convite à esquizoanálise. Paciente com meus problemas, com minha saúde, com meus anseios. Enfim, me conduziu quando eu me perdia e amparou-me na produção de um novo território.

Aos professores Bruno Vasconcellos de Almeida e Simone Mainieri Paulon pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Ao Cirilo, pelo incentivo, apoio e valorosa contribuição; meu companheiro e porto seguro nos momentos de tempestade.

A minha família, pelo amor incomensurável.

A direção e aos profissionais da Maternidade Odete Valadares, por desenvolverem comigo esta pesquisa, construindo juntos novas possibilidades de trabalho.

A Claudine, enfermeira coordenadora da maternidade, pelo companheirismo e pela amizade.

A tia Sandrinha pelo exemplo, carinho e pelas correções de português.

As mulheres parturientes e seus familiares que aceitaram dividir comigo um momento tão íntimo de sua existência.

As minhas queridas doulas, exemplo de solidariedade, de amor e dedicação.

*“A vida não é argumento. – Ajustamos para nós um mundo em que podemos viver – supondo corpos, linhas, superfícies, causas e efeitos, movimento e repouso, forma e conteúdo: sem esses artigos de fé, ninguém suportaria hoje viver! Mas isto não significa que eles estejam provados. A vida não é argumento; entre as condições para a vida poderia estar o erro”.*

*Friedrich Nietzsche*

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo cartografar o processo de parto, rastreando as forças que constituem uma rede de cuidados humanizados nessa situação. Teve por universo de inserção a maternidade Odete Valadares situada no município de Pará de Minas-MG, local onde coordeno o projeto “Doula Comunitária” e atuei como psicóloga. A humanização das práticas de saúde tem sido uma das preocupações centrais do Ministério da Saúde na última década. Por isso, fez-se necessário discutir, num primeiro momento, as propostas conceituais que permeiam o termo humanização e especificar esta discussão no contexto da assistência ao parto. Ao operar com a cartografia enquanto instrumento metodológico e os processos de subjetivação como conceito central, o estudo desdobrou-se em reflexões sobre a trajetória de implementação das práticas humanizadas na referida maternidade, sobretudo a partir dos atendimentos realizados pela psicologia e pelos afetamentos da equipe de saúde. Espera-se, contribuir, de maneira inicial, para um maior conhecimento da humanização ao parto, com intuito de promover reflexões acerca do cotidiano dessas práticas.

Palavras-chave: Humanização. Subjetividade. Cartografia. Redes Afetivas.

## ABSTRACT

This study aimed at mapping the birth process, by tracking the forces which constitute a human care network in this situation. As its insertion environment this work had Odete Valadares motherhood situated in the city of Pará de Minas state of Minas Gerais where I coordinate the project entitled "Community Doula" and where I worked as a psychologist. The humanization of the health practices have been one of the main concerns of the Brazilian Ministry of Health of the last decade. Therefore, it was necessary, at first, to discuss the conceptual proposals that permeate the term humanization and to specify this discussion into the parturition assistance's context. When use the mapping as a methodological instrument and the subjectivity processes as the central concept, the study has unfolded in reflections about the track of the human practices implementation in this motherhood, especially from the follow-up period by the psychologist and from the affected in the health care team. It was expected to contribute, at first, to a better understanding of the humanization to the parturition, by promoting reflections in these practices in daily life.

Key-words: Humanization. Subjectivity. Mapping. Affective Networks.

## LISTA DE SIGLAS

- APPAM** – Associação Paraminense Pró-Aleitamento Materno
- CASMUC** – Centro de Assistência da Mulher e da Criança
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde.
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
- IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PNHAH** – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
- SUDS** – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UNICEF** – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 HUMANIZAR.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Reforma Sanitária e o Conceito de Saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 A Polissemia do conceito humanização.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4 Humanização da Assistência ao Parto.....</b>	<b>40</b>
<b>3 CARTOGRAFANDO A VIDA.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 Cartografia e Subjetividade.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Acolhimento: tecnologia do encontro.....</b>	<b>52</b>
<b>3.3 Da centralização tecnológica à humanização.....</b>	<b>58</b>
<b>4 ACOLHER A VIDA.....</b>	<b>64</b>
<b>4.1 À Colher, a colheita.....</b>	<b>64</b>
<b>4.2 Falta Informação? Faz Acolhimento!.....</b>	<b>71</b>
<b>4.3 Profissionais, Doulas, Parturientes e Redes Afetivas.....</b>	<b>78</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema desta dissertação é o estudo dos processos de subjetivação que o acontecimento-parto evoca com a assistência humanizada a parturientes na maternidade Odete Valadares, situada no município de Pará de Minas (interior do Estado de Minas Gerais). Nesse contexto, visamos a cartografar o processo do parto, rastreando as forças que constituem uma rede de cuidados humanizados nessa situação. Especial atenção é dada à qualidade da assistência na área da saúde da mulher que a rede pública tem conseguido ofertar, alimentado pelo intenso debate sobre a humanização.

Meu interesse pelo tema surgiu da minha inserção nesse universo, primeiramente como doula<sup>1</sup>, e em seguida na função de psicóloga, atuando diretamente com as mulheres no momento do parto. Enquanto profissional, além de outras atribuições na perspectiva da clínica ampliada, coordeno o projeto “Doula Comunitária”, cujo objetivo é proporcionar apoio à mulher e seus familiares durante o trabalho de parto e puerpério, ofertar um tratamento individualizado perante o aparato médico e institucionalizado. Desta forma, buscamos lapidar a qualidade da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido no cenário do modelo tradicional de assistência ao parto no contexto hospitalar e tecnológico de medicalização do corpo feminino.

O projeto “Doula Comunitária” foi idealizado e implementado em julho de 1997 no Hospital Sofia Feldman (HSF) de Belo Horizonte, em parceria com a Associação de Amigos e Usuários(ACAU) do HSF. Este projeto, pioneiro nas maternidades públicas nacionais da época, permite que as parturientes sejam acompanhadas por uma doula. Com os resultados positivos, a proposta foi incorporada ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2002. Foi ampliada, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e ACAU/HSF, para outras

---

<sup>1</sup> Doula é uma palavra de origem grega que significa “mulher que serve a outra, uma serva”. O termo foi resgatado por Dana Raphael, antropóloga americana, estudiosa da prática de aleitamento materno, para referir-se a mulher que ajuda outra mulher durante a gravidez, parto, pós-parto e amamentação. Atualmente esta palavra é usada internacionalmente, para referir-se a uma mulher experiente em parto que proporciona suporte físico e emocional, além de oferecer informações de forma contínua à mãe antes, durante e logo após o nascimento (BRASIL, [200-]).

maternidades brasileiras a partir de 2004 por meio de cursos de capacitação de doulas comunitárias.

O apoio físico e emocional de uma doula é importante na medida em que, historicamente, algumas práticas corriqueiras no processo de parturição foram abandonadas com a institucionalização e medicalização do parto. A tradição de familiares participarem do nascimento passou a ser desconsiderada e a gestante passou a ser atendida nos hospitais somente por profissionais de saúde. Durante o período de trabalho de parto estes profissionais se ocupam cada qual de sua função dentro da perspectiva médica.

A doula vem oferecer apoio emocional e físico às mulheres e suas famílias no momento do nascimento. Sua intervenção consiste em fazer com que a parturiente se sinta segura e à vontade, o que permitirá soltar seu corpo e deixar que o parto e nascimento ocorram da melhor forma possível. Uma doula experiente é capaz de reconhecer as necessidades e anseios da parturiente, mesmo se não forem expressas verbalmente, e interpretá-los para os outros profissionais envolvidos com a assistência.

Nesse processo, observa-se no cotidiano de trabalho que a presença da doula contorna as sensações de desamparo e medo, muito comuns nessa situação. Cada encontro feito no momento de parto guarda as singularidades da subjetividade dessas mulheres, da experiência íntima de cada uma e dos atravessamentos experienciados.

Na maternidade Odete Valadares em Pará de Minas (MG), o projeto “Doula Comunitária” foi implantado em julho de 2007, dez anos após a implantação no HSF. A partir daí foram iniciadas ações que visavam à humanização do parto no cotidiano desse serviço. Juntamente com a equipe da maternidade, composta pela psicóloga, dois obstetras e duas enfermeiras, iniciou-se visitas ao HSF, no intuito de aprendermos com o trabalho ali desenvolvido e contribuir para a humanização do parto.

Nesse percurso de implementação do projeto comecei a acolher, a acompanhar, a escutar as gestantes no processo de parturição, refletindo sobre os inúmeros fatores que atravessam o processo de parto, e todas as dimensões subjetivas e institucionais que ele comporta. Nesse sentido, essa pesquisa se justifica pelas marcas do meu trânsito e minha trajetória de trabalho, dos afetos suscitados na interseção entre acolhimento, condução do projeto, casos atendidos,

reuniões de equipe entre profissionais e gestores –, enfim, todo o entrelaçamento que produziram um desejo de construir uma interlocução teórica maior com meu foco de atuação profissional.

Considerando que o nascimento de uma criança marca um dos maiores eventos da vida e que atendimento e acolhimento à parturiente constituem parte intrínseca do processo de parto (da admissão ao hospital ao parto, puerpério e alta) percebe-se que, na rotina de internação da maternidade, há todo um processo que define para a gestante um papel de passividade. Ela é separada da família para a internação, despida de suas roupas e colocada num leito, onde permanece durante todo o trabalho de parto, geralmente submissa ao conhecimento e às intervenções do médico e da equipe.

Além disso, ainda é comum que a parturiente seja submetida à aceleração do processo de parto com o uso de medicamentos, rompimento da bolsa amniótica e outras intervenções, sem que seja informada sobre tais procedimentos, o que incrementa mais ainda o lugar de obediência e assujeitamento aos saberes que circulam na sala de parto. As rotinas de atendimento ao trabalho de parto ficam voltadas para a redução de seu tempo de evolução e controle do processo doloroso decorrentes das contrações uterinas. Os métodos farmacológicos utilizados para diminuir a dor, apesar de trazerem mais riscos, terminam por substituir a necessidade do suporte físico/emocional e muitas vezes as questões subjetivas são negligenciadas e o foco colocado nas questões técnicas.

Os processos de subjetivação das parturientes é apenas o ponto de partida para a análise de um contexto amplo e complexo que tange a história de centralização tecnológica, a medicalização do corpo feminino, o conceito de saúde operado por profissionais e gestores, a micro e macro-política do trabalho em equipe, a influência das grandes máquinas de produção em um acontecimento de extrema importância e vitalidade que é o parto. Na complexidade desse acontecimento estão presentes ainda as redes afetivas formadas, os vínculos de amizade estabelecidos por voluntários, família e profissionais de saúde, dentre outros.

Vários questionamentos surgiram em minha prática acerca dos efeitos dos trabalhos desenvolvidos com gestantes quanto à produção que pode advir desses encontros. Como potencializar a re-incorporação de métodos tradicionais ao saber médico-hospitalar centrado na tecnologia durante o processo de parto? Escuta e

acolhimento ampara, efetivamente, a mulher diante desses atravessamentos? Em que circunstâncias ocorrem para serem de fato potencializadores? Quais os impactos nos processos de subjetivação das mulheres atendidas pela equipe e quais relações produzem efeitos de humanização/acolhimento no acontecimento-parto? O que essas indagações insinuam no horizonte das práticas humanizadoras em curso na área da Saúde Pública?

A partir dessas indagações, parto do pressuposto de que a inserção dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) pode contribuir para que as parturientes sejam protagonistas de seu próprio parto e abrir espaço para construir novos olhares sobre o processo saúde-doença e sobre as práticas realizadas na maternidade. Acredito que uma atenção pré-natal e puerperal humanizada e de qualidade é fundamental para a saúde materna e infantil e para o estabelecimento de novas bases de relacionamento entre as diversas subjetividades envolvidas na produção de saúde e construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos. Acolher a gestante, sustentando sua singularidade e entendendo-a como uma mulher com história e necessidades próprias, que deva ser acolhida como tal, é o que torna esta pesquisa uma forma de contribuir para que este momento seja marcado como uma experiência inventiva, criativa, produtiva, mesmo que permeada por medos e conflitos, por dimensões despotencializadoras e reprodutivas. Nesse sentido, para rastrear essas forças que estão presentes na rede de cuidados humanizados ao parto da Maternidade Odete Valadares de Pará de Minas, usamos o conceito de processos de subjetivação, examinado a seguir.

Escapando de uma leitura clássica da subjetividade que remete ao sujeito e à sua interioridade, Guattari e Rolnik (2010) a entendem como um processo, como modos de subjetivação sempre coletivos e políticos, que não passam necessariamente pelo indivíduo, mas sim por um processo de componentes heterogêneos. Vale lembrar que nesse plano de forças não há dissociação entre micro e macropolítica, pois essas dimensões estão sempre presentes e se expressam conjuntamente. Dessa maneira, para abordar a subjetividade em sua produção é preciso examinar os sistemas de conexões diretos entre grandes máquinas sociais produtivas e as instâncias psíquicas, e analisar também as políticas de subjetivação no contemporâneo.

Como vimos acima, o conceito é apreendido em termos processuais, segundo uma multiplicidade de fatores que determinam as formas de expressão e criação de grupos e indivíduos. Assim, a subjetividade é sempre fabricada no campo histórico-social, e também composta por situações e acontecimentos. Diferente dos conceitos “cultura” e “individualização”, que remetem a algo “internalizado”, “interiorizado”, a subjetividade, nessa leitura, é produzida e não algo a ser preenchido. Não é apenas individualizada, mas sobretudo social, maquínica. Os autores consideram que o termo “cultura” remete a algo estático, homogêneo, que dificulta uma compreensão dinâmica e processual da realidade. “Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetividade: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 40), registro heterogêneo que recebe a cultura. O que há, na verdade, é uma confluência entre subjetividade e cultura, pois “[...] não há subjetividade sem uma cartografia cultural que lhe sirva de guia; e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil” (ROLNIK, 1997, p. 04). De fato, na micropolítica, no molecular, não há essa distinção, pois a subjetividade também é composta pelas situações, pela exterioridade de forças que atua sobre ela.

Nessa relação com o “fora”, com o que afeta a subjetividade e a arremessa nos processos de subjetivação, em deslocamentos que trazem o novo, o agenciamento é fundamental. Cabe ressaltar que a noção de agenciamento é mais ampla do que as de estrutura, sistema, forma, processo, montagem, dentre outras. Um agenciamento comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica, quanto social, maquínica, gnosiológica, imaginária. Na teoria esquizoanalítica do inconsciente, desenvolvida por Félix Guattari, o agenciamento é concebido para substituir o “complexo” freudiano. O agenciamento ocorre nos encontros, nas forças moleculares que circulam, gerando novas formas de expressão, de enunciação que burlam o que está instituído socialmente, molarmente. Dessa maneira:

A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação ou de semiotização não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egóicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não são mais antropológicos),

quanto de natureza infra-humana, infra-psíquica, infra-pessoal (sistemas de percepção, sistemas de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e produção de idéias, sistemas de inibição e automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos e assim por diante) (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 39).

Essa proposta conceitual não contrapõe, portanto, as relações de produção econômica às relações de produção subjetiva, não contrapõe o material e o semiótico. O entrelaçamento dessas esferas é que permitiu os autores admitirem que “[...] as forças sociais que administram o capitalismo hoje entenderam que a produção de subjetividade talvez seja mais importante do que qualquer outro tipo de produção, mais essencial até do que o petróleo e as energias”. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 34). As estratégias de controle empregadas pelo capitalismo atualmente transitam necessariamente no campo da produção de subjetividade, que são indissociáveis.

O lucro capitalista é, fundamentalmente, produção de poder subjetivo. Isso não implica uma visão idealista da realidade social: a subjetividade não se situa no campo individual, seu campo é o de todos os processos de produção social e material. O que se poderia dizer, usando a linguagem da informática, é que, evidentemente, um indivíduo sempre existe, mas enquanto terminal; esse terminal individual se encontra na posição de consumidor de subjetividade. Ele consome sistemas de representação, de sensibilidade, etc., os quais não têm nada a ver com categorias naturais universais. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 41).

Os autores partem da idéia de uma economia coletiva, de agenciamentos coletivos de enunciação que, em algumas circunstâncias, em alguns contextos sociais, podem se individualizar. Por ser essencialmente social, coletiva, a produção de subjetividade deve ser analisada a partir da infra-estrutura dos meios de produção, a partir da importância que as máquinas se apresentam hoje enquanto produtoras de uma subjetividade serializada, nivelada.

As máquinas ganham uma importância cada vez maior nos processos de produção. As relações de inteligência, de controle e de organização social estão cada vez mais adjacentes aos processos maquínicos; é através dessa produção de subjetividade capitalística que as classes e castas que detêm o poder nas sociedades industriais tendem a assegurar um controle cada vez mais despótico sobre os sistemas de produção e de vida social [...] A produção de subjetividade pelo CMI é serializada, normalizada, centralizada em torno de uma imagem, de um consenso subjetivo referido e sobrecodificado por uma lei transcendental. Esse esquadramento da subjetividade é o que permite que ela se propague em nível da produção e do consumo das relações sociais, em todos os meios (intelectual, agrário,

fabril, etc.) e em todos os pontos do planeta. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 48).

Na gerência da subjetividade, a tendência atual é igualar grupos e indivíduos para que se relacionem de maneira estereotipada, territorializada, através de uma subjetividade fechada sobre si mesma. As maneiras de falar, de agir, de pensar, de trabalhar, de amar, enfim, tendem a ser codificadas, padronizadas, por meio de um consenso inconsciente que permeia os modos de sociabilidade na ordem capitalista. De acordo com Guattari e Rolnik “[...] aceitamos tudo isso porque partimos do pressuposto de que esta é ‘a’ ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria idéia de vida social organizada”. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 51).

Nessa perspectiva é esperado da mulher um determinado modo de agir e reagir durante um processo de parto, por exemplo. Espera-se que ela confie na tecnologia à disposição dos médicos, aja com paciência e que não expresse raiva, controle sua agressividade. Qualquer expressão de angústia é logo admitida uma intervenção medicamentosa, que muitas vezes faz parte de um consenso entre equipe médica e paciente. Enquanto indivíduo, portanto, essa mulher está na encruzilhada de múltiplos componentes de subjetividade. Entre esses componentes alguns são inconscientes. “Um fato subjetivo é sempre engendrado por um agenciamento de níveis semióticos heterogêneos” (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 44).

A produção de subjetividade capitalística, no entanto, apresenta brechas que podem favorecer a subversão do sistema dominante de produção subjetiva. Sistema em que tudo o que é do domínio da ruptura deve se encaixar de alguma maneira no quadro de referência dominante. Guattari e Rolnik (2010) denominam essa subversão de “processos de singularização”, que segundo os autores

[...] oporia a essa máquina de produção de subjetividade a idéia de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, aquilo que poderíamos chamar de “processos de singularização”: uma maneira de recusar todos esses modos de encodificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos. Há assim algumas palavras-cilada

(como a palavra “cultura”), noções-anteparo que nos impedem de pensar a realidade dos processos em questão (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 22-23).

É no cotidiano do nosso trabalho, na micropolítica das relações que os processos de singularização podem ser desencadeados, em uma articulação constante entre micropolítica e macropolítica. Na Saúde Pública, o próprio conceito de saúde/doença incorporado na Constituição de 1988 revela a singularização de um grupo minoritário que abriu uma brecha no discurso dominante: uma brecha que porta uma história de reivindicação ainda presente, com certeza com muitos impasses e desafios (BRASIL, 1988). Os modos de singularização, portanto, não se restringem às lutas na esfera da economia política, mas exigem também uma mutação ao nível subjetivo, com toda a heterogeneidade que este comporta.

A mudança macropolítica, que ocorre ao nível molar, necessita de uma mudança micropolítica ou uma revolução molecular, que não estão em relação de oposição, mas se justapõem. Essa justaposição está sempre presente em toda realidade, feita de formas e forças, modelo e invenção, e dos agenciamentos que daí advém. Nas palavras de Guattari e Rolnik “[...] a tentativa de controle social, através da produção da subjetividade em escala planetária, se choca com fatores de resistência consideráveis, processos de diferenciação permanente que eu chamaria de “revolução molecular””. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 54).

As mulheres na condição de parturientes vivenciam um momento composto por forças heterogêneas que pressionam o rompimento de processos múltiplos de subjetivação. Numa sala de parto, e não apenas, é preciso estarmos atentos a esses processos, que se articulam – enquanto “revolução molecular” –, no modo como a equipe de saúde acolhe as parturientes e orienta os casos, o que pode ou não favorecer um outro modo de existencialização micro e macropolítica. De acordo com Rolnik,

Todo ambiente sócio-cultural é feito de um conjunto dinâmico de universos. Tais universos afetam as subjetividades, traduzindo-se como sensações que mobilizam um investimento de desejo em diferentes graus de intensidade. Relações se estabelecem entre as várias sensações que vibram na subjetividade a cada momento, formando constelações de forças cambiantes. O contorno de uma subjetividade delinea-se a partir de uma composição singular de forças, um certo mapa de sensações. A cada novo universo que se incorpora, novas sensações entram em cena e um novo mapa de relações se estabelece, sem que mude necessariamente a figura através da qual a subjetividade se reconhece. Contudo, à medida em que mudanças deste tipo acumulam-se, pode tornar-se excessiva a tensão entre as duas faces da subjetividade - a sensível e a formal. Neste caso, a figura

em vigor perde sentido, desestabiliza-se: um limiar de suportabilidade é ultrapassado. A subjetividade tende então a ser tomada por uma inquietude que a impele a tornar-se outra, de modo a dar consistência existencial para sua nova realidade sensível. (ROLNIK, 1999, p. 206-207).

Para captar as forças do social, da cultura e dos encontros, como afirma Rolnik (1999), existem duas faces da subjetividade, a sensível e a formal, que nos remete a superação da polaridade entre cosmos e caos. O cosmos refere-se ao que, de maneira ordenada, é classificável, corresponde ao pensamento dominante, cientificista, capitalista. Por sua vez, o caos remete ao imprevisível, a desordem, a algo que escapa de uma apreensão imediata, cuja variável mais importante é o afeto e não a razão. Identificada a confluência entre cosmos e caos, Guattari (1992) postula a noção de caosmose, ou seja, o que emerge nessa interseção entre o formal e o sensível inaugurando outra subjetividade. Dessa maneira, a subjetividade e seus processos são vistos em sua relação com o mundo que a rodeia, engendrada pelo plano de forças que a afeta e desestabiliza.

Essas reflexões se alinham ao princípio geral desenvolvido por Deleuze (1998), ao trabalhar as idéias de Michel Foucault. Nesse texto, o autor insiste na importância das relações e afirma que “[...] toda forma é um composto de relacionamento de forças” (DELEUZE, 1998, p. 167). Nesse sentido, o que há de formatado na subjetividade e que corresponde à interioridade é, de certa forma, precário, pois pode se transformar em outra composição. Ou seja, as tensões sócio-históricas, as forças do “fora”, somadas às forças presentes no homem (viver, trabalhar, falar, imaginar, querer, dentre outras) pressionam o surgimento de uma determinada forma sempre cambiante, sempre em mutação. Interessa-nos, pois, saber quais forças entram em relacionamento e quais formas decorrem desta relação. Para análise dos enunciados atuais, considerar-se-á a formação histórica clássica e do século XIX, a sobredobra entre o infinito (forma-Deus) e a finitude (forma-Homem) enquanto composto de relacionamento de forças. Considerando a formação histórica atual,

Tais forças já não poderiam ser nem a elevação ao infinito, nem a finitude, mas um finito-ilimitado, com que se nomearia toda e qualquer situação de força em que um número finito de componentes fornecesse uma diversidade praticamente ilimitada de combinações (FOUCAULT apud DELEUZE, 1998, p. 178).

Por essa perspectiva, ao cartografar o processo de parto é necessário rastreamos como essas forças se relacionam quais composições são feitas na rede de cuidados humanizados. Essas forças podem trazer outra dimensão, que circula entre a equipe, entre a parturiente e seu próprio processo de parto, entre as intervenções que são realizadas, em que todos ficam afetado pelo que ocorre.

Retornando à nossa experiência, frente aos aspectos de angústia e desamparo vivenciados pela parturiente, como no exemplo citado anteriormente, a ordem é administrar um calmante para que a paciente “não dê trabalho”, ordem apoiada pela ciência e tecnologia que advogam a medicalização do parto e a eliminação do desassossego. Esse procedimento perpetua a passividade, muitas das vezes desejada pela paciente. No entanto, as relações estabelecidas durante o processo de parto podem contribuir para a instauração de novos sentidos e instigar mudanças consistentes não apenas na parturiente, mas também na atenção e gestão da saúde.

A introdução de novas maneiras de agir frente a essas situações, de outras forças estranhas, novas marcas no encontro entre os corpos, enfim, a introdução do caos traduzido numa nova maneira de acolher a angústia e o desamparo pode favorecer o que Guattari e Rolnik chamam de “desterritorialização”, isto é, “[...] abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e se destruir”. (GUATTARI; ROLNIK, 2010, p. 388). O sentido em que isso ocorrerá é o que será discutido neste trabalho com vistas ao estabelecimento do paradigma ético-estético-político. O mais adequado, portanto, é falar em “processos de subjetivação”, que no seu devir, incorporam os “processos de singularização” discutidos acima.

Partindo dessa leitura da subjetividade, para abordar o tema proposto, a saber, o acontecimento-parto, essa dissertação está estruturada em três capítulos.

O conceito “humanização” é o tema central do capítulo primeiro, que se inicia tecendo reflexões acerca da Reforma Sanitária e do conceito ampliado de saúde/doença, bases da proposta política de humanização defendida pelo Ministério da Saúde. Além disso, são discutidas as muitas e diversas significações do conceito “humanização”, a transformação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) e os meandros do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Ao capítulo segundo coube a discussão sobre a proposta metodológica do presente estudo. Descortinar as forças envolvidas nos processos de subjetivação decorrentes da assistência humanizada durante o parto exigiu operar com a noção de cartografia proposta por Deleuze e Guattari, enquanto estratégia de captação dos afetos no acontecimento-parto; conceito que permite investigar a complexidade das situações, superar a dicotomia entre sujeito e objeto da ciência tradicional e rechaçar o ideal de imparcialidade. Além de mapeadas as interseções entre cartografia, humanização, acolhimento e subjetividade (onde o conceito “processos de subjetivação” é ampliado), neste capítulo são apresentados ainda os dados produzidos sobre o contexto institucional de inserção da pesquisa.

No capítulo final é articulada a discussão teórica precedente com alguns casos atendidos pela psicologia na maternidade e com alguns relatos de membros da equipe que acolhem e acompanham as parturientes. A circulação dos discursos, dos afetos, dos olhares, dos familiares, da doula, da enfermeira, da parturiente, do medo, da dor, do mal-estar, do obstetra, dos gestores, da vida, etc., enfim todas essas intensidades são analisadas pelo viés micropolítico que o enquadre da pesquisa suscita.

Algumas conclusões são apresentadas nas “Considerações finais”.

## 2 HUMANIZAR

### 2.1 Reforma Sanitária e o Conceito de Saúde

No século XX, a política de Saúde no Brasil passou por intensas e diversas transformações. Na década de 50, o Ministério da Saúde (MS), criado e regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953, se encarregava de coordenar as ações campanhistas de combate às doenças, principalmente no interior do país. Por outro lado, nessa época, o atendimento médico aos trabalhadores ficava sob a responsabilidade dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), mantidos pelos trabalhadores e patrões. Já hoje em dia, – enquanto autarquia<sup>2</sup> - o MS é um órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização, elaboração, fiscalização das ações e das políticas públicas de saúde, cujos objetivos são dispor de condições para proteger e recuperar a saúde da população, reduzir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias e melhorar a vigilância à saúde (BRASIL, 2006).

Nesse percurso histórico, particularmente radical foi a mudança no modelo conceitual e de gestão iniciada na década de 1970 e culminada na década seguinte na proposição de uma Reforma Sanitária abrangente. O resultado desse movimento foi traduzido no texto Constitucional de 1988, no qual a saúde é considerada direito de todos e dever do Estado. Assim, a Carta Magna pressupõe um Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios e diretrizes para todo território nacional.

A efervescência dos embates a partir de meados da década de 70 explicitou uma crise estrutural nas seguintes vertentes: teórica (construção do saber), ideológica (transformação da consciência), financeira e político-institucional (transformação das relações sociais), que culminou na proposta de uma Reforma Sanitária durante a década de 80. Nesse momento, o lento e gradual processo de

---

<sup>2</sup> Conforme disposto no decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, autarquia é o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada. No referido decreto consta que a atribuição do Ministério da Saúde é formular e coordenar a Política Nacional de Saúde, dando preferência aos convênios firmados entre entidades públicas e privadas.

redemocratização do país permitiu a expressão de uma nova postura não apenas no campo da saúde, mas em vários setores da sociedade.

Vale lembrar que dois eventos importantes da década de 80, antes da promulgação da nova Constituição Federal (1988), foram a consolidação das propostas do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Esta última foi um marco na Reforma Sanitária Brasileira e se estruturou em torno dos seguintes temas: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. O documento originado provocou a ruptura com a tendência hegemônica no setor saúde, seja conceitual, ideológica ou político-administrativa e embasou as negociações na Assembléia Constituinte antes da promulgação da constituição federal vigente.

A sociedade brasileira estava próxima de estabelecer um sistema de saúde singular e democrático. Mas antes desse sistema se traduzir em legislação, uma iniciativa de reformulação da política de saúde foi idealizada e implementada como transição para um novo modelo: trata-se do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos Estados (Decreto nº 94.657, de 20/07/1987). Estes sistemas propunham “[...] a transferência dos serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços” (CUNHA; CUNHA, 1988, p. 297-298).

Do ponto de vista político-administrativo, as discussões da VIII Conferência embasaram a redação dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 que, além de explicitar a saúde como um direito de todos os cidadãos e sua garantia ser dever do Estado, portanto, de relevância pública, propôs a criação de um Sistema Único de Saúde, regulamentado pela lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

Quanto ao aspecto conceitual, o texto reúne discussões de intensos movimentos em âmbito internacional que nas três últimas décadas visavam reestruturar o modelo assistencial de cuidado à saúde. A carta de Ottawa, por exemplo, além de firmar compromissos políticos entre diferentes setores da sociedade, enfatiza a complexidade do conceito de saúde, dizendo que “[...] a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde” (ORGANIZAÇÃO PAN

AMERICANA DE SAÚDE, 1986). Além disso, esse documento reforça a concepção de ação comunitária como eixo estruturante do controle social e dos vínculos de corresponsabilidade entre população e o setor saúde. Nesse sentido, o conceito de saúde implica considerar as condições de vida, habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso a bens e serviços, dentre outros fatores. Cabe ressaltar que, concebido até o momento pela maioria dos profissionais como ausência de doenças, herança de modelos europeus arcaicos cujo foco era a doença, o conceito de saúde criou muitas dificuldades no âmbito da excelência dos serviços prestados. Sua ampliação é fruto de embates teóricos e políticos com repercussões práticas importantes, como a contigüidade entre saúde e condições de vida.

As explicações sobre o processo saúde-adoecimento estão intimamente ligadas ao contexto sócio-histórico e cultural de cada época, ou seja, ao modo como a sociedade no seu devir se estrutura. No entanto, ainda hoje no ocidente existem representações essencialistas acerca da saúde e da doença, como é o caso do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Todavia, Vaitsman citada por Paim (1997) conceitua saúde da seguinte forma:

A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras (...) É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (...) (VAITSMAN apud PAIM, 1997, p. 17)

Foi nessa direção que o conceito de saúde, já ampliado e com esses determinantes, foi assumido na VIII Conferência Nacional de Saúde e proposto como eixo central para o SUS. Sistema que obedece a princípios doutrinários e diretrizes organizativas que surgiram como tentativa de superar a história da saúde pública marcada principalmente pela (1) exclusão de um contingente populacional

expressivo dos serviços de saúde; (2) dificuldade na gestão financeira eficiente; (3) centralização das decisões; e (4) fragmentação dos serviços prestados.

Todavia, para consolidar esses princípios foi preciso inovar primeiramente o conceito de saúde como eixo operante. Os princípios doutrinários e as diretrizes organizativas, como referenciados por Cunha e Cunha (1988), são dinamizados por esse conceito amplo de saúde. O núcleo comum, único do sistema, corresponde aos princípios da universalidade (direito de cidadania e dever do Estado assegurar este direito), da equidade (diminuir as desigualdades, tratar os desiguais desigualmente, ou seja, atender as necessidades mais prementes, priorizar atendimento aos setores mais vulneráveis da sociedade) e da integralidade (indivíduos e grupos considerados como um todo – promoção, proteção, cura e reabilitação).

O modo operacional desse conjunto doutrinário que transformou a gestão do sistema tradicional conta com as diretrizes da descentralização e comando único, da regionalização e hierarquização das ações e da participação popular na gestão, além do planejamento integrado. Descentralizar a gestão significa distribuir o poder entre as esferas de governo, significa que cada esfera é autônoma na formulação de suas políticas, sendo os municípios os maiores responsáveis pela administração das ações e serviços de saúde prestados aos seus cidadãos. Estreitamente ligada a essa, a diretriz da regionalização afirma a necessidade de organizar os serviços de saúde conforme a circunscrição dos problemas a um determinado território com vistas à maior resolutividade, com fluxos de encaminhamento (referência e contra-referência). Por sua vez, a hierarquização da atenção compreende, em cada território com população circunscrita, a resolução dos problemas conforme os níveis de complexidade em que são apresentados. Por último, e não menos importante, a participação da comunidade na gestão “[...] traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo” (PASCHE; VASCONCELOS, 2007, p. 537). Portanto, propõe, aprova e fiscaliza programas e políticas de saúde, enfim, mobiliza recursos que afirma a ética democrática subjacente ao sistema. Tal participação foi regulamentada pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Conforme Cunha e Cunha “[...] o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é, em si, uma garantia de

mudanças. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS". (CUNHA; CUNHA, 1988, p. 285). Embora muitas deficiências do sistema sejam alvos de críticas fundamentadas, como a lógica incremental na implantação do SUS<sup>3</sup>, muitas ações restritas ao paradigma biomédico já não se justificam pela noção de um constante aperfeiçoamento, pois o SUS conta com mais de vinte anos de funcionamento.

Mesmo que o SUS seja referido por Barros e Passos (2005b) como sendo uma conquista expressa por uma proposição geral e abstrata na forma do texto da lei e das portarias, esses mesmos autores ainda esclarecem que sua existência não pode desconsiderar as experiências ocorridas anteriormente a sua criação. O percurso anterior a implantação do SUS é de fundamental importância, pois acabaram influenciando as mudanças nas práticas de saúde. Conquanto, para haver mudanças nos processos de produção de saúde é preciso que elas também aconteçam nos processos de subjetivação, e isto depende mutuamente de uma transformação das práticas de saúde e dos vários participantes desse processo. A proposta do SUS, sem dúvida traz o desafio diário de sua execução, sobretudo por sua fundamentação singular e democrática, como vimos acima.

Como o conceito de saúde assumido a partir da Reforma Sanitária, um balanço crítico dos conceitos e perspectivas sobre a humanização da saúde recusa a pretensão de uniformidade e homogeneidade dos discursos e enfoques teórico-práticos. Enquanto termo ético-político que atualiza a concepção ampliada de saúde, atualiza o processo de singularização de uma política pública, nesse contexto é preciso discutir suas várias significações, como examinamos a seguir.

## **2.2 A Polissemia do Conceito “Humanização”**

Para compreender o processo de humanização do parto na maternidade Odete Valadares em Pará de Minas, acreditamos ser preciso nos apropriarmos dos diversos sentidos atribuídos ao termo humanização, apropriarmos da polissemia

---

<sup>3</sup> A estruturação do SUS teve por base as instituições sanitárias existentes, tanto no campo da medicina previdenciária como da saúde pública, que tinham como característica a centralização, o autoritarismo, a permeabilidade ao clientelismo e aos interesses mercantis, e o rechaço à participação dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão (PASCHE; VASCONCELOS, 2007).

desse conceito, pois, muitas das vezes, este tem sido utilizado por usuários, trabalhadores e gestores de maneira equivocada, sem critérios rigorosos no que se refere às práticas que derivam da humanização.

De acordo com Minayo (2006) ao se pensar na especificidade da humanização, tanto para o campo teórico, quanto na prática, é necessário retomar as raízes e as transformações do conceito humanismo, de onde deriva o termo humanização. A palavra humanismo deriva do latim *humanus*. Como doutrina filosófica o humanismo teve seus antecedentes na Grécia Antiga, mas em outros períodos históricos, como é o caso do Renascimento e do Iluminismo, foram marcados pelas preocupações contidas neste conceito. Os estudiosos atribuem a origem do humanismo a Sócrates por colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais, voltando suas reflexões para os problemas humanos, assim como ao Estoicismo, que também contribuiu para as idéias humanistas pela forma como concebia a natureza, os princípios da solidariedade entre as pessoas e a busca da felicidade.

Tendo florescido no Renascimento, o humanismo significava uma força ao obscurantismo vivido na Europa pelos excessos do Cristianismo e da igreja católica, na época da Idade Média. A Renascença representou a retomada do humanismo da Antiguidade em um plano mais sólido e, embora fundamentados nas idéias humanistas da Antiguidade, foram responsáveis por uma nova atitude em relação à humanidade e também pelo surgimento do método científico onde o conhecimento não estava mais centrado na religião.

No século XVIII o Iluminismo consagrou as idéias mais importantes da Renascença aprofundando algumas concepções fundamentais como a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a racionalidade. E é neste período que se dá origem à Declaração dos Direitos Humanos, onde por meio da Revolução Francesa a sociedade europeia consagrou os direitos dos cidadãos erigindo a liberdade, fraternidade e igualdade como ideais e metas da civilização. Atualmente, os pensadores questionam esses conceitos iluministas que levaram ao antropocentrismo e absolutismo da ciência, da técnica e a uma banalização da subjetividade e das emoções.

Deslandes (2006) aponta que a produção da sociologia médica norte-americana constitui-se como uma referência histórica fundamental para se conceituar o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e

quais seriam as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados. Observa-se que alguns trabalhos no início da década de 70 já agregavam em seus modelos diversos fatores de ordem estrutural que vão desde a formação profissional na área biomédica, da organização dos serviços, estruturas de hierarquia social e da provisão de cuidados, aos fatores de ordem interacional, referindo-se as relações de conflito, cooperação e subordinação entre profissionais e pacientes.

A discussão sobre humanização tem como marco, conforme apresenta Dias (2006), o simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde), ocorrido em São Francisco em 1972. Nesse encontro participaram vários profissionais da saúde e das ciências humanas derivando a publicação com a mesma denominação (HOWARD; STRAUSS, 1975). Um dos esforços desse simpósio e de sua publicação foi a conceitualização do que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados. Destacam-se ainda como fatores presentes nos debates sobre a humanização dos cuidados, e que devem ser considerados: a “[...] relação médico-paciente; a formação médica; a comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; as relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; os fatores psicológicos e subjetivos envolvidos” (DESLANDES, 2006, p.35).

De acordo com Dias “[...] as relações entre “cuidadores” e “clientes” sempre foram influenciadas pelas características das instituições onde elas aconteciam e num dado momento histórico”. (DIAS, 2006, p. 20). Voltados para os pobres, os primeiros hospitais eram locais de abrigo e cuidado oferecendo alimentação e assistência, atuando como instituições de caridade. A medicina como uma instituição social já existia muito tempo antes de possuir uma tecnologia efetiva para intervenção na saúde, e refletia certo conceito de ética e normas sociais.

A atuação do médico, como apresentado por Dias (2006), em uma parte de sua história pode ser percebida no que se refere ao cuidado e não ao curar, sua atuação era mais focada em dar apoio às pessoas que se encontravam doentes, aliviar a dor e, se fosse possível, também para dar esperança. Entretanto, a prática médica tem se tornado mais desumanizada em consequência da absorção de tecnologia e todo um aparato para diagnóstico e terapia, alterando, portanto, a relação médico-paciente.

A delimitação terminológica referente à humanização da atenção à saúde, como aponta Ayres (2006), quando permeada por um compromisso estritamente tecnocientífico das práticas de saúde, embora sejam relevantes, mostram-se insuficientes ao se tratar de humanização, por apenas confluir num elevado grau de objetivação e formalização dos serviços. Quando a humanização é entendida por esses pressupostos, “[...] aspira a horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico restrito de riscos, disfunções e distorções.” (AYRES, 2006, p. 50). A arte de cuidar que se encontra ligada às práticas de saúde não pode limitar-se a criação e manipulação de objetos.

Ao analisar essa ênfase na tecnologia, observamos que, de acordo com Jonas na antiguidade “[...] a técnica era um tributo cobrado pela necessidade, e não o caminho para um fim escolhido pela humanidade”. (JONAS, 2006, p. 43). O referido autor defende a tese de que na contemporaneidade o *homo faber* está acima do *homo sapiens*, revelando a tecnologia enquanto propensão da humanidade. Nesse sentido, continua argumentando ao dizer que

Hoje, na forma da técnica moderna, a *techne* transformou-se em um infinito impulso da espécie para adiante, seu empreendimento mais significativo [...] Assim, o triunfo do *homo faber* sobre o seu objeto externo significa, ao mesmo tempo, o seu triunfo na constituição interna do *homo sapiens*, do qual ele outrora costumava ser parte servil. Em outras palavras, mesmo desconsiderando suas obras objetivas, a tecnologia assume um significado ético por causa do lugar central que ela agora ocupa subjetivamente nos fins da vida humana (JONAS, 2006, p. 43).

A questão tecnológica, portanto, tende a assumir o estatuto ético de um fim em si mesmo. Considerando as necessidades de saúde dos usuários e a dimensão do cuidado inerente aos processos de atenção, é preciso refletir sobre os juízos mais íntimos que direcionam a tomada de decisões ao produzir saúde. Nesse sentido, é preciso salientar que para sustentar uma perspectiva de humanização é preciso ir além de uma aplicação da ciência restrita aos aspectos tecnológicos para alcançar alguns dos objetivos propostos a estas articulações.

Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios. [...] Utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam em juízos práticos. (AYRES, 2006, p.69).

O cuidar nas práticas de saúde, então, não se relaciona apenas a um estado de saúde previamente estabelecido e nem unicamente a aplicação mecânica dos aparatos tecnológicos disponíveis na perspectiva de se alcançar o estado de saúde desejável, mas sim ao sentido prático da relação entre as finalidades e meios para o paciente. Ainda que o tema sobre a humanização possa ser tratado a partir de tais considerações, o ato de humanizar “[...] além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formulação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas.” (AYRES, 2006, p.70).

Dessa mesma forma, Puccini e Cecílio (2004) corroboram com a idéia de que também exista, a partir das propostas de humanização, um aumento recorrente a valorização das inter-relações e da dignidade humana que abrange um espaço que, por vezes, foi ocupado pelo convencimento de uma superioridade moral do mercado.

Mesmo que pretendendo uma práxis transformadora pode-se destacar sob uma crítica ao movimento humanizador e a partir das diversas perspectivas conceituais que envolvem tal tema que além das dificuldades cotidianas e limites referentes às mudanças propostas aos serviços há a necessidade de atentar-se para as diversidades de hipóteses explicativas que se ligam a esse tema, uma vez que dependendo da maneira como são utilizados podem ser capazes de revelar dentre várias concepções, como sendo referentes a pressupostos politicamente corretos e justos, coincidindo apenas a noções e explicações genéricas.

A humanização, como destacam Puccini e Cecílio (2004), pode se revelar como a busca de um ideal quando seus proponentes, a partir das frentes de atividades e atribuições que compreendem diversos significados, intencionam uma perfeição moral das ações e relações entre as pessoas envolvidas. Dessa forma, na tentativa de uma resultante humanizadora, cada atividade é remetida a uma classificação e correlacionada a um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas.

A partir de 2000 considera-se o surgimento de uma resultante paradoxal: formas instituídas, marcas ou imagens vazias, *slogans* já sem a força do movimento instituinte, apresentando-se, portanto, como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção à saúde. Barros e Passos (2005b) salientam que se pode designar através dessa concentração temática presente sobre em que consistiria os

atos de humanização uma normatização das ações e um funcionamento sintomático, que acaba paralisando e sendo reproduzido como um sentido predeterminado, que corresponde ao conceito-sintoma. “Colocar em análise o conceito-sintoma é permitir a retomada de um processo pelo qual se faz a crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde como o “bom humano”, figura ideal que regularia as experiências concretas” (BARROS; PASSOS, 2005b, p. 390). É preciso então ao se falar sobre humanização, conferir uma crítica ao conceito-sintoma, na tentativa de propiciar que tais conceituações e práticas não se submetam à exclusiva reprodução de sentidos estabilizados e instituídos.

As proposições quanto à humanização, segundo Barros e Passos (2005a), em seu viés tradicional, expressam ações fragmentadas, imprecisão e fragilidade das práticas, projetos e propostas do que seria a humanização da saúde. Desse modo, embora ainda sejam demandada pelos usuários, as práticas nomeadas como humanizadas acabam sendo desprezadas e banalizadas pelos gestores e trabalhadores, uma vez que, encontra-se identificada a movimentos religiosos, ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo e ao tecnicismo e mecanicismo das práticas e de um gerenciamento que é sustentado na racionalidade administrativa.

A fragmentação das práticas de saúde seria aquela identificada, conforme Ceccim (2005), como sendo a execução de práticas que são consideradas avançadas por parte de especialistas, intelectuais e consultores e resultam na anulação das realidades locais em contraponto à concentração de saberes.

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializados. (CECCIM, 2005, p. 164).

Bastante questionado pelos seus desdobramentos, principalmente por centralizar-se no serviço de assistência hospitalar e não abranger a gestão, em 2001 o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), conceitua a humanização da seguinte maneira:

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber [...] Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. (BRASIL, 2001b, p. 52).

Ainda que o tema sobre o movimento humanizador possa ser tratado por meio de tais considerações ressalta-se que seu desenvolvimento em conformidade com distintas experiências resulta em um desenvolvimento fragmentado e “[...] o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de análise reduzido têm colocado as razões e motivações de tal movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1344).

Dessa maneira, cabe ressaltar que, com o foco na qualidade da atenção à saúde, nos direitos humanos dos pacientes e visando mudanças na maneira em como se processavam os cuidados e a assistência à saúde, o debate sobre a humanização mostrou-se relevante nos últimos anos. Esse tema tem sido priorizado no campo das políticas públicas na área da saúde enquanto propostas, debates e temas de pesquisas. Compreender o papel normatizador e o alcance das ações elaboradas pelo Ministério da Saúde é relevante para a compreensão das iniciativas de humanização da assistência hospitalar (BRASIL, 2008).

A partir desse panorama, Minayo (2006) salienta que o humanismo desejado para o século XXI é o que restitui o ser humano ao seu lugar integrado a natureza retomando na vida o equilíbrio entre a razão e os sentimentos. “É preciso humanizar e responsabilizar o poder cada vez maior da ciência da técnica.” (MINAYO, 2006, p.26). Nesse sentido de integração das práticas em saúde, o conceito de humanização revela um questionamento político, a saber, o modo instituído de conduzir o processo saúde-adoecimento pautado no paradigma biomédico hegemônico.

Para melhor definir, portanto, o conceito de humanização, Barros e Passos (2005a) abordam o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que este acaba experimentando nos movimentos coletivos. Esse processo de desidealização do homem dá como direção o necessário reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde cotidianas. Os autores tomam a humanização como

estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades que desencadeiam na transformação de si próprios neste mesmo processo.

Portanto, a constância do debate sobre a humanização explica-se pela polissemia e complexidade da reflexão que envolve algumas questões que se relacionam em que consistiria humanizar o cuidado em saúde e o que seria desumanizá-lo. Algumas discussões ocorridas em outras décadas revelam que existem conceitos e modelos explicativos que não contribuem para essa argumentação, embora seja a partir desses pressupostos que se pode amadurecer, incorporar ou mesmo abandonar certos questionamentos presentes neste campo (AYRES, 2006). A humanização precisa ser, então, deslocada das concepções comuns que acabam determinando uma normalidade morfofuncional às práticas de atenção à saúde. O desafio apreendido à humanização requer outras dimensões, das quais o cuidar não se relaciona apenas as necessidades de se ter saúde. A humanização é um conceito que se enraíza numa nova visão do ser humano.

### **2.3 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**

Esse é o contexto discursivo em que se localiza a política de Humanização do Ministério da Saúde em nosso país. Acerca dessa política Barros e Passos (2005a) destacam que um dos impasses discutidos sobre a humanização emerge em meio à necessidade de se desfazer as várias concepções existentes em relação a esse tema. Ou seja, desfazer-se da fragmentação das perspectivas que objetivaram desde os resultados dos programas a outras que “[...] problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão.” (BARROS; PASSOS, 2005a, p.562).

O debate sobre as políticas públicas de humanização vem sendo consolidado a partir de discussões e disciplinas como a filosofia e antropologia e através das práticas dos profissionais e dos serviços de saúde. Entretanto, o movimento pela humanização embora tenha sido empreendido por várias organizações, sem

dúvidas, requer mudanças na maneira em como se processava os cuidados e a assistência à saúde.

A discussão sobre a humanização dos serviços de saúde, segundo Barros e Passos (2005a), encontra-se inerente ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. As experiências cotidianas de atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados obtidos em pesquisas que foram sendo desenvolvidas para a avaliação desses serviços denotaram a baixa qualidade de atenção ao usuário e demonstraram ser esse um dos aspectos mais críticos do sistema de saúde brasileiro. Dessa maneira:

As políticas públicas de humanização começaram a se consolidar depois da avaliação dos resultados de uma pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que revelaram uma repetitiva história de maus tratos sofridos na busca pelos cuidados de saúde nos hospitais desta rede (DIAS, 2006, p.40).

Foi implantado em 2001 pelo MS o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que se efetivou pela implementação inicial como sendo um projeto piloto que correspondia apenas a dez unidades hospitalares, em maio de 2000. O PNHAH objetivou difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira e melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil.

Buscava-se com esse programa capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde concebendo e implantando novas iniciativas de humanização dos hospitais para que viessem beneficiar os usuários e os profissionais de saúde. Dessa forma, pretendia-se fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública estimulando a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área. Finalmente, como forma de avaliação, desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado. De acordo com o MS o programa visava ainda modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos tornando as instituições mais harmônicas e solidárias de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (BRASIL, 2001b).

Compreende-se que a concepção que orientou as ações do PNHAH teve como principal objetivo aprimorar as relações entre profissionais de saúde e

usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, conforme Dias (2006). Assim, essa política sustenta a valorização não só dos usuários, mas também dos profissionais, como sujeitos envolvidos no ato de cuidar. Ou seja, tanto a tecnologia quanto o fator humano são cruciais para a gestão do cuidado em saúde. Para tanto, a melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados requereriam uma abordagem que fosse capaz de integrar a eficiência técnico-científica e novas técnicas de administração nos serviços de saúde a princípios e valores como a solidariedade, a ética e o respeito a singularidade das necessidades dos usuários e dos profissionais:

Adotar um conjunto integrado de ações que visassem qualificar a assistência a saúde oferecida no âmbito do SUS, entre as quais destaca os investimentos na recuperação de instalações físicas, compra de equipamentos e de tecnologia moderna, barateamento de medicamentos e a capacitação de recursos humanos, o MS concluiu que tais medidas se adotadas de forma isolada da modificação da relação entre usuários e profissionais de saúde não seriam suficientes para melhorar a qualidade no atendimento à saúde (DIAS, 2006, p. 41).

A busca por mudanças em relação ao modelo de atenção e serviços de saúde oferecidos a partir da proposta de humanização da assistência à saúde referia à linguagem como sendo uma ferramenta importante às transformações e construções de redes de significado. Dias (2006) realça que o programa humanizador da saúde visava garantir uma padronização da “linguagem” sobre humanização nos hospitais e ainda melhorar a qualidade de atendimento à saúde dos usuários bem como as condições de trabalho para os profissionais da saúde.

Foram a partir das pretensas mudanças quanto ao modelo de atenção e nos serviços de saúde que eram oferecidos pelo Sistema Único de Saúde que o Ministério da Saúde em 2004, reformulou e unificou as ações de humanização sob sua coordenação e transformou o que era apenas um programa em uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), nomeada Humaniza-SUS (BRASIL, 2008).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em seu próprio nome carrega limites à questão política da democratização das relações interpessoais, pois restringe a humanização à atenção, à relação profissional-usuário e ao contexto hospitalar apenas. Contudo, a PNH avança no sentido de pressupor a humanização nos vários níveis de atenção (baixa, média e

alta complexidade) envolvendo todos os atores (profissionais, usuários e gestores). Com relação ao processo de democratização da sociedade, avança também ao reafirmar princípios constitucionais tais como o controle social, além de ter a vocação de questionar o modelo biomédico instituído.

Com a PNH, portanto, as ações de humanização são voltadas as demais instâncias da saúde e não mais encontra sua atenção centralizadas a situação da saúde nos hospitais. Barros e Passos (2005b) ainda lembram que não se deve confundir uma política com um princípio. A humanização propõe-se assim, como uma política pública de saúde que tem como pressuposto efetivar os princípios que lhes são propostos, mas também se encontra envolvida com os modelos de atenção e gestão da saúde e com os modos de fazer, os processos efetivos de transformação e criação de realidade.

A passagem do PNHAH à PNH enquanto política, para todos os níveis de atenção procura infiltrar na micropolítica dos processos de trabalho das equipes, no atendimento particular, no caso a caso, procurando uma desestabilização produtiva, no sentido de questionar os arranjos organizacionais pautados na racionalidade biomédica. O acolhimento, por exemplo, é um dispositivo transversal que desde o porteiro, o motorista ao médico mais especializado se implica na produção de vida e de cuidado. Dilui-se, portanto, a idéia do cuidado centrado nas especialidades que muitas vezes não se comunicam entre si; um trabalho inventivo em todos os aspectos do cotidiano no enfrentamento do instituído.

A PNH se consolida a partir das propostas de mudanças dos modelos de atenção e gestão e baseia-se em três princípios gerais, os quais possibilitam seu desdobramento enquanto uma política pública de saúde. Dessa forma a PNH tem como um de seus princípios a transversalidade que corresponderia, de acordo com o Ministério da Saúde, a transformação dos modos de relação e de comunicação visando melhorias intra e intergrupos refletindo a todos os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, intencionando a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos estabelecidos na relação de trabalho (BRASIL, 2008).

Outro princípio a ser citado e caracterizado como sendo de fundamental importância para as modificações que estavam sendo propostas seria a indissociabilidade entre atenção e gestão. A alteração dos modos de cuidar não poderia estar separada daqueles que viessem ocorrer aos modos de gerir e se

apropriar do trabalho para assim ocorrer a integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

O princípio correspondente ao protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos significa que:

Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2008, p.24).

A humanização como proposta advinda de uma política pública intenciona garantir melhorias não só quanto aos serviços ofertados, mas também melhorar as condições para a realização dos trabalhos pela equipe integrante do sistema (trabalhadores e gestores), como foi apontado acima. Contudo, a incorporação de novos conceitos e práticas aos serviços de saúde presume-se de uma realidade que detecta o desconforto causado perante a impossibilidade de se realizar algumas propostas, e da ineficácia de algumas práticas cotidianas.

Vale lembrar que o humano na PNH não pressupõe o homem ideal, abstrato, algum padrão a ser seguido, mas sim considera um homem na sua existência concreta, no cotidiano de suas lutas. Nesse sentido, a concepção de humano subverte a noção de homem-modelo – uma forma dada *a priori*. A humanização parte do concreto das experiências de trabalho nos serviços de saúde, estando implicados nessas experiências o encontro entre usuários, trabalhadores e gestores para a construção da PNH. Portanto, a forma de atuação desses três atores deve sempre estar em análise, uma vez que um serviço e um processo são conduzidos por “humanos”, “[...] sujeitos em constante processo de diferenciação, de produção de novos modos de existência, processos que desestabilizam formas instituídas de ser trabalhador e experimentam outras” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 605-606).

Subentende-se, por conseguinte, que a necessidade de se humanizar as práticas de saúde, a partir da sistematização de experiências do SUS seja recorrente a algumas deficiências presentes na base de suas propostas e execuções. Pode-se destacar dentre alguns dos princípios discutidos pela Política Nacional de Humanização, “[...] a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo

de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários” (BRASIL, 2008, p.08). Entretanto, cabe salientar como expresso pelo Ministério da Saúde que os aspectos intrínsecos a essa política baseiam-se em um SUS que “dá certo” e tem por objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos.

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes dois processos, o que faz da humanização um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS (BARROS; PASSOS, 2005b, p. 392).

Quanto à proposição dessa política o Ministério da Saúde enfatiza que ela não se faria possível sem alterações que alcançassem também o modelo de gestão. O despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva presente nas práticas de saúde e os modelos de gestão que eram vistos como centralizados e verticais, desapropriando os trabalhadores de seu processo de trabalho, foram destacados na avaliação dos serviços prestados e indicaram a necessidade e criação de uma política que visasse ofertar melhores serviços.

Embora a humanização da assistência à saúde tenha sido implantada pelo Ministério da Saúde como uma política pública de saúde, o desafio de implantar e colocar em prática as propostas e os princípios dessa política de humanização encontra-se permeado por algumas dificuldades. Compreende-se que:

Um sistema unificado de saúde cujo modelo de administração é descentralizado não pode prescindir da parceria efetiva dos estados e municípios gestores da maior parte da rede, uma vez que o número de hospitais federais é pequeno comparado ao total de hospitais que compõem a rede do SUS. Esta parceria, portanto, está sujeita a questões políticas e financeiras nas três esferas da administração, que tanto podem contribuir para o sucesso da implantação de uma política desta natureza quanto inviabilizá-la. (DIAS, 2006, p.45)

A multiplicidade da natureza dos hospitais também são fatores determinantes quanto as inúmeras e importantes dificuldades que cerceiam essa política. Embora a humanização tome por base os princípios da hierarquização e da regionalização

para que a política possa ser efetivada, de acordo com Dias (2006), é preciso contar com o apoio e criatividade da equipe integrante de cada instituição visto a diversidade e complexidade de cada uma. Assim, as forças institucionais não devem ser deixadas à margem das discussões por serem historicamente reconhecidas e fundamentais à ordenação da vida social. Nesse sentido, observamos que:

Há, nesses anos, um debate que acompanha as experimentações políticas em curso que precisamos resgatar na sua potência de problematização do poder. Afinal de contas, trata-se mesmo de avaliar os poderes instituídos e as resistências-instituintes de novos modos de viver e, mais especificamente, de lidar com o tema da saúde (BARROS; PASSOS, 2005a, p. 563).

A humanização da assistência à saúde precisa apreender o trabalho conjunto de diferentes profissionais em todos os níveis de atendimento. O trabalho em equipe transdisciplinar é capaz de contemplar uma variedade de enfoques e opções de compreensão dos aspectos subjetivos existentes no atendimento à saúde. Especificamente quanto à humanização da assistência à saúde da mulher, são várias as propostas e os investimentos que apontam para a importância na melhoria das iniciativas que estão voltadas para a qualificação e humanização da assistência materna e dos bebês.

A questão política da humanização na PNH se expressa enquanto dispositivo que, por meio de seus princípios e diretrizes, procura analisar o instituído, o que se tornou naturalizado cristalizado nas instituições. Nesse sentido, seu viés político procura desestabilizar a hegemonia do saber médico e a ênfase dada às tecnologias duras e leveduras nos processos de trabalho em saúde. Desestabilizar a fragmentação dos serviços, a centralidade na doença e no atendimento hospitalar, a hierarquização, entre outros. Por isso a indissociabilidade entre atenção/cuidado e gestão, a inseparabilidade entre clínica e política e a transversalidade, ou seja, a maior comunicação nas equipes e entre as equipes no cotidiano de trabalho, o que permite provocar mudanças nas práticas de saúde.

As diretrizes da PNH preconizam ainda a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde. Um dos dispositivos desse modelo é o direito a visita aberta e ao acompanhante, expresso inclusive em legislação específica no caso de acompanhante durante o trabalho de Parto. Embora esse dispositivo esteja contido na proposta da PNH, nem sempre o cotidiano dos serviços

está preparado para colhê-lo. No caso da Maternidade Odete Valadares, esse direito/dispositivo não é exercido em decorrência da permissão de acompanhamento nesta situação apenas por mulheres. O pai da criança, portanto, não pode ser escolhido pela parturiente para acompanhar o parto. No entanto, uma das diretrizes da PNH é a defesa dos direitos dos usuários.

Partindo da realidade deste serviço, e considerando a indissociabilidade entre atenção e gestão, é preciso avançar ainda com o coletivo nas discussões sobre esse tema, no intuito de melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado. Mesmo numa fundação conveniada ao SUS, como é a maternidade Odete Valadares, os processos que a PNH pretende disparar com seus princípios e diretrizes são válidas na medida em que a regulação do setor privado é dada pelo setor público e não o contrário. Enfim, essas mudanças só são possíveis nos espaços coletivos de produção de serviços e produção de sujeitos, que incluem todos os atores envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores em uma gestão participativa cujo foco é a própria análise do trabalho.

Em nossa inserção na maternidade Odete Valadares, observamos que a cogestão ainda é um desafio. Dessa maneira, ainda é preciso formar colegiados de gestão numa perspectiva dialógica e polifônica, em que as múltiplas vozes possam contribuir na construção de um serviço humanizado. As mudanças até então conquistadas são tímidas em relação à potência existente no encontro da instituição com os princípios e diretrizes presentes na PNH. Os Contratos Internos de Gestão<sup>4</sup> são bons exemplos de uma gestão compartilhada, que propicia o aumento da corresponsabilização dos cuidados, na promoção da autonomia: um processo de negociação permanente que se pauta nas necessidades das partes contratantes, com objetivos e metas alinhadas por consenso. A construção de mudanças, portanto, passa a ser coletiva e não atribuição exclusiva da tomada de decisões em sentido vertical pela diretoria.

---

<sup>4</sup> Remetemos o leitor ao exemplo de implementação do Contrato Interno de Gestão do Hospital Odilon Behrens (HOB/BH) discutido no artigo “Contratos Internos de Gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão” de Santos Filho e Figueiredo publicado na Revista Interface em 2009 (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

## 2.4 Humanização da Assistência ao Parto

Abordar a humanização da assistência ao parto requer, em um primeiro momento, um percurso sobre o modo em que vem se processando as práticas que tangenciam o parto e o nascimento. Nesse sentido, é preciso inicialmente captar o conjunto de forças que determina o parto no que se refere à sua dimensão médica e hospitalar. Para isso, vamos seguir o raciocínio de Vieira (2002) quanto a articulação entre medicina e sociedade, pois no imaginário atual, em certa medida, percebemos que é inquestionável a assistência ao parto enquanto ato médico.

De acordo com Vieira “[...] para Miles (1991) medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais”. (VIEIRA, 2002, p. 19). A articulação entre medicina e sociedade, nessa direção, seria a produção de indivíduos conforme os padrões de normalidade científica. Assim, o processo histórico determinante da capilaridade das intervenções científicas é amplo, conflituoso e heterogêneo e ampara-se em relações de poder que investem sobre o corpo.

O século XX assiste à consolidação de um novo tipo de existência da prática médica: a medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado da formação capitalista, no interior da qual se constitui o projeto de medicalização dos corpos. Os diferentes estágios desse projeto aperfeiçoarão o papel político da prática médica (VIEIRA, 2002, p. 20).

Nesse contexto, é preciso evidenciar que a medicalização do corpo feminino faz parte de um projeto mais amplo de medicalização da sociedade, que teve como ponto de partida os acontecimentos do século XVIII, como, por exemplo, a transformação dos hospitais gerais em instituições médicas na Europa. Projeto político, sem dúvida, que suscitou outros sentidos sobre as práticas que envolvem o parto e reestruturou serviços assistenciais.

Donnangelo (1979), ao tratar da medicalização da sociedade, refere-se a dois sentidos para a questão da extensão da prática médica, os quais terão reflexos diretamente sobre a medicalização do corpo feminino em particular, muito embora o estudo dessa autora trate do processo de medicalização em geral. O primeiro sentido refere-se à extensão do campo da normatividade da medicina, no que diz respeito às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la. [...] O segundo sentido compreende a medicalização também como ampliação quantitativa dos serviços médicos e

incorporação cada vez maior das populações ao cuidado médico individual (VIEIRA, 2002, p. 20-21).

A entrada da medicina na sociedade, na medida em que foi sancionada enquanto saber científico contou com o poder regulador do Estado, principalmente no que diz respeito ao projeto de higienização da sociedade, que incidiu de forma contundente sobre crianças e mulheres. Esse movimento de higienização, portanto, partiu do espaço público das cidades à interioridade dos lares.

Embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII e XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerada como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organizar-se, enfim, legitimar-se. A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. Esta dará origem a outras disciplinas médicas que pretendem cuidar do corpo feminino, tal como a ginecologia e outras relativas à reprodução humana, como a embriologia, a genética, a contracepção. Será também a partir da obstetrícia que se irá promover a expansão da assistência médica à gravidez e ao parto, através de serviços e programas específicos (VIEIRA, 2002, p. 23).

É importante destacarmos que o desenvolvimento da medicina enquanto saber hegemônico se fez em articulação com o próprio desenvolvimento da tecnologia e dos benefícios sociais e clínicos promovidos. No entanto, o que está em questão é a natureza política da medicina na sociedade capitalista, a estratégia de controle social que se inicia no corpo, com o corpo. Baseado nas idéias de Foucault, Vieira (2002) evidencia a estreita associação entre medicina e biopolítica, cujo saber passa a gerir o cotidiano dos indivíduos e da população, e no caso do nosso objeto de estudo, o parto e suas tecnologias.

Por muito tempo, na história da humanidade, mulheres de diferentes sociedades se fizeram presentes para apoiar e cuidar de outras mulheres no momento do parto. De acordo com Dias e Deslandes (2006) quando uma mulher ia dar à luz, buscava auxílio e recebia apoio de outra mulher mais experiente que detinha conhecimentos tradicionais. As parteiras atendiam aos partos e passavam sua técnica de uma geração para outra, sendo, portanto, indiscutível seu papel na história e na sociedade.

Portanto, com o advento da sociedade industrial e a ascensão da razão, há um deslocamento da hegemonia dos saberes das parteiras para a hegemonia do

saber científico incorporado à prática médica do obstetra, o qual garantiu o monopólio sobre o parto.

A medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, que se torna então objeto da medicina. O processo para medicalizar o parto foi longo: começa por volta de trezentos anos antes de sua institucionalização nos hospitais e do estabelecimento desta área do conhecimento como área médica. A partir do século XVIII, existirão condições para a criação da obstetrícia como disciplina médica. Esta, no século XIX, delegará aos médicos o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades, instituições hospitalares exclusivas para tal fim (VIEIRA, 2002, p. 47).

Esse processo foi longo, difícil e não sem conflitos. A mortalidade materna era um risco real na Europa até o século XVIII. Foi durante o século XIX que os médicos desenvolveram técnicas cirúrgicas, descobriram agentes infecciosos e substâncias anestésicas que permitiram a redução da mortalidade materno-infantil e, por conseguinte, dominaram essa prática. No século XVIII, com a consolidação da prática médica obstétrica e com o uso de novas tecnologias, cria-se a oportunidade para que o médico entre mais freqüentemente na cena do nascimento. Para o final do século XIX há que se destacar a criação da assistência ao pré-natal e aumento da realização dos partos em hospitais empreendido pelos países industrializados que passaram a visar o tamanho e a vitalidade populacional. Esses países anteriormente a tal período além de conviverem com a queda da taxa de natalidade e apresentava nesse período altos índices de mortalidade materna e perinatal. Ou seja, “gradativamente, as mulheres começaram a perceber que os médicos poderiam oferecer serviços que não estavam ao alcance das parteiras” (DIAS; DESLANDES, 2006, p. 354). A hospitalização do parto, portanto, é um evento importante nesse processo.

As mudanças nos hospitais transformaram-nos em instituições terapêuticas, um local de acúmulo e desenvolvimento do saber, que passou a incorporar registros, médicos em postos de direção do processo de sua reorganização e, a partir daí, o hospital passa a ser o local de formação dos médicos e de renovação técnico-científica. A dificuldade principal para defender a hospitalização do parto a partir do momento em que é identificada uma entidade nosológica de caráter epidêmico: a infecção puerperal. Esse talvez tenha sido o maior obstáculo a ser vencido e dominado para efetivar os anseios da medicina em desenvolver a prática obstétrica no século XIX (VIEIRA, 2002, p. 50).

O parto, por conseguinte, é associado a um estado mórbido, a algo patológico, a ser tratado no interior de uma instituição que outrora era abrigo para os pobres, desvalidos, mendigos, desempregados, loucos, vagabundos, etc. (FOUCAULT, 1978). Nesse contexto, o discurso médico vai advogar a internação ou hospitalização do parto e colocar em dúvida o saber das parteiras enquanto um saber ilegítimo.

A produção das idéias sobre o corpo feminino, aqui analisadas, apresenta-se no contexto do projeto maior de higienização da sociedade capitalista no século XIX e vai servir de substrato para que a medicalização cumpra a sua parte no projeto social da época. É necessário, sobretudo, destacar que a medicalização se viabiliza pelas características da reprodução biológica abrigada no corpo feminino. A produção de idéias sobre uma 'natureza feminina' é que permitirá a sua medicalização (VIEIRA, 2002, p. 69-70).

Ao longo do século XX inúmeras tecnologias foram incorporadas à rotina de assistência ao parto, mesmo sem a existência de evidências que recomendassem sua utilização. Dessa forma, o modelo biomédico de assistência ao parto passou a ser alvo de várias críticas e a evolução tecnológica da obstetrícia resultou numa dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais no atendimento clínico, cuja rotina convencional tanto na gestação quanto no parto e no puerpério imediato, freqüentemente não atende às expectativas da mulher (MALDONADO, 1997).

Segundo Soifer (1980) diante do internamento hospitalar, o parto aparece como um fato concreto e irreversível causando na mulher uma ansiedade que se projeta sobre os mais variados elementos e situações: a família, a enfermeira, o marido e o obstetra, e quando a gestante consegue elaborar essa ansiedade alcança um estado de tranqüilidade. Observamos esse fenômeno principalmente nas mulheres mais preparadas que conseguem recuperar o controle; mas se esta elaboração não ocorre o processo de parturição pode se tornar mais doloroso e a mulher se mostrar pouco cooperativa. Existem duas situações que frequentemente intensificam o descontrole da parturiente: o toque vaginal e o enema (lavagem intestinal) este precedido pela depilação dos pelos da área pubiana (tricotomia). O toque vaginal torna-se desencadeador da ansiedade, pois, através dele pode-se verificar se há ou não uma dilatação adequada para o parto.

A "modernização do parto", digamos assim, vai se enraizar e se propagar por quase todo o mundo no século XX. Assim, o Brasil acompanhará esse processo, por intermédio de suas instituições, e apenas a partir da segunda metade do século XX

é que algumas críticas a esse modelo hegemônico se farão presentes, sobretudo com a emergência do movimento feminista no intuito de humanizar o parto, como salienta Vieira (2002) em seu texto “A Medicalização do Corpo Feminino”.

No Brasil, desde a década de 80 existe um movimento social pela humanização do parto e do nascimento que questiona o modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento. Esse movimento questiona o atendimento hospitalar medicalizado, e, em conformidade com a Organização Mundial de Saúde - OMS, propõe mudanças no referido modelo, tais como: incentivar o parto vaginal e o aleitamento materno imediatamente após o parto, alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), presença de acompanhante durante a realização do parto dentre outras mudanças consideradas imprescindíveis, como pontua Tornquist (2002). Além disso, recomenda modificações nas rotinas hospitalares que podem ser desnecessárias em alguns casos – episiotomia, amniotomia, enema, tricotomia e cesáreas. De acordo com Tornquist

O conjunto de medidas tidas, então, como *humanizadoras* busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais *naturais*. (TORNQUIST, 2002, p. 484).

É nesse sentido que tematizar a humanização da assistência ao parto abre questões fundamentais para reflexões acerca da construção de um novo modelo das políticas em saúde. A humanização da assistência à mulher envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento, em que a família e suas várias dimensões não podem ser ignoradas.

O Ministério da Saúde em consonância com tal discurso vem promovendo ações para conscientizar os profissionais sobre a necessidade de se mudar as práticas, não só de maneira geral, mas também humanizar os partos (BRASIL, 2008). Vale lembrar que esta iniciativa pretende melhorar a atenção ao parto, sensibilizar os gestores do SUS e profissionais de saúde para que reconheçam as práticas humanizadas e desenvolvam ações de apoio e qualificação das mesmas.

O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento foi instituído através da portaria de nº 569 pelo Ministério da Saúde e baseou-se nas propostas de melhorias na qualidade da assistência à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, visando diminuir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e

perinatal (BRASIL, 2001). Na área da assistência à saúde da mulher este desejo de mudança na qualidade e na humanização do atendimento era manifestado, na década de 80. Nessa época, essa manifestação pelas práticas de saúde era pauta do movimento feminista na década de 1960, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher. Dos anos de 1960 aos 1980, observa-se um movimento crescente pela mudança das práticas de saúde.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, antes da criação do SUS, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Esse programa foi pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde. Por isso mesmo, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação. Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta. “Considerava-se esse quadro agravado face à crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar” (BRASIL, 1984, p. 5).

Uma atenção pré-natal e puerperal humanizada e de qualidade é fundamental para a saúde materna, fazendo-se necessário, construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente. É preciso, entretanto, considerar alguns aspectos tais como o ambiente social, econômico, cultural e físico em que se vive para então estabelecer as necessidades e as novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde, e para a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos.

Reflexões acerca da presença e participação da família no parto e pós-parto fazem pensar no contexto da humanização articulada às mudanças ocorridas nos vários arranjos familiares e nos contextos sócio-culturais que se confluem. Diante deste contexto, homens e mulheres fazem parte de uma geração em transição. Sabemos que novos papéis estão apenas delineados, e que a construção de novos papéis que emergem com a chegada de um novo ser abre espaço para um lugar de invenção.

Dias e Deslandes (2006) apontam que outra característica importante da assistência ao parto é a impessoalidade, uma vez que o processo de trabalho nas maternidades geralmente está mais orientado para o nascimento de um bebê saudável do que para a satisfação da mãe. Sendo assim, partindo da identificação dos elementos que descaracterizam ao longo do tempo o processo da parturição, e suas questões subjetivas, é que tem se dado a demanda por um parto humanizado.

Este afastamento da própria mulher do seu processo de parturição, descrito acima, nos levou a indagações a respeito dos processos de subjetivação da parturiente, da forma que esta mulher é atendida/acolhida pela equipe de saúde e o que teria a psicologia a contribuir ou a propor neste processo. O acolhimento nesse caso entendido como ato ou efeito de acolher, expressando em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. (BRASIL, 2006b).

Percebemos, em nosso cotidiano de trabalho que é possível amenizar os impactos das intervenções durante o parto. Acreditamos que a escuta e o acolhimento podem dar suporte para a mulher enfrentar esses atravessamentos. Assim, a proposta de um trabalho humanizado com gestantes pode contribuir para que elas sejam protagonistas de seu próprio parto e abrir espaço para novos olhares a respeito das práticas realizadas na maternidade.

### 3 CARTOGRAFAR A VIDA

#### 3.1 Cartografia e Subjetividade

Para mapear as forças que constituem uma rede de cuidados humanizados no momento do parto, isto é, investigar os processos de subjetivação decorrentes do acontecimento-parto e os afetamentos emergentes nas relações estabelecidas entre equipe profissional, doulas, parturiente e instituição, a partir das diretrizes da PNH, objetivo desse trabalho, usamos a proposta metodológica da cartografia.

De acordo com o dicionário Houaiss (2001) cartografia é a arte ou ciência de produzir mapas. Mas como se faz um mapa? Geograficamente falando, seria necessário percorrer um caminho, demarcar territórios, desenhar de acordo com as formas e o espaço. Para além da explicação do dicionário, cartografar a subjetividade remonta a multiplicidades e diferenciações, desenhar a vida da forma que ela se apresenta no encontro do pesquisador. Segundo Rolnik (1989), para os geógrafos a cartografia, diferentemente do mapa (representação de um todo estático), é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis, pois a cartografia acompanha e se faz simultaneamente ao desmanchamento de certos mundos, ou seja, sua perda de sentido; e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos.

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (ROLNIK, 1989, p. 16).

Método proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari, a cartografia vem sendo utilizada enquanto metodologia, como um movimento de resgate da dimensão subjetiva da criação e produção de conhecimento, sendo um método que busca acompanhar e investigar a complexidade e o não reducionismo (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). A cartografia ampara-se nas idéias da chamada “filosofia da multiplicidade” ou “pensamento da diferença” e ainda tem como autores

Michel Serres, Suely Rolnik e Pierre Lévy, que também foram influenciados pela produção de Friedrich Nietzsche.

O ideal de controle da natureza foi duramente criticado pelo filósofo, ou seja, a racionalidade, a matematização e a previsibilidade dos fenômenos. Ele afirma ainda que a pretensão de neutralidade torna a ciência uma prática fria, que exaure a alegria. Na realidade é apenas uma ilusão de neutralidade, pois toda ciência encerra em si um posicionamento político. Adverte, nesse sentido, que a produção de conhecimento deve ser capaz de aliar ciência, moral e felicidade. De certa maneira, isso significa afirmar a complexidade da existência, complexidade “[...] que não se confunde com a conotação leiga do termo entendido como algo incompreensível, complicado, mas sim apreendido como algo que não se reduz a unidades simplistas de explicação” (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 89). Afirmar os planos coletivos, afirmar que a produção do conhecimento deve se implicar com a melhoria da vida, com os movimentos do desejo, com as processualidades.

Dessa maneira, pesquisar encontra-se imbricado ao percurso e as implicações do pesquisador e se opõe à forma moderna de produzir conhecimento, pois conforme a metodologia científica tradicional o sujeito-pesquisador e objeto-pesquisado ocupam lugares determinados (ROMAGNOLI, 2009). Dessa maneira, pesquisador-campo, teoria-prática se mesclam na produção de conhecimento científico. A implicação com o campo desta pesquisa se confunde com o próprio campo de atuação profissional, campo rico de relações onde circulam afetos, percepções e sensações da equipe de profissionais, das parturientes, dos acompanhantes e das doulas. Campo de forças muitas vezes problemático, no início dos trabalhos, pela forma de atuação instituída há anos. Nesse sentido, as intensidades que circularam no decorrer do trabalho permitiram a escolha do tema em foco e certa transformação da própria atuação enquanto profissional. De acordo com Romagnoli “[...] a contemporaneidade e a Psicologia atual nos instigam a buscar outros modos de conhecer [...] mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo”. (ROMAGNOLI, 2009, p. 170).

Cartografar remonta ainda à idéia de “mapa”, que se opõe à topologia quantitativa que designa um território estático e extenso a outro conceito dinâmico, que busca acompanhar as transformações da subjetividade em sua percepção no mundo cartografado, de acordo com Kirst *et al* (2003). Dentro dessa perspectiva, a

cartografia prioriza uma discussão metodológica que é construída de acordo com a produção de subjetividade em um dado território.

Para Rolnik (1989), o cartógrafo tem como estratégias atender-se sobre as formações do desejo em todos os fenômenos da existência humana nas quais se propõe a investigar. Assim, o cartógrafo utiliza as mais diversas fontes, não só escritas ou teóricas, mas também operadores conceituais emergentes das relações que acompanham as situações. Nesse sentido, as intensidades que perpassam o corpo do cartógrafo vão ao encontro dos outros corpos. Ressaltamos que para o cartógrafo “entender” não se refere a explicar e nem revelar, mas significa apenas que intensidades buscam expressão.

Para ele não há nada em cima - céus da transcendência -, nem embaixo - brumas da essência. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem. (ROLNIK, 1989, p. 67).

Para o cartógrafo a linguagem representa a criação de mundos, veículo que promove a transcrição para novos mundos; novas formas de história. A preocupação central não é com a corroboração dos fatos, mas com a participação na constituição de novos territórios existenciais. O cartógrafo almeja aproximar-se das transformações cartografadas acolhendo o caráter subjetivo, ou seja, o caráter finito e ilimitado do processo de produção da realidade, que Rolnik (1989) conceitua como desejo. Desejo que sempre remete ao social e que é inerente a uma realidade de pura produção.

A cartografia, como ressalta Mairesse (2003), refere-se ao modo de pesquisar, bem como aos significados e implicações do pesquisador que atua neste processo. Conquanto, sabe-se que a tradição científica sempre preconizou uma imparcialidade do pesquisador frente ao objeto estudado, deixando claro a posição determinada do material produzido destes estudos. Rolnik (1989) aponta como critério de avaliação do cartógrafo os seus próprios aspectos subjetivos e o grau de intimidade que cada um se permite conforme o caráter finito-ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos. Com a proposta de abarcar a complexidade do objeto de estudo, essa discussão metodológica “[...] desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência para inaugurar uma nova

forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo” (MAIRESSE, 2003, p. 259).

As questões emergentes das parturientes atendidas na maternidade Odete Valadares refletem no desmanchamento de certos mundos e formação de outros, buscando expressar novos afetos reconstruídos e mergulhados nas intensidades de seu tempo. Para abarcar a complexidade e a processualidade dessa realidade, usamos a cartografia exposta acima. Kastrup (2007) designa ao método cartográfico a idéia de uma utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade, onde há um afastamento das regras pré-estabelecidas utilizadas na metodologia tradicional.

Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*. Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procure estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2007, p.15).

De acordo com Kastrup (2007), o funcionamento da atenção durante o trabalho de campo desde o início é encarado como uma produção dos dados da pesquisa e não uma coleta de dados. A partir de minha inserção na maternidade, do trabalho desenvolvido e da consideração de um conjunto de atravessamentos heterogêneos, foi possível produzir dados relativos às forças que a princípio pareciam fragmentos de discursos pré-existentes e que o contato com as situações cotidianas que vieram explicitar um campo fértil de análise.

Segundo Kastrup (2008), toda realidade é composta por um plano de forças, com dois funcionamentos distintos que sustentam relações diferentes. De um lado, as formas, que possuem um funcionamento dicotômico e dissociativo. Elas atuam por codificação e classificação, via operações de transcendência que formam estratos, segmentos que homogeneizam os fluxos da vida e os organizam. Por outro lado, de maneira imanente, temos as forças, com um funcionamento heterogêneo e conectivo. Nesse funcionamento, a organização não faz a mínima diferença, porque a potência é conquistada nos encontros, na interseção. Nesse plano, a potência emerge e gera novas formas de expressão.

A reflexão acerca do nosso objeto de estudo, ou seja, acerca da rede de cuidados que permite à experiência de parto tornar-se uma experiência humanizada, nos leva à construção dos elementos heterogêneos e das formas de expressão que emergem nesses encontros. A própria presença do pesquisador afeta a realidade

dos dados no instante mesmo em que é afetado pela inserção no campo de pesquisa. Nesse sentido, há uma modificação recíproca que pode disparar processos de subjetivação que promovem deslocamentos nas subjetividades envolvidas.

Nesse contexto, faz-se necessário ampliar e aprofundar neste ponto o conceito “subjetividade”, proposto em termos processuais na introdução deste trabalho a partir do conceito “rizoma”, em que planos e forças devem coexistir. A subjetividade, nesse sentido, pode ser entendida como

[...] um sistema aberto, constituído de múltiplas e diferentes forças, denominadas por Guattari (1993) como *Equipamentos coletivos de subjetivação* ou *componentes de subjetivação*, conceito que pode ser entendido como um agregado de inúmeras *máquinas* que compõem a realidade (PARPINELLI; SOUZA, 2005, p. 480).

De acordo com Parpinelli e Souza (2005) a noção de subjetividade é complexa e seu entendimento depende da articulação de aspectos psíquicos com as forças dinâmicas que compõem a própria realidade. Compreende-se que o sujeito não tem contornos limitados, mas múltiplos componentes de subjetivação, que se ligam e religam influenciando a constituição da subjetividade. “Para a esquizoanálise, a articulação de aspectos psíquicos com os equipamentos coletivos de subjetivação ocorre de maneira rizomática” (PARPINELLI; SOUZA, 2005). A realidade é entendida como uma rede constituída de inúmeras ramificações que se conectam e reconectam continuamente com outras ramificações produzindo subjetividades.

Rizoma, por sua vez, é um conceito, utilizado pela esquizoanálise, que se refere à realidade contida na subjetividade, sendo uma rede composta por várias ramificações que se ligam continuamente com outras ramificações, como assinalam Parpinelli e Souza (2005). Um rizoma é composto tanto por estratos, segmentos, formas, como por conexões e agenciamentos. “Quando o rizoma é fechado, arborizado, acabou, do desejo nada passa; porque é sempre por rizoma que o desejo se move e produz” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 23).

O conceito de rizoma viabiliza a compreensão de uma subjetividade irrestrita a um número determinado de elementos múltiplos e mutáveis que se plugam a outros elementos continuamente se apresentando, portanto, de uma forma dinâmica e mutante. Assim a subjetividade, para Parpinelli e Souza (2005), se configura num devir que se constitui pelas ligações e religações dessas ramificações, fazendo e

refazendo conexões com os elementos intra e extra-psíquicos, individuais e pré-individuais, humanos e não-humanos, orgânicos e inorgânicos. Os elementos da realidade permeiam o extra-psíquico e assim como a subjetividade, a realidade é constituída de maneira rizomática se configurando nos encontros, nas relações.

O encontro efetuado no parto constitui um território em que mulher grávida, parturiente, obstetra, enfermeira, técnica de enfermagem, doula, psicóloga relacionam-se e sustentam dimensões tanto visíveis, molares, quanto invisíveis, moleculares. Enfim, natureza, cultura, história, tecnologia, ciência, são efetuações dessas ligações rizomáticas que se exprimem a partir da interpenetração de diferentes elementos. Dentro dessa equipe que assiste esta mulher há uma rede que antecede o momento do parto e ao mesmo tempo funde-se numa nova rede de relações que se dá entre a experiência, a formação, a cultura e expectativa de cada elemento constituinte dessa realidade, tecendo assim uma nova rede de relações. Relações que produzem efeitos entre as subjetividades envolvidas e o acontecimento do parto.

Podemos pensar que nesses encontros nos deparamos com os aparatos tecnológicos que auxiliam os procedimentos médicos, com a fragilidade da mulher em trabalho de parto, com seus medos e idéias pré-estabelecidas, com os mitos sociais que cerceiam as formas do parto e nascimento; com a doula, que por sua vez carrega sua história, sua experiência e tenta amparar e acolher a parturiente buscando aliviar sua dor. Em alguns momentos, percebemos que esse amparo pode se entrelaçar com a própria vida, agenciando e produzindo um acontecimento vivo que se exprime na experimentação do parto para além da dor e do sofrimento, como a própria afirmação da vida. Esses elementos precedem a história desse nascimento, do corpo dessa parturiente e ao mesmo tempo constitui uma realidade que construirá forças e agenciamentos para uma práxis transformadora para os próximos procedimentos que afeta toda a equipe de trabalho.

### **3.2 Acolhimento: tecnologia do encontro**

No percurso de implantação do projeto “Doula Comunitária”, comecei a acompanhar e escutar as gestantes e a equipe de saúde envolvida no processo de

parturição, refletindo sobre os inúmeros fatores que atravessavam o processo de parto. A mulher, que antes da implementação do projeto e, por conseguinte, das diretrizes da Humanização, muitas vezes ficava isolada em salas de pré-parto, acabava privada de sua própria intimidade, sem a possibilidade de ser escutada, de fazer escolhas, em uma posição de assujeitamento inigualável. Comecei a questionar-me: como amenizar os impactos das intervenções durante o parto? A escuta e o acolhimento podem dar suporte para a mulher enfrentar esses atravessamentos?

Ao longo do trabalho realizado na maternidade, ocorreram transformações nos modos de produção de subjetividade quando as mulheres são atendidas pela equipe antes de iniciar a realização dos procedimentos médicos. A presença de uma pessoa, seja profissional da enfermagem, da psicologia ou uma doula, favorece o processo de parto, enquanto experiência inédita que potencializa a vida. Uma presença que faz circular forças que estão aquém das habilidades profissionais, que porta dimensões da escuta, do silêncio, dos gestos, das sensações, da intensidade, enfim, todos os aspectos que são fatores importantes no encontro das subjetividades.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o acolhimento na saúde se produz no plano dos encontros e implica um regime de afetabilidade construído a cada encontro e através dos encontros. Nesse plano, a vida é pensada como potência que se ativa entre os sujeitos, nas relações e vínculos que constroem como potência de afetar e ser afetado. Dessa maneira, nesses modos de expressão, participar de um momento tão íntimo, convoca-nos a pensar na construção de um novo território, onde a mulher seja vista além dos procedimentos corriqueiros de um hospital, onde ela própria consiga perceber-se como protagonista do seu parto.

Para Neves e Heckert (2010) acolher em saúde indica freqüentemente, uma atitude voluntarista, de bondade e favor por parte de alguns profissionais, também identificado como uma dimensão espacial ou uma ação de triagem administrativa que objetiva encaminhar o usuário para um serviço especializado. E dentro dos serviços de saúde o acolhimento seria o meio para viabilização do acesso a população aos serviços de saúde. Nesse viés, as autoras designam uma atenção crítica ao conceito de acolhimento e seu uso político, atribuindo-lhe uma dimensão coletiva da vida e das práticas no campo da saúde. Conforme Neves e Heckert esse olhar objetiva a “[...] construção de práticas de acolhimento que possam fazer da

existência uma arte de viver sustentar-se no cultivo de uma prática ética, em que o cuidado consigo, com o outro e com o mundo, se faz quando cuidamos da dimensão coletiva e relacional de nossa existência”. (NEVES; HECKERT, 2010, p. 153).

Entre as forças e formas que se produzem nos modos de fazer acolhimento, planos distintos, porém inseparáveis, as autoras analisam os processos de acolhimento e suas capturas em formas acolhedoras que buscam modos éticos de afirmar e fazer fluir a multiplicidade da vida. Na maternidade, percebemos a importância do acolhimento como meio potencializador de novos modos de subjetivação, inaugurador de um território em que é possível cartografar movimentos e afetamentos, que confluem na construção de outro plano, outro modo de ver a mulher, o parto e seu próprio corpo.

Pensando no acolhimento como uma convocação a novas experiências que se dão nos encontros, com formas e forças que circulam a parturiente e a equipe de saúde, permito-me a pensar numa transformação que “[...] é a apreensão de um movimento que não está em um, nem em outro ponto, mas no que efetivamente emerge na relação construída nos encontros” (NEVES; HECKERT, 2010, p. 153).

Nesse contexto, é preciso pontuar que os encontros na rede de serviços de saúde podem portar uma dimensão micropolítica de (re)invenção dos laços sociais, como citado acima. Contudo, essa dimensão micropolítica articula-se também a um projeto macropolítico, a saber, a expressão ou a vivência de uma democracia participativa e protagonista, um outro sentido de público contraposto ao modelo neoliberal pautado na despotencialização ou enfraquecimento dos indivíduos e coletivos (TEIXEIRA, 2008). O acolhimento, nessa dimensão, é uma atividade que perpassa todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde, desde os profissionais da secretaria até o médico mais especializado, fazendo deste um campo político por excelência.

Além disso, envolve a participação de diversos atores sociais que direcionam esforços que contribuem no direcionamento da política pública de saúde. É nesse sentido que Teixeira (2008) fala sobre redes de trabalho em saúde. É fundamental a contribuição da comunidade, como, por exemplo, a participação das doulas enquanto voluntárias. Elas também compõem, nesse sentido, a rede de trabalho em saúde na maternidade Odete Valadares.

É nessa direção que o autor propõe “técnicas de reconstituição dos laços sociais”, discorrendo sobre o modo como o acolhimento e o vínculo são essenciais e

fazem funcionar as redes de trabalho em saúde. Atento às estratégias que permitem essa recomposição, o referido autor introduz o conceito de “acolhimento-diálogo” ou “acolhimento dialogado”, que se refere a uma técnica de conversa, que envolve sentimentos, emoções, ações, linguagem, significações e avança para além da mera recepção nos serviços de saúde por um profissional específico. Conceito complexo, sem dúvida, que remete ao que perpassa no âmbito das afetações em qualquer momento do atendimento e operacionalizado por quaisquer profissionais, pela equipe como um todo. Nas palavras de Teixeira

O acolhimento-diálogo, no sentido mais amplo possível, corresponde àquele componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas [considerando que] [...] nossas necessidades não nos são sempre imediatamente transparentes e nem jamais estão definitivamente definidas, mas são e desde sempre têm sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se discute e refaz sem cessar é a nossa própria humanidade (TEIXEIRA, 2008, p. 07).

Dessa maneira, além do sentido político envolvido no acolhimento, ainda podemos pensá-lo como um conceito ontológico. Isso significa pensar na condição humana enquanto situada num plano de carências que podem ser ou não satisfeitas por um conjunto de determinadas ações, no plano do ser e da potência. No campo da saúde a construção/desconstrução dos instrumentos que determinam a satisfação dos usuários tem sido, portanto, como aponta Teixeira (2008), objeto de discussão interminável, o que favorece também o repensar da questão ontológica nos serviços de saúde.

No caso específico das parturientes são muitas e diversas as necessidades, singularidades e insuficiências. Reconhecê-las e satisfazê-las envolve, portanto, uma multiplicidade de profissionais, e o acolhimento dialogado – enquanto “[...] uma técnica de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades, fundada em certas disposições ético-cognitivas” (TEIXEIRA, 2008, p. 08) –, é crucial para a efetivação dos serviços prestados, porque a decifração das necessidades facilita a melhor proposição do projeto terapêutico singular, ou seja, o modo de conduzir os casos. É crucial ainda para o estabelecimento de um vínculo de confiança que, precipuamente (mas não apenas), se embasa no respeito à diversidade.

Esse vínculo de confiança é importante também no relacionamento da própria equipe entre si. A diversidade dos saberes e a composição de estratégias conjuntas facilitam o estabelecimento do acolhimento enquanto elemento fundamental nas práticas de saúde. Enquanto trabalho interdisciplinar, o acolhimento envolve disposição ética, política e estética para com a população atendida.

Do ponto de vista micropolítico, cotidiano, o acolhimento, no sentido proposto por Teixeira (2008), porta uma contribuição à aspiração política contemporânea, qual seja, a existência de uma verdadeira democracia “[...] uma maneira de viver de acordo com o desejo de uma coexistência dignificada na estética do respeito mútuo” (MATURANA apud TEIXEIRA, 2008, p. 09). Enfim, para o autor, o acolhimento dialogado, enquanto uma técnica de conversa “[...] parece se caracterizar primordialmente por um conjunto de disposições ético-cognitivas, pela aceitação de um conjunto de pressupostos e predisposições no diálogo com o outro, o que define, a rigor, seus domínios de ação e de significação” (TEIXEIRA, 2008, p. 09).

Portanto, é na micropolítica do trabalho, nos valores, atitudes e expectativas que circulam nos encontros entre profissionais, usuário e gestores que o acolhimento deve ser pensado enquanto tecnologia do encontro; é na própria potência em mudar as práticas de saúde e as relações sociais mais amplas que deve ser compreendido. Nesse contexto, acreditamos que todos os envolvidos são beneficiados, a satisfação com o trabalho e com o serviço prestado aumenta e, por conseguinte, a saúde enquanto campo de saber e intervenção pode avançar.

Entendida de maneira ampliada, a prática do acolhimento “nas redes de trabalho afetivo” fortalece indivíduos e coletivos, transforma os laços sociais, facilita a vinculação, a produção de subjetividades por meio da criação e manipulação de afetos aumentativos de alegria e potência, afetos de confiança. Como já referido anteriormente, muitas mulheres falam que sentem medo na iminência do processo de parto, medo carregado de uma polissemia relativa à história de vida de cada parturiente e à presença maciça do discurso biomédico sobre o risco. Operar com o conceito/técnica de acolhimento-diálogo pode subverter essa situação incômoda. De acordo com Rolnik (1995) citada por Teixeira (2008) o tipo de relação baseada nos afetos de confiança é, sobretudo,

[...] um outro modo de subjetivação, um outro mundo neste mundo. Amparar o outro na queda: não para evitar que caia nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiá-lo, mas sim para que

possa se entregar ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nessa potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega. (ROLNIK (1995) apud TEIXEIRA, 2008, p. 10).

No processo de parto, isto é, desde o acolhimento na sala de pré-parto ao puerpério, é evidente a fragilização da mulher, a introdução do caos, o que favorece a emergência de afetamentos diversos. É um momento único, que marcar sua história de vida, potencializa o inédito. A implicação dos profissionais, nesse sentido, determina em grande parte a modulação das expectativas, dos afetos e da vivência do parto. O acolhimento, então, enquanto tecnologia do encontro passa a ser visto como conceito transversal nas atividades sanitárias de um modo geral.

Desde o primeiro encontro do profissional de saúde com o usuário, deve-se atentar no “como” é estabelecido o vínculo, quais afetos mobilizados, se há ou não conexão na primeira impressão. O transcorrer do encontro reclama elementos que são comuns às subjetividades envolvidas, mas também surgem pontos de discordâncias, ou seja, a singularidade de cada sujeito, que devem ser equacionados de maneira a preservar a continuidade do trabalho. Por exemplo, no momento do encontro entre parturiente e profissionais da saúde, há uma necessidade a ser satisfeita e a uma oferta de serviço para este fim produzindo afetamentos diversos. Há também expectativas distintas conforme a história de vida de cada um.

Pensando ainda numa interseção entre humanização, acolhimento e cartografia adentramos numa espécie de regra adotada por essa forma de se fazer pesquisa: o cartógrafo sabe que é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias. Deste modo, a regra do cartógrafo perpassa certa prudência e delicadeza com a vida, ou seja, consiste em não se esquecer desse “limiar”. É a partir do reconhecimento de um determinado limite que o cartógrafo torna-se capaz de discernir os graus de perigo, de potência e reconhecê-lo como um alerta.

Segundo Mairesse (2003), as redes de produção de subjetividade são territórios que visam captar o espaço social e ao captar os processos de subjetivação decorrentes da assistência humanizada ao parto nos deparamos com uma nova análise de forças naturais, históricas e culturais envolvidas nesse encontro. Como demonstrado no primeiro capítulo, a transformação do processo de

parto se deu, sobretudo, a partir da introdução da medicina e na substituição progressiva dos procedimentos das parteiras pelos procedimentos científicos dos médicos que contou com a sanção do Estado.

Os processos de partos conduzidos pelas parteiras já contavam desde o início com a confiança que a comunidade atribuía às mulheres mais experientes que assistia as parturientes. A proximidade dessas relações afetivas já era pressuposto para um atendimento humanizado e o parto acontecia da forma mais natural possível, inclusive contava com a presença de outras mulheres que auxiliavam a parteira em suas atividades e davam apoio às parturientes, ou seja, contavam com as doulas.

Atualmente, o processo histórico que determinou a hegemonia da medicina nas práticas de saúde não deve ser negligenciado na análise cartográfica da rede afetiva que assiste o parto. Isso determina as expectativas, os processos de subjetivação, a visão dos próprios profissionais e usuários, que muitas vezes acreditam que o parto natural é aquele procedimento realizado por médicos, sem o questionamento sobre o devir histórico de sua produção. Resgatar, minimamente esse devir é de extrema importância para se pensar nos rizomas que determinam a focalização em procedimentos tecnológicos e não nas relações, nos encontros e nos afetos.

### **3.3 Da centralização tecnológica à Humanização**

De acordo com os dados coletados no acervo do Museu Histórico de Pará de Minas a maternidade começou a funcionar em 1944 em regime de dependência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, fundado em 1885. A maternidade, com 30 leitos, atende atualmente pelo SUS a 12 cidades circunvizinhas que são Conceição do Pará, Florestal, Igaratinga, Leandro Ferreira, Onça de Pitangui, Papagaios, Pequi, Pitangui, Pompéu, São José da Varginha, Biquinhas e Nova Serrana.

Há 08 anos, a maternidade recebeu um importante título da UNICEF (United Nations Children's Fund - Fundo das Nações Unidas para a Infância), Hospital Amigo da Criança. Este título refere-se a estabelecimentos que se tornam referência em amamentação para seu município, região e Estado. Nestes hospitais, as mães

são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando os índices de aleitamento materno exclusivo e continuado, reduzindo a morbimortalidade, ou seja, o impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população materna e infantil.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992 e desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vem capacitando profissionais, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento. De acordo com os dados do MS já são mais de 19 mil Hospitais Amigo da Criança em todo o mundo e 329 no Brasil (148 no nordeste, 69 no sudeste, 38 no centro-oeste, 52 no sul e 22 no norte). (BRASIL, [200-]b)

O Ministério da Saúde reconhecendo a importância desta iniciativa diferencia o pagamento dos procedimentos obstétricos realizados nos hospitais credenciados. Em 16 de dezembro de 2004 foi assinada a nova Portaria SAS / MS Nº 756 que trata dos trâmites legais para o credenciamento de hospitais maternidades junto ao SUS e transforma a IHAC em uma iniciativa de promoção do aleitamento materno e de cidadania incluindo como critério o registro civil de nascimento. Desde então, os projetos correlacionados a IHAC foram apoiados pela diretoria do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

A maternidade Odete Valadares, anexa ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, está localizada no centro da cidade, seu projeto arquitetônico foi tombado pelo patrimônio histórico do município em 1998. Sua construção resulta numa sobriedade de composição capaz de permanecer, através da história, imune à influência de qualquer tendência ou estilo em meio aos prédios que a circundam. Seus quartos são amplos, com pé direito alto, cerca de 06 metros de altura. A primeira impressão é de um local frio, que aos poucos vai se aquecendo com o burburio de mães e bebês que choram e se descobrem.

No ano de 2008 tiveram 1.178 partos. Deste número 649 foram partos normais, perfazendo um total de 55% e 529 foram partos cesáreas, correspondendo a um total de 45% dos partos. Já no ano de 2009 houve 1.255 partos na

maternidade. Destes partos 660 foram partos normais correspondendo a 52,5% e 595 foram partos cesáreas correspondendo a 47,5% do total de partos (MATERNIDADE ODETE VALADARES, 2010).

Data de 16 de agosto de 2006, de acordo com a ata do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) do Hospital Nossa Senhora da Conceição o primeiro contato com os assuntos sobre humanização, enquanto estagiária dos últimos períodos do curso de psicologia da PUC Minas. Percebemos que as atividades do grupo são pré-requisitos para aquisição de verbas do Pro-Hosp, que é um programa do governo estadual que modifica a lógica da relação convenial para a da relação contratual, entre o Estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Até o final de 2006, ocorreram diversas discussões, decisões e encaminhamentos do grupo, onde podia-se perceber que a humanização estava muito longe ainda do cotidiano da instituição. Mas, várias mudanças aconteceram nesse percurso, como palestras de motivação, ações voltadas para o incentivo dos profissionais, prêmios para o funcionário do mês e melhoria do cardápio do almoço dos funcionários. Percebo que ainda hoje o grupo permanece humanizando a gestão do hospital com alguns reflexos positivos na maternidade. Vale lembrar que o GTH tem um trabalho distinto do grupo de humanização do parto, pois realiza trabalhos nas dependências do Hospital Nossa Senhora da Conceição e está voltado para ações de humanização da gestão. O Grupo de Trabalho Humanizado funciona desde maio de 2006, conforme o livro de ata do GTH.

No período de inserção das ações de humanização na maternidade, a instituição passava por um momento de descrédito pela comunidade, devido a alta taxa de mortalidade materno-infantil no período de 2007. Nesse contexto, a direção do hospital começou a se preocupar com a qualidade da assistência e com a credibilidade da instituição perante a comunidade. Depois de uma série de denúncias e reportagens na mídia local, o provedor aprovou as medidas de humanização, inclusive a introdução das doulas. Portanto, o GTH e o projeto “Doula Comunitária” são atividades que carregam as marcas de uma história de interferência da própria comunidade às questões enfrentadas em um cotidiano hospitalar marcado pela centralização tecnológica.

Na implementação dos projetos, enfrentamos resistências por parte de alguns profissionais da equipe de saúde acostumados com o cotidiano da instituição.

Todavia, com o fomento dos projetos, somado à institucionalização de novos modos de acolher e assistir os usuários, os profissionais começaram a perceber que a gestante ficava mais cooperativa com o trabalho da doula e da psicologia. Portanto, a oferta criou a demanda e a própria equipe percebeu resultados favoráveis a mudança do imaginário da comunidade em relação à maternidade.

Como já assinalado na introdução do presente estudo, o projeto “Doula Comunitária” funciona desde 2007 na maternidade Odete Valadares, um projeto idealizado e implementado inicialmente no Hospital Sofia Feldman em 1997. Trata-se de um grupo de mulheres que coordeno e que tem como foco a humanização da atenção ao parto.

Foi realizado um curso em Pará de Minas através da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais para implantação do projeto na maternidade, em que vários profissionais da maternidade participaram. Os encontros, a participação dos funcionários no curso, afetaram as práticas de trabalho cotidiana de maneira singular. Houve grande entusiasmo por parte dos participantes. Todos estavam implicados com a reversão do quadro negativo perante a sociedade. Ocorreu uma mobilização importante, como parcerias com empresários e maior preocupação da própria população com a situação da maternidade.

Existe, na realidade, uma interseção entre os grupos de humanização da gestão e de humanização da atenção, que ainda hoje estão em atividades, bem como as práticas de assistência às mulheres atendidas na maternidade. No dia-a-dia essas práticas atualmente se expressam numa interação entre doulas e funcionários, com comentários positivos em relação ao trabalho desenvolvido pelas elas.

De acordo com Brenes (2005), o atendimento ao parto era um campo tradicionalmente feminino e as transformações sociais, econômicas, políticas e religiosas abre um espaço para um saber médico-científico, este novo território científico permeado da herança cultural, da dominação entre gêneros e tradicionalmente masculino:

Tradicionalmente, os partos, os cuidados com o corpo feminino e com o recém-nascido eram realizados por uma mulher conhecida na comunidade como comadre ou *bonne femme*. Sabe-se muito pouco sobre essa mulher embora tenha sido a depositária de um saber popular integrado à cultura rural que foi produzindo lendas e credices sobre o corpo grávido, associadas à natureza, idéias sobre o corpo foram sendo construídas e

repassadas de mãe para filha até finais do século XIV. (BRENES, 2005, p. 37).

Segundo a referida autora essa é uma idéia que perpassa todos os estudos feministas sobre o corpo e a saúde da mulher, mais freqüentemente em sociedades tradicionais. Nesse sentido, de acordo com as concepções sobre o corpo grávido, desenvolveram-se várias práticas de atendimento à parturiente, embasados num empirismo que para legitimar o atendimento diante da comunidade era tido como sensorial. Apesar desse saber ser nomeado por alguns autores como rudimentar era realizado normalmente pela mulher mais velha da região, a mais bem-sucedida e a com mais filhos.

Portanto, em julho de 2007 iniciou-se ações que visavam à humanização do parto no cotidiano da maternidade, tais como compra de materiais utilizados para auxílio ao parto, como bola suíça (bola utilizada para relaxamento da musculatura pélvica da parturiente), banqueta de parto (tipo de banco vazado que propicia uma posição mais confortável para a parturiente), dentre outros; música ambiente para relaxamento, presença do acompanhante, presença da doula durante todo o processo de parturição e atendimento psicológico à parturiente ofertando um espaço de escuta, bem como informações sobre as intervenções médicas.

Em julho de 2008, implantamos na maternidade o projeto “Nascer Feliz”. Um curso de gestantes cujo objetivo era informar as mesmas por meio de aulas ministradas pelos membros da equipe de profissionais da maternidade e dos postos de saúde. Além disso, era uma forma de aproximação entre maternidade e comunidade.

Os temas abordados no curso tratavam dos cuidados a aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério, cuidados com recém-nascido, aleitamento materno, sexualidade, dentre outros. O curso ainda é ministrado duas vezes ao ano, no auditório do hospital. Além das aulas é ofertado às participantes a possibilidade de uma visita para conhecer a maternidade. No que concerne à participação das gestantes no curso e seu atendimento na maternidade durante o parto, as participantes demonstravam, em sua maioria, mais familiarizadas com os termos e procedimentos rotineiros de um processo de parturição.

Em síntese, buscamos neste capítulo definir o campo teórico-metodológico que orienta nossa análise, ou seja, a cartografia, e mapear o contexto institucional

de inserção da pesquisa. No capítulo seguinte rastreamos as forças que constituem uma rede de cuidados humanizados no processo de parturição.

## 4 ACOLHER A VIDA

### 4.1 À colher, a colheita

O nascimento sempre me foi desenhado como algo mágico. As lembranças são de cegonhas, do menino Jesus, da curiosidade em saber de onde os bebês vinham, dos filmes em que várias mulheres entravam e saíam de um quarto com bacias de água quente e panos limpos; de uma mulher que gritava dentro do quarto. O pai, andando de um lado para o outro, aflito, esperando notícias. E então, o choro de um bebê! Uma nova vida, a própria dimensão de continuidade da existência humana.

Minha conexão com a temática remete aos recônditos da minha infância, à minha própria história de vida, à minha própria experiência enquanto parturiente. Sempre ouvi de minha mãe algo em torno do sofrimento, da dor, sempre via um olhar de tristeza quando relatava as lembranças dos partos, como se remetessem a algo agressivo e violento. Afetada por esses relatos, sempre me deparava com o estranho, com o medo da morte em meus três partos. Minha avó, porém, teve treze filhos e sempre transmitiu o contrário de minha mãe sobre a experiência de parto, como se a dor fosse algo inerente ao processo de parturição, algo natural em seu discurso. Essas vivências continuam marcantes, fazem parte intrínseca da minha atuação, das ideias que surgem diariamente, dos projetos que tento construir e implementar no cotidiano e não apenas o saber específico da psicologia que orienta os atendimentos.

Na sala de pré-parto um quadro: uma foto com vários bebês dentro de enormes vasos. Pensei em colheita. Pensava em colher dados sobre o acesso às informações das gestantes. Acesso muitas vezes restrito, carente, demandado. Informações distorcidas, míticas, científicas. Conselhos, orientações, experiências contadas por familiares e conhecidos, enfim, o que informa, forma? Em que sentido esperar que uma informação faça diferença no processo de parto? Informação dada pela equipe à mulher sobre o que será realizado em termos de procedimentos que irão incidir no seu corpo, considerando seu próprio imaginário sobre o parto na tentativa de construir “pontes de linguagem” (ROLNIK, 1989).

Do lugar de psicóloga, durante os atendimentos, procuro escutar, informar, mostrar e orientar às parturientes que sua cooperação é fundamental para que o parto seja inventivo e que elas possam ser ativas nesse processo. Fico angustiada ao vê-las sofrer, mas não desisto de confortá-las e acolhê-las, respeitando sempre seus desejos e sentimentos. Quando faltam palavras, o acolhimento acontece no silêncio, é feito por gestos, como segurar suas mãos, ampará-las nos braços. Durante esse processo sinto como se estivesse inserida em sua intimidade, em sua dor, algo acontece “entre” abrindo uma dimensão que nos afeta. Por vezes me emociono, após o momento de dor em que já acontecera o período expulsivo. O pediatra pega o bebê e realiza os primeiros cuidados. A mãe busca seu filho com os olhos, esse encontro entre mãe e recém-nascido sempre me afeta. É como se fosse uma recompensa para a mãe, ver seu filho bem após um processo permeado de dor, medo, alegria, insegurança.

Passados alguns anos de trabalho atendendo as parturientes e coordenando o projeto “Doula Comunitária” observo o quanto demandam explicações acerca do parto. À medida em que as atendo e as acolho, percebo que ocorre uma mudança na própria mulher, na equipe e no acompanhante. A partir de então, emerge a produção de um desejo de fazer mais, de entender mais, de estudar mais, de continuar envolvida com a riqueza deste contexto tão significativo. Alguns casos me afetaram de maneira singular, que no decurso da produção desta dissertação pediram passagem, materialidade, para ilustrar as mudanças no modo de produção de subjetividade da rede que ampara o momento de parturição.

Luciana, 22 anos, reside em Onça de Pitangui<sup>5</sup>, local em que fez o pré-natal. Relata que tem uma filha de cinco anos e, ao encontrar com a paciente percebo-a amedrontada. Diz sobre um medo diferente, que vem como uma irritação, “[...] quando a dor vem fico nervosa”. Ela está muito tensa, musculatura enrijecida, gritando no período de contração, grito percebido como recurso encontrado para manifestar sua demanda.

A equipe, por sua vez, fica alterada quando a paciente grita. Percebo a tensão nos olhares que circulam na sala de parto. Conecto-me à paciente para que, ao invés de gritar, transforme esse grito em força produtiva, para que se potencialize.

---

<sup>5</sup> Município com população estimada de 3.129 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2004) pertence à micro-região de Pará de Minas e tem como referência a Maternidade Odete Valadares, já que na cidade não há maternidade.

No período expulsivo, a ajuda da mãe é necessária e fundamental. A enfermeira tenta ajudar a paciente, mas esta diz que não tem mais forças. Sente-se incapacitada e desamparada.

O obstetra pede a paciente que tente mais uma vez e que está próximo ao momento do nascimento do bebê. A paciente parece não escutar mais nada, imersa em sua própria dor, irritada, nervosa, como se estivesse sem paciência para com todos à sua volta. Nessa circunstância, a equipe se mobiliza e os olhares são direcionados à paciente; o próprio obstetra pede para que ela relaxe, que o bebê já está quase nascendo. Algo circula nesse momento na sala de parto e esse encontro suscita o agir da parturiente. Após o parto, pergunto-lhe se quer ver o bebê, uma menina, ela diz que sim e em meio a lágrimas; sua filha lhe é apresentada pelo pediatra.

Mesmo anestesiada a paciente continua gritando, o médico pergunta se está doendo e ela diz que não. Parece que a dor não é mais no corpo, dor formatada e reconhecida no plano da organização, na forma instituída de viver o parto com todas as agruras sociais que a ele são atribuídas. Uma dor que permanece nesse plano de imanência, na entrega ao caos que engendra transformações reais, engendra o inédito a partir das rupturas provocadas por suas inscrições cambiantes, pela experimentação da intensidade da vida.

Depois de algumas horas vou ao quarto ver a paciente. Ela se apresenta calma, alegre e diz que agora está tudo bem. Algo circulou nesse encontro com a filha que potencializou essa mãe e a conduziu a se instalar na maternidade de forma produtiva. Ou será que foi o fato do parto ser passado? Ou ela ter conseguido vencer todas as marcas instituídas associadas ao sofrimento que acompanham esse episódio e muitas das vezes enfraquecem as mulheres? Decerto, as formas e os modelos que capturam o parto insistem em uma passividade subjetiva, em que a mulher muitas vezes se vê separada do eu, do poder de enfrentamento, de criação; do poder de gerar e parir a vida.

O caso relatado ilustra um trabalho humanizado no sentido de que o foco de intervenção é relação profissional-paciente e não a tecnologia, de fato necessária, envolvida nos procedimentos médicos. Ilustra que, ao nos guiarmos pela cartografia, nosso campo de intervenção não se trata de sujeitos e de objetos, mas sim de dimensões que se instalam entre os sujeitos e objetos e trazem algo inesperado, que escapa às formas e aos modelos. Nossa atuação e disponibilidade, nesse

contexto, é fundamental para favorecer a criação de territórios inéditos de existência, disparar linhas de fuga, enfim, produzir processos de singularização tal como conceituado na introdução deste trabalho.

A dimensão dos encontros nesse ponto é fundamental, não no sentido de compreender a dinâmica intrapsíquica do paciente e delegar uma teoria *a priori* cujo foco seja a interioridade, mas no sentido de valorizar a exterioridade que compõe os encontros e faz advir o novo. De acordo com Romagnoli (2003) é preciso indagar sobre a interação dos corpos e a produção advinda desses encontros. Quando um corpo convém ao outro é produzida uma potência de afirmação da vida. Porém, quando os corpos não se convêm é produzida uma potência de sofrer, de padecer. Dessa maneira, o que circula nos encontros na sala de parto pode tanto potencializar a experiência do parto e todos que nela estão envolvidos quanto incapacitar, minguar as forças da vida que lá estão presentes.

Como discutimos no primeiro capítulo, inspirado no pensamento de Jonas (2006) a tecnologia hoje se apresenta enquanto propensão da humanidade. Se se trata, em última instância, de intervenções baseadas em tecnologias, preferimos dizer sobre uma tecnologia do encontro, ou seja, o acolhimento, como situamos no segundo capítulo. Trata-se, nos dizeres de Emerson Elias Merhy no texto “O Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde”, de tecnologias leves e não tecnologias duras ou leveduras. As tecnologias leves estão situadas nos planos das relações. As leveduras incluem o saber profissional, a especialidade, o que conduz a clínica em termos de saber científico. Já as tecnologias duras são relativas aos procedimentos incisivos, às máquinas mesmas, como, por exemplo, o aparelho de ultrassonografia. A interseção entre profissionais e usuários é um dos pontos centrais da humanização das práticas de saúde, ou seja, a humanização da atenção. Vale lembrar que há uma produção de subjetividade neste momento, cujos produtos são “bens relações”, produtos das interseções entre usuário e profissional da saúde.

Observo no meu trabalho cotidiano que o medo é um afeto que acompanha a maioria das mulheres durante o parto. Afeto que muitas vezes se encadeia a outros, formando uma linha dura que impede que a vida circule nesse processo. Lembro-me do caso de Rose, 38 anos, que reside em Pará de Minas e é primípara (primeiro parto). Ela também apresentava medo e o relacionava à ansiedade. “Tenho medo de não dar conta de fazer a força, as pessoas falam tantas coisas tipo que eu estou louca de querer parto normal. Eu sempre fui assim: ansiosa demais”. De acordo com

as observações realizadas, as escutas conduzidas e conversas informais com a equipe, concluímos que a associação do medo à ansiedade é comum, sobretudo no final da gravidez: “Desde que eu passei para o oitavo mês, foi vindo a ansiedade. As pernas tão tremendo de nervoso”.

O medo vem como sensação de incapacidade, de fragilidade para enfrentar a situação, de desamparo: “Tenho medo da dor ser maior que a minha força, e se passar da hora... Preocupo”. E também com a expectativa dos familiares, que no caso específico da maternidade Odete Valadares muitas vezes são tolhidos no direito ao acompanhamento mais de perto: “Meu marido está lá em baixo, ele tem a pressão alta. Tenho medo dele passar mal. Fico preocupada com a minha irmã, coitada ficar aqui o dia inteiro...”. A lei 11.108, de 07 de abril de 2005, garante às parturientes o direito a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). No entanto, na maternidade Odete Valadares a lei do acompanhante começou a ser implementada parcialmente em 05 de outubro de 2008, pois ainda é vedado a permanência de pessoas do sexo masculino na enfermaria da maternidade e no pré-parto. A diretoria do hospital alega que a estrutura física ainda não permite devido a ausência de boxes ou cortinas. Porém, podemos perceber que há certa resistência cultural também no que se refere à presença masculina nesse contexto, como se este fosse um lugar de mulheres.

O plano de organização, que corresponde à face formal da subjetividade, tal qual discutimos na introdução, ou seja, ao que está instituído, estabelecido, às linhas duras de funcionamento da realidade, geralmente situa o parto enquanto experiência dolorosa, experiência de sofrimento: “teve gente que falou coisa de mal, que dói demais, que a gente pensa que não vai dar conta”.

Além do medo, a paciente relata sua insegurança quanto ao procedimento, incerta do que de fato vai acontecer: “estou em dúvida se vai ser normal ou cesárea. Já perdi as contas das noites sem dormi pensando na hora do parto, pensando que eu não vou conseguir. E se eu não puder ter normal, o que vai acontecer?” Pergunto a paciente o que ela pensa que pode acontecer e ela responde: “a dor ir aumentando, aumentando e eu entrar em pânico”.

Observo em meu trabalho com as parturientes que, muitas vezes, esse evento remete ao próprio nascimento e ao vínculo com a mãe. “Eu nasci prematura de sete meses e minha mãe me falou que eu não dou conta de um parto normal”. A

paciente relata que a mãe já morreu, chora compulsivamente. Escutar e acolher estas colocações propicia direções nos casos, afeta a equipe e as parturientes, estabelece confiança, tão importante neste momento.

Em vários outros casos atendidos pude observar que é freqüente buscar pelo nome da mãe, o que me remete ao mais intenso grau de desamparo do ser humano. Ou seja, remonta à experiência de um momento de extrema fragilidade. Ainda no relato de Rose, o medo remete também à relação com o médico: “eu apavoro com a presença do médico; fiz pré-natal no posto de saúde e ele disse que eu não sei o que quero”. A fala do médico pré-natalista perturba a paciente, marca uma questão, que é a do saber médico, do saber especialista que tenta submeter a parturiente, desqualificando suas questões. Isso insinua um ideal de ser mulher, de gestação e de parto, como se houvesse um modelo a ser seguido, preconizado pelas normas sociais, pelo poder disciplinar que tende a docilizar os corpos, ou seja, mantê-los conforme as exigências normativas da sociedade (FOUCAULT,1978).

Há ainda fantasias com respeito ao nascimento, fantasias que remetem a histórias familiares e episódios negativos. “Meu sobrinho me perguntou: tia, seu neném vai nascer sujo de sangue? Me deu um trem ruim, medo de sujar. Será que o neném vai chorar na hora? Dizem que ele tem que chorar na hora. Quando eu vou tirar sangue eu viro o rosto, não quero ver”.

Quando levei a paciente para a bola-suíça e iniciamos os exercícios ela disse: “falaram que deixaram a mulher ficar muito na bola, aí passou da hora e o neném nasceu morto de parto normal”. Informo à paciente que às vezes pode ocorrer alguma coisa ruim, mas não devido à bola. Nesse momento, o obstetra chegou e eu pedi a ele que explicasse à paciente quais os objetivos da bola. Ele orienta a paciente que a bola era para relaxar a musculatura pélvica, facilitando a dilatação.

O medo aparece não só em parturientes com menos grau de escolaridade, como os casos discutidos até então, mas também em mulheres com níveis mais elevados de estudo. Cintia, 23 anos, técnica em agropecuária, cursando Ciências Biológicas, primípara, reside com a família em Pará de Minas. Acompanhada pela mãe D. Vanilza, de 54 anos, a paciente fez pré-natal no Centro de Assistência da Mulher e da Criança – CASMUC – e relata que a gestação foi tranquila.

A paciente diz que no início tinha muito medo de complicação no parto e da recepção na maternidade. Medo da dor. Tento abordar mais o tema do atendimento e ela relata que era medo de brutalidade. A mãe da paciente critica a filha sobre a

escolha de parto normal, dizendo que seus partos foram terríveis. A paciente relata: “antes minha mãe disse que a legislação não era respeitada, hoje sei que se eu quiser minha mãe pode entrar comigo para o parto. Antigamente não tinha, apesar de que nem sempre é respeitada (a legislação), dá mais segurança ter uma testemunha”. Pergunto testemunha de que? E ela responde: “do que eles estão fazendo com a gente, de médico ser bruto, não ter cuidado com a gente”.

O acesso à informação muitas vezes não contribui para o enfrentamento tranquilo do parto. “Fiquei baseada na literatura, contando as contrações. Li muitos materiais falando sobre parto”. Pergunto à paciente se essas informações foram esclarecedoras. E ela respondeu “mesmo assim eu fiquei ansiosa, tenho medo de acontecer alguma coisa com o neném, de passar da hora. Na universidade, nesse semestre, eu faço embriologia e isso me ajuda muito. É como se eu tivesse vivendo a teoria na prática, nos exames, no ultra-som eu via tudo e me deu segurança saber que o que estava acontecendo era normal. O que é mito e o que não é”.

A paciente relata estar surpresa com o tratamento aqui na maternidade. “Achei muito diferente do que eu vi dos médicos e do acompanhamento. As pessoas não se empenham pra tratar os outros bem, principalmente por ser pelo SUS, porque parece que a gravidez é sempre vista como um acidente. Parece que as próprias gestantes que eu via nos postos de saúde, nas filas, pareciam que elas não planejavam a gestação e aí a gestação é sempre vista como um problema. Parece que é um favor que estou recebendo, mas encaro que o SUS é o meu plano de saúde”.

Aparece na fala da paciente um indício de que o SUS também funciona e a necessidade do exercício da cidadania. “É importante saber dos direitos da gente e muitos não sabem, pelo que elas contam da experiência delas. O problema do brasileiro é que ele gosta muito de reclamar e não quer fazer nada para mudar”. Pergunto à paciente o que pode ser feito para essa mudança e ela responde que “as leis deviam ser mais acessíveis, as pessoas deviam ser mais estimuladas para conhecer as leis. A gente tem que se munir das leis para buscar humanidade e tem coisas que não precisaria nem de lei regimentar, porque é óbvio a questão da saúde direito de todos”.

A mãe da paciente relata que a neta nasceu de parto normal numa maternidade em Contagem, região metropolitana de Belo Horizonte, que na alta do hospital ocorreu um incidente referente à reação de medicação inadequada para a

criança, resultando em uma paralisia cerebral. “Todos nós sofremos muito por isso”. De acordo com o relato da parturiente pode-se pensar nos planos de organização confluindo com os planos de composição de consistência. Há, de acordo com Guattari e Rolnik (2010), uma imanência em toda a realidade. O estrato do medo, da ansiedade, do despreparo, coexistindo com a força, o nascimento, a capacidade.

Captar as intensidades que circulam no processo de parto, conforme o método cartográfico e produzir dados para pesquisa foram objetivos desta seção, marcada pelos atendimentos da psicologia, pelos relatos das parturientes e pela análise teórica, ou seja, a articulação com conceitos discutidos anteriormente. Um ponto importante que foi produzido progressivamente é a questão da informação sobre o processo de parturição. Como demonstramos, as parturientes têm acesso a informações em maior ou menor grau, independente do nível de instrução. Porém, quais dessas informações de fato facilitaria o processo de produção de vida? Esse tema merece uma seção a parte, que será tecida a seguir.

#### **4.2 Falta Informação? Faz Acolhimento**

Ao analisar o estudo realizado em famílias com portadores sofrimento mental do Centro de Referência em Saúde Mental Teresópolis, em Betim, Romagnoli (2006) ressalta a dificuldade que elas tem em lidar com o membro doente pela falta de informação. Acreditamos que essas considerações que se referem à falta de informações também perpassam o processo de parto. A autora pontua ainda que a falta de informação quanto à doença e seus sintomas é ressaltada como um dos fatores que inviabilizam a procura imediata pelo tratamento.

[...] não há uma preocupação dos agentes de saúde em informar, tampouco em explicar o que de fato o doente tem, e por outro lado, há uma dificuldade das famílias em perguntar e em pedir esclarecimentos. Analisando essa questão, evidenciamos um poder existente na informação e no saber, que contribuiu para um assujeitamento dessas famílias (ROMAGNOLI, 2006, p. 311).

O saber e sua prática podem controlar e convocar uma realidade social, como vem apontar Romagnoli (2006) embasada no pensamento de Michel Foucault, criando condições para o assujeitamento. Essa submissão é favorecida e sustentada

pelo poder dos especialistas que acabam moldando e tornando a subjetividade e os territórios existenciais mais propícios a normalização das disciplinas. “Esse lugar de alienação impede novas experiências de si, dificulta a ocupação de um outro lugar pela família, o lugar de um grupo ativo no processo de construção da vida” (ROMAGNOLI, 2006, p. 311), como abordado no caso de Rose na seção anterior.

Embora sejam realidades voltadas para a área da saúde bem diferentes, vemos processos semelhantes interferindo de forma despotencializadora na relação da gestante com o parto. A desinformação funciona com uma linha dura, que reproduz um território do não saber e arrasta fantasias de medo e fatalidade.

Acerca da importância da desinformação, lembro-me do caso de Cristina, 18 anos, primípara, que reside em Onça de Pitangui, cidade na qual fez o seu pré-natal no posto de saúde. Apesar de Cristina vir de um município consideravelmente pequeno, percebo, em meu cotidiano de trabalho, que a falta de informação em relação ao parto se apresenta em quase todas as mulheres atendidas nesta maternidade, tanto as mulheres de nível econômico e de instrução mais baixo quanto nas de situação consideradas melhores. No momento do parto as mulheres normalmente aceitam esse acolhimento sem maiores resistências. Foi ofertado à Cristina o serviço da Psicologia na tentativa de fazer com que a paciente se mostrasse mais cooperativa e para a diminuição de sua ansiedade. Normalmente, a solicitação de atendimento vem da equipe de enfermagem e às vezes pelos obstetras.

Cristina diz que não recebeu nenhuma informação sobre o parto durante o pré-natal. “Estou com um pouco de medo, medo de tudo, nunca vi um parto, ninguém sabe o que vai passar lá, se vai ser rápido ou demorado. Ninguém conta coisa boa de parto, sobre a dor que passa lá”. Ao acolher as formas nas quais Cristina descreve suas crenças sobre o parto passei a pontuar sobre seus medos. A partir de então observei que planos e forças começaram a ser construídos, novos posicionamentos foram sendo fabricados.

Após sua permissão em ser acompanhada durante o trabalho de parto notei que Cristina se apresentava chorosa e ansiosa frente aos procedimentos que eram realizados pela equipe de enfermagem e pelo obstetra. Ao ser abordada pelo médico para a realização do toque, a paciente mostrou-se agitada e nervosa, informei-a como seria o procedimento. Iniciamos exercícios de relaxamento,

exercícios respiratórios. No decorrer do atendimento orientei-a sobre a necessidade de sua cooperação durante os procedimentos que estavam sendo realizados.

É freqüente que as pacientes busquem segurar a mão do profissional frente a qualquer procedimento realizado pelo médico, pela equipe e nos momentos das contrações. A mulher parece buscar algo, segurança em seu desamparo. Desprovida de sua intimidade e de sua vontade ela se posiciona numa passividade que ao se deparar com uma oferta de reconstruir um espaço que é dela, então se agarra em algo que é real e que possa de alguma forma ampará-la. Cristina pede que eu não saia de seu lado, parece estar convicta de que sei qual o caminho ela deve seguir. Digo a ela que o parto depende muito de sua própria atuação, que é importante tentar voltar sua atenção para seu próprio corpo e que estarei a seu lado durante todo o tempo. Ao ser encaminhada para a sala de parto, a paciente se ampara em mim e pede que eu não saia da sala.

Pergunto à paciente quais são seus sentimentos naquele momento. Ela diz que sente medo, medo de não conseguir chegar até o final do parto. Ela me pergunta sobre o tempo: “Quanto tempo demora?”. Durante todo o atendimento a paciente demonstra extrema ansiedade em relação ao período expulsivo. Mais do que informações sobre a eficácia tecnológica, a paciente demandava naquele instante uma escuta, demandava um acolhimento.

De acordo com Corrêa (2004), o período expulsivo começa com a dilatação completa do colo, 10 cm, e termina com a expulsão total do feto, sendo o período mais importante, mais estressante e de maior risco para o feto. Esta fase impõe à paciente um esforço físico contínuo sendo um momento de grande ansiedade. É comum escutar durante os atendimentos relatos das gestantes sobre o medo de laceração do genital no período expulsivo: “Ouvi dizer que uma mulher foi rasgada pelo médico quando o neném nasceu”. As gestantes também demonstram medo quanto à dor que sentirão durante o período expulsivo e relatam ainda casos trágicos, onde o bebê morre durante o parto. A morte de uma gestante ou de um bebê no parto causa impacto e os relatos permanecem durante muito tempo e, por vezes, de forma distorcida, muitas vezes atribuindo a causalidade da tragédia ao obstetra. Outro fator muitas vezes relacionado ao médico é a intensidade da dor, é comum relatos como: “Tive meu primeiro filho com o Dr. ... e não senti nada e depois, com o outro Dr. ... quase morri de dor”.

A duração do período expulsivo está relacionada aos seguintes fatores: padrão das contrações uterinas; participação da parturiente; resistência dos órgãos genitais; participação da equipe. Para o estudo em questão, vale ressaltar a participação da parturiente já que o atendimento realizado visa dar assistência emocional à mulher. Nesse sentido, estar ao lado da paciente, informando-a sobre os procedimentos realizados e estimulando-a a participar ativamente do processo de parturição sem deixar que a ansiedade altere sua participação, é uma ação que contribui para que a experiência do parto seja vivida em sua plenitude. Segundo Corrêa (2004), quando a paciente não participa do período expulsivo, porque está emocionalmente despreparada, maior será sua duração. Nos atendimentos feitos nesta maternidade, observa-se que também a falta de informação sobre o processo de parturição parece confluir para a maioria dos casos onde as gestantes se apresentam ansiosas, temerosas e pouco cooperativas.

Voltando ao caso de Cristina, a mudança do seu comportamento é percebida pela equipe. Antes pouco cooperativa, irritada com a equipe, passa a participar sem se mostrar agressiva e ansiosa. A paciente foi convidada à sala de parto e durante todo o processo busca seguir as instruções dadas pelo obstetra e pelo profissional da psicologia que a acompanha. Após o nascimento a paciente chora e agradece pelo acompanhamento. Nesse momento, acredito que a humanização do cuidado produziu efeitos importantes, não devido à gratidão aos profissionais, mas ao próprio processo de subjetivação envolvido nesta abordagem. No encontro entre modelos e forças, que sustenta as práticas de cuidado.

Após atuar durante três anos na sala de parto, percebo que a relação entre a gestante e a equipe de saúde está diretamente ligada ao que circula nos encontros que se efetuam nesse espaço, que ora potencializam, ora endurecem. A mulher atendida, escutada, assistida, acolhida, parece se sentir mais segura e se coloca mais ativa no processo do seu parto. Houve um atendimento atípico que me marcou, a paciente Sônia, 19 anos, atendida pela equipe e convidada à sala de parto. Ao chegar, a parturiente recebia atendimento de uma auxiliar de enfermagem, pois o obstetra ainda não se encontrava na sala de parto. Sônia olha como se pedisse socorro. Ao abordá-la, percebi que era portadora de deficiência auditiva. Permaneci ao seu lado em silêncio e nossa comunicação se processou por meio de gestos, olhares e toques; abriu-se uma dimensão ali que nos afetou. Ao final do parto ela beijou minha mão e eu beijei sua testa.

Este caso é paradigmático para introduzirmos a questão do silêncio que perpassa alguns atendimentos. Este silêncio pode vir para velar, tamponar o medo, para fazer certo tipo de linguagem. São momentos que me afetaram de maneira singular, que percebia às vezes como resignação para juntar as forças em um enfrentamento da situação. Via esse silêncio, portanto, como um dispositivo potencializador ou despotencializador, dependendo das circunstâncias em que ele se inscrevia.

A maioria das mulheres atendidas falam que sentem medo. Mas o que seria este medo? Seria morte, dor, medo do corte, da vida, do filho, da família, da sociedade, da fome, da miséria, do amor, do ódio, enfim, toda uma gama de sentimentos muitas vezes decorrentes da história de vida de cada uma das parturientes, das conexões com as linhas duras do social, do plano de organização da nossa cultura que fazem parte da subjetividade e que são reeditados e falado através dos medos do parto. Embora esses medos remetam a traços estabelecidos na nossa cultura ou a própria história familiar, observo no meu cotidiano profissional que devem ser acolhidos no caos em que se apresentam na sala de parto e não abafado por um analgésico.

Ao atender Ivone, 23 anos, primípara, escuto sua história de vida, acolho sua demanda e a informo, oriento sobre os procedimentos que serão realizados. Vejo um efeito: ela se mostra receptiva, cooperativa; queremos que o parto aconteça. Dentre os procedimentos que geralmente são orientados para facilitar o parto, como, por exemplo, a utilização da bola suíça e a deambulação, o contato físico é inevitável. A mulher busca um amparo abraçando a profissional e demonstrando uma posição de fragilidade.

Diferente da clínica tradicional, em que o profissional mantém certa distância do paciente, certa imparcialidade, sobretudo no caso da psicologia, percebo uma mudança no que tange a dimensão do cuidado. Acompanhar a mulher nestas circunstâncias traz novos sentidos para a clínica, deslocamentos subjetivos que favorecem a desconstrução de enquadramentos de padrões de atuação. Será que isso é clínica? Por que não? A forma de atendimento não deve ser imposta e as forças apontavam outro caminho.

Outro ponto que nos chamou a atenção é a relação que as próprias parturientes estabeleciam entre a condição econômica e a dimensão do cuidado e da intensidade da dor. De algumas pacientes do SUS, costuma-se ouvir: “Se eu

fosse rica não estaria sofrendo tanto assim”. A maternidade é dividida entre ala A, que é a enfermaria do SUS, e a ala B, destinada as pacientes atendidas por convênios e particulares.

Nessa pesquisa podemos observar uma diferença nos atendimentos entre SUS e o particular no que diz respeito à anestesia para o parto normal. No caso dos partos realizados por convênio ou particulares, é comum o obstetra solicitar um anestesista para uma analgesia regional também conhecida como anestesia peridural, raramente utilizada em pacientes do SUS, uma vez que o anestesista só é convocado para casos de urgência. Conforme Corrêa (2004), a dor do parto é um fenômeno estigmatizado, passado de geração a geração como marcante e desagradável. “Por ser puramente subjetiva, a dor não pode ser facilmente quantificada sendo sua intensidade comparável à amputação de um dedo” (CORRÊA, 2004, p. 816).

Este é outro ponto observado: a intensidade da dor durante o trabalho de parto, sendo que as parturientes assistidas pelas doulas parecem experimentar maior tolerância à dor, fazendo parte do objetivo do trabalho das mesmas dar apoio emocional à parturiente. A presença de uma mulher experiente em parto contribui de maneira surpreendente, uma vez que propicia trocas, acolhimento, contato, enfim, humanização.

Ao realizar reuniões periódicas com as doulas, toda última quinta-feira de cada mês, os relatos apontam para o reconhecimento do nosso trabalho, para linhas de fuga que potencializam a instauração de novos territórios. Nesses encontros, alguns relatos merecem destaque, como, por exemplo, o marido de uma parturiente que queria pagar a doula pelo “serviço prestado”. Em outro caso, a parturiente pede que a doula assuma o lugar da acompanhante. Portanto, o trabalho das doulas favorece novos sentidos; outras formas de se posicionar e de experimentar o parto.

A partir desses dados, pode-se pensar que a paciente particular fica em seu quarto durante todo o trabalho de parto e que nem sempre a doula pode acompanhá-la. Diferente da sala de pré-parto onde há quatro boxes, sem portas, o que acaba por promover um atendimento quase que coletivo onde um atendimento é, em parte, observado por outra parturiente. Nota-se ainda, pela equipe de profissionais da maternidade, em conversas informais, que essa estrutura física, onde a sala de pré-parto conta com quatro leitos, favorece o compartilhamento de

situações vividas em comum, criando laços que muitas vezes são continuados fora do ambiente hospitalar.

Outro caso relatado por uma doula é ilustrativo dessa situação. De acordo com sua fala, a parturiente mantém contato com a doula desde o nascimento do seu filho há um ano. A doula relata este caso com orgulho e entusiasmo, ciente da sua contribuição nas práticas de humanização que circulam na maternidade.

Por outro lado, pensar na sala sem boxe, sem cortina, percebo certo constrangimento por parte de algumas parturientes, que ficam pouco a vontade. Lembro-me de dois casos atendidos simultaneamente no pré-parto. Uma paciente, Carla, 22 anos, primípara, que apresentava inicialmente uma boa evolução no trabalho de parto, porém, houve uma mudança, devido a uma intercorrência clínica e o trabalho de parto foi interrompido sendo indicada uma cesárea de urgência. A parturiente ficou muito abalada, assustada, chorosa, questionava de ter sentido tanta dor em vão, já que um dos pontos relevantes, compensadores do parto normal é a recuperação pós parto: “agora que eu já senti toda a dor, vou ter que fazer a cesariana e sentir dor depois”.

Na cama ao lado estava Jéssica, 17 anos, primípara, que ficou apavorada diante da situação. Começou a chorar ao perceber a situação ao lado. Chamou-me e perguntou o que estava acontecendo. Disse que estava com medo, com dó de Carla e que não gostaria que acontecesse o mesmo com ela. Portanto, existem aspectos que incitam uma seqüência contínua de fatos que podem levar a desestabilizações que produzem rupturas nos processos estabelecidos (GUATTARI, 2010).

Num outro momento de encontro coletivo pode-se observar ainda uma preocupação uma com a outra. Como no caso de Luana, 22 anos, segundo filho. Ao ser atendida, chorava baixo, de maneira muito sofrida, chamando atenção das outras parturientes. A resposta ao motivo de um choro tão triste era a preocupação com a filha de um ano e meio que se encontrava na casa de uma vizinha. Fato que também comoveu a parturiente que estava ao lado: “não preocupa não, logo você está em casa, meu filho também está com os outros”. Isso insinua uma dimensão de pertencimento à mesma situação, o que favorece, de certa forma, um apaziguamento. Por vezes, quando uma mulher é levada para a sala de parto ao lado, a paciente que fica costuma perguntar como foi o parto ou se correu tudo bem,

o que nos parece uma busca de segurança, um conforto para enfrentar a situação com menos ansiedade.

Após o parto, a paciente do SUS é levada à enfermaria, normalmente com quatro leitos em cada quarto. É comum reencontrarem-se e, nesses encontros, há troca de experiências acerca do parto, do aleitamento e do pós-parto. Oriento as doulas que façam a 'ronda'; que passem em todos os quartos e enfermarias para orientarem acerca das dúvidas do pós-parto e sobre o aleitamento. Nesses encontros, mais que palavras e informações, muitas vezes acontecem deslocamentos nas subjetividades que participam dessas conexões. Dessa forma, pode-se pensar no acolhimento como um plano onde acontecem os agenciamentos e encontros que propiciam a construção de um espaço para a invenção, em que os corpos ganham potência de produzir novos enunciados. "É este movimento da vida intensiva, em suas rupturas inesperadas e nas imprevisíveis conexões que fazem vibrar que a micropolítica nos possibilita acompanhar as invenções por entre os verbos da vida" (NEVES; HECKERT, 2010, p. 159).

É notável que o trabalho da psicologia na maternidade se guia pela proposta de uma clínica ampliada conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Escapa, portanto, de atendimentos *standarts* em que os profissionais fazem intervenções num *setting* separado, de maneira individualizada. O toque, o olhar, o abraço, dentre outros, são elementos importantes ao se utilizar o acolhimento enquanto tecnologia do encontro, tal qual discutido no segundo capítulo.

Na maternidade, além do trabalho clínico de praxe a psicologia é convidada a ampliar seus limites, doando significantes, realizando orientações diversas, participando de deambulações, atendendo acompanhantes, parturientes, doulas e profissionais, enfim, participando também da humanização da gestão do cuidado. Na próxima seção vamos tentar articular os elementos que compõem a Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS com as forças que constituem uma rede de cuidados humanizados no processo de parto.

### **3.3 Profissionais, Doulas, Parturientes e Redes Afetivas**

Normalmente, a equipe da maternidade Odete Valadares é composta por seis técnicas de enfermagem, duas nas salas de parto, duas na enfermaria, uma no berçário e uma responsável pelos quartos de convênio e particulares; uma enfermeira chefe, um médico obstetra plantonista, um médico anestesista que é chamado pelo obstetra apenas quando necessário e um médico pediatra que entra na sala de parto para atender o recém-nascido.

Nesse trabalho, a inserção na equipe de saúde não foi desde o princípio fácil. No começo os olhares eram de desconfiança como se estivéssemos invadindo seu espaço e exercendo certa vigilância. Nesse contexto, a psicologia e as doulas foram se introduzindo progressivamente à equipe e demonstraram que o seu trabalho podia contribuir para o processo de parturição. A configuração de um novo grupo de trabalho potencializou reflexões e interlocuções sobre as relações existentes entre o paciente, a família e a própria equipe da maternidade, sobre a humanização das práticas de saúde.

Vale lembrar ainda que um dos pontos percebidos durante o desenvolvimento do trabalho clínico na maternidade diz respeito à ambivalência da paciente em relação ao médico, expressa de acordo com o resultado do parto, das condições clínicas do bebê e das circunstâncias vivenciadas. Ou seja, se o parto ocorresse bem o médico seria considerado herói; caso contrário, havendo qualquer intercorrência, complicações mesmo decorrentes de procedimentos necessários, a conduta profissional do médico podia ser questionada. De acordo com Maldonado e Canella, o médico pode ser considerado agente de saúde ou fonte de dificuldades.

Fundamentalmente, o médico que atua tão-somente como bom técnico deixa de utilizar boa parte de seu potencial terapêutico: a dimensão humana. O colocar-se como pessoa que trata de pessoas é que constitui o “algo mais” da ação do médico como agente de saúde em sua acepção mais global (MALDONADO; CANELLA, 1988, p. 05).

Nas conversas informais com profissionais, doulas e parturientes durante a realização do trabalho na maternidade é comum escutarmos o quanto o trabalho mudou ao longo do tempo de desenvolvimento do projeto “Doula Comunitária”. Consideram que a presença de familiares ou acompanhantes no pré-natal, pré-parto e pós-parto é fundamental no processo de humanização das práticas de saúde e favorecem o processo. Assim, torna o parto uma experiência rica e aberta a novas

possibilidades, em que uma rede de apoio é convocada para amparar a mulher num momento singular de sua vida.

A experiência de vida das doulas enriquece ainda mais o desenvolvimento do trabalho dos profissionais da saúde pela disponibilidade em estar presentes em todos os momentos do processo de parturição; o que permite ainda a reincorporação de métodos tradicionais durante o processo de parto e a produção de novos modos de subjetivação. A escuta e o acolhimento, como discutido no segundo capítulo, são importantes recursos tecnológicos que dispõem as doulas. O olhar, o toque, o tom de voz, são afetos importantes neste momento.

É comum ouvir que os pacientes sentem frio no ambiente hospitalar, o que podemos situar também no âmbito do frio das próprias relações que comumente é associado nesse ambiente de um modo geral.

Um médico observa, ao longo da sua trajetória, que a assistência, a escuta, a presença, faz inclusive diminuir as dores das contrações. Nos casos atendidos por mim também observo algo neste sentido, mas não pelo fato de apenas estar presente, mas como é feita a abordagem, a escuta, a captação dos afetos.

No que tange ainda aos métodos tradicionais reincorporados às práticas de saúde na maternidade considero que a cesárea e a alimentação artificial para o recém-nascido eram modismos, compartilhados por usuários, profissionais e gestores. Hoje o parto normal e o aleitamento materno são procedimentos rotineiros, o que muda a lógica da atenção/gestão e favorece novos arranjos subjetivos.

Outra mudança significativa diz respeito à alimentação. Antes da implementação do projeto as mulheres ficavam até três dias internadas e sem se alimentarem, o que implicava a ligação do soro desde o primeiro momento no hospital. Hoje, apenas em situação de extrema necessidade é que o soro é acionado pelos médicos. O alojamento conjunto também deve ser considerado uma mudança significativa, o que favorece o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, um dos momentos que considero mais sublimes no processo de parturição.

O rompimento da bolsa amniótica, o enema (lavagem intestinal) e a aceleração do parto pela injeção de ocitocina são procedimentos que também devem ser considerados como mudanças importantes no processo de parturição nesta maternidade. Sinto que os profissionais da saúde hoje estão mais cientes dos fatores de risco envolvidos em tais procedimentos. O enema, por exemplo, era feito com a justificativa de evitar infecção, mas de acordo com os médicos da

maternidade os trabalhos demonstram que essa afirmativa não tem fundamento, que esse procedimento atende mais a uma assepsia médica. Parece que a aceleração do parto, também, atende mais a uma questão de tempo dos profissionais de saúde do que o próprio tempo da parturiente.

De acordo com as situações com que me deparei na maternidade, a história das práticas de saúde, até o início da implantação de ações que visam a humanização da atenção e gestão, o parto muitas vezes era conduzido apenas por um médico obstetra. Hoje a equipe conta também com pediatra na sala de parto, para os cuidados com o bebê, e com um anestesiologista, este último quando se fizer necessário. Além disso, existem as técnicas em enfermagem e um profissional da psicologia. Portanto, “existe uma equipe mais completa”, conforme a fala de um obstetra.

Hoje, de fato, existe um trabalho que é realizado em equipe, com supervisão e discussão dos casos. O planejamento é presente no cotidiano, na micropolítica dos processos de trabalho. O atendimento à emergência, por exemplo, não produz ansiedades na equipe. É uma prática em que todos se mobilizam de maneira coordenada, cientes do que deve ser feito. Por exemplo, hoje, quando há troca de turnos, em que são substituídas as técnicas em enfermagem, elas sempre tem a preocupação de vincular a parturiente ao profissional que irá acompanhá-las durante o turno seguinte.

Partindo do questionamento de Teixeira (2008) sobre quais os efeitos de potência que nosso trabalho afetivo tem produzido para a emergência de uma outra concepção de público, acreditamos que todas essas conexões relatadas nesta dissertação tem apontado para a produção de um novo coletivo, novas singularidades, novos arranjos territoriais. A micropolítica do trabalho na maternidade, orientada pela humanização do cotidiano, tem promovido encontros que fazem circular a potência das intensidades do agir, escapando de determinações extensivas e homogeneizantes que reproduzem estereótipos que atentam contra a expansão da vida e a afirmação da democracia participativa.

## 5 CONCLUSÃO

Ao conhecer a maternidade, percebi que as intervenções decorrentes dos atendimentos às parturientes e a implantação de práticas que objetivavam a humanização do parto propiciaram novas relações. O que trouxe à tona um plano de forças, que tendia para a reprodução de determinadas técnicas e de determinados estados, sem que algo, de fato ocorresse e afetasse as parturientes e os profissionais. Também trazia algo novo capaz de produzir processos de subjetivação inventivos. Nesse sentido, o processo de humanização do parto na maternidade Odete Valadares do qual participei e participo, acabou por transformar a forma original do que era preconizado anteriormente pela equipe da maternidade e pela própria parturiente de acordo com relatos das mesmas.

Recordo-me que, logo que o projeto “Doula Comunitária” começou a ser desenvolvido, houve certo endurecimento por parte de alguns médicos, sendo que um deles chegou a dizer: “O que faz um psiquiatra dentro da sala de parto?” Expliquei-lhe que eu era psicóloga, que era um trabalho novo visando atender a gestante oferecendo suporte físico e emocional. Também um momento de dificuldade foi quando outro profissional médico, indignado, reivindicou: “O que esse bando de mulheres desocupadas estão fazendo aqui?” Foi um momento difícil, deparar com linhas duras dentro de um plano de organização que não dava espaço para a heterogeneidade da vida. Atualmente, estes mesmos médicos solicitam “uma doulinha” para seu plantão ou o próprio atendimento da psicologia.

A maternidade Odete Valadares tem incorporado novos profissionais, novos saberes e práticas ao cotidiano de trabalho que têm favorecido novos arranjos, outras práticas, mais singulares e inéditas. São outras posturas incorporadas e assumidas pela maioria dos profissionais, que apostam numa prática humanizada. Algumas mudanças, no entanto, devem ser assumidas para que a maternidade continue sendo referência regional, enquanto hospital amigo da criança.

A maternidade ainda não conta com uma Unidade Canguru, mas a criatividade da equipe fez com que improvisassem um espaço pela importância deste dispositivo, que é um método destinado a promover a atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso. Há ainda a necessidade de ampliar a estrutura física hospitalar para que seja possível colocar em prática a lei do acompanhante na

íntegra, incluindo pessoas do sexo masculino. É urgente também a inserção de mais profissionais para não sobrecarregar a equipe. De acordo com conversas informais com os profissionais, se tivéssemos mais colaboradores alcançaríamos resultados mais satisfatórios.

Uma questão para a gestão é que precisamos alinhar o pré-natal com o parto. Muitos profissionais na Atenção Primária à Saúde, onde são realizados os pré-natais, sequer conhecem uma maternidade. Deveríamos propor aos profissionais uma maior interação com a maternidade, inclusive, participação, por exemplo, no curso de gestante que implantei no período em que era contratada pelo hospital. O curso ainda acontece duas vezes ao ano e tem a participação de profissionais da maternidade. As gestantes que participam do curso são convidadas a visitas para conhecer a maternidade e alguns dos profissionais.

Neste ponto, a maternidade poderia fazer adesão ao projeto Rede Cegonha proposto pelo atual governo. Este projeto tem por objetivo criar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade, que consiga, em última instância, reduzir a mortalidade materna e neonatal.

A estratégia proposta pela Rede Cegonha parte de um trabalho de planejamento reprodutivo desde o resultado positivo do teste de gravidez. Os pré-natais são realizados nas Unidades Básicas de Saúde com classificação de risco para cada caso. A rede contempla serviços especializados para os casos de gravidez de risco e os casos sem intercorrências clínicas são acompanhados na Unidade de referência a qual a gestante é vinculada. A Rede se propõe ao acompanhamento da criança até os 24 meses completos.

Trata-se de um projeto ambicioso, onde os pré-natais são realizados nas Unidades Básicas de Saúde, com captação precoce e acolhimento de risco, alimentação do sistema de informação, garantia dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, garantia de leitos suficientes e direito a acompanhante, aleitamento materno, acompanhamento da criança, visita na primeira semana após o parto, busca ativa de crianças vulneráveis e planejamento reprodutivo. Além disso, para garantir transporte seguro, o governo custeará o transporte da gestante às Unidades Básicas de Saúde para as consultas de pré-natal e das gestantes em trabalho de parto.

Vale destacar no projeto, a distribuição de um Kit de trabalho para cada parteira tradicional. O Kit conta com ferramentas essenciais para o parto, tais como tesoura, balança de tração com gancho, estetoscópio, fita métrica, bacia de plástico, barbante de algodão, bulbo, avental de plástico emborrachado, gorro, máscara, luvas descartáveis, gazes, sabão líquido, entre outras. Essa iniciativa demonstra a implicação do Ministério da Saúde com as práticas de partos tradicionais ainda em curso no nosso país, a implicação com a humanização e a qualidade do cuidado no processo de parturição.

É neste sentido que acreditamos que a humanização da gestão, tal como proposta na PNH, se efetivará na maternidade Odete Valadares. Como vimos no segundo capítulo, a humanização da gestão envolve também a ruptura com práticas fragmentadas. A operacionalização da Rede Cegonha expressa um dos esforços do Ministério da Saúde para equacionar a fragmentação do cuidado, mas cabe ao município a vontade política para aderir à nova proposta. O projeto “Doula Comunitária” pode ser um interlocutor privilegiado na implementação da Rede Cegonha no município.

Nos atendimentos e acolhimentos realizados na maternidade, por vezes, presenciei o desencadeamento de processos ansiogênicos devido ao fluxo falho da rede. De acordo com os relatos das próprias parturientes, a rede não disponibiliza consulta semanais, conforme indicado na literatura: nas últimas semanas, as consultas devem ser realizadas semanalmente. Quando se está no último mês de gestação a mulher é encaminhada à maternidade pelo médico do PSF, seguindo a lógica da contra-referência tão criticada atualmente. Muitas vezes existe uma dificuldade em diferenciar o verdadeiro e o falso trabalho de parto, o que conflui em diagnósticos incorretos e internações desnecessárias.

Nos últimos meses de gestação, quando em situação de intercorrências clínicas, a gestante é orientada pela equipe do PSF a buscar a maternidade. No entanto, de acordo com o protocolo da própria instituição, esta apenas pode admiti-la em trabalho de parto, caracterizado por cólicas abdominais, perda de líquido pelos genitais e eliminação do tampão mucoso, ou em urgência obstétrica (hipertensão na gravidez, sangramento vaginal, dor abdominal intensa e pacientes com patologias associadas a gravidez – pacientes cardiopatas, diabéticas, disfunção da tireóide, infecções aguda do trato urinário).

Além disso, um dos problemas enfrentados pelos profissionais da equipe da maternidade é a falta de preparo de alguns acompanhantes eleitos pela parturiente. No momento do parto, costumam ficar tão fragilizados quanto à própria parturiente, o que afeta a equipe de um modo geral e o processo de parturição. Esses encontros podem, portanto, ser inconvenientes à parturiente e à própria equipe, pode demarcar uma despotencialização das intensidades que compõem as relações.

Existe, portanto, um despreparo por parte de alguns acompanhantes que deve ser equacionado de maneira que o parto seja um momento de significação favorável à afirmação da vida. Essas forças envolvidas convocam a proposição de novas estratégias por parte da equipe de saúde da maternidade, que demanda um trabalho de preparação dos acompanhantes. Em um dos casos atendidos, por exemplo, a parturiente Sandra, 18 anos, escolheu sua mãe Maria, 52 anos, como acompanhante. Na medida em que as contrações se intensificavam, Maria chorava e rezava, com o terço em mãos, o que desencadeou um mal-estar em toda a equipe e na própria parturiente. A mãe foi convidada a se retirar da sala de pré-parto e ser atendida, recebendo orientações sobre a postura favorável naquela situação.

Outra situação desfavorável, que diz de certa falta de intimidade entre a parturiente Bárbara, 17 anos, e a acompanhante Bruna, 18 anos. Durante o atendimento a acompanhante demonstrava certa curiosidade em observar os procedimentos, parecendo estar deslocada naquele ambiente. Ao ser abordada sobre a relação com a parturiente, foi revelado que não a conhecia, pois a parturiente havia se mudado para as proximidades de sua residência no dia anterior ao parto.

Alguns questionamentos foram surgindo a partir de casos como estes. Será que exercer o direito de ter acompanhante significa escolher qualquer pessoa pelo fim em si mesmo? Para que serve um acompanhante, para fiscalizar? Ou para contribuir para o processo de parturição?

A maternidade continua sendo um campo fértil para reflexões e intervenções. Minha implicação com tal campo mobiliza um investimento incessante, que atesta meu desejo de contribuir com algo mais. Nesse sentido, a partir da demanda produzida pela oferta do meu serviço pretendo construir e propor à maternidade um projeto com o seguinte título: "Acompanhante ou Atrapalhante?". Tal projeto terá por objetivo geral orientar a gestante sobre a escolha e o papel do acompanhante e oferecer uma capacitação às pessoas escolhidas pelas parturientes para

acompanhar o processo de parto. Pude observar que, em muitas situações, o acompanhante exerce a função de fiscal e não a função de amparo à parturiente, o que termina por provocar um mal-estar na equipe como um todo.

Acreditamos que a desterritorialização de práticas instituídas há anos tem acontecido de maneira lenta. Alguns profissionais ainda são resistentes às mudanças, mas estamos inserindo progressivamente novos métodos e promovendo processos de subjetivação que assumem práticas humanizadas conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e o acompanhamento dos debates sobre o tema.

Outro aspecto importante trazido pelos profissionais no cotidiano do trabalho na maternidade diz respeito ao momento de escuta, de serem atendidos pelo serviço da psicologia. Relatam que, às vezes, quando acontece óbito da parturiente ou do neonatal a equipe se fragiliza e se depara com as próprias questões existenciais. Talvez poderíamos pensar num modo de acolher essa demanda por meio do apoio institucional preconizado pelo Ministério da Saúde.

Do ponto de vista da parturiente, as novas práticas assumidas pela equipe de saúde têm favorecido a expressão de afetos importantes que pedem passagem.. Hoje, a escuta e o acolhimento têm sido ferramentas primordiais na micropolítica dos trabalhos da equipe. Hoje o protagonismo é da parturiente!

É preciso pontuar que este estudo não pretende esgotar o conhecimento das forças que constituem a rede de cuidados humanizados no processo de parto, tampouco abrange todo o campo teórico e prático eleito enquanto objeto de estudo. Ciente das limitações deste trabalho espero ter contribuído para o avanço do amplo debate em torno da assistência humanizada ao processo de parto na rede pública de saúde.

Esta pesquisa possibilitou uma transformação na qual, embasada no pensamento de Guattari, pude perceber “modos de subjetivação singulares”, onde vi a construção de novos territórios e novos modos de relação com o outro. E na emergência dessas subjetividades singulares me deparei como que num caleidoscópio: a cada olhar uma imagem diferente, a cada encontro novas questões alicerçadas em outras que nasceram ainda de outras... Cada movimento do caleidoscópio é uma surpresa, cada pedacinho de vidro que se movimenta, se unindo e se separando, construindo novos desenhos por trás de sua lente.

Em meus encontros, mapeando o que ali se reproduzia ou se criava, por vezes me encontrei dentro do caleidoscópio e não somente naquele que olha pela

lente, circulei entre o olhar e ser as peças que se movimentam. Penso que é mesmo esse o papel do pesquisador: olhar, circular, estar entre... Houve um momento em que indaguei: minha pesquisa se mistura com minha própria história? Uma interseção! Mas não seria justamente esse o espaço de reterritorialização.

O Olhar. Se me fosse perguntado o que mais me afetou nessa pesquisa eu diria que foi o olhar. O momento do encontro, da busca, dos olhos da mãe em busca do seu filho. É como se fosse a recompensa: “tudo valeu a pena!”. Vi olhos de medo, de ternura, de raiva, de paixão, de indiferença, de gratidão, uma diversidade de olhares que apontavam para interseção entre a existência singular e o desejo.

Participar da construção de uma clínica que privilegie a dimensão do intensivo dos encontros foi uma experiência ímpar. Na transformação do instituinte em instituído, um susto. O que será? Não sei. Mas uma coisa insinua, o desejo de construir, de contribuir, de participar. A cartografia foi e continua sendo um desafio. De fato um processo desterritorializante desencadeado pelo meu próprio desejo, algo que, enfim, percebo como um caminho a desvendar, sempre circunstancial e provisório.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidados e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 49-83.

BARROS, Regina Duarte Benevides de; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [S.], v. 10, n. 3, p.561-571, 2005a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BARROS, Regina Duarte Benevides de; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [S.], v. 7, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de fevereiro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Conselho Nacional de Saúde: Brasília, 1990. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)> Acesso em: 06 set. 2010.

BRASIL. **Lei 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)> Acesso em: 21 de Jul. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)> Acesso em: 04 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf)> Acesso em: 30 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)> . Acesso em: 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doula: Uma mão na travessia.** Brasília/Belo Horizonte: Ministério da Saúde/Hospital Sofia Feldman, [200-].

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)> Acesso em: 13 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IHAC.** Brasília: Ministério da Saúde, [s/d]b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24229](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229)>. Acesso em: 10 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_sus\\_screen.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_sus_screen.pdf)> Acesso em: 01 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_da\\_mulher/parto\\_aborto\\_puerperio.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/parto_aborto_puerperio.pdf)> Acesso em: 14 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 01 ago. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

BRENES, Anayansi Correa. **Bruxas, comadres ou parteiras:** a obscura história da mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte: COOPEMED, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [S./], p.161-167, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2010.

CENTRO DE INFORMAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. **Sanitarista.** Fiocruz. 2005. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/index.html>> Acesso em: 05 ago. 2010.

CORRÊA, Mário Dias. Noções práticas de obstetrícia. In: CORREA, Mário Dias. **Assistência ao parto.** Belo Horizonte: COOPMED, 2004, cap. 52. p. 755-773.

CUNHA, João Paulo Pinto & CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: princípios. In; CAMPOS, Francisco Eduardo; TONON, Lídia Maria & OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de (Orgs.). **Legislação básica do SUS**. Belo Horizonte: COOPMED, 1988 (Série Cadernos de Saúde)

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (1980). Introdução: rizoma. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, v. 1, cap. 1, p. 11-37.

DELEUZE, Gilles. Sobre a morte do homem e do super-homem. In: DELEUZE, Gilles. **Foucault**. 2ª ed. Lisboa: Veja, 1998, p. 167-179.

DESLANDES, Suely Ferreira. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma determinada maternidade pública**. [S.]: FIOCRUZ, 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 351-369.

FOUCAULT, Michel. **A Grande Internação**. In. FOUCAULT, Michel. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978, pp. 52-90.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. 34 ed. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Félix. ROLNIK, Suely. **Micropolíticas: cartografias do desejo**. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. Cartografia. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 638.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Resultado da amostra do Censo Demográfico 2000 – Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: contraponto: ed. PUC-Rio, 2006.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.19, n.01, p. 15-22, jan/abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2010.

KASTRUP, Virgínia. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção In: CASTRO, Lucia Rabello de; BESSET, Vera Lopes (Orgs.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008, p. 465-489.

KIRST, Patrícia Gomes et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (Orgs.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003, p. 91-101.

MAIRESSE, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (Org.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003, p. 259-271.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Petrópolis, Vozes, 1997.

MALDONADO, Maria Tereza Pereira; CANELLA, Paulo. **A Relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 1988.

MATERNIDADE ODETE VALADARES. **Dados acerca da incidência de partos**. Pará de Minas, 2010. (Não publicado)

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 26-30.

NEVES, Claudia Abbês Baêta; HECKERT, Ana Lúcia Coelho. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-168, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a11.pdf>> Acesso em: 09 abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Declaração de Alma-Ata: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata/URSS, 6-12 de setembro de 1978**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa: primeira conferência internacional de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde: 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em 12 de jun. de 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Direito à saúde, cidadania e estado**. [S.l.], 1986. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Direito%20a%20saude,%20cidadania%20e%20Estado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Direito%20a%20saude,%20cidadania%20e%20Estado.pdf)> Acesso em: 16 jul. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sônia (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PARPINELLI, Roberta Stubs; SOUZA, Edmilson Wantuil Freitas de. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141373722005000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722005000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2006.

PASCHE, D. F.; VASCONCELOS, C. M. de. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; MINAYO, Maria Cecília de Souza.; AKERMAN, M.; DRUMMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, Y.M. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007, p. 531-559.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Luciana. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisar, Intervir, Cartografar: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n1/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

PUCCHINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2010.

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva *et al* . O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, Dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 10 nov. 2010

ROLNIK, Suely. Novas Figuras do Caos: mutação da subjetividade contemporânea. In: SANTELLA, Lúcia; VIEIRA, Jorge Albuquerque (Org.). **Caos e Ordem na Filosofia e nas Ciências**. São Paulo: FACE/FAPESP, 1999, p. 206-21.

ROLNIK, Suely. Uma insólita viagem à subjetividade, fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel (Org.). **Cultura e subjetividade**: saberes nômades. Campinas: Papirus, 1997, p. 25-34.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. Estação Liberdade: São Paulo, 1989.

ROMAGNOLI, Roberta C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.21, n.2, p. 166-173, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>> Acesso em: 01 out. 2010.

ROMAGNOLI, Roberta C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, mai/ago 2006, p. 305-314, 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

ROMAGNOLI, Roberta C. Os encontros e a relação familiar: uma leitura deleuziana. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>> Acesso em 02 de dez. de 2005.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.615-26, 2009.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

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

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.