

REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA OBSTÉTRICA À LUZ DE UM MODELO DE RELACIONAMENTO HUMANO

Glória Inês Beal Gotardo *
Isilia Aparecida Silva **

RESUMO

Apesar do intento de oferecer maior segurança e qualidade de assistência à mulher no processo de ser mãe, a institucionalização do parto acabou trazendo perdas significativas. A presença dos profissionais se tornou exclusivamente técnica, fria e distante. A mulher necessita da presença humana, e não apenas da presença profissional. Descrevemos uma síntese histórica da assistência obstétrica contemporânea e apresentamos o Modelo de Relacionamento Humano, preconizado por Hagerty e Patusky (2003), visando indicar métodos para uma assistência de qualidade e humanizada à mulher em seu processo de ser mãe.

Palavras-chave: Humanização. Comunicação. Trabalho de parto.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A assistência à mulher por ocasião do “processo de ser mãe” vem, ao longo do tempo, passando por transformações. A institucionalização do parto e os avanços tecnológicos impuseram um ritual permeado e sustentado por um saber que nem sempre se apresenta como aquele que apresenta possibilidades para a mulher participar do seu próprio processo de ser mãe. A institucionalização impõe a rotina e também a padronização das ações, dificultando a assistência individualizada.

Não se podem negar os avanços obtidos nas áreas de analgesia, anestesia, monitorização ante e intraparto, antibióticos e medidas controle de hemorragias. Esses avanços, somados à experiência e saber acumulados, têm reduzido a morbimortalidade materna e fetal. Não obstante, as inúmeras inovações tecnológicas e terapêuticas dos

serviços médicos, além de não garantir a minimização dos riscos, não resolveram questões como a insatisfação por parte das mulheres no tocante a uma assistência que atenda às suas necessidades mais subjetivas. As experiências negativas relatadas pelas mulheres no que tange à falta de atendimento humanizado à mulher, em especial, no trabalho de parto, levam-nos a apresentar o presente estudo, que tem por objetivo principal discutir a assistência de enfermagem à mulher em seu processo de tornar-se mãe à luz de um modelo de relacionamento humano.

Aspectos históricos do parto na ótica do relacionamento humano

A história nos mostra que o processo da maternidade sempre foi cercado de uma atenção especial. A assistência à mulher nesse período de sua vida, como também ao recém-nascido, até o final do século XIX foi exercida

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Especialização na modalidade de Residência do Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ/RJ.

** Enfermeira. Professora Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP.

basicamente por mulheres. Nesse modo de assistência ao parto as mulheres detinham o poder sobre o seu corpo e eram assistidas em seu domicílio, cercadas do apoio da família. A elas eram garantidos o repouso e uma alimentação especial. Os controles do trabalho de parto, o parto e o pós-parto eram realizados no ambiente domiciliar por “aparedeiras, parteiras ou comadres”, que eram pessoas de confiança da mulher ou tinham experiência reconhecida pela comunidade, gozavam de enorme prestígio nas sociedades tradicionais e se dedicavam ao ofício por vocação e solidariedade. Eram cuidadosas tanto nos aspectos físicos quanto nos psicológicos, e zeladoras dos costumes femininos, que se agrupavam em torno da idéia de proteção da mãe e da criança.

Até o século XII, a participação masculina no atendimento ao parto não era freqüente. Obstáculos de ordem moral impediam a entrada de homens nos aposentos da parturiente. A parturição era vista como um “processo natural”, que não exigia a intervenção médica⁽¹⁻³⁾.

A partir do século XVIII, com a descoberta do mecanismo da ovulação, a mulher é percebida como uma estrutura delicada, e com isso a gestação e o parto passam a ser vistos como perigo para a sua saúde. Dessa forma, emerge um movimento de apoderamento da medicina em relação ao corpo da mulher, no sentido de dar-lhe “proteção”, incluindo-se aqui a percepção de risco para a parturiente em ser atendida pelas parteiras, o que resultou na rejeição da classe médica não só às parteiras mas também ao seu ofício. No entanto, na tentativa de retirar as parteiras da assistência ao parto, o novo modelo também desvalorizou a função social que elas tinham e o papel que exerciam ao permitir a expressão individual da mulher e sua participação efetiva no seu processo de parturição. Ao mesmo tempo em que se delineou o saber e o poder médico do século XVIII, instaurou-se um novo modelo de assistência, que implicou na distância entre a mulher e o profissional⁽³⁻⁵⁾.

A partir do século XX predominou o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade materno-infantil. Assim, surgiram as normas e

rotinas que passaram não só a ditar o tratamento hospitalar, mas também a modelar o comportamento da mulher inserida no contexto dessa assistência. Dessa forma, o parto, que é a expressão da vida, passou a ser considerado como um fenômeno que alberga em si certo perigo. Ao ser institucionalizado é “medicalizado”, na premissa de que a medicina pode dominar e neutralizar seu risco⁽¹⁾.

A assistência à mulher, em especial à parturiente, tem se tornado um ato técnico, frio e impessoal, e a parteira foi perdendo seu campo de atuação. O modelo vigente reflete uma assistência obstétrica frágil no que concerne à sua capacidade de articular a tecnologia e cuidados que expressem a interação humana e respeite a mulher em sua totalidade. Ainda, segundo as autoras, a assistência é pensada e idealizada de forma unidirecional pelos profissionais, que determinam o que deve ser feito, não considerando a mulher com a pessoa que pensa, sente e pode participar da tomada de decisão a seu respeito⁽²⁾.

O atendimento ao parto, feito majoritariamente pelo médico, resulta na sua excessiva medicalização, nos altos índices de cesarianas e na falta de humanização, sendo também reflexo da hospitalização a dificuldade da participação de familiares no processo de parto e nascimento⁽⁶⁾.

Se houve ganhos, é preciso reconhecer que também houve muita perda, pois, ao se afastar a mulher de seu ambiente e a família da cena de parto, os profissionais foram introduzidos como atores principais. O saldo dessa transformação tem sido avaliado como negativo e a institucionalização do atendimento, por si, não tem dado conta de solucionar a inadequação ou as falhas que ainda ocorrem na assistência à mulher, a qual ainda não é vista de forma individual e integral.

Tentativas institucionais de mudanças

Desde o início da década de 1980 as questões relativas à humanização do parto e do nascimento, especificamente, ao atendimento das necessidades da mulher, têm sido abordadas de forma mais enfática e sistematizada, originando programas que visam dar maior cobertura a esse segmento da população.

Em 1983, o Ministério da Saúde⁽⁷⁾ lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), buscando dar abrangência ao enfoque da saúde da mulher tendo esta como sujeito nas ações e processos que envolvem sua saúde. No entanto, a presença da proposta não garantiu sua implantação efetiva. Passados oito anos da criação do PAISM, em 1991, foi elaborado um novo programa pelo Ministério da Saúde⁽⁸⁾, denominado Programa de Assistência à Saúde Perinatal, que nas suas bases programáticas define essa assistência como cuidados a serem prestados à mulher e ao feto nos períodos pré-natal, do parto e do pós-parto e ao recém-nascido, para promover a sua adaptação ao meio ambiente e o seu crescimento e desenvolvimento normais.

Em 1996, diante do quadro de mortalidade materna no Brasil, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em parceria com o Ministério da Saúde e com o apoio de diferentes organismos internacionais, lançou o projeto “Oito Passos para a Maternidade Segura”, com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento obstétrico e neonatal e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Esse projeto define os padrões mínimos de assistência à mulher durante a gestação, parto e puerpério. Desses oito passos, apenas um tem a preocupação voltada para a tentativa de humanizar a assistência obstétrica; os demais persistem nas orientações referentes a recursos materiais, como equipamentos e ambiente, e ainda prevêm rotinas e protocolos, não menos importantes, mas sem a preocupação em oferecer espaço para a expressão da mulher e de suas reais necessidades⁽⁶⁾.

Em 1998, o Ministério da Saúde⁽⁹⁾ publicou portarias visando prioritariamente estimular a realização de partos normais por enfermeiras obstetras. O fator determinante que oferece autonomia e remunera as enfermeiras na tarefa de auxiliar a mulher no parto parece estar no reconhecimento de que a enfermeira seria o profissional preparado para cuidar e atuar junto à mulher na gestação, no parto eutócico e período pós-parto.

Não obstante, todas essas iniciativas não modificaram substancialmente o modelo de atendimento e ainda não atendem às necessidades das mulheres durante o “processo de ser mãe”.

É fato que em momento algum “modelos” darão conta de assistir o ser humano em sua complexidade, mas poderão servir de guia para estabelecer ações sensíveis e humanas para bem conduzir o processo de ser mãe. Os rituais de condução desse processo, os quais são representativos para a mulher, podem estar traduzidos, no cotidiano de suas experiências, como um referencial para o assistir que se aproxime das expectativas do que é ela ser bem cuidada, sendo este cuidado considerado como elemento de uma tecnologia apropriada para a assistência à mulher.

Uma proposta possível para cuidar de mulheres em processo de ser mãe

O encontro entre seres humanos dispostos à relação de ajuda tende a fluir natural e espontaneamente por meio da comunicação. O amadurecimento das capacidades humanas e intelectuais inatas é fundamental e permite ao ser humano profissional ser “referencial” para aqueles que estão sob seus cuidados, estabelecendo uma relação efetiva.

O exercício dessa prática assistencial torna-se decisivo para determinar a qualidade dos serviços. A possibilidade de arranjos mais expressivos para uma prática de cuidar efetiva e presente depende basicamente de uma reformulação de propósitos baseada em modelos que enalteçam o aspecto humanitário das relações que ocorrem no cotidiano da assistência.

Boff⁽¹⁰⁾ refere que

[...]cuidar é mais que um ato, é uma atitude, é um momento de atenção, de zelo e desvelo. O cuidado humano valoriza a relação humana efetiva, genuína, utilizando-se de elementos que promovem uma interação equilibrada uma atitude dialógica.

A comunicação faz parte da existência humana; portanto, como profissionais da saúde, precisamos torná-la útil ao bem-estar das pessoas, seja ela verbal ou não-verbal. Partindo disso estaremos desenvolvendo o potencial para as relações interpessoais, conseqüentemente a comunicação torna-se um processo terapêutico quando a pessoa utiliza o conhecimento e a

criatividade visando à singularidade de cada encontro na comunicação^(11,12).

A demonstração da vontade de compreender as mensagens propicia ao profissional desenvolver relacionamentos efetivos, com possibilidade de produzir o bem-estar necessário a pessoas que dependem de cuidado. A relação humana é um fenômeno decisivo para determinar a dimensão do processo de acolhimento, compartilhamento e sintonia entre pessoas⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O Modelo de Relacionamento Humano descrito por Hagerty; Patusky⁽¹⁵⁾, mantém como premissa básica que o ser humano estabelece relações com outros objetos, com o ambiente, a sociedade, o “self”. Dependendo do seu tipo e sua qualidade, essas relações contribuem ou não para um estado de bem-estar da pessoa, o que valida o modelo como apropriado para a compreensão do contexto do cuidado em saúde. Ao longo do crescimento e desenvolvimento humano, as pessoas encontram situações externas que geram conforto ou desconforto. Algumas interações reduzem a ansiedade e promovem o bem-estar, outras geram angústia, tensão e ansiedade. Desse modo, há quatro estados das relações que sintetizam o modelo desenvolvido pelas autoras.

A conexão acontece valendo-se do envolvimento do indivíduo com outras pessoas, grupos ou ambientes, e com isso ocorre um aumento da sensação de conforto e bem-estar. A desconexão é o resultado da falta de envolvimento ativo, podendo provocar ansiedade e concomitante angústia e implicar em sensação de mal-estar. É postulado que a conexão promove saúde, enquanto a desconexão contribui para o mau funcionamento psicossocial e, conseqüentemente, a doença. O paralelismo ocorre quando há falta de envolvimento do indivíduo com outras pessoas, objetos, grupos ou ambientes, e pode ser vivenciado por ele como uma experiência confortável e percebido como uma fonte de bem-estar, enquanto a falta de envolvimento pode ser interpretada como isolamento e solidão. O emaranhamento (entrelaçamento) se dá quando a pessoa se percebe intensamente envolvida com os outros, com objetos, grupos ou ambientes de forma que essa relação provoque ansiedade, desconforto, alterações funcionais, fazendo emergir o sentimento de mal-estar.

Hagerty *et al*⁽¹⁶⁾ teorizaram quatro processos ou competências que são essenciais ao estabelecimento das relações: o senso de pertencer, a reciprocidade, a mutualidade e a sincronia.

O senso de pertencer é evidente quando a pessoa avalia a necessidade e percebe que ela precisa ser incluída no grupo ou no ambiente para estabelecer um relacionamento. A reciprocidade foi definida como a percepção individual equivalente à alternância, ao intercâmbio com outra pessoa, objeto ou ambiente; também foi apresentada como necessária para se ter uma relação positiva para a pessoa ficar bem. A mutualidade é descrita como uma percepção real ou simbólica compartilhada e de aceitação de diferenças, denotando quanto as pessoas tendem a se agregar a outras quando percebem características múltiplas que facilitam a aproximação. A sincronia é definida como a experiência de congruência ou experiência de sintonia harmoniosa de uma pessoa com outra, nos seus ritmos internos ou externos, provocando a interação. Essa congruência pode ser percebida pelo ritmo da interação pessoal.

Esses conceitos nos apontam a alternativa de estrutura para desenvolver a assistência de enfermagem em que as relações interpessoais possam ser entendidas como ações inovadoras e mais apropriadas e com melhores resultados para a saúde das pessoas que precisam de cuidados.

No Modelo de Relacionamento Humano, compreende-se que a noção de reciprocidade indica a necessidade de examinar a capacidade de doação da enfermeira para a mulher, e até que ponto a mulher realmente necessita daquele envolvimento para a relação. O senso de pertencer inclui a compreensão das condições e do contexto e a necessidade de que a pessoa sinta e avalie como e quanto é importante se relacionar e se ajustar com os outros. A mutualidade está baseada naquilo que se tem em comum com o outro. Uma pequena conversa torna-se um importante elemento, no qual a enfermeira tenta descobrir o que existe em comum entre ela e a mulher por ela assistida. Isso facilita a conexão. A sincronia é importante na avaliação dos aspectos

fisiológico, psicológico e do próprio ambiente. Identificando oportunidades apropriadas, a enfermeira pode criar congruência de ritmos e padrões que subsidiem intervenções de conexões com as mulheres no processo de cuidado.

O relacionamento e suas competências são evidentes em qualquer relação particular com outras pessoas, grupos, objetos ou ambientes e influenciarão e determinarão o estado da relação estabelecido pela pessoa. Relacionamento é uma idéia central para os profissionais de saúde e aplicável a todas as especialidades. Rompimentos e/ou instabilidade nas competências de relacionamento com os clientes podem contribuir para perturbações biológicas, psicológicas e sociais destes. O relacionamento humano também é pertinente como um caminho para a intervenção, segundo suas competências, oferecendo o meio pelo qual os profissionais podem iniciar e manter as mais úteis e eficientes relações com os clientes⁽¹⁸⁾.

O Modelo de Relacionamento Humano, provê uma nova estrutura para a melhoria da qualidade assistencial e propicia aproximações a uma prática que é capaz de inserir de modo profundo e intenso a relação humana como o ponto de partida das profissões da saúde.

Esse modelo permite balizar a construção do relacionamento capaz de atender às expectativas da mulher em seu processo de ser mãe, representando uma porta aberta à possibilidade do acolhimento e da humanização tão almejada e, principalmente, repensar os modos de cuidar do profissional da saúde.

No que tange à definição conceitual de humanização que vem embasando as ações e programas governamentais, encontramos no Guia Prático de Maternidade Segura, publicado pela Organização Mundial da Saúde⁽¹⁷⁾:

a humanização é compreendida como um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudável e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.

Mais uma vez, deparamo-nos com conceitos que apenas se aproximam da relação humana, mas não a incluem como o centro da prática da humanização. Desse modo, os programas, por mais bem intencionados que sejam, não atingem o objetivo de atender bem a mulher.

A lamentação da desumanização não é somente nossa. Em diálogos com profissionais de outros países constatamos que esse fenômeno é universal e somos responsáveis por humanizar ou não através das nossas atitudes. Acatando esse modo de pensar, entendemos que o Modelo de Relacionamento Humano, é apropriado para acrescentar novos valores na formação dos profissionais da saúde. A atitude relacional torna-se uma determinante da assistência de boa qualidade. A tecnologia, os achados científicos são bem vindos, porém, estes por si só, não atendem a todas as necessidades do ser humano.

Os profissionais da saúde necessitam sustentar seu fazer com elementos que se encontram além da força física ou do puro raciocínio; uma força unificadora entre a mente e o corpo, que denominamos “amor ao próximo”, (arte de cuidar) reivindicado pelas mulheres. O amor solidário perpassa as ações cuidativas como se fosse um fio condutor para despertar o outro para a valorização e qualidade de vida. Muitos profissionais de saúde têm dificuldade em adotar publicamente esse fenômeno como possibilidade para a assistência humanizada⁽¹²⁾.

Para que ocorra o cuidado de qualidade à gestante, parturiente e puérpera no processo de ser mãe, o profissional precisa sensibilizar-se com a maternidade, de modo singular, em relação a cada mulher. Ao se estabelecer a conexão, fruto de relações humanas que promovem o envolvimento, produz-se o bom atendimento. Quando não são estabelecidos os vínculos, haverá a desconexão e, conseqüentemente, a sensação de um atendimento precário que atende às expectativas da mulher. Ter a capacidade de interpretar e compreender como se constroem as relações humanas que produzem o envolvimento certamente nos colocará diante de uma assistência que atenda às expectativas da mulher e dê a ela a percepção do pertencimento, da reciprocidade, de respeito,

da neutralidade na aceitação de sua individualidade e singularidade.

Ainda, na perspectiva da efetiva promoção de relações humanas saudáveis, abre-se a possibilidade da sincronia, ou seja, prover cuidados adequados em ambiente harmônico, com base na solidariedade e acolhimento aliados aos saberes técnicos e científicos avançados.

ALGUMAS PALAVRAS FINAIS

Precisamos desenvolver a capacidade de perceber o humano da pessoa e criar um novo modelo de assistir, não mais baseado na primazia da técnica ou no modo massificado de cuidar de pessoas. Esse novo modelo, de disponibilidade humana, deverá ser interiorizado, alimentado e fortalecido, em cada profissional da saúde.

Torna-se necessidade imperiosa desenvolver uma prática humanizada, competente e capaz de proporcionar uma assistência de qualidade, com envolvimento e compromisso ético, proporcionando à mulher uma maternidade segura, em que ela possa depositar suas ansiedades, seus medos e receber dos profissionais uma assistência competente juntamente com o amor humano.

As propostas de mudança na assistência à mulher em processo de ser mãe, com vistas a melhorar a qualidade das relações humanas e, conseqüentemente, os aspectos da humanização, apontam para uma mudança significativa para uma assistência que atenda às suas expectativas relativas ao cuidado com os fenômenos físicos e emocionais do processo de ser mãe.

REFLECTING ON THE OBSTETRICS PRACTICE BASED ON A MODEL OF HUMAN RELATIONSHIP

ABSTRACT

In spite of attempts to offer greater safety and quality assistance to the process of becoming a mother, the institutionalization of birth ended up causing significant losses. The presence of health care providers has become merely technical, cold and distant. The woman needs human presence and not only a professional one. We described a synthesis of obstetric assistance along the years and presented the Model of Human Relationship fostered by Hagerty and Patusky (2003), with the intent of indicating methods intended for performing quality and humanized assistance to the woman during her process of becoming a mother.

Key-Words: Humanization; Communication; Obstetric Labor.

REFLEXIONANDO SOBRE LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA BASADA EN EL MODELO DE RELACIÓN HUMANA

RESUMEN

Aunque haya un intento de ofrecer mayor seguridad y calidad de asistencia a la mujer en el proceso de ser madre, la institucionalización del parto trajo pérdidas significativas. La presencia de los profesionales llegó a ser algo solamente técnico, frío y distante. La mujer necesita la presencia humana y no solamente la profesional. Describimos una síntesis histórica de la asistencia obstétrica a lo largo de los años y presentamos el Modelo de Relación Humana exaltado por Hagerty y Patusky (2003), intentando reconocer métodos para una asistencia de calidad y humana para la mujer en su proceso de ser madre.

Palabras clave: humanización; comunicación; trabajo de parto.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.
2. Caron OAF; Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Revista Latino Americana de Enfermagem; 4(10):485-492.
3. Arruda A. Um atendimento ao parto para fazer nascer um direito a ser conquistado. In: Ministério da Saúde. Relatório do Encontro Nacional da Campanha Saúde da Mulher. Brasília, 1989.
4. This B. O pai: ato de nascimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

5. Del PM. Mulheres no Brasil colonial. São Paulo: Contexto, 2000.
6. Leocádio E. Maternidade segura. *Jornal da FEBRASGO*, Rio de Janeiro, 8 set.1999: 6.
7. Ministério da Saúde (Br). Programa de Assistência à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 1983.
8. Ministério da Saúde (Br) Assistência ao parto normal. Brasília (DF); 1991.
9. Ministério da Saúde (Br) Portaria n.2.815 e n. 2.816 de 29 de maio de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2 jun. 1998. Seção1, p.47-8.
10. Boff L. Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
11. Stefanelli MC. Comunicação com paciente, teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.
12. Gotardo GIB. A Enfermagem arte: uma abordagem sob a ótica de Nietzsche. *Revista de Enfermagem UERJ*. 1996; Edição Extra:131-136.
13. Mariútti MG; Furegato ARF; Scatena MCM; Silva. L. Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo. *Ciência. Cuidado e. Saúde*, 2005,.1(4): 83-88.
14. Genovez CBA; Molina MAS; Dourado VG; Matsuda LM. Humanização no cuidado de enfermagem hospitalar: abordagem sobre os programas do Ministério da Saúde. *Ciência. Cuidado e. Saúde*.2005, 3(4): 259-268.
15. Hagerty BM; Patusky KL. Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *J Nurs Scholarsh*. 2003, 2(35)145-150.
16. Hagerty BM; Lynch-Sauer J; Patusky KL; Bouwsema M An emerging theory of human relatedness. *J Nurs Scholarsh*. 1993, 4(25):291-296.
17. World Health Organization. Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Geneva, 1996.

Endereço para correspondência: Glória Inês Beal Gotardo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419. CEP: 05403-000. Cerqueira Casar – SP e-mail: gloriagotardo@terra.com.br

Recebido em: 09/10/2006

Aprovado em: 12/02/2007