

HISTÓRIA, CONQUISTAS E PERSPECTIVAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA

HISTORY, CONQUESTS AND PERSPECTIVES OF THE WOMAN AND CHILD CARE
HISTÓRIA, CONQUISTAS Y PERSPECTIVAS EN EL CUIDADO A LA MUJER Y EL NIÑO

Leila Rangel da Silva¹, Marialda Moreira Christoffel², Kleyde Ventura de Souza³

¹ Enfermeira Obstetra. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / UNIRIO. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação na Área da Saúde da Mulher e da Criança – Núcleo de Pesquisas e Estudos da Mulher e da Criança/NuPEEMC.

² Enfermeira Pediátrica. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro / UERJ. Pesquisadora do Núcleo de Saúde da Criança e do Adolescente / NUSCRIAD. Coordenadora do Curso Especialização Enfermagem Neonatal.

³ Enfermeira Obstetra. Professora Adjunta da Universidade Tuiuti do Paraná. Membro da Diretoria Nacional da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras / ABENFO. Membro da Rede IBFAN-Brasil (International Baby Food Action Network).

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidados integrais de saúde. Humanização do parto.

RESUMO: O momento do parto e nascimento em nossa cultura é um evento marcado pelo contexto histórico político e social no campo da saúde e conseqüentemente para a enfermagem. O presente estudo tem como objetivo refletir a partir da década de 80 até o primeiro quinquênio do século XXI as conquistas e as perspectivas em termos de políticas públicas e sociais que aconteceram no campo da obstetrícia e da neonatologia no Brasil e discuti-las à luz da perspectiva do cuidado humano. Dentre as muitas possibilidades de abordar este tema, optamos por pontuar alguns determinantes históricos e sociais. O modelo de cuidado utilizado pela enfermagem atualmente está centrado na humanização da assistência na perspectiva da integralidade utilizando tecnologias, valorizando as crenças, os valores, desenvolvendo ações na assistência à mulher e a criança.

KEYWORDS: Nursing. Comprehensive health care. Humanizing delivery.

ABSTRACT: The birth moment in our culture is an event marked by its historical-political and social context in the field of health and consequently for nursing. The objective of the present study is to reflect upon the historical record of the conquests that have occurred in this field, in terms of public and social policies in Brazil, and to discuss them in light of the perspective of care, in order to proceed with a re-evaluation of obstetrics and neonatal care in this country. Among the many possibilities for approaching this theme, we opted to point out some historical and social determinants. The care models used by nursing today are centered on the humanization of care with the perspective for integration, using technologies, valuing beliefs and values, and developing care actions for the woman and for the newborn.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Atención integral de salud. Humanización del parto.

RESUMEN: El momento del parto y nacimiento en nuestra cultura es un acontecimiento marcado por el contexto histórico, político y social en el campo de la salud y conseqüentemente para la enfermería. El presente estudio tiene como objetivo reflejar empezando desde la década de 80 hasta el primero quinquenio del siglo XXI, las conquistas y perspectivas en términos de políticas públicas y sociales que sucedieran en este campo, en el Brasil y discutir la luz de la perspectiva del cuidado humano de la obstetrícia y de la neonatología. Dentre las muchas posibilidades en abordar este tema, optamos por puntear algunos determinantes históricos y sociales. El modelo de cuidado utilizado por la enfermería actualmente está centrado en la humanización de la asistencia en la perspectiva de la integridad utilizando tecnología, valorizando las creencias, los valores, desarrollando acciones en la asistencia a la mujer y el niño.

Endereço: Leila Rangel da Silva
R. Barata Ribeiro, 63, Ap.301
22011-000 – Copacabana, Rio de Janeiro, RJ
E-mail: lrangel@rio.com.br

Artigo original: Reflexão Teórica
Recebido em: 15 de maio de 2005
Aprovação final: 07 de novembro de 2005

HISTÓRIA, CONQUISTAS E PERSPECTIVAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA

Apontar o que tem sido entendido como cuidado no parto e nascimento nos remete ao passado e, ao mesmo tempo, nos incita a discutir as perspectivas e as conquistas do cuidado de enfermagem na área da saúde da mulher e da criança, apesar de todas as diversidades que permeiam nosso cotidiano, nossas relações e nosso processo de trabalho.

O momento do parto e nascimento em nossa cultura é um evento marcado pelo contexto histórico, político e social no campo da saúde, razão pela qual repercute necessariamente na prática da enfermagem. O modelo de cuidado utilizado pela enfermagem obstétrica e neonatal atualmente está pautado na humanização da assistência, e tem como base, as políticas públicas de saúde, na perspectiva da integralidade, utilização tecnologias, valorização de crenças e modos de vida. O modelo implica ainda no desenvolvimento de ações para o cuidado integral à mulher, ao recém-nascido e família. É neste sentido que apresentamos a discussão proposta neste artigo, já que é necessário mudar urgentemente o paradigma existente hoje no contexto da saúde da mulher e da criança em nosso país.

O Ponto de partida

Durante muito tempo o modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas. Ainda hoje, este modelo, que se tornou hegemônico, traz como conseqüências dicotomias como o distanciamento entre o saber científico e o saber popular.

Para que o nascimento seja saudável, é preciso oferecer um atendimento seguro e necessariamente qualificado e com qualidade. O cuidado prestado deve estar aliado a uma visão humanista e que contemple essa atenção em relação ao contexto social, cultural e econômico no qual estão inseridos em que esteja inserida a mulher, a criança e a família.

O presente estudo tem como objetivo refletir as conquistas e perspectivas em termos de políticas públicas e sociais. O período considerado é a década de 80, até o primeiro quinquênio do século XXI. Vamos discutir o que aconteceu no campo da obstetrícia e da neonatologia, no Brasil, à luz da perspectiva do cuidado no campo da enfermagem.

Para tanto realizamos uma re-leitura da prática assistencial de enfermagem nestas áreas, pontuando

alguns determinantes históricos e sociais. A opção pelo recorte temporal contempla aqui a discussão das seguintes políticas públicas desenvolvidas para mulher e a criança: o Programa de Assistência Integral a Mulher/PAISM; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/PAISC, e o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento.

Iniciando nossas reflexões

No final do século XIX, no Brasil, a criança era vista como objeto. Os bebês nascidos de famílias ricas, por exemplo, possuíam duas mães: uma durante a fase intra-uterina e outra na fase extra-uterina. A alimentação e, muitas vezes, a própria sobrevivência desses recém-nascidos eram entregues às amas de leite que os amamentavam. Também não podemos nos esquecer da Casa dos Enjeitados, Casa dos Expostos, Casa da Roda ou simplesmente Roda, nas quais os recém-nascidos, pobres, eram abandonados.¹

A prática ilegal e quase aberta do abandono e o fatalismo com que era aceita a mortalidade infantil revelam a indiferença com que a criança era tratada. As condições sanitárias e sociais também eram precárias. As crianças viviam num único cômodo, sem o arejamento adequado, condições que, por si só, agravavam a saúde, elevando os altos índices de mortalidade infantil.² Até o início do século XX, a assistência voltada para a criança era baseada no sentido da caridade cristã e da filantropia.

Somente a partir do século XX, ocorreram mudanças no cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido com a criação de instituições de assistência pública. As enfermeiras passaram a atuar nos consultórios de higiene infantil, orientando as mães quanto aos cuidados pré-natais, durante o parto, pós-parto e os cuidados com os filhos. Houve, então, modificações em relação à política de assistência à infância, com a evolução das práticas médicas e hospitalares e o avanço de tecnologias para a sobrevivência de crianças prematuras, com o surgimento das incubadoras e respiradores. Surgiram ainda os locais para assistência ao recém-nascido, denominados de berçários e os primeiros centros de prematuros.³

Um pouco mais tarde, parir/nascer, até então considerado natural, íntimo e feminino, ganhou outros contornos. Os anos 40 vieram a institucionalização do parto, agora caracterizado como evento médico e, vivido de maneira pública.

As mulheres, principalmente as moradoras das grandes metrópoles, deixaram de parir com a ajuda de outras mulheres e passaram a ser assistidas em ins-

tuições de saúde, com a presença de profissionais transformando e medicalizando o cenário do parto e nascimento.⁴ Nesta perspectiva, testemunhamos a formação de uma **teia** que encobriu o cenário da assistência ao parto e nascimento, cujo roteiro, guiado pela medicalização, transformou a mulher e o recém-nascido em objeto da ação dos profissionais.

Assim, as mulheres perderam seu lugar de protagonistas na cena do parto e foram relegadas ao papel de coadjuvantes. Paulatinamente, elas foram perdendo a possibilidade de existir no processo e, levadas a viver o que denominamos de **cultura do silêncio**. Suas intuições, crenças, valores, sabedoria e cultura foram progressivamente **apagadas**. Esses determinantes históricos e sociais, que ao longo dos anos vêm exaltando um saber e uma cultura profissional, desaguaram no fenômeno da medicalização.

Por outro lado, novas formas de perspectivas de cuidado vêm surgindo. Na década de 50, o cuidado cultural, por exemplo, foi descrito por Madeleine Leininger como uma possibilidade para a enfermagem do século XXI. Esse cuidado, compreendido como multicultural, implica em um conhecimento diferente e independente de outras disciplinas profissionais como a medicina. A contribuição da enfermagem, enquanto uma profissão comprometida com o cuidado humano profissional, é resgatar esse cuidado na sua forma humanizada, com vistas à re-valorização do feminino e abrir espaços para a autonomia da mulher no processo de parturição.⁴

Desse ponto de vista, portanto, é possível inferir um estado de tensão entre o que vimos testemunhando, a assistência ao parto cada vez mais medicalizada, e o que nossa compreensão entende por alternativo e necessário: a busca da qualidade da assistência, na perspectiva de sua eficácia-eficiência e, fundamentalmente o resgate do feminino no cenário do parto e nascimento.

Assim, o que se desenha entre a realidade (medicalização) e as possibilidades (cuidado sensível), ou seja, entre anúncios e denúncias, é nosso engajamento, enquanto categoria profissional. A luta com vistas a esse resgate, está fundamentada na ética e no respeito às evidências científicas, às políticas públicas e, principalmente, na compreensão das demandas da população feminina. O objetivo final é a re-conquista do protagonismo do parto às mulheres, aliada a uma assistência segura, sem o quê, não haverá humanização do processo de parir e de nascer.⁵

A saúde do recém-nascido está diretamente re-

lacionada com a da mulher durante a gravidez e os acontecimentos que cercaram o parto. Nesse sentido, é de fundamental importância conhecer a história familiar; a gestação anterior e atual e os eventos ocorridos durante a parturição. O recém-nascido tem necessidades próprias que devem ser compreendidas no contexto dos serviços de saúde materno-infantil, entre elas qualquer evento patológico extra ou intra-uterino que afetem a mãe, a placenta ou o feto.

As altas taxas de mortalidade materna e neonatal há muito persistem e, nos últimos anos, vêm exigindo a elaboração e a implementação de políticas, especialmente no âmbito da saúde, com vistas à melhoria e garantia da assistência oferecida às mulheres e seus recém-nascidos.⁶⁻⁸ A grande maioria de mortes infantis ocorre durante o primeiro mês de vida, período durante o qual o risco de mortalidade de que um recém-nascido morra é 15 vezes maior que em qualquer outro momento durante seu primeiro ano de vida. Dos 350.000 recém-nascidos que nascem a cada dia no mundo, 12.000 morrem durante o período neonatal.⁶

No Brasil, a mortalidade materna declinou, durante a década de 80, mas registrou uma discreta elevação nos anos 90. Os principais fatores foram as causas obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto. Com relação à mortalidade infantil, o principal componente passou a ser a mortalidade neonatal que, em termos proporcionais, a partir dos anos 90, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. Este componente adquire importância sem precedentes, pois as ações necessárias para o seu controle são ainda pouco sistematizadas e incipientes no âmbito nacional, demandando uma mobilização de todos os profissionais, gestores e, finalmente, da sociedade.^{7,8}

As grandes conquistas

Ainda na década de 80 podemos destacar os avanços na organização da assistência perinatal e neonatal com o processo de reorganização do sistema de saúde e a consolidação dos direitos da mulher e da criança. Em 1984, foi implantado, no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e o Programa de Assistência Integral a Mulher, dentro de um enfoque epidemiológico e de risco com ações básicas para a redução da morbi-mortalidade em crianças menores de cinco anos. Essas ações compreendiam: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle

das infecções respiratórias agudas e controle das doenças diarreicas e das doenças imunopreveníveis e maior atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal.^{9,10}

A Constituição Brasileira de 1988 incorporou como uma de suas prioridades a proteção dos direitos da criança e do adolescente, considerando a saúde como uma de suas necessidades básicas e um direito do cidadão.¹¹ Inicia-se também, nessa época, uma nova fase para a enfermagem neonatal - o chamado cuidado centrado na família. Ocorre, então, uma preocupação com a questão da integração da saúde e da educação, com a estimulação essencial das crianças e a sistematização das atividades lúdicas tanto na área hospitalar como na domiciliar.¹²

É importante também referir que, no final da década de 80, tivemos a formação de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento. Essa iniciativa vem se afirmando nos dias de hoje e tem congregado profissionais, gestores e serviços de saúde; associações de classe como a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras/ABENFO; as organizações não governamentais como as “Amigas do Parto” e a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento/ REHUNA, entre outros.^{5,13}

Em 13 de julho de 1990 foi criada a Lei n. 8069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em seu Título II, Capítulo I, art. 7º, o texto trata do Direito à Vida e à Saúde e diz que: a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.³

Nesse sentido, cada vez mais as políticas públicas estão direcionadas para reduzir a morbi-mortalidade por afecções perinatais. Algumas dessas iniciativas foram a implantação de um programa voltado para o incentivo ao aleitamento materno, o aumento do vínculo entre mãe e filho e estímulo à mãe nos cuidados ao seu filho.

Visando nortear a conduta dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar a Sociedade Brasileira de Pediatria apresentou, em 1995, na 27ª Assembléia Ordinária do Conselho Nacional de Defesas dos Direitos da Criança e do Adolescente/CONANDA, os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Transformada na resolução no. 41, em 17 de outubro daquele ano, ela dispõe o seguinte: “Não ser separado de sua mãe ao nascer, ter direito a receber aleitamento materno sem restrições e o direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-

tratos.”¹⁴ O texto preconiza uma competência profissional baseada no modelo humanístico, na valorização da dimensão humana e subjetiva, da cidadania, da ética e da família no cuidado ao recém-nascido.

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde elaborou um conjunto de recomendações com o objetivo de esclarecer, à luz dos conhecimentos atuais, as “boas práticas” na assistência ao parto normal, no sentido de torná-lo o mais fisiológico possível. Essas recomendações foram classificadas em quatro categorias: Categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C – práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão, e Categoria D – práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado, divulgadas no documento denominado Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático.¹⁵

Mesmo admitindo dificuldades no processo de implementação do PAISM, o Ministério da Saúde, em 1998, declarou a saúde da mulher como uma prioridade do Governo Brasileiro, retomando o enfoque da saúde reprodutiva, centrada na qualidade da atenção ao pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção, com vistas à redução da mortalidade materna.¹⁶ Ainda em 1998 foi implantada Ministério da Saúde,¹⁷ a Norma de Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso. O chamado Método Canguru surge com a preocupação de dar ao recém-nascido e sua família uma assistência humanizada. Seu programa tem por objetivo sensibilizar os profissionais de saúde na humanização dos cuidados hospitalares e ambulatoriais à gestante, à puérpera, e ao recém nascido de baixo peso, numa perspectiva interdisciplinar de saúde integral pais – recém-nascido.

O cuidado à mulher e à criança no século XXI e suas perspectivas

Um estudo foi realizado com 37 puérperas internadas em uma maternidade pública, na cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de discutir suas percepções acerca da assistência no processo de parto e nascimento à luz das recomendações da Organização Mundial de Saúde/OMS. Identificou-se, por meio de depoimentos das mulheres, o quão medicalizado tem sido esse momento em suas vidas. Percebeu-se também que a cultura institucional e profissional, baseadas no modelo tecnocrático, pode obstaculizar a assistência prestada de maneira sensível (humanizada), segura

e realizada com base no respeito aos direitos da cidadania das mulheres.⁵

As mulheres brasileiras, na sua maioria, dão à luz desacompanhadas. Uma das queixas mais frequentes de mulheres de camadas populares e médias, por exemplo, é acerca de suas experiências no parto. Elas reclamam do isolamento em relação aos seus entes queridos e da desatenção ou abandono por parte da equipe profissional. Tal fato tem sido considerado como uma manifestação de violência institucional e, ademais, uma violação do direito humano de não ser submetida à tortura ou tratamento cruéis e degradantes.¹⁸

Assim é que a associação de diversos fatores retiram da mulher o papel de protagonista do parto. Alguns desses aspectos são a falta do apoio empático, profissionais atarefados, estudantes inexperientes e o desrespeito às evidências científicas atuais – entre elas o não incentivo à deambulação e a livre movimentação para a maioria das parturientes, o desrespeito aos direitos da mulher (ter um acompanhante, por exemplo). O descumprimento de políticas de saúde voltadas para a humanização e melhora da qualidade do parto e do nascimento, também subtraem das mulheres alguns desses direitos.

Nessa perspectiva, não são raros, ao contrário, a exemplo do estudo intitulado “O nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde?” que aponta para as necessidades e expectativas da cliente/família, marcadamente, no que se refere a necessária busca das equipes de saúde para a humanização do parto e nascimento, com enfoque na mulher, criança e família.¹⁹

A humanização do parto e nascimento está a exigir de todos os atores envolvidos com a atenção à saúde esforços para abolir condutas intempestivas e agressivas, tanto para a mulher como para o recém-nascido, garantindo a assistência segura e de qualidade. Além disso, os vínculos afetivos, devem ser fortalecidos logo após o nascimento. Portanto a atenção deve caracterizar-se pela segurança da atuação profissional e a suavidade do toque durante a execução dos cuidados imediatos e durante a sua estada na maternidade.

Neste sentido, não podemos deixar de reforçar a importância do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento no Brasil, que tem, radicalmente, se comprometido com a implementação de uma atenção ao parto e nascimento com segurança e dignidade. De maneira que o conceito de evento isolado seja substituído por processo; a visão humanística com vistas à promoção da saúde e da felicidade esteja aliada, e não suplantadas, pelos avanços tecnológicos.^{15;20}

O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, chamando a atenção para a reorganização da assistência através da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério. Assim, ampliou o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantiu a realização em conjunto com os mínimos procedimentos. No que se refere aos direitos institucionais relacionados ao parto e nascimento podemos citar: acompanhamento pré-natal, escolha da maternidade, atendimento humanizado no parto e puerpério além da adequada assistência a criança.

As perspectivas para a enfermeira no âmbito da obstetrícia se dão pela conquista de seu espaço profissional, de forma ética e legal, apoiada na Resolução do MS/COFEN – 223/99, que dispõe sobre a atuação de enfermeiras na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.²¹ Existe, no entanto, uma lacuna na interação da enfermagem obstétrica e neonatal no que se refere à integração ao nascimento e puerpério.

Muito embora a maioria das maternidades públicas do município do Rio de Janeiro trabalhe com o programa de humanização de parto e nascimento, encontramos situações e atitudes que não condizem com o preconizado pela atual política pública do nosso país. Este é apenas um exemplo que se repete em muitos lugares desse país.

Assim é que verificamos no dia a dia, nos cenários onde se desenvolvem os processos de gestação, parto e puerpério, que a assistência segura, de qualidade e humanizada, na perspectiva dos direitos da cidadania das mulheres, seus recém-nascidos e sua família, ainda está longe de ser uma realidade, tendo em vista o modelo biomédico. Este modelo, ainda predominante no Brasil, faz com que as usuárias se afastem do acompanhamento no pré-natal, o que provoca o aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal.

A proposta do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em março de 2004, com todos os órgãos de saúde e universidades do Brasil, evidenciou a necessidade de um profissional com perfil modificado. Além de competência técnica ele deve ter o compromisso de oferecer à clientela um espaço para o diálogo. Esse intercâmbio deve captar as reais necessidades, expectativas e dúvidas para que a assistência seja planejada e implementada de acordo com a realidade das usuárias no serviço de saúde.^{7;8}

Quando pensamos em uma mulher grávida não podemos nos deter especificamente no trabalho de

parto e nascimento. É necessário reforçar a importância de um pré-natal de qualidade, pautado no acolhimento e com garantia de acompanhamento, assegurando a mulher a realização dos exames laboratoriais e o cumprimento das etapas da consulta: verificação da pressão arterial, acompanhamento do peso/edema, ausculta dos batimentos cardíofetais, mensuração da altura uterina.

Em caso de risco, por exemplo a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), os profissionais devem assegurar a inclusão da gestante no pré-natal de alto risco. Nessa oportunidade, ela deverá não só ser acompanhada pelo profissional médico, mas, ao mesmo tempo, continuar a receber assistência da equipe de saúde.

Para que esta harmonia no pré-natal aconteça, é de suma importância que a gestante se sinta acolhida e devidamente assistida, quer seja no pré-natal de baixo, quer seja no pré-natal de alto risco, sempre com atendimento respeitoso e de qualidade.

O número de gestantes adolescentes é crescente em nosso país e sem dúvida as jovens futuras mães precisam de um atendimento acolhedor e humanizado para assim evitar a evasão nas consultas de pré-natal. No Rio de Janeiro temos um projeto pioneiro – o Centro de Atendimento à Mulher Adolescente – CEAMA, do Hospital Pedro II, em Santa Cruz, Zona Oeste. O projeto é formado por uma equipe multiprofissional (enfermeiras, médicos, psicólogos). No ano de 2001, o CEAMA realizou 3.970 consultas às adolescentes gestantes e no ano de 2003 este número triplicou, foram 11.199 atendimentos.¹³

Devemos, portanto, somar esforços para acolher efetivamente, as mulheres jovens e as adultas, não importa a faixa etária. Só assim vamos diminuir índice de mortalidade materna e neonatal com doenças preveníveis. É preciso que os serviços de saúde façam parcerias com escolas técnicas e universitárias não só humanizando o ensino mas aliando o conhecimento técnico e científico às práticas sensíveis, principalmente a de escutar o outro.

Noutra pesquisa demonstrou-se que das 16 mulheres entrevistadas, 12 já tinham tido sífilis em outras gestações, das quais 09 transmitiram sífilis congênita em todas as gestações, que variaram de 2 a 8 filhos.¹³ Ao conhecer a história de vida de cada gestante foi constatado que não foi só o não comparecimento às consultas de pré-natal que as levou à transmissão vertical, mas sim a falta do cumprimento das agendas pelos profissionais de saúde, a violência institucional

sofrida e a não prescrição da penicilina benzatina por ter tido o resultado com titulação baixa. No entanto, a maior queixa das mulheres foi a falta de diálogo. É neste sentido que precisamos fazer uma re-leitura do atendimento às gestantes. Para cuidar de gestantes, portanto, é preciso conviver, reconhecer e ouvir a sua história de vida para planejarmos o nosso cuidado. Sem dúvida, é na gestação que a mulher encontra-se mais sensível.

O acompanhamento da mulher não termina após o nascimento da criança. Ele continua e é de suma importância estar ao lado das puérperas, desde o 4º período clínico do parto, de maneira a evitar hemorragias, por exemplo. Em relação ao neonato, devemos lutar para a erradicação total dos berçários de adaptação nas instituições públicas e privadas.

Neste sentido, é importante incentivar e promover o aleitamento materno desde o nascimento. Para reforçar o vínculo mãe-filho, inclusive quando ela estiver no alojamento conjunto. Os chamados Dez Passos para a amamentação devem ser incentivado desde o pré-natal, já que o aleitamento materno propicia benefícios fisiológicos, psicológicos, imunológicos. É necessário que a mulher compreenda e tenha o desejo de amamentar, não de forma impositiva. A mãe deve ser conscientizada sobre a importância do leite materno, inclusive dos benefícios que a prática traz para o corpo feminino. Uma boa relação entre o profissional, a mulher, a criança e família faz com que ocorra menos o desmame aconteça com menos frequência e a morbidade neonatal diminua.

Não podemos nos preparar para o futuro sem abraçar o significado e a relevância da perspectiva do recém-nascido na vida. Todas as ações da sociedade têm sido voltadas para o adulto e somente a visão de mundo do adulto é levada a sério.²⁰

Vivemos numa era em que a Ciência e a Tecnologia avançam cada vez mais no que diz respeito à utilização de equipamentos de diagnóstico e de terapêutica. O conhecimento traz inegáveis contribuições significativas para a sobrevivência e a qualidade de vida de recém-nascidos. Não podemos esquecer que a assistência não deve contemplar apenas as questões técnicas e biológicas, de uma maneira fragmentada e focada só na doença. A atenção, na verdade, tem toda uma estrutura biopsicossocial e, por isso, devem merecer uma abordagem humanística e cultural. A sobrevivência e a qualidade de vida das mulheres e das crianças dependem do cuidado que prestamos, um cuidado humano e ético.³

Como lidar com esses conceitos na nossa prática profissional, considerando a mulher e o recém-nascido sujeitos de direitos? Cuidar no processo de gestação, parto e nascimento é interagir com todos os atores, é aprender a compartilhar saberes e práticas e realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, respeitando as diferenças, as crenças, as condições sócio-culturais de cada mãe-mulher, recém-nascido e família.^{3,13}

Humanizar a assistência implica em mudanças na atitude, na filosofia de vida e na percepção de si e do outro como ser humano. No processo de humanização, a sensibilidade, a informação, a comunicação, a decisão e a responsabilidade devem ser compartilhadas entre mãe-mulher, família e profissionais de saúde.

O cuidado é mais que um ato. Representa um momento de atuação com zelo e uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização, envolvimento afetivo e empatia com o outro. Esse processo desencadeia uma dinâmica de troca e interação da pessoa que cuida e do indivíduo a ser cuidado.²³

Para humanizar a assistência ao recém-nascido é importante estar atento para que não ocorram traumas, nem seqüelas físicas ou nem emocionais, para a mãe, filho e família. Os fatores ambientais, desde a concepção, parto e nascimento têm implicações importantes para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido enquanto ser cidadão.

Nessa perspectiva, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil propõe, como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, a pré-escola e a escola ou serviços de alta complexidade, um cuidado integral e multiprofissional. Esse cuidado deve compreender todas as necessidades e direitos da criança através de uma visão global das dimensões de vida.²⁴

São apresentadas 13 linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança: ações da saúde da mulher com atenção humanizada e qualificada; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal: teste do pezinho; incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização atenção às doenças prevalentes com destaque para as diarreias, sífilis e rubéola congênitas, tétano neonatal, HIV/AIDS; doenças respiratórias e alergias; atenção à saúde bucal; atenção à saúde

mental; prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil e atenção à criança portadora de deficiência.²⁴

Essa proposta tem reforçado as ações de assistência à mulher e ao recém-nascido no município do Rio de Janeiro. Em julho de 2003, por exemplo, foi implantado o Projeto Acolhimento Mãe-Bebê na Unidade Básica de Saúde, garantindo ações básicas preconizadas na Primeira Semana Saúde Integral após o parto. Tais ações visam: triagem neonatal, triagem auditiva, checar BCG e Hepatite B, avaliarem aleitamento materno para orientação e apoio. Os serviços de saúde oferecem também práticas educativas em atividades com grupos, sala de amamentação, avaliar risco bebê e puérpera.²⁵

Pensar na assistência obstétrica e neonatal, em suas conquistas e perspectivas é pensar na humanização e na qualidade de vida da mulher e do recém-nascido, condições essenciais para a garantia de direitos como cidadão. É pensar no profissional com uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.²⁶ É pensar no diálogo efetivo entre todos os atores sociais envolvidos, é compreender saberes e reconhecer direitos, estabelecer relações entre os sujeitos sem discriminação. É garantir os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade.

CONCLUSÃO

Ao refletir sobre as conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança, entendemos que as enfermeiras devem atuar na assistência obstétrica e neonatal no seu processo de cuidar no pré-natal, parto, nascimento e puérperio. A mulher, a criança e a família devem ser olhados como sujeitos de direitos e cidadãos. Devemos respeitar sua autonomia, suas crenças, valores, modo de vida, práticas e saberes. Enquanto profissionais de saúde, nós também devemos suscitar a necessidade social, política e ética na atuação efetiva para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal.

Reconhecemos que ainda temos lacunas a vencer para promover uma assistência segura e sensível, durante o período gravídico-puerperal; de qualidade e humanizado, na perspectiva dos direitos da sua cidadania e de seus recém-nascidos. O obstáculo a superar é o tendo em vista o modelo assistencial, ainda predominante no Brasil. Faz-se necessário, então, seguir ampliando os conhecimentos e incorporando atitudes sensíveis, baseadas em evidências científicas atuais e em práticas articuladas com as perspectivas das mulheres e das crianças .

Reforçamos a necessidade de um profissional com perfil modificado, que além de competência técnica, tenha o compromisso de oferecer à clientela um espaço para o diálogo conhecendo suas reais necessidades, expectativas e dúvidas para que a assistência seja planejada de acordo com o modo de vida da mulher e de sua família. Não podemos aceitar mais profissionais de saúde autoritários e autocratas que determinem unilateralmente, de acordo com os seus padrões, o que é melhor para os seus assistidos.

Ainda não temos uma resposta precisa, mas sabemos que é importante sensibilizar as instituições para o movimento da humanização, respeitando os direitos da mulher e compartilhando este momento com a família. Como enfermeiras e docentes não poderíamos deixar de enfatizar a importância da formação dos novos profissionais, não só em termos de competência técnica, mas também ética, estética e política.

É preciso, portanto respeitar todas as mulheres e seus filhos, independentes da classe social, etnia, no contexto do ambiente público ou privado, indo além dos protocolos pré-estabelecidos, de maneira para que possamos garantir a cidadã e ao cidadão brasileiro uma atenção digna, não excludente e que respeite a sua individualidade e suas características culturais.

Sabemos que o desenvolvimento da criança é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte de necessidades biológicas, ambientais e familiares e dependem de tecnologias de cuidar tão simples e complexas para promover a sua saúde. Devemos lembrar da Carta da Terra, publicação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que diz: Respeitar e cuidar da comunidade da vida; Respeitar a terra e a vida com toda a sua diversidade; Cuidar da comunidade da vida com compreensão, compaixão e amor; Construir sociedades democráticas, justas, sustentáveis, participativas e pacíficas.²³

São evidentes os avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde. Não podemos no entanto, dizer o mesmo quando se trata das práticas profissionais no interior de grande parte dos serviços de saúde, que atendem mulheres e crianças. Dadas as circunstâncias, o desafio consiste em contradizer e contrapor a cultura profissional. Ainda em vigor, essa cultura, não raro, perverte o sentido de cidadania de mulheres e crianças ao tentar mantê-las na condição de objetos de uma prática tecnocrática e inibidora de potencialidades.

Para concluir, podemos dizer que nossas perspectivas no âmbito da atenção à saúde da mulher e da

criança, no Brasil, são de trabalho árduo para a consolidação da qualidade da atenção e de respeito aos direitos humanos. Para tanto, é desenvolver ações no campo político, na formação dos profissionais e no campo da assistência visando à diminuição de paradoxos que cercam as práticas da saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Leite LM. O Óbvio e o contraditório da Roda. In: Priore, MD História da Criança no Brasil. 5a ed. São Paulo: Contexto; 1998.
- 2 Santos IC, Da mãe substituta a enfermeira pediatra. Rio de Janeiro: Ed. EEAN; 1998.
- 3 Christoffel MM, Santos RS, Navegando no mar da neonatologia: um mergulho no mundo imaginal do recém-nascido da UTIN. Rio de Janeiro: Ed. EEAN; 2003.
- 4 Leininger M, McFarland M, Transcultural Nursing: concepts, theories, research e practices. 3a ed. New York: McGraw Hill; 2002.
- 5 Christoffel MC, Silva LR, Souza KV, Penna LG, A percepção das puérperas em relação ao atendimento institucional no trabalho de parto e nascimento. Anais do 11º Congresso Panamericano de Profissionais de Enfermagem, 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2003 Nov 10 -15; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABEn- Seção RJ; 2003. p.33-4
- 6 Bhutta ZB, Darmstadt GL, Ransom EI. Utilización de evidencia investigativa para salvarle la vida a recién nacidos: perspectivas de políticas públicas sobre la salud neonatal. Washington(DC): Save the Children Washington; 2003.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: A Coordenação. 2004.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2a. ed. Brasília: A. Coordenação; 2002
- 9 Ministério da Saúde (BR). Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas. Secretaria de Comunicação. Brasília: A Coordenação; 1984.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Assistência Integral a Saúde da Mulher. Brasília: A. Coordenação; 1980.
- 11 Christoffel MM, Cunha JM, Peres PL. Direitos humanos e cidadania: interfaces no cuidar de enfermeiras neonatologistas. Rev de Enferm da UERJ. 2004 Maio/ Ago; 12 (2):230-4
- 12 Imori L, Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. Acta Paulista de Enferm. 1997 Jun; 10(3): 37-43.

- 13 Silva LR, Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social – história de vida de mães com sífilis [tese]. Rio de Janeiro(RJ): EEAN/ UFRJ; 2003.
- 14 Sociedade Brasileira de Pediatria. Resolução No. 41, 12 outubro 1995. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Brasília: Ministério da Justiça; 1995.
- 15 Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático de saúde materna e neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: A Saúde; 1996.
- 16 Ministério da Saúde (BR) Integralidade na atenção a gestação, parto e puerpério. Rev Promoção da Saúde. 2002 Out; 3(6): 54-5.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru. Brasília: Ministério Saúde; 2002.
- 18 Hotimski SN, Alvarenga AT, A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? Estudos Feministas. 1999 Fev; 7(1/2): 461-81.
- 19 Gaiva MAM, Tavares CM, O nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde? Texto Contexto Enferm. 2003 Out-Dez; 12(4):569-75
- 20 Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério Saúde; 2001.
- 21 Silva, RM, Barros, LM, Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. Texto Contexto Enferm 2004 Jul-Set; 13(3):376-82
- 22 Odent MA, Cientificação do amor. Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- 23 Boff L, Saber Cuidar: Ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
- 24 Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Porto: Lusociência; 2003.
- 25 Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 26 Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Acolhimento mãe-bebê na unidade básica após a alta da maternidade. Rio de Janeiro: Gerência de Programas de Saúde da Criança; 2003.