

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LABORATÓRIO DE CLÍNICA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL - LACLIFE

ANA MARIA SÁ BARRETO MACIEL

**As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização  
do Parto**

Recife  
2012

ANA MARIA SÁ BARRETO MACIEL

**As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de  
Humanização do Parto**

Dissertação apresentada ao Mestrado de  
Psicologia Clínica da Universidade Católica  
de Pernambuco, como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas.

Recife

2012

M152a

Maciel, Ana Maria Sá Barreto

As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização do Parto / Ana Maria Sá Barreto Maciel; orientador Marcus Túlio Caldas, 2012.

101 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2012.

1. Psicologia Clínica. 2. Humanização do parto. 3. Fenomenologia existencial. I. Título.

CDU 159.964.2

Nome: Ana Maria Sá Barreto Maciel

Título: As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização do Parto

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.** \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação ao meu esposo pelo apoio em todos os momentos de dificuldade, companheirismo indispensável para perseverar na busca dos meus sonhos. Aos meus filhos, minha eterna inspiração de vida. A meus pais por seus ensinamentos. E a todos aqueles que torcem pelo meu sucesso.

## AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho é a marca da conquista de mais um sonho na minha vida e se constitui em uma grande vitória que jamais poderia ter sido alcançada sem as contribuições de todos aqueles que me motivaram.

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** pelo presente a mim ofertado, a vida, essa oportunidade de evoluir e semear o bem.

A minha mãe **Lucinete Maria S. dos S. Barreto**, por seu amor incondicional, seu otimismo imensurável e seu exemplo de honestidade e ética.

Ao meu pai **Gilvan de Sá Barreto** (*in memoriam*), que esteve presente, por ser presente divino no meu “coração”, que me deixou o seu exemplo de vida e muitas saudades. E como refere Cecília Meireles: “De longe te hei de amar da tranquila distância em que o amor é saudade e o desejo, constância”.

Ao meu marido **Romero B. Maciel**, pelo companheirismo e ajuda preciosa ao apoiar-me incondicionalmente, estando sempre ao meu lado com a sua compreensão, estímulo e sacrifício, evitando que ficasse pelo caminho. Por isso, obrigada pelo apoio, pelo incentivo, pelo seu amor, pela sua pré-sença.

Aos meus filhos **Larissa e Matheus**, por serem dádivas na minha vida. Por me proporcionarem a mais fantástica experiência da vida que é Ser mãe e Con-viver com eles. E, sobretudo por compreenderem a minha ausência em momentos de suas vidas.

A minha irmã **Ana Elizabete**, pela amizade, pela união e disponibilidade. E ao meu irmão **Walter**, que também torceu por mim e contribuiu para realização do mestrado.

Ao meu sobrinho **Renato**, que me incentivou e ajudou na revisão do texto. Pela pessoa maravilhosa que ele é, a quem admiro, amo e respeito, pelo ontem, por hoje, pelo amanhã e para sempre.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **Marcus Túlio Caldas**, por ter aceitado me orientar, possibilitando a minha entrada no Mestrado dentro da linha de pesquisa adequada, por ter acreditado em mim, por seus conhecimentos, orientações eficientes, sugestões bibliográficas, onde me apresentou autores maravilhosos que estão compondo este trabalho, pela disponibilidade de atendimento, pessoalmente ou por e-mail. Agradecimento especial a você por sua postura e sensibilidade. Como poderia deixar de ressaltar sua atitude, que num instante de dúvida, me abriu para a possibilidade de *ser-*

*mais*. O mestre é aquele que se deixa ver, por estar aberto ao mundo e pela coragem de dizer. Isso aprendi com você, muito obrigada.

A esposa do meu orientador, **Dr.<sup>a</sup> Rosaly Maria Pereira Caldas**, por ter acreditado em mim, pela sua disponibilidade em me atender com suas palavras meigas, por acompanhar meus esforços e pela presença.

Aos professores da banca de Defesa desta Dissertação, **Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Suely de Melo Santana**, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eloine Nascimento de Alencar** e a **Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Patrícia de Oliveira Lira**, agradeço a atenção dispensada a este trabalho e as suas valiosas contribuições, discussões e sugestões, que servirão para o crescimento, aprendizado e incentivo à pesquisa.

A todos os **meus professores do mestrado**, que muito me auxiliaram nessa trajetória. E foram fontes de iluminação e de admiração constante pelo talento e brilhantismo que certamente me inspiraram, abrindo um universo de ideias que eu não conhecia.

Aos **funcionários do Hospital Regional de Caruaru e da Casa de Saúde Bom Jesus**, pela hospitalidade, contribuições e auxílio que permitiram a realização deste estudo.

Aos meus **colegas do mestrado**, pelo apoio nesses dois anos de aprendizagem, pela excelente relação pessoal que criamos e que espero que não se perca, e pela ajuda e intercâmbio de ideias e informações para a elaboração deste trabalho. Em especial a minha amiga **Ananda**, pelos seus incentivos nos momentos de aflições, pelas partilhas de dificuldades e suscitação de sonhos juntas, e principalmente pelos instantes que me fortalecia com suas palavras sábias de zelo pelo ser humano.

A minha amiga **Alyne Siqueira**, por colaborar no término deste trabalho, e por partilhar de seus conhecimentos que me ajudaram a corrigir e implementar idéias no texto construído. E, como disse Vinícius de Moraes: “A gente não faz amigos, reconhece-os”.

Por fim, gostaria de estender os meus agradecimentos a todos aqueles que anonimamente me foram ajudando, fornecendo informações, ideias e críticas, algumas das quais, essenciais para a prossecução deste trabalho.

A todos que contribuíram de alguma forma e tornaram possível esse sonho.

Reitero o meu muito obrigado a todos!

*“Minhas palavras são a metade de um diálogo obscuro continuando através de séculos impossíveis. Agora compreendo o sentido e a ressonância que também trazes de tão longe em tua voz. Nossas perguntas e respostas se reconhecem como os olhos dentro dos espelhos.”*

Cecília Meireles

*“Nunca perca a fé na Humanidade, pois  
ela é como um Oceano.  
Só porque existem algumas gotas de água  
suja nele, não quer dizer que ele  
esteja sujo por completo”*

*Chand*

## RESUMO

**Maciel, A.M.S.B. (2012).** As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização do Parto. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender os sentidos do cuidado na ação clínica de profissionais de saúde inseridos em uma maternidade do interior de Pernambuco implicados no Programa de Humanização do Parto (PHP), a partir das concepções de humanização, acolhimento e cuidado definidos pelo programa. Como objetivos específicos: analisar o PHP do Ministério de Saúde nas referidas concepções; descrever os modos de cuidado dos profissionais de saúde que participam do PHP e compreender os sentidos que estes profissionais dão à sua ação clínica. Incluiu 06 (seis) participantes, integrantes do quadro funcional da maternidade referida, que receberam treinamento e qualificação para atuarem na perspectiva do Programa de Humanização do Parto. A metodologia incluiu em uma primeira fase uma investigação de natureza documental para pesquisarmos a concepção de humanização que está na raiz dos treinamentos oferecidos as equipes que participam do PHP. Em um segundo momento adotou-se o enfoque qualitativo numa perspectiva clínica interventiva a partir do modo de compreensão fenomenológico existencial. O método cartográfico, que expõe desenhando e desvelando o cenário da pesquisa e o caminhar do pesquisador foi considerado nesta pesquisa. Os instrumentos foram o diário de campo do pesquisador e os depoimentos (com pergunta disparadora) dos profissionais de saúde (sujeitos colaboradores). As narrativas consequentes, fundamentadas, como possibilidades de elaboração da experiência vivida, foram guiadas pelas leituras de Benjamin (1999). Como procedimento de análise, tomou-se a hermenêutica filosófica tal como pontuada por Gadamer (2005). As narrativas desvelaram que as questões que nortearam nossa pesquisa afetam profundamente os participantes. A visão técnica que guia as reflexões sobre a forma de conceber o cuidado na ação clínica e a construção do modelo

biomédico aplicado na assistência ao parto, nas quais os profissionais de saúde estão atrelados são algumas das temáticas que permearam as narrativas. Assim, a pesquisa pode contribuir para que os participantes pudessem tematizar sobre a possibilidade de conceber o homem, o mundo e a própria ciência de outros modos que os contemplados exclusivamente pela visão tecnicista.

**Palavras chave:** cuidado; parto humanizado; fenomenologia existencial; hermenêutica; ação clínica.

## ABSTRACT

**Maciel, A.M.S.B. (2012).**The care actions of health professionals involved in the Program for the Humanization of Childbirth. MSc Thesis in Clinical Psychology, Catholic University of Pernambuco, Recife.

This research has the general objective of understanding the meanings of caring in the clinical action of health professionals inside a maternity in the countryside of Pernambuco who are involved in the Program for the Humanization of Childbirth (PHP). The studies have taken into account the conceptions of humanization, shelter and care defined by the program. Its specific objectives are: analyze the PHP of the Ministry of Health through the stated conceptions; describe the care methods of the health professionals who participate in the PHP and understand the meanings that they give to their professional clinical actions. It includes six (06) participants, all of them members of the staff of the referred maternity hospital. They received training and qualification to act for the Program for the Humanization of Childbirth. The methodology used includes a documentary investigation to research the conception of humanization that is at the root of the training provided to the teams who participate in the PHP. At a second moment, we have adopted the qualitative focus in an interventional clinical perspective from an existential phenomenological way of understanding. The cartographic method, which means designing and unveiling the research scenario and also the fields of studies followed by the researcher, was considered in this research. The tools used were the researcher's field diary and the testimonials (with starter question) of health professionals (subject collaborators). The consequent narratives, all of them substantiated as possibilities for development of lived experiences, were guided by texts of Benjamin (1999). As analysis procedure, it was taken into consideration the philosophical hermeneutics such as punctuated by Gadamer (2005). The narratives unveiled the guiding questions that of our research affects the participants deeply. The technical view which guide the reflections about how to conceptualize the care in clinical action and the construction of the biomedical model

applied in childbirth care, in which the healthcare professionals are linked, are some of the themes present in the narratives of the participants. Thus, the research may contribute to that participants could thematize about the possibility of conceiving the man, the world and the science itself in other ways which the covered exclusively by the technical vision.

**Descriptors:** care; humanized birth; existential phenomenology, hermeneutics; clinical action.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1 O DES – VELAMENTO DAS CONCEPÇÕES DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO</b> .....	22
1.1. Re-pensar sobre a humanização.....	29
1.2. A condição da humanização do parto: possibilidades compreensivas na saúde pública.....	34
<b>2 TECENDO SIGNIFICAÇÕES NA AÇÃO CLÍNICA JUNTO A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA</b> .....	44
2.1. A ação clínica pensada a partir de leituras heideggerianas .....	46
<b>3 OS SENTIDOS DA AÇÃO CLÍNICA DO CUIDADO NO PARTO: COMPREENSÕES FENOMENOLÓGICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	53
3.1. Compreendendo a fenomenologia .....	53
3.2. Como foi o caminho fenomenológico .....	59
3.3. Quem foram os viajantes .....	62
3.4. De que forma o fenômeno foi apreendido .....	63
3.5. Como ocorreram as des-cobertas.....	64
3.6. O acolher das evidências sentidas pelos narradores: encontros existenciais .....	67
3.7. Os colaboradores e eu .....	68
3.8. Des-cobrimdo os sentidos das ações de cuidado .....	69
<b>4 OS SENTIDOS DA AÇÃO CLÍNICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: DESVELANDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96

## APRESENTAÇÃO

Ser psicóloga ao longo desses anos sempre foi um desafio, principalmente pelas minhas inquietações frente ao modelo de formação que constituiu meu aprendizado a respeito dessa ciência. Participei de uma época, onde o curso de Psicologia estava pautado em paradigmas cientificistas, e desconstruir o modelo tradicional em que fui imersa, remete a um constante dilema na minha formação. Desta forma, pensar em novos horizontes de sentidos para minha vivência junto à prática da psicologia clínica, é gerar possibilidade de propostas de conhecimentos que se aproximem da maneira como concebo a minha vida: uma arte inspirada na liberdade de expressão, sensibilidade e ética.

Ressalvo também, que o modelo biomédico está circunscrito nas redes de relações profissionais estabelecidas no meu cotidiano de trabalho, o ambiente hospitalar. Lembrando que, o modelo biomédico, baseia-se em grande parte numa visão cartesiana do mundo. Este sistema de pensamento defendeu que o mundo podia ser comparado a uma máquina, mais concretamente de um relógio, e que o conhecimento do universo passaria assim pelo conhecimento detalhado das peças do relógio. O que interessava eram os fenômenos observáveis, e por assim dizer, o corpo, ficando desta forma o homem reduzido aos seus aspectos biológicos ou orgânicos, e assim as suas estruturas e processos biológicos e físico-químicos. Todos os outros aspectos são negligenciados.

Refletir sobre o contexto da psicologia, afetada por esse modo de pensar, é motivo também de me debruçar em reflexões, acerca de como os profissionais de saúde trazem consigo suas concepções de homem. Perante o referido, recordo que o modelo biomédico, com sua visão reducionista, tem sido fortemente criticado a partir dos anos 1970, mas fico inquieta ao perceber que ele ainda demarca a vivência dos profissionais de saúde na atualidade.

Concebo essas inquietudes desde o ingresso no serviço público de saúde na década de 1990, recordo-me que, no meu primeiro dia de trabalho, fui questionada sobre minha atuação. Os gestores sinalizavam dúvidas sobre a prática psicológica, tendo uma visão reducionista da mesma, inferindo que esta se vinculava a contextos dos campos ligados à saúde mental, com o viés de diagnosticar e tratar de pessoas com problemas

psicológicos leves e graves. Reproduzindo o modelo de compreensão biomédica adotado pelos mesmos.

Diante daquela compreensão, esclareci outras propostas interventivas da psicologia, referindo que o projeto do compromisso social da Psicologia traz como suas metas a possibilidade de tornar esta ciência acessível à maioria da população, com uma oferta de serviços e conhecimentos que contribuam para a construção de condições dignas de vida em sociedade, por isso minha atuação vislumbrava também a promoção da saúde do ser humano por meio do respeito à dignidade e integridade. Após esses esclarecimentos, surge à proposta de trabalhar a humanização no hospital.

Caminhando e conhecendo a realidade daquela Unidade de saúde, defrontando-me com as dificuldades emanadas dos comportamentos das gerências, somado a vontade de querer compreender a política e filosofia dos serviços públicos de saúde, principalmente na especificidade da humanização desses serviços, foram os motivos mobilizadores da minha busca de formação ao longo da vida.

Ressalto que a Psicologia surgiu com a modernidade, quando o sentimento do “eu”, enquanto unidade passa a existir. Conforme a sociedade avança, de acordo com as escolhas que o indivíduo faz, a partir da crise do “eu” surge a Psicologia com conhecimentos e técnicas, se dispondo a ajudar a sociedade brasileira na categorização/individualização dos cidadãos. Contudo, com a necessidade de discussão sobre as questões sociais e o surgimento da Psicologia Comunitária e sua inserção na saúde pública, surgem novas formas de pensar e conceber a Psicologia, introduzindo nela seu projeto de compromisso social, e em consonância, sua atuação e construção das políticas públicas. Compreendendo que essas políticas são para todos e atendem aos direitos dos cidadãos.

Desejos surgem, no momento que afetada pelos entendimentos, referidos anteriormente, quando cuido na vivência hospitalar dos menos favorecidos economicamente, principalmente no que diz respeito a uma prática que preconize os direitos humanos. Visto que, o público assistido, muitas vezes está destituído de direitos básicos de existir, direito a moradia digna, saúde e educação. E em paralelo os colegas que solicitam melhores condições de trabalho e de vida. Nascem anseios de melhorar de alguma maneira os sofrimentos advindos pelas diversas necessidades de todos, inclusive

as minhas; questionamentos sobre minha prática profissional se evidenciam: Como a psicologia clínica no hospital pode auxiliar nesse contexto? De que maneira as faltas, que também são minhas, poderão ser sanadas (Se é que isso é possível)? Dentre outros questionamentos que estão presentes no meu cotidiano de ser humana, que lida com a incompletude, com a imprevisibilidade, com o inusitado.

Considerando o homem um ser diante de sua historicidade, um ser inacabado, consciente de sua inconclusão, é que busco um que-fazer permanente. E nessa constante procura me lancei no propósito deste trabalho.

Atuo em um ambulatório público, enquanto servidora da saúde do estado de Pernambuco, fazendo atendimentos como psicóloga clínica e fui chamada pela direção de outra instituição de saúde pública municipal, para fazer um atendimento em uma enfermaria de clínica médica, visto que, naquele momento na unidade de saúde não contemplava em sua equipe o profissional de psicologia. Foi na abertura da procura do que-fazer, que o encontro se deu. Caminhando por aquela unidade de saúde para fazer o atendimento solicitado pela direção, é que encontrei uma mãe e um bebê, que me remeteram a repensar sobre concepções acerca da humanização dos serviços de saúde e a psicologia clínica nesse contexto.

Aquela mulher e aquele bebê se encontravam em uma enfermaria, ela e ele com olhares solitários. Naquele momento, parei na porta e fiquei a contemplar aquela cena. Fui afetada por seus semblantes, seus olhares sinalizavam para mim tristezas. Senti-me angustiada e provocada para ir ao encontro daqueles seres humanos, que se fizeram presentes em mim. Ao mesmo tempo, pensava e me interrogava se outros profissionais de saúde não percebiam as necessidades daquelas pessoas.

Ao me aproximar, sentidos de des-amparo e des-caso foram identificados no encontro com aquela mãe e aquele bebê. Des-amparo pela condição de sentir pessoas lançadas em um lugar estranho e, diante desse desconhecimento, não haver uma referência, não haver uma pré-sença. Se olharmos no dicionário, amparo é: ação ou efeito de amparar, proteção, auxílio, esteio, abrigo, refúgio. Portanto, des-amparo, pode-se dizer ser a falta de abrigo, de proteção. E era o que se re-velava com aquela mulher e aquele bebê, a falta de proteção, de se sentir abrigada naquela instituição junto àquelas pessoas. E des-caso por perceber que vários profissionais de saúde passavam, olhavam

para aquela situação e não davam importância ou atenção, não sentiam a necessidade de apreço e zelo para com aquelas pessoas. A experiência ora vivida, me possibilitou uma abertura para busca de sentido na ação dos profissionais de saúde. E, no desdobramento de suas ações, como compreendem a humanização na assistência ao parto? O fato será apresentado em suas minúcias no capítulo primeiro deste trabalho.

“Dialogando” com aquela cena, refleti sobre o Programa Nacional de Humanização que foi criado para enfrentar dificuldades relacionadas ao processo de cuidados, tais como, a ausência ou pouca resolutividade nas relações de contato com o demandante de atenção decorrente de uma prática baseada no modelo biomédico. Para o ministério da Saúde, a Humanização é uma aposta ético-estética-política.

Este programa tem nas suas premissas a valorização dos diferentes seres humanos, a fomentação da autonomia, grau de co-responsabilidade, interação com as demandas sociais, compromisso com a ambiência, reconhecimento da diversidade do povo brasileiro, dentre outros tópicos que são desenvolvidos e baseados nos princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; transversalidade (caracteriza-se por concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau da comunicação intra e intergrupos e amplia as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde e deslocamentos de identitários); autonomia e protagonismo dos sujeitos (caracteriza-se como, a co-responsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão). Espera-se que, seguindo esses princípios e programas desenvolvidos pelo Humaniza SUS, tenham como resultado prático a redução de filas e do tempo de espera com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços (MS, 2001).

O Programa de Humanização do Parto, também se fundamenta nas premissas e princípios referidos no parágrafo anterior, contudo, a principal finalidade desse programa é assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Recordando que, a humanização da assistência em saúde, surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem a exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais, o que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), no ano de 2004; iniciativa criada para operar em toda rede do sistema (MS, 2004).

O panorama não é diferente no que diz respeito à atenção da saúde da mulher, especialmente quando se analisa a qualidade da atenção obstétrica com base na humanização do parto e nascimento. A propósito, destaque deve ser dado ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), referido anteriormente, que surgiu em 2000, com as finalidades de incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando ainda a reorganização da assistência, ficando esta, pautada na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções. Além disso, o Programa trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal.

Numa tentativa de tematizar tal experiência, buscando ampliar minha compreensão acerca da prática clínica psicológica, ingressei no mestrado de Psicologia Clínica, tendo como proposta aprofundar meus conhecimentos na prática profissional e buscar novos sentidos compreensivos da ação clínica junto ao Programa de Humanização do Parto.

Lembrando que, a prática clínica em instituições hospitalares, continua sendo alvo, desde que o psicólogo adentrou nesse espaço de polêmicas e discussões, a respeito da viabilidade de aplicação das atividades clínicas nessas instituições. Tais discussões têm levado os profissionais da área a um esforço permanente, no sentido de caracterizar e diferenciar, sobretudo, a psicologia clínica, da hospitalar. Para ilustrar o que acabamos de dizer, basta ver o grande número de produções teóricas a respeito do assunto, de autores que transitam teórica e metodologicamente, e vale dizer, com desenvoltura, nas duas áreas, como, por exemplo, Angerami (1985; 2002a; 2002b).

Em paralelo, o campo da clínica por outro lado, traz à tona a questão sobre o que seja o fenômeno psicológico, a subjetividade ou mundo interno. Bock (2001) desenvolve estudos nessa direção, e verificou a diversidade de significados e definições que o fenômeno psicológico recebia dos psicólogos. Conclui afirmando que: "o mundo psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social" (p. 23).

Assim, urge uma redefinição do que seja fenômeno psicológico. Já não cabe a concepção de mundo interno/externo, subjetivo/objetivo, etc., posição já defendida antes por filósofos como Merleau-Ponty e Martin Heidegger. E agora, se revelam através das novas direções para onde se movimentam as atuais tendências nesse campo, principalmente pelos representantes da psicologia crítica. Embora não se possa negar que as teorias psicoterápicas na sua maioria, tragam em seu bojo, a consideração da dimensão social, ao conceberem a subjetividade como constituída através dos vínculos com o outro, ainda é constatada a prevalência do olhar que enfatiza os processos internos, subjetivos e intrapsíquicos. É possível citar algumas dessas perspectivas, as quais, segundo González-Reys (2001), ainda que contemplem este social, fragmentam e supervalorizam um espaço social específico, tal como os vínculos, referindo-se à psicanálise; a família, na terapia sistêmica, ou supervalorizam o outro individual, nas abordagens humanistas. Por outro lado, Figueiredo (1996) já afirmara a sua convicção sobre a dispersão teórico/prática da psicologia. São lugares epistemologicamente diversos e, muitas vezes, antagônicos, dos sistemas teóricos que compõem o campo de saber da psicologia.

Seria preciso então, desconstruir o modelo tradicional de clínica, fundada em atividades como: psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal; atividades exercidas em consultório particular, em que o psicólogo se apresenta como autônomo ou profissional liberal, atendendo geralmente, a uma clientela financeiramente abastada. Além disso, tal atividade priorizaria o enfoque intrapsíquico e os processos psicológicos e psicopatológicos do indivíduo, norteado por uma concepção de sujeito abstrato e descontextualizado historicamente. Esta mesma constatação é feita e discutida por Figueiredo (1996), o qual nomeia esta representação social do psicólogo clínico como *confusões*. E desconstruir, no nosso entender, significa, antes de tudo, uma mudança no campo epistemológico. Tal mudança, poderia dar lugar a um olhar mais amplo, ao permitir que o psicólogo clínico pense o sujeito diante dele como aquele que se constitui

no mundo, numa relação com o mundo natural e social; mundo este que, ao mesmo tempo em que o constitui, também é constituído por ele.

Adotar uma nova perspectiva de clínica, significa absorver uma postura através da qual se expresse um posicionamento ético e político. Como diz Bock (2001), "trabalhar para aliviar o sofrimento psicológico das pessoas exigirá do psicólogo um posicionamento ético e político sobre o mundo social e psicológico" (p. 260). Assim, não importa em que lugar ou espaço o ato clínico aconteça, seja no âmbito privado ou público, numa relação didática, grupal ou coletiva. Este será sempre um fazer psicológico que se pautará em concepções teóricas e metodológicas, as quais refletirão essa postura diante do sofrimento ou fenômeno psicológico que se coloca diante dele. Melhor dizendo, o ato clínico se pautará muito mais por uma ética do que por referenciais teóricos fechados. É nessa direção que Figueiredo (1996) propõe um sentido diferente para a ética, de acordo com a etimologia do termo *éthos*, no que se relaciona com o habitar, com a morada, ao afirmar que, o homem é arremessado num mundo que ele não escolheu, e aí, ele é *como* a abertura ao que deste mundo lhe vem ao encontro, ou seja, ele existe no sentido preciso de *ser fora de si mesmo*, de "ser o seu fora", vale dizer, de *ser-no-mundo*. Nessa expressão, "no mundo" não indica um lugar em que se é, mas o próprio *modo-de-ser* do homem (p. 44).

Para esse autor, a ética, neste sentido, remeteria para a dimensão humana do si-mesmo, tal como pensado por Heidegger (1999), ou seja, para a dimensão da experiência, do conhecido e do não-conhecido, o qual não poderá ser previsto, conhecido na sua totalidade e que se apresenta ao homem na sua condição de existência. Partindo dessa perspectiva, é que me instigo a repensar a ação clínica proferida pelos profissionais de saúde em paralelo com um programa que visa à humanização do parto.

Desconstruir o modelo tradicional de psicólogo clínico como, quase exclusivamente, um detentor de técnicas interventivas, sustentado pelos pressupostos cientificistas que ainda prevalecem nos currículos acadêmicos, parece ser um dilema na ação clínica do profissional de saúde.

Então, como pano de fundo do cenário da humanização no contexto hospitalar, buscamos um aprofundamento no pensamento do filósofo Martin Heidegger, principalmente no que se refere à Era da Técnica, ou seja, a sociedade moderna e

contemporânea. Tal período é marcado por condutas, que objetivam e reduzem a natureza e o homem em prol de utilidades para fins de consumo, acúmulo e resoluções práticas, e estas se expressam naturalmente no âmbito das ciências. Desse modo, extraímos da prática clínica atual, uma crítica com vista a refletir no que diz respeito à atitude tecnicista: aquela conduta que calcula, pré-define e antecipa uma concepção perante o ser, tal como pensado pelo filósofo Heidegger (2001) ao se referir à questão da técnica.

Em consonância a essa realidade de uma era demarcada pela técnica, surge à inquietação de pensar a humanização diante dessa mesma proposta. Desta forma, tal estudo se configura, portanto, como uma pesquisa numa perspectiva fenomenológica existencial para compreender e interpretar, pela hermenêutica gadameriana, baseada na ontologia heideggeriana, e utiliza como instrumento de acesso à experiência a entrevista com pergunta disparadora: “Como você compreende o sentido de cuidado na sua ação clínica junto à assistência de mulheres em trabalho de parto?”. Essa pergunta disparadora/provocadora, teve como finalidade, fazer com que os sujeitos colaboradores pudessem transitar livremente por suas experiências. As discussões tornaram-se possíveis, a partir de afetações e reflexões entre relatos e pesquisadora, bem como através de diálogos com autores que transitam pelo tema. Palmer (1999, p.20) salienta que: “ao tomar a hermenêutica como processo de compreensão de significados ou decifração de um sentido, e que tanto o significado quanto o sentido estão relacionados ao seu contexto histórico e situacional, não cabe mais interpretar como explicar princípios, mas interpretar como acompanhar o acontecimento em sua historicidade. Nesse sentido, a hermenêutica é o estudo do encontro histórico que apela para a experiência pessoal do que está no mundo”.

Para tanto, no primeiro capítulo demonstrarei uma análise do Programa de Humanização do Parto, desvelando concepções acerca de uma tradição compreensiva sobre essa temática nos serviços públicos de saúde. Já o segundo capítulo, tece sobre modos de cuidado e sua interlocução com a ação clínica a partir de fundamentos de leituras heideggerianas. O terceiro, contextualiza a fenomenologia enquanto percurso metodológico, embasado na teoria de Heidegger, visando compreender os sentidos que os profissionais de saúde, implicados no Programa de Humanização do Parto, dão à sua ação clínica. Conclui-se ser este momento, demarcado pela caminhada com a

fenomenologia, suas possibilidades de des-cobertas, acolhendo as evidências sentidas pelos narradores, e des-cobrimo os sentidos das ações clínicas de cuidado. Por fim, o quarto capítulo faz inferência sobre algumas considerações dos sentidos postos da ação clínica na humanização do parto.

Ressalvo que, em todo o percurso deste trabalho: o caminhar, o acompanhar, co-apreender foram verbos da minha existência humana, enquanto busca dos sentidos. Ressaltando-se que em seu fundo nômade, a existência humana guarda sempre o caráter trágico, já que o seu sentido só se deixa descobrir e enunciar na co-apreensão do que ele mesmo não é, do que o supera e excede, do para além de si mesmo, da totalidade. Nesses verbos estão em jogo um não-ser e um ser outro, que sempre circundam a existência humana, que constituem a sua circunstância. Pois o modo de ser do homem é ter de fundar, sempre de novo, os modos de seguir, acompanhar e co-apreender o que o ultrapassa. Terminei minha apresentação, enfocando como refere Lydia Fagundes em seu conto “O menino”: “a beleza não está nem na luz da manhã nem na sombra da noite, está no crepúsculo, nesse meio tom, nessa incerteza.” Esse conto demonstra a sensibilidade com que a autora tece seus personagens, seres humanos conflitantes que mergulham no reconhecimento de si e de suas experiências. Ao mesmo tempo, em que convida o leitor para ser protagonista da história contada, o envolvendo numa teia a qual precisa desvelar. Sob esse prisma, constrói um conceito não-estático do tempo ou espaço (o vivido e o sentido). Diante dessa ótica do não-estático, é que me coloco no percurso desse trabalho, onde as revelações são fontes de mistérios e inquietações, decifrações das simbologias da alma, uma viagem interior em mim mesma, um mergulho na imprecisão e no desconhecido, atilada numa teia de sentimentos diversos.

## **1. O DES – VELAMENTO DAS CONCEPÇÕES DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

As questões que instigam este trabalho estão ancoradas em experiências vivenciadas e partilhadas a partir de 2010, quando ingressei convidada como profissional, em uma maternidade de um Hospital Público. Lembro nesse momento de um velho dito popular, que diz: “nada acontece à toa.” E percebo que foi no meu nada, sendo entendido como expressão usada para descrever a ausência de qualquer coisa, que me surpreendi, foi no meu à toa, que me lancei na condição do de-vir. Deixando-me afetar pelos instantes vividos naquele lugar, revelo a seguir experiências únicas no contato com uma realidade que até então não fazia parte do meu existir, por isso vou trazer à luz daquilo que me afetou no contato com e junto ao outro naquela instituição.

Contudo essas experiências caminharam no encontro com a hermenêutica gadameriana, como um modo de interpretar o que se mostra pondo a lume isso o se manifesta aí, mas que, no início e na maioria das vezes, não se deixa ver. A partir daí pretendo relatar minhas vivências, ou seja, acolher as manifestações dos fenômenos, das minhas afetações que emergiam no meu ‘aí’, no meu estar junto com colegas de trabalho/profissionais de saúde, mulheres/mães na assistência em obstetrícia e seus acompanhantes, que irei des-correr e des-velar histórias.

Na filosofia hermenêutica de Gadamer o que torna o ser humano efetivamente humano é a linguagem: é no diálogo que se obtém o entendimento, a compreensão. O ser humano é um ser hermenêutico porque se encontra inserido no mundo, numa tradição, a qual e a partir da qual busca compreender. Esta surge do processo de tomada de consciência dos seus preconceitos que possibilitam seus julgamentos; da fusão de horizontes, da troca de experiências e visões por meio do ‘diálogo’ com o vivido.

Em uma tarde de uma quinta-feira fui chamada para fazer um atendimento a um paciente no hospital que apresentava dificuldades com os cuidados de higiene, visto que naquela época não havia o profissional de psicologia naquele Hospital. Considero importante esclarecer que ao surgir demandas relacionadas a dificuldades no relacionamento com os profissionais de saúde, diagnosticados com transtornos mentais, ou partos de riscos; era solicitada a presença de um psicólogo da rede pública de saúde. Desta forma, entraram em contato comigo para fazer um atendimento naquela

maternidade. Informo que presto serviços há mais ou menos 22 (vinte e dois) anos como psicóloga clínica, enquanto servidora pública do Estado de Pernambuco.

Ao ingressar naquela Unidade de Saúde, me deparei com inquietações que me desafiam desde o início da minha prática no serviço público, quer dizer, as mais diversas possibilidades de ações clínicas na assistência em saúde, principalmente na compreensão das ações dos profissionais que caminham e se destinam a trabalhar nestes serviços.

A assistência pública de saúde em nosso país, configurada pela falta de recursos materiais, péssimas condições de trabalho e profissionais que atuam de maneira ‘desumana’, leva-nos a pensar que estamos quase diante de uma “tradição” de prestação de serviços de baixa qualidade. Desumanidade deve ser entendida nesse contexto, como uma prática que não priva pelos direitos humanos, nem tão pouco pelos princípios de respeito e a dignidade humana. O desamparo (da falta do amparo), o sofrer sozinho nas enfermarias, a falta de diagnóstico e de medicações para aliviar o desespero do morrer e da morte, a dor de se encontrar num lugar desconhecido, vivenciando a estranheza do lugar e das pessoas que circundam nas Unidades de Saúde, é apenas alguns dos aspectos do que referimos acima.

Nesse instante, me reporto ao que refere Jean-Paul Sartre (1978) sobre a condição de desamparo do homem, ele informa que essa condição é dada a nós, pelo fato de termos que escolher a ida e nosso destino, sem nenhum apoio ou orientação de outrem. E se estamos fadados a essa condição, reflito o quanto ela se faz presente na vida de todos que trabalham nos Serviços Públicos de Saúde, por lidarem o tempo todo com o ‘existir’, deles mesmos e de outras pessoas.

Cito que o existir é uma tradução feita no século XIX do verbo latino *existere*, significando “dar um passo à frente, para fora”, portanto, “aparecer, estar na existência”. E como Sartre (1978) pontua, o homem é existencialista e se encontra desamparado, pelo fato de não haver mais desculpa para si mesmo. Contudo ele é livre, projeto dele mesmo, autor do seu destino. Sente e se envolve na responsabilidade de suas vontades e desejos.

Desta forma Nogare (1977) informa que o homem existencialista não tem mais em quem colocar suas desculpas, mas se encontra em condição de liberdade, ele está condenado a ser livre. Uma vez lançado no mundo, ele será responsável por tudo que fizer, o que o faz se sentir desamparado.

Os enfoques referidos por Sartre e Nogueira revelam a minha angústia e o meu desamparo de perceber a dupla condição de desespero das pessoas, em sua condição ontológica e em seu ótico de des-cuido.

Mergulhada nessas reflexões, olhei naquele instante para cada lugar daquele hospital, em especial para o médico, que com sua voz de tom grave e sensato, dizia: “todos os pacientes já estão evoluídos, prontos para dormir”, sorridente com os colegas de trabalho, ainda no entardecer. Fiquei pensando como as noites devem ser longas para aquelas pessoas. Encostei-me na porta da enfermaria e fiquei observando os olhares dos pacientes, tive ou percebi sensações de perdas, olhares distantes, avistei os ventos que balançavam às janelas e ecoavam sons de pássaros que se aninhavam para dormir nas árvores do pátio do hospital. Fui tomada por sensações de acalento pela maneira que os pássaros se aninhavam e os ventos balançavam as folhas das árvores, e ao mesmo tempo, sentimentos advindos das instalações e dos movimentos mecânicos dos profissionais me transmitiam uma “frieza” inquietante e assustadora. Não consegui mais ficar contemplando aquele momento, pois o tempo passava e me dei conta dos meus afazeres, do meu destin-ar-se naquele lugar, desta forma, precisava dar seguimento a minha ida naquele hospital, veio então o peso e a ciência da responsabilidade do compromisso de estar ali, bem como as minhas apreensões não só enquanto profissional, mas pela vontade e pelo desejo de uma vivência junto ao outro, buscando a humanização.

Retornando ao que havia sido solicitado pela gerência daquela unidade de saúde, de atender um paciente com dificuldades de relacionamentos, continuei a minha busca. Envolvida no meu desamparo, nas minhas escolhas, parei e me aproximei, fui “jogada” no mundo de uma mulher/mãe e seu bebê. Naquele instante, ambos me implicaram e atenuaram minhas sensações de des-amparo (desamparo e amparo). Lembrei o quanto fui amparada no momento dos meus temores no primeiro parto, enquanto o segundo foi marcado por muitas ansiedades.

Meu primeiro parto foi um momento vivido com muito acolhimento. Lembro-me que a obstetra e a anestesista vieram ao quarto antes da realização dos encaminhamentos, explicaram a necessidade da cesariana. A anestesista se aproximou de mim, segurou minha mão e disse que iria dar tudo certo, senti naquele aperto um envolvimento, parecia que ela partilhava das minhas tensões, dos meus medos de ocorrer algo de errado. Ao mesmo tempo, ficava pensando na face do meu bebê, na

vontade de conhecê-lo, de acolhê-lo em meus braços, sentir seu cheiro, no despertar de envolvê-lo em carícias e cuidados. Na maternidade, na sala de cirurgia, no nascimento da minha filha, quando escutei seu choro, emoção intensa foi vivida, momento único e singular. Não esqueço o instante em que ela foi colocada entre meus seios e seu choro cessou; olhei para ela, e seu olhar me revelava confiança, fui tomada por uma felicidade, não existindo palavras para descrevê-la.

No segundo parto, recorro o quanto foi desejado. Todavia, o nascimento foi cercado de inquietações. O trabalho de parto aconteceu no entardecer de um domingo, dia de descanso para a médica que me acompanhava. E na dificuldade para localizá-la, dúvidas se instalaram, tensões foram vividas. Ingressei na maternidade sem sua presença e sem a certeza de que ela viria. Com pessoas estranhas, deparei-me com procedimentos adotados sem nenhuma interação comigo, vivi a estranheza de ser mais uma gestante, pois nem pelo nome era chamada, mas sim pela gestante do quarto 08 (oito). Fui tomada por sensações de aflição, não conseguia sentir confiança naquela equipe. Foi aí que a obstetra que me acompanhou na gestação chegou, que alívio senti, contudo, estava na expectativa pelo meu amadurecimento de ser uma ‘nova mulher’, no sentido de viver a capacidade e a incapacidade de cuidar mais uma vez de um filho. Esperava “crescer” com aquele bebê, de testemunhar novos horizontes de uma mulher que na espera, se fez plena na satisfação de ser mãe.

Trago a historicidade das minhas vivências de ser mãe, o desvelar dessas experiências, para o fenômeno do encontro que se fez presente em mim naquela instituição. A presença daquela mãe, e daquele bebê, só se tornou possibilidade de existir em mim, porque me lembrei dos sentimentos vivenciados nos meus partos. Aquelas pessoas me fizeram refletir sobre minha escolha de ser mãe, e novamente fui tomada pelos sentimentos de frieza e acalento. Frieza por perceber aquela mãe e bebê tão distantes um do outro, como a equipe que me tratou no segundo parto, sem interação, sem olhar para mim, sem escutar minhas necessidades. E acalento por me disponibilizar a viver aquele momento, querer fazer diferente, acolher no sentido de fazer presença, junto aquelas pessoas. E como expressa Cora Coralina (1988):

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que

sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Entendo que o homem é feito de escolhas. Quando ele é “jogado” no mundo, não tem essência, ele é ser, ou seja, fundamento de sua humanidade. Paulatinamente ele vai tomando a existência e o grande desejo de completude, mas ser homem é inacabamento, é viver possibilidades. Caso o homem fosse acabado, ele seria uma coisa, ou seja, ser Em-si. E diferente das coisas que são em si, isto é, já estão prontas, dadas e acabadas, como acontece com a pedra, a mesa e tantos outros. No homem é diferente, porque no momento em que ele é “jogado” no mundo das situações, começa a se construir, ou seja, o homem é uma eterna indeterminação. E na evidência da indeterminação de Ser mãe, é que fui lançada junto àquela mãe e seu bebê. Senti saudades dos meus filhos, lembranças de seus olhares e do aconchego de seus braços. No existir com eles, vislumbrei as possibilidades que no cotidiano me ofertam acolhimento, respeito, e um contínuo de descobertas inacabadas se lançando constantemente ao não ser, sendo.

Ser mãe foi, e é, possibilidade no sentido do poder-ser concreto, sustentado pela evidência de que nós não vamos ao fenômeno, e sim os fenômenos é que chegam até nós, como bem refere à visão heideggeriana, o Ser mãe chegou em mim. O fenômeno emerge na nossa “clareira” e provoca um desvelamento, ou seja, o ser. O movimento fenomenológico heideggeriano obedece, portanto, ao sentido ente-ser. O ser é, portanto, o desvelamento provocado por um ente. Esse ente surge em meio a um fenômeno (no sentido vulgar), e provoca um fenômeno no sentido fenomenológico. O ser ao se desvelar, vela e encobre o não-ser (Heidegger, 2005).

Fui ao encontro do meu des-velamento, das não mais pessoas desapropriadas de mim, mas que agora elas fazem, nem que seja por aqueles momentos de determinações existenciais. E me vi afetada por sentimentos de des-caso e des-cuido. Falas ecoaram daquela mulher: “Estou aqui só, parece que não tem ninguém por mim, pessoas estranhas, médicos estranhos, não sei, não sei...” Ao lado, seu bebê, com um semblante que me afetava através do seu olhar, expressando solidão, não havia presença, não sentia sua presença, nem para aquela mulher, nem para os que ali trabalhavam. E a partir daquela cena, e do ‘não sei’, é que lembrei das minhas inquietudes na maneira de

estar e viver a assistência em saúde, continuando assim com o meu implica-mento sobre a política atual de Saúde, e uma de suas premissas, que busca o assegura-mento da ‘Humanização’ da Assistência em Saúde. Não podia ficar apenas no contemplar, sentia que tinha que continuar meu envolvimento. Saudei aquela mulher, apresentando-me e felicitando-a sobre o nascimento de seu bebê, ela agradeceu e perguntou-me quando teria alta. Expliquei que não saberia informar, mas, que ela poderia perguntar a equipe de enfermagem quando viesse cuidar dela. E expressei minha inquietude com relação a sua solidão, o meu compartilhamento dos problemas vivenciados. Ela me respondeu com sua maneira simples de fazer colocações: “No pré-natal diziam que iria ser bem assistida nessa maternidade, mas não é verdade. Desde a recepção as pessoas são frias, não percebem que nós estamos sofrendo por tantas coisas. Todos estão apressados, não têm paciência, falam coisas que não consigo entender. Será que eles estão na profissão certa? Estão satisfeitos com o que fazem? Será que eles gostariam de ser tratados com des-caso, falta de paciência, sem a mínima atenção? Será que são humanos?”

Tomei aquelas indagações como minhas também, fazendo uma analogia com minhas vivências profissionais: de que maneira compreendia a humanização nos Serviços Públicos de Saúde? Como o Profissional de Saúde sentia a humanização na sua ação clínica? Essas perguntas, direcionavam minhas possibilidades de existir, frente aquela mulher. E foi, a partir da busca dessas compreensões, que constatei a necessidade de me aproximar de outras maneiras, de entender a psicologia que habitava em mim.

Terminei meu momento presencial com ela, não apenas me despedindo, mas agradecendo pelas oportunidades que ela havia me dado, em provocar desejos de transformações. Ela também agradeceu minha companhia, e disse do seu prazer em estar comigo. Ao sair da enfermaria, fui tomada pela necessidade de rever e reaprender a minha vivência profissional, principalmente nas compreensões da proposta de Humanização na Assistência em Saúde.

Desta forma proponho, a seguir, fazer uma explanação acerca da minha historicidade no Serviço Público de Saúde, fazendo uma analogia com compreensões fundadas em documentos do Ministério da Saúde, que norteiam a Política de Humanização da Assistência em Saúde, e em particular, na especificidade das direcionadas a saúde materna. E, para fundamentar os entendimentos, foi realizada inicialmente uma pesquisa do tipo revisão de literatura, com o intuito de analisar as compreensões dos documentos do Ministério da Saúde e suas concepções acerca da

humanização, acolhimento e cuidado, no período de março a outubro de 2012. No que diz respeito ao trato com as fontes documentais, as mesmas foram analisadas de forma crítica, verificando o contexto histórico e social do momento em que foram produzidas. Se constituindo em uma das abordagens propostas pela pesquisadora, por enfatizar possibilidades compreensivas acerca da humanização, acolhimento e cuidado, desvelando aspectos da problemática a ser investigada nessa pesquisa. Para Guba e Lincoln (1981, apud Ludke e André, 1986, p. 39), o uso de documentos na pesquisa apresenta algumas vantagens: os documentos constituem fonte “estável e rica”, podendo ser consultados várias vezes; representam “uma fonte ‘natural’ de informação”, contextualizada espacialmente e temporalmente; além de indicar a necessidade de se buscar informações complementares, por outras técnicas de coleta de dados.

Utilizaram-se também, fontes secundárias da Biblioteca virtual, em periódicos reconhecidos pela CAPES em Saúde. Usando-se como descritores: Humanização; Parto Humanizado; Acolhimento; Mulher. Os critérios de inclusão estabelecidos: artigo disponível em formato completo, em língua portuguesa e publicado no período de 2008 a 2012, enquadrado no objetivo do estudo. Somando-se à busca da apropriação de narrações acerca das implicações estabelecidas pela pesquisadora, frente às suas concepções da humanização, nas ações clínicas dos profissionais de Saúde, utilizando-se do entendimento do trabalho hermenêutico gadameriano, que visa interpretar o que se mostra, isso que se manifesta aí, mas que, e na maioria das vezes, não se deixa ver. Desta maneira, acolhendo as manifestações dos fenômenos, das minhas afetações que emergiam no meu ‘aí’, no meu estar junto com colegas de trabalho/profissionais de saúde, mulheres/mães na assistência em obstetrícia e seus acompanhantes, que irei des-correr e des-velar histórias. Bem como, no meu aí, nas minhas implicações com os textos documentais do Programa de Humanização do Parto, como já referi no início desse texto.

Lembro que numa abordagem mais ampla, com relação à leitura de um texto, para Gadamer, não é ocasionalmente, mas é sempre que o sentido de um texto supera o seu autor. Por isso, a compreensão não é nunca um comportamento somente reprodutivo, mas, por sua vez, sempre produtivo. Quando se compreende, se compreende de um modo diferente. Desta forma, sem dúvida, o verdadeiro sentido contido num texto, ou numa obra de arte, não se esgota ao chegar a um determinado ponto final, pois é um processo infinito.

### **1.1. Re-pensar sobre a humanização**

Ingressei no início dos anos 1990 no Serviço Público de Saúde, cheia de ideias, vontades, disposições de enfrentamento para assegurar a política que configurava o ideário da época: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prever as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. II, Lei 8080/90). E como co-participante desta proposta, iniciando minha prática profissional num hospital da rede pública de saúde, ingressa no Sistema Único de Saúde (SUS), estava também impregnada das intenções da política e da filosofia, que preconizava não mais conceber a saúde como ausência de doença, mas sim como uma vida com qualidade, ancorada como direito fundamental do ser humano. E esta deveria ser oferecida e prestada, principalmente, pelos trabalhadores de saúde. Que engano meu, deparei-me com fragilidades que são apontadas ainda nos dias atuais, problemas que persistem sem soluções, dentre estes se destaca a desvalorização dos trabalhadores, que atuam nos serviços públicos de saúde do nosso país. Ressalto que essa condição não remete a que todos estejam atuando nessa perspectiva, visto que, muitos estão em consonância com minhas inquietudes de trabalhar, se trabalhando, num universo de destinar o acolher e ser acolhido, de se humanizar se desumanizando, nesses contextos díspares de encontrar, enquanto possibilidades de apreender, suas ações clínicas, inclinando-se e recuando-se no amparo e desamparo da assistência em saúde.

Essa des-valorização, ações sem valor, somada a precarização das relações de trabalho, faz com que, os gestores em saúde, apontem essas fragilidades na consolidação do SUS, surgindo assim, preocupações voltadas para a humanização na assistência e nos atendimentos prestados. E não seria diferente no hospital no qual havia ingressado, a gestão naquele momento me convidava para participar do Programa de Humanização, justificado pela minha especialidade profissional, como se a condição de ser psicólogo assegurasse, a princípio, uma postura humanizada. Esse asseguramento, poderia proporcionar, nos outros profissionais de saúde, esta condição de humanização.

Refleti sobre minha formação e me senti, naquela época, incapaz de possibilitar a demanda solicitada, como hoje também. Resolvi buscar compreensões acerca da Psicologia Clínica no Hospital, visto que, na graduação não me havia aprofundado sobre essa área de atuação e, principalmente, sobre a política atual de Saúde que sequer

havia discutido na vida acadêmica. Comungando com o que expressa Figueiredo (1991), percebi nesse momento minhas angústias com relação aos problemas que decorrem da fragmentação do conhecimento psicológico. Em consonância a ausência de conhecimentos da filosofia e política de Humanização do SUS, fizera-me buscar no ano de 1993 a especialização em Gestão e Planejamento de Recursos Humanos em Saúde.

O curso preconizava formar profissionais da área de saúde para atuar no gerenciamento de RH, adotando uma metodologia de Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvida por Matus, que baseia sua teoria num planejamento comprometido com a compreensão de aspectos sociais e políticos e, com a prática de gestões democráticas e participativas. Acreditando, que essa forma de planejar, pode fornecer contribuições relevantes para as constituições políticas comprometidas com as questões sociais.

Para Matus (1996), o planejamento é um processo técnico-político resultante de um jogo de atores em interação, conflito, cooperação e alianças, os quais têm suas próprias estratégias e sua particular visão dos problemas e da realidade. Como tal, é indeterminado e constitui um processo aberto, em que o futuro está para ser construído pela interação dos atores. Sua crítica ao *plano normativo*, consiste precisamente, nesta concepção aberta do planejamento, que não pode ser reduzido a um documento excessivamente estático, para acompanhar a dinâmica do jogo social, no qual os atores exercitam sua liberdade e disputam suas estratégias e objetivos. O planejamento é, deste modo, uma atividade de cunho nitidamente político, da mesma forma que, a política é um jogo e conflito de estratégias, que constituem e requerem, cada vez mais, um esforço de planejamento com os recursos técnicos disponíveis, organizando informações, hierarquizando e ordenando as ações, orientando as decisões. E como o ator que planeja, é parte do processo social e político, e está por este contido, ele é ao mesmo tempo, sujeito e objeto do planejamento.

Diante desta proposta, o curso fazia uma articulação com a humanização nos serviços de saúde, a partir da lógica da escuta das dificuldades referidas pelos profissionais e a veiculação da resolução das mesmas. Supondo que, esta humanização ocorreria devido à credibilidade, dada a participação nas resoluções dos problemas no ambiente de trabalho, possibilitando um comprometimento e co-responsabilização, com a condição de agir e refletir sobre as ações desenvolvidas, proporcionadas através das

oficinas ofertadas durante a estruturação, organização e efetivação do planejamento. Adota uma compreensão de humanização, configurada na direção da valorização dos sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias.

Esse entendimento preconiza a lógica dos anos 1990 sobre a concepção de humanização em Hospitais, visto que é nessa época, que é difundido, pela Sociedade Americana de Terapia Intensiva (*Society of Critical Care Medicine* [SCCM], 1989), as diretrizes para implantação de programas de humanização, documento formulado com base em consenso, realizado com profissionais de vários centros envolvidos no cuidado a pacientes internos em Unidades de Terapia Intensiva, e suas premissas básicas foram às seguintes: cada indivíduo é único e tem valores específicos; a busca da humanização não deve comprometer a segurança do paciente, nem deve transpor as barreiras éticas ou legais; paciente e família são as próprias fontes de conhecimento das suas necessidades; a autonomia do paciente e da família deve ser preservada; a privacidade do paciente e da família deve ser respeitada. (Trad, 2006).

Contudo, toda visão demonstrada até o momento, constitui uma forma de perceber a humanização, como algo a ser desenvolvido e construído na relação processual, se dando através de ensinamentos, e até mesmo por ações condicionantes na assistência ao paciente. Forma essa que, a meu ver, não concebe o agir humanamente e, sobretudo o sentir humanamente. Essa minha afirmativa, parte de questionamentos sobre minhas inquietações frente à concepção da humanização. Dentre estes: Eu posso me tornar humano, se já sou humano? Como poderíamos entender a condição da humanização, ou de um ser humanizado?

A compreensão posta neste contexto, é a correlação que faço com a vivência fenomenológica existencial do ser humano, ou seja, o Ser humanizado, não perpassa por uma reprodução contínua do seu modo de agir, mas do seu lançar-se na existência, como um modo de ser e existir no mundo. O viver os fenômenos do existir, é entender que estes se revelam ou se mostram em diferentes significados, num contínuo de revelações/ocultações.

Heidegger (2005) e Critelli (1996) comentam que a vida humana está em perpétuo deslocamento, e o modo humano de ser-no-mundo – viver – jamais alcançará qualquer fixidez. Mudam-se as ideias, as sensações, as emoções, as perspectivas, os interesses, as lembranças, os significados, o modo de nos relacionarmos com os outros e com as coisas. Portanto, a experiência de viver do homem é, desde sua origem, a

experiência da fluidez constante, da mutabilidade, da inospitalidade do mundo e da liberdade; esta é a sua condição humana, quase como sua natureza. Desta maneira, o viver humanamente é uma constante, e não uma construção sistematizada, que envolva rigidez ou solidez.

Torna-se importante lembrar que em termos leigos, humanização está atrelada a uma compreensão que consagra e rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, frequentemente ligados a uma conotação ética. Historicamente o pensar a humanização surge num momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes.

O mundo contemporâneo, demarcado pelo volume de fatos históricos com tantas transformações, onde, ao olhar o passado, se associam valores do tempo presente, provocam novas maneiras de se conceber os conhecimentos. Estes são sempre uma forma de representação, tentam reproduzir o real, e surgem muitas vezes a partir de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. Vinculam pensamentos e ações, os estudos dos fatos não se mostram cristalizados ou presos, transformam-se em possibilidades compreensivas de momentos, modos de olhar o mundo de uma época.

O modo que proponho agora é o da humanização na assistência hospitalar, que atrela inúmeros conceitos à palavra humanização. Humanizar as ações, frisar que é pelos sentimentos e não pela razão que o homem humaniza o mundo. As diversas abordagens da complexidade do que é ser humano, são postas em discussão nesse processo.

No início dos anos 2000 foi instituído o Programa de Humanização à assistência, em virtude, principalmente, às dificuldades emanadas das relações entre os servidores públicos e os usuários dos serviços. Dificuldades estas, caracterizadas por maltrato, omissão e agressões na assistência prestada pelos profissionais de saúde. Desta forma, o termo humanizar a assistência foi associado a uma condição emergente e urgente. Torna-se assim, uma proposta que possibilitaria modificações no cenário caótico no qual a Saúde Pública se encontrava. Contudo, verifica-se que o desafio ainda é presente nos dias atuais. O programa continua sua busca de melhorar o atendimento, articular os avanços tecnológicos com acolhimento, otimizar os cuidados e as condições de trabalho dos profissionais. Configura-se a Humanização como uma ferramenta de gestão, pois está associada à qualidade do atendimento, preservando as dimensões biológicas,

psicológicas e sociais dos usuários, enfatizando a comunicação e a integração dos profissionais.

Em consonância com aspectos apontados no parágrafo anterior, o documento Humaniza SUS do ano de 2000, sinaliza que a política de saúde encontra-se fragilizada também, pela fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, apresentando precária interação nas equipes e despreparo para lidar com as diversidades e subjetividades que toda prática de saúde supõe. Em paralelo, o documento de Base para Gestores do SUS de 2006, destaca a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. Esses aspectos indicam mudanças necessárias no modelo de atenção, que não se farão sem alterações no modelo de gestão.

As evidências sinalizadas pelos documentos comentados anteriormente, se faziam presentes no hospital em que fui convidada a prestar atendimento, ou seja, foi pela impropriedade que aquela mulher e aquele bebê, não se fizeram notar na assistência daquela Unidade de Saúde. Trabalhadores de saúde passavam pela enfermaria, olhavam para aquela cena, e não se apropriavam das necessidades que estavam presentes naquele cenário. Refletir sobre estas práticas clínicas junto com os outros é fundamental, visto que, vários profissionais receberam e recebem treinamento acerca do Programa de Humanização do Parto, que também é norteado pela política de humanização, nos Serviços Públicos de Saúde. Questionar sobre as intenções que norteiam esses treinamentos e maneiras de entender essa política e filosofia, é proporcionar novas reflexões sobre a maneira de Ser e Estar no mundo junto com os outros.

Desta forma, a minha afetação junto aquela mulher, aquele bebê, aqueles colegas de trabalho, mobilizam a tematizar sobre o modo com que os profissionais daquela instituição compreendem a Humanização. Entendiam, como já referi anteriormente, como uma condição que eles poderiam aprender, desenvolver, ou seria, algo que se venha revelar junto e com o outro, nos sentidos postos de suas atitudes e sentimentos? De quais maneiras, profissionais de saúde, concebem o acolhimento das necessidades emanadas da clientela usuária dos serviços, bem como, a relação de cuidado, entre o cuidar de si e do outro?

Ante esses questionamentos levantados, não me cabe julgar ou fazer hipóteses, contudo, as intenções são as de rever as formas compreensivas sobre o agir dos profissionais inseridos nesses contextos e principalmente quando estamos discutindo a

humanização em saúde, uma vez que essa realidade não remete a um procedimento técnico, mas viabiliza o contato com a vida, existência. Vida que pode estar encoberta, mas se presentifica na presença dos seres humanos. Refiro à possibilidade de um encontro humanizado, não estabelecendo a existência de nenhuma necessidade *a priori*, ou seja, é um se lançar a encontrar, a um acontecido casual onde exista a presença de sentimentos, pensamentos e sensações. Na especificidade do parto, refletir sobre a condição da humanização é um desafio constante, é um tecer de novos sentidos nas ações desenvolvidas junto à assistência em saúde que resgate o respeito à vida humana, abrangendo-se todas as circunstâncias que se encontram sempre num de-vir.

## **1.2. A condição da humanização do parto: possibilidades compreensivas na saúde pública**

Como ser humana, compreendo que a disposição afetiva é um modo de estar muito amplo que, frequentemente, se presentifica no interesse pelo outro, na solidariedade, na arte de estar disponível, no dialogar, no saber ouvir e falar, no olhar e ser olhado, na delicadeza do lidar com as afetações. Perceber todo esse envolvimento nas ações clínicas no espaço de saúde, é de salutar importância para convivência em sociedade.

Uma história que presenciei no hospital com um médico obstetra e uma gestante, me trouxe a aproximação da disposição afetiva no contexto da maternidade e na vida de um modo geral. O médico olhou para a gestante e perguntou por que estava chorando, a mesma respondeu que estava com medo dele. Ele olhou para ela comovido, e retrucou que ele também estava com medo, e que cada parto era um momento de várias vidas serem transformadas, inclusive a dele. Olhei para ele com os olhos cheios de lágrimas, e me renovei junto ao outro, afastando-me do contexto pragmático da assistência médica. Meu olhar e o seu falaram, de um diálogo que não tem palavras, mas sim expressões de sentimentos, de respeito ao outro e a si mesmo, dando conotações de consideração, acolhimento, profunda deferência e reverência.

Aquele instante serviu para me envolver em uma pai-sa-gem, com vistas a um campo que floresce suas sementes, cultivadas pelo zelo dos homens. Verifiquei o quanto de cuidado aquele homem tinha com aquela mulher e consigo mesmo, em tantas faltas que estávamos lidando naquele dia. A maternidade estava sem médico anestesista,

mudas de roupas de cama insuficientes, pessoal da limpeza ameaçado por demissão, falta de alguns medicamentos, inúmeras dificuldades, que diante daquela cena, não desvirtuava o sentido de estar junto ao outro.

Em contra-senso, vivi outra história que me remeteu a repensar sobre a prática dos profissionais de saúde frente à assistência a mulher. Eu, juntamente com a enfermeira, entrei na sala de cirurgia para um parto normal. Logo em seguida, chegou o restante da equipe para dar os encaminhamentos necessários para o procedimento. Havia estado com a gestante no pré-parto e ela relatou seus desejos, seus sonhos com aquele bebê. Fiquei envolvida com a sua força, sua garra em querer ser mãe.

Contudo, o bebê nasce e morre inesperadamente. Envolve-me com aquela mulher, e ela pergunta se está tudo bem, e sem pensar direito, tomada pelas sensações de perda, respondo que precisamos cuidar dela, que em breve o médico iria dar notícias sobre seu bebê. Retiro-me do bloco cirúrgico, vou para uma sala ao lado da sala de parto, viver a morte daquele bebê. Passados poucos instantes, a obstetra chega e me chama para, junto com ela, dar a notícia a mulher. Solicito que espere um pouco, e o mesmo diz que não tem tempo, pois duas outras gestantes já estavam sendo preparadas para parir. Levantei no impulso e fui com ela. Chegando ao encontro da mulher, de maneira sintética, refere que houve complicações com seu bebê e ele havia morrido, mas que ela não devia se preocupar pois, por ser nova, logo iria engravidar de novo, assim é a vida. Saiu da enfermagem e me deixou com ela, e sem palavras fiquei junto do seu leito, partilhando de sua dor, do seu choro contínuo e sem acalento. Ela me pergunta se pode ver o bebê, respondo que sim, e que em breve ele estaria nos seus braços. Pedi licença e fui ao encontro do bebê, ele estava sendo ajeitado e solicitei à enfermeira que o vestisse com a roupa que a mãe havia dado, ela, entretanto, questionou a falta de autorização do pediatra para levá-lo ao encontro da mãe.

Nesse momento sublimei o contexto daquela mulher para a profissional de saúde. Ela estava só, sem acompanhante, seu marido estava vindo de uma viagem, perto de pessoas estranhas, vivendo a morte do bebê que tanto desejou e que agora o que restava, era sentir a perda; se isso não dizia nada para ela. A enfermeira me entregou o bebê, comentando que eu era responsável por tudo o que poderia acontecer. Ao chegar com o bebê, entreguei-o a mãe, ela tirou toda a sua roupa, afirmando que ele era normal, questionou os desígnios de Deus. Ficamos juntas até a chegada de seu esposo, quando

saí da enfermagem deixando os três sozinhos. Passados cerca de vinte minutos, peguei o bebê e o levei para a enfermeira dar seguimento aos encaminhamentos necessários, quando retrucou com o jargão popular machista, que diz: ‘mulher nasceu para sofrer’.

Esses momentos fizeram com que refletisse e questionasse as propostas sobre o Programa de humanização do parto, e me interroguei, sobre diversas situações que se presentificam na atualidade com relação ao Ser humano/Mulher e seus valores, o cenário social brasileiro, a realidade dos hospitais públicos no Brasil. Aparentemente se trata de problemáticas muito diversas, entretanto veremos que há um *continuum* de intensidades entre elas, em um fluxo de articulações e efeitos. Diante das evidências observadas na prática profissional e de leituras teóricas sobre o assunto em questão, despertei para as necessidades de um questionamento das concepções acerca do entendimento de se conceber um Parto Humanizado.

Desta forma, o cenário da assistência a Saúde no interior de Pernambuco, tem sido o local de várias cenas, que afetam e refletem um conjunto de perspectivas, que permitem aproximar-se de histórias a serem contadas sobre a complexidade da saúde pública no panorama nacional, principalmente as destinadas à saúde da mulher, na especificidade da atenção à gestação e ao parto.

Já vai muito longe o tempo em que a palavra "humano" poderia evocar uma espécie de consenso para o homem comum, em torno das virtudes cardeais desejáveis, onde o humano, no seu comportamento, na sua atitude, nas suas ações, buscava o bem agir. Nessa situação, percebo o quanto de dificuldade emerge quando passo a refletir sobre a minha condição de Ser Humana, diante da provocativa de compreender o Ser bom que permeia a minha condição de existir, junto às mulheres no seu ato de parir. Pensar na possibilidade de presenciar um parto humanizado, é acreditar que o ser humano tem na sua condição a perspectiva de Ser, por ser humano.

Proponho a partir de agora, discorrer acerca do Programa de Humanização do Parto Humanizado, fazendo uma breve explanação de conceitos explorados por alguns teóricos, historiando à política e intenções de Programas do Ministério da Saúde do Brasil, com relação a uma prática humanizada de cuidados prestados na assistência e atenção à saúde materna.

Por isso, aprofundar em vertentes significativas de compreensões é importante, quando à proposta é se referir à palavra Parto. Enquanto uma categoria substantivada (o parto) significa um processo de nascimento, saída do feto do útero materno, ação de expelir do útero, dar a luz a um filho, uma cria. Diante desta perspectiva, a ideia do parto é fazer com que o ato de uma mãe ao trazer o filho à luz, geralmente envolto em medos e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher.

Há muitos anos atrás, quando os conhecimentos médicos sobre o tema eram rudimentares, o parto era esperado com temor pela parturiente e seus familiares, pois não se podia prever nenhuma das dificuldades que hoje podemos observar com bastante antecedência em decorrência do avanço tecnológico. Nesse momento, lembro-me de histórias contadas pela minha mãe, que fazia um recorte de suas vivências no período do ato de parir. Tomo como exemplo o nascimento de uma de minhas irmãs, que nasceu de parto normal, com uma parteira em domicílio. Ela descreve esses momentos como de grande angústia, pois entrou em trabalho de parto às cinco da manhã e até às três horas da tarde não sentia nenhuma contração. Naquela hora, a parteira fez um exame e verificou que o feto estava em posição invertida, avisou que ia romper a bolsa e lhe pediu que fizesse força para expulsá-lo. Mas como fazer força sem sentir contrações? Ela só pensava que ia perder a criança. Após algumas tentativas, o bebê nasce, porém sem chorar, foi preciso levar palmadas e ser sugado pelo nariz, para que desse o primeiro grito de vida. Essa história serve para mostrar as angústias advindas do contexto próprio do ato de parir. Momento de secular importância para o existir, não só do novo Ser mas da Mulher, Ser mãe, condição de pura existência de Ser.

É importante lembrar, que a situação descrita acima durante muito tempo não foi exceção, o parto sendo realizado com a atuação das mulheres da casa, auxiliadas por uma parteira mais experiente. Nos casos mais complicados, a falta de técnicas, aparelhos e medicamentos transformavam o nascimento em um terrível fator de risco para o bebê e para a mãe. Passaram-se muitas décadas, até que os estudos médicos desenvolvessem alternativas seguras aos nascimentos de difícil execução.

No século XX, os partos passaram por uma nova revolução, quando as técnicas da cesariana avançaram de modo significativo. A aplicação de anestésias, os novos procedimentos de esterilização e o emprego da incisão baixa, possibilitaram que partos

antes considerados fatais, fossem executados com grande êxito. No entanto, em meio a tantas benesses, ocorrem equívocos históricos e culturais quando nos reportamos a essa forma de nascimento.

O erro histórico consiste em acreditar que a cesariana foi criada graças ao famoso ditador romano Júlio César, que teria nascido desse modo. Na Roma Antiga, a incisão na barriga da mulher só acontecia, quando esta já havia morrido ou quando nenhum dos dois resistia às complicações do parto normal. No caso de Júlio César, registros diversos apontam que sua mãe, Aurélia, ainda viveu depois de dar à luz ao seu ilustre filho. Sendo assim, era impossível que ela tivesse feito uma cesárea.

Do ponto de vista cultural, vemos que a popularização da cesariana nos últimos quarenta anos, marginalizou outras formas de parto seguras e mais saudáveis. O medo de sentir dor ou não resistir ao trabalho de parto, fez com que diversas mulheres e médicos transformassem esse processo natural em um simples procedimento técnico. Nos últimos anos, pesquisas indicaram que a opção pelo parto normal, reduz o risco de uma série de complicações e produz um impacto psicológico positivo na mãe e na criança.

Com isso, podemos ver que o processo de modernização dos procedimentos médicos, não implica necessariamente no controle intenso dos processos fisiológicos naturais que envolvem tal situação. Não por acaso, vemos que diversos programas de saúde pública hoje, incentivam a participação das tradicionais parteiras que, durante séculos, tiveram um papel fundamental para que várias vidas ganhassem o mundo. Enfim, a cesariana não pode ser mais vista como um avanço irrefutável da medicina.

Sempre que possível é preferível seguir as leis naturais, existentes desde o começo do mundo, tanto no homem como nas outras criaturas do reino animal, que já nascem sabendo como procriar.

Observa-se então, ser necessário resgatar a liberdade da parturiente, que hoje se sente impotente e incapaz de dar à luz, sem apropriar-se de medidas intervencionistas, respeitar os direitos da mulher para escolher como e onde quer ter seu bebê.

Na busca da liberdade da mulher no parto, surge a proposta de humanização como uma forma de assegurar esses direitos.

O termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. As iniciativas identificadas com a humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres vêm, há décadas, participando da pauta dos movimentos feministas em saúde. Estes movimentos, atrelados as críticas ao modelo hospitalocêntrico, desempenharam um papel crucial para a consolidação de uma das vertentes da humanização do atendimento, ao questionar os valores instrumentais e masculinos da sociedade industrial, criticar a medicalização do parto e a transformação do nascimento em evento médico. Assim foram criadas, as condições teóricas e políticas para a crítica às condições de assistência à saúde das mulheres e a conquista de direitos específicos na área da reprodução. Na proposta feminista, humanizar passou a significar recuperar os valores afetivos e as relações de intimidade, características da esfera privada, de onde, diriam algumas correntes, o parto nunca deveria ter saído, migrando para o hospital. Logo, estas questões também seriam discutidas nas organizações internacionais (Diniz, 2001).

Neste momento, acreditamos ser importante lembrar que, Fortaleza foi sede de duas conferências internacionais promovidas pela OMS para discutir propostas de uma nova cultura de atenção ao parto. Na primeira, *Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth*, ocorrida em 1985, o termo humanização não foi utilizado, mas se procurou incorporar as propostas de treinamento de parteiras tradicionais nas áreas rurais. Em 2000, ocorreu a *International Conference on the Humanization of Childbirth*, com a participação da OMS e do Unicef. Nesta ocasião, definiu-se humanização como um princípio, podendo ser aplicado não apenas ao parto, mas a qualquer aspecto do cuidado, dos doentes terminais, dos idosos, saúde e doença, educação, meio-ambiente, economia, política e cultura. Seria um meio para encorajar e dar poder aos indivíduos e grupos, devendo ser um conceito-chave para o desenvolvimento de uma sociedade sustentável no século 21. Conclamaram-se todos os governos, organizações da ONU, organizações internacionais e organizações não governamentais a desenvolver ações para promover a humanização (UMENAI *et. al.*, 2001).

Considerando a temática da reprodução, há uma importante discussão sobre a humanização da manobra do parto, que se consolida como uma versão brasileira, ou latinoamericana, daquilo que nos países de língua inglesa é chamado movimento por

"*respectfulbirth*", "*gentlebirth*", entre outras definições imediatamente referidas ao cuidado na relação pessoal. (Diniz, 2008). Em muitos contextos, são referidos com termos aparentados, como o "*natural childbirth*" e suas diversas variações, herdeiros da tradição menos ou mais crítica da assistência, na década de 1950, do parto psicoprofilático de Dick-Read e de Lamaze. Na década de 1960, era o método Bradley ("*husband-coachedbirth*") que trazia o papel essencial do pai como acompanhante e colocava o nascimento como um evento familiar. (Vaitsmane Andrade, 2008)

É fundamental, nesse momento, fazer referência ao movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil. A partir de uma crítica ao modelo hegemônico hospitalocêntrico, esse movimento propõe uma série de mudanças, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1985. Esta inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também, a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde, nas regiões onde a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de riscos, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto.

A noção de humanização do parto passou a ser objeto de várias interpretações e disputas políticas e profissionais, o que, embora pressupondo várias gradações, poderia ser resumido entre duas visões. Por um lado, uma tendência feminista, ecológica, integradora, holística, na qual a mulher não seria separada de seu ambiente na hora do parto – a não ser em casos de complicações – e teria de volta um lugar de centro do processo. A atenção materna seria baseada na comunidade, com parteiras, enfermeiras e médicos trabalhando juntos como iguais. Por outro lado, uma perspectiva que não veria contradição entre ética, atendimento digno e acolhedor e o uso de tecnologia e partos hospitalares, ou seja, a ciência médica tal como vem sendo desenvolvida pelo modelo biomédico.

Cada uma destas visões implica modos distintos de atenção ao parto, formação de recursos humanos e pressupostos conceituais para pesquisas. Além disso, não são sempre e tampouco necessariamente antagônicas, podendo dar lugar a modelos contendo um *mix* entre elementos dos dois polos.

No final da década de 1990, o conceito de humanização foi estabelecido como princípio de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN* (MS, 2002) e o *Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH* (MS, 2001), culminando com a Política Nacional de Humanização – PNH (MS, 2003).

O PNHA Hospitalar surge como uma tentativa de enfrentar os problemas relativos à má qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para as necessidades de usuários e profissionais. Incentiva o *acolhimento* das pessoas, a promoção de uma cultura de respeito e valorização humana, no cuidado aos usuários e a ampliação da qualidade técnica da assistência (MS, 2001).

O projeto de humanização dos serviços contém, dentre suas ações, a avaliação periódica da satisfação dos usuários e dos profissionais, envolvendo três aspectos fundamentais: a) capacitação permanente dos profissionais de saúde e criação de condições, para sua participação na identificação das melhorias necessárias, às suas condições de trabalho; b) criação de condições para a participação ativa do usuário na avaliação da qualidade dos serviços; c) participação da comunidade organizada, como parceira dos agentes públicos, em ações de apoio e acompanhamento dos serviços.

Por outro lado, o PHPN não pode ser visto, sem que se considere sua relação com o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher –, implantado em 1984. Entendido como resultado da ação do movimento feminista, o programa inovou ao considerar a saúde da mulher sob a perspectiva da integralidade e, mais tarde, dos direitos reprodutivos.

O PHPN não entrou em detalhes do modelo de parto humanizado – o que é objeto de disputa política e ideológica – mas estabeleceu alguns princípios e preconiza uma série de procedimentos, aceitos dentro de uma plataforma mais geral, como um número mínimo de consultas e exames no pré-natal e puerpério, o direito da gestante saber previamente e ter assegurado o acesso à maternidade onde se dará o parto, e a assistência humanizada e segura à mulher e ao recém-nascido no decorrer da gestação, parto e puerpério.

Sendo assim, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, tendo

como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O conceito de humanização da assistência ao parto, inclui aspectos relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência imediatamente voltada para as necessidades das mães e de suas famílias. Também é indispensável às modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar, em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizantes da assistência (Diniz, 2008).

Essas propostas que surgem como iniciativas de melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis, é um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados, com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos.

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.

Todavia, a humanização expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, veem seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total.

Voluntarismo no sentido do exercício de uma atividade cidadã que traduz uma relação de solidariedade para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que estão afetando a sociedade em geral. Assistencialista, por desenvolver ações pontuais que ajudam as camadas menos favorecidas economicamente. Paternalista, na concepção de adotar uma prática autoritária onde uma pessoa exerce o poder sobre outra combinando decisões arbitrárias e inquestionáveis, com elementos sentimentais e concessões graciosas.

Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder aos justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico. A efetiva consolidação dessas propostas e o seu mais consequente desenvolvimento, estão dependentes de transformações radicais no nosso modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos filosóficos.

## **2. TECENDO SIGNIFICAÇÕES NA AÇÃO CLÍNICA JUNTO A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

A política de Humanização nos serviços de Saúde Pública foi idealizada a partir dos anos 2000, considerando nas concepções iniciais que o termo laico Humanização preconiza um movimento de recuperação de valores humanos ‘esquecidos’, ou solapados em tempos de frouxidão ética. Onde a condição de Humanizar a assistência estaria atrelada não só a um conceito, mas também a uma atitude, visto que se vincula a um constante desafio de oferecer um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos cuidados e das condições de trabalho dos profissionais.

A humanização no campo da saúde passa a ser compreendida como uma proposta ética, estética, e política. Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. Complementando as colocações referidas, inferi que o compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

O acolhimento é conceituado como a forma de recepcionar o usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. Todavia, resalto nesse momento que, acolhimento vem do verbo acolher, palavra que vem do Latim ‘*acolligere*’, e significa em consideração, receber, reunir, juntar, recolher. Diante dessa explicação, lembro que Heidegger refere que a angustia existencial, é a condição do ser-no-mundo. Portanto, não apenas o usuário está vivendo a condição da angustia, mas, todos os seres humanos/profissionais de saúde. Então, quando eu acolho alguém, este também me acolhe, e nesse encontro existe o acolhimento. Mas essa proposta é um

modo de pensar a ação clínica na perspectiva fenomenológico existencial, trabalhando o que emerge, transcendendo a mera interpretação e entendendo que a experiência do vazio, a compreensão da falta de sentido que o mundo faz, a angústia existencial.

Apesar dos documentos Humaniza SUS e do Programa de Humanização dos Serviços de Saúde, referir a palavra ‘cuidado’ em vários contextos, não existe uma conceituação sobre essa temática. Pensamos contribuir para tal temática a partir das reflexões em *Ser e Tempo* (2002), livro escrito por Martin Heidegger, onde demonstrou que realidades tão fundamentais como o querer e o desejar se encontram enraizadas no cuidado essencial. Desta maneira nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado. Isto significa que cuidado possui uma dimensão ontológica, quer dizer, faz parte da constituição do Ser humano. É o modo-de-ser fundamental de cada um. Sem cuidado, deixamos de ser humanos. Onde o cuidado se faz presente na existência do homem enquanto um ser-lançado (passado), dentro da facticidade do aqui-e-agora (presente), projetando-se em sua existência a partir de suas escolhas para o futuro. E como este autor ressaltou, o cuidado só se dá no “horizonte da temporalidade”.

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar vincula a dependência da mudança de atitude com a cultura da excelência e da gestão dos processos de trabalho. É necessária a consonância entre o respeito à vulnerabilidade das emoções e dos sentimentos, mobilizados no contexto da relação entre profissional de saúde e usuários. Visto que, na atualidade, existe um crescente empenho dos profissionais da área da saúde em aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados, incorporando no campo assistencial, atitudes vinculadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética. Desta forma, a qualidade de um serviço assistencial está diretamente associada à qualidade da relação estabelecida com o outro.

Na Assistência dos Serviços Públicos de Saúde é possível identificar a presença de ações ‘desumanas’, caracterizadas pela falta de atenção e zelo no atendimento, as dificuldades em atender de maneira acolhedora e ética. A todo instante a mídia enfoca a ineficiência da assistência, configurando essa realidade a partir da falta de condições estruturais, ao mesmo tempo em que coloca em evidência a maneira rude, desatenciosa, imediata, sem ética, e até mesmo desumana dos profissionais de saúde em suas ações clínicas. Desumanidade aqui, considerada como a falta de um relacionamento que possibilite acolhimento, escuta, entendimento do sofrimento e da dor dos usuários. Ações clínicas compreendidas neste contexto, como toda atividade desenvolvida no

cotidiano da prática médica pelos profissionais de saúde, envolvendo diagnóstico, assistência e tratamento de doenças e do adoecimento, também estão incluídos.

A seguir será demonstrada a ação clínica desenvolvida a partir de conceitos basilares da fenomenologia focado por Martin Heidegger. Esta análise é fruto de estudos ocorridos em disciplinas do curso de mestrado em Psicologia Clínica, e busca de maneira sucinta apresentar a tão complexa teoria da hermenêutica existencial. Entendendo que o caminho da hermenêutica é buscar, em sua experiência, os elementos que antes tínhamos distinguido na análise da experiência. Essa experiência hermenêutica tem a ver com a tradição. A tradição é linguagem, fala por si mesma. O interprete está envolvido em uma história dentro da qual não possui controle completo. Desta feita, afirma-se que o homem está mais para a história que a história para o homem. Para Heidegger, *“O homem é em sua essência ontológico-histórico, o ente cujo ser como existência consiste no fato de morar na vizinhança do ser. O homem é o vizinho do ser”* (Heidegger, 2005, p. 52).

## **2.1. A ação clínica pensada a partir de leituras heideggerias**

Vivenciar cenas de des-caso, onde sou chamada a presenciar pessoas com dor, agonizando em corredores de hospitais, sem assistência médica, me remetendo a sentimentos de impotência, onde percebo a ‘fome’, não apenas da dignidade humana, como também, a ‘fome’ do des-amparo social; do abandono, da ineficiência de auxílio e meios para o cuidado com o outro. Essas situações levam-me a perceber o quanto diz de mim, das ocasiões em que experimentei momentos de desamparo nas relações com colegas de trabalho. Este contexto me impulsiona a rever o cenário no qual estou inserida e implicada. Se neste cenário se processa uma tradição acerca do agir humanamente, na intenção de uma assistência humanizada, ou seja, cuidar do outro no modo de bem estar e cura. É diante desta perspectiva que reflito sobre o estabelecimento de novas demarcações, reordenando minhas compreensões, estabelecendo modos diversos de expressão, inserindo uma maneira particular de dialogar com essa tradição. Pois, é na tradição que percebemos como as determinações históricas interferem no modo de ser e estar dos entes na relação.

Os profissionais do serviço público trazem ideias que constroem um ideário de projeto de humanização, assentado em um discurso técnico sobre o agir humanamente,

concepção constituída por uma vivência articulada entre a história pessoal e modos de refletir. Hoje, a partir de leituras heideggerianas, enquanto profissional de saúde, encontro-me como refere Casanova (2010), numa tensão entre a filosofia e a personalidade viva, ou seja, retomando as determinações do meu pensar, onde o passado está provido de sentido, mas, que sempre participa das decisões do futuro, e me sinto desejante por um caminhar de uma filosofia de ser iniciante. Iniciar na abertura do encontro de possibilidades de ser-aí, enquanto pessoa e ser no mundo, e no mundo do serviço público de saúde, onde o conhecimento é um emergir da existência e na verdade, trata-se de um processo pessoal, singular e único.

É nesse contexto, que percebo que Heidegger caminha no sentido da superação da tradição metafísica, propondo uma concepção de mundo como trama de sentido, que se atualiza nas relações junto à presença. Ou melhor, ao abdicar a concepção de mundo como substância, objeto que se contrapõe ao homem, evidencia o mundo na sua relação de co-pertencimento com a presença, este autor, dispensa a necessidade de um suporte metafísico que regule tal relação.

Assisto diariamente, o manifesto dos usuários da saúde por uma atenção humanizada da equipe de saúde, dizeres como: “esses médicos parecem que não são humanos. Aquela enfermeira é bruta, ela não percebe que estou sofrendo. Aqui nesse lugar não quero mais me internar, nunca fui tão mal tratada.” Em conjunto a essas palavras, percebo expressões de semblantes tristes, vozes em tons baixos, tristeza nos olhares. Momentos como esses, e tantos outros, me deixam sensibilizada, e ao mesmo tempo, magoada e indignada, por ser cúmplice e fazer parte de uma equipe de profissionais de saúde que, em vez de acolher, cuidar, faz sofrer. E esse sofrimento que é meu também, pelo embrutecimento de pessoas na relação para comigo, bem como os maus tratos de não ter a atenção desejada, evidencia modos de ser que retratam a vivência de alguns profissionais participantes daquela Instituição onde também me faço presente.

Essa presença que aponta para o des-cuidado da assistência, onde a procura pelos usuários é maior que a demanda de profissionais no âmbito hospitalar, onde se configura excesso de trabalho; problemas de relacionamento com os companheiros e o gerenciamento administrativo da Instituição; além da ineficiência de recursos materiais para a execução do trabalho; é um chamamento para repensar sobre o cuidado, é o que às vezes acontece comigo, o distanciamento de mim mesma, do cuidar de ser. Sinto que

isso se dá pela minha condição de não me apropriar das minhas limitações, do não saber dizer “não”, e ficar sobrecarregada de “Modos de Ser” geradores de impasses, na busca de agradar os outros, se desagradando, no aguardar de uma possibilidade que às vezes perdura em chegar a um novo modo de ser.

Os discursos assinalavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos, como falência do modelo SUS. A fala é de esgotamento. De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, as críticas às propostas humanizantes no campo da saúde, denunciam que as iniciativas em curso se reduzem, grande parte das vezes, a alterações que não chegam efetivamente, a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos, repensando sobre a maneira de conceber seus modos ser-no-mundo é que reflito nesse instante.

É na condição de uma crítica teórica radical, com vistas a contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de saúde, que se quer trazer ao debate a presente reflexão. Nesse sentido, examina-se o cuidado sob a perspectiva ontológica. A hermenêutica realizada na interface dessas perspectivas, permite apontar direções onde parece produtivo um esforço de reconstrução das práticas de saúde: um ativo movimento de profissionais e serviços de saúde no sentido de se voltarem ativamente à presença do outro no espaço assistencial, a otimização e diversificação das formas e qualidade da interação eu-outro nesses espaços e o enriquecimento dos horizontes de saberes e fazeres em saúde.

Essa vivência singular fundida em uma abertura para o cuidado, revela uma dinâmica existencial em mim, fundada numa re colocação do problema do ser. Nesse momento, passa a ser importante referir que o horizonte da meditação heideggeriano é o da questão do ser, porém o universo no qual é posta esta questão é o da existência. A existência humana não é um simples fato: ela articula no próprio ato da sua manifestação, a questão do ser. Existir é habitar existencialmente na verdade do ser. Pensar é descobrir reflexivamente o caminho do ser: não significa, originariamente, compreender algo, mas compreender que se está já situado. É na abertura para *Dasein*, que os sentidos são postos, dados, e o existir se desvela.

Por isso me situo na presença do ser, do ente, do ser-aí ou *Dasein*, existindo no modo de ser, de cuidar, do estar-aí, junto com o outro. O *Dasein*, enquanto ente que questiona e se pergunta, enuncia o ser. Heidegger coloca o cuidado como elemento central de compreensão do modo de ser do *Dasein*. Diz ele que o cuidado é «a totalidade originária do ser do *Dasein*» (Heidegger, 2002, p. 205). Significa isto, que o cuidado é a condição articulada dos vários elementos constitutivos do *Dasein*. Deste modo, Heidegger considerou o cuidado como uma condição ontológica do ser humano, isto é, uma condição que lhe é própria, inerente, e não uma condição aprendida, por exemplo, pela socialização (que seria, portanto, ôntica e não ontológica). O cuidado é o modo de ser mais próprio e originário do ser humano. Diante desta compreensão o cuidado posto na percepção do agir humanamente na saúde, onde se situa na condição de ser aprendido, é uma vivência complexa, visto que o cuidado é também, elemento constitutivo do ser humano, fazendo parte da sua condição de pessoa que é de igual modo, estar-no-mundo e de estar-com. O cuidado deve ser o motor da ação, do agir, tendo como fim a dignidade humana num mundo global que, como tal, deve constituir uma ética. Ética não no sentido de elaboração de um agir, mas enquanto um projeto de uma ontologia, onde cuidar é um cuidar dos outros, porque existir é, desde logo, existir com os outros.

Heidegger assinala na *Carta sobre o Humanismo*: “A aspiração por uma Ética urge, com tanto mais pressa por uma realização, quanto mais à perplexidade manifesta do homem e, não menos, a oculta se exacerba para além de toda a medida. Deve dedicar-se todo o cuidado à possibilidade de criar uma Ética de carácter obrigatório, uma vez que o homem da técnica, entregue aos meios de comunicação de massa, somente pode ser levado a uma estabilidade segura, através de um recolhimento e ordenação do seu planejar e agir como um todo, correspondente à técnica” (Heidegger, 1983, p. 35).

Em outros termos, trata-se aqui menos de buscar conhecer um dado aspecto da realidade do que procurar entendê-lo. Seguindo na trilha dos saberes de corte hermenêutico, que constituem a herança das chamadas “humanidades”, busca-se uma relação de construção compartilhada, uma compreensão que é simultânea e imediatamente “formação” daqueles que se entendem sobre algo, que diz respeito às suas próprias identidades histórica e socialmente construídas.

Nessa perspectiva de cuidado, revejo o cenário de tradição que me implica na saúde pública. Em conversas com colegas de trabalho, questionando compreensões

acerca do cuidado, as revelações remetem a um contexto de tradição da metafísica, onde o cuidado é entendido como um ato de cativar estima e simpatia, de provocar bem estar no outro. Como uma ação técnica a ser apreendida, adotando-se posturas de boa educação, como uma ação de querer bem. Contudo, o sentido posto é o cuidado enquanto totalidade de uma condição originária, que se dá existencialmente no mundo fático “comportamento” e “situação” do ser-aí (Heidegger, 2002, p. 193).

Diante deste contexto, fiquei reflexiva com relação ao estar com o outro, e o estar consigo mesmo. Como os profissionais de saúde interagem na relação de cuidado, se seu modo de ser for fundado numa perspectiva de um programa teórico, previamente estabelecido? A prática de cuidar de si e do estar-aí, ser-a-cada-momento, como se revela sem questionamentos?

Analisando a situação vivida, percebo como é difícil haver uma desconstrução filosófica, política e ética do cuidar e do sentir na saúde pública. Compreendo que já nascemos numa teia de sentidos pré-existentes, e as tradições impregnam o nosso modo de existir, pois somos lançados num mundo recheado de compreensões. Desta forma a pré-compreensão se faz presente nas relações do homem, com o homem e para o homem. É dado exclusivamente ao homem o conhecimento de sua existência, e esta sempre se constitui enquanto dest-inar-se.

Pensar sobre sentidos a serem nomeados, é refletir sobre minha prática clínica psicológica, numa perspectiva de abertura para o desvelamento, numa perspectiva da *Daseinsanalyse*, na qualidade de uma filosofia e não de uma teoria psicológica, oferecendo um vínculo diferenciado com relação às outras abordagens, que tradicionalmente fizeram parte da minha formação de ser psicóloga. Nessa perspectiva o existir do homem é sempre compreensivo, numa determinação de ter de ser (existir), revelando sentido a sua existência, onde as palavras são o anúncio da apropriação, são elas que podem garantir a apresentação da experiência. Aí se dá o movimento da propriedade e impropriedade como uma constante, num contínuo de sentidos que se revelam e se desvelam se mostram e se ocultam.

Lembrando que a palavra *Dasein* vem do alemão e significa Ser-aí, onde “*Da*” é aí, e “*Sein*” é entendido como ser, existência ou ente. O Ser-aí compreende o imediatismo e o inevitável, características da condição existencial. O “aí” é a abertura para o mundo iluminado e expressivo. A abertura para perceber e responder a tudo aquilo que está na presença, é a característica básica do *Dasein*.

Os modos de ser e as produções de sentidos são vários, quando reflito sobre as formas que interajo com o mundo, na relação de co-existir nele, na interdependência entre pessoas e/ou ambiente, isto é entre “*Daseins*”. Assim me remeto a diferentes modos de lidar com o outro e consigo mesmo. Ser de possibilidades, de viver experiências diferentes, onde o refletir sobre o agir no encontro do cuidar se presentifica. Ser de abertura ao vivido, sem pré-conceber a experiência, e apenas se lançar para ela. Destinações de novos horizontes devem ser postos, visto que o ser-á sempre está na condição de projeto, pois ele é lançado no mundo no ato de se projetar. Temos continuamente projetos de vida na destinação do mundo. Existência é compreensão, sou lançado no mundo enquanto projeto, como a abertura e compreensão de ser. Nós somos possibilidades de ser – poder ser.

Então, pensar em possibilidades de ser, é lembrar que o *Dasein* se encontra sempre e originalmente numa disposição afetiva que é uma espécie de pré-compreensão mais originária que a compreensão. A disposição afetiva, só se torna compreensão quando é nomeada na trama de sentidos própria de cada ser.

A disposição afetiva “abre o estar-á no seu estar-lançado” e o encontro sensível com as coisas, só são possíveis, considerando que, o *Dasein* está sempre originalmente numa abertura. A compreensão e sua articulação interpretativa são possíveis, em virtude da abertura ao mundo, já sempre garantida pela tonalidade afetiva.

O cuidado pelo outro reflete pensamentos e emoções simples: torna os humanos capazes de velar pela Natureza, de se interessarem ativamente uns pelos outros e de manterem a sociedade coesa. É o cuidado pelos outros que motiva atitudes e ações que mostram a sua interdependência, assim como, a das suas comunidades e nações: ninguém está isolado, mas sim consciente de uma fundamental alteridade.

É á partir desses fundamentos que a fenomenologia surge na minha experiência de vida, fazendo um convite especial a minha prática profissional em Psicologia, me tornando mais crítica ao conhecimento psicológico, com liberdade para rever o determinismo tradicional. Chamando minha atenção para uma Psicologia que evite explicar o ser humano, mas sim, para que possa servi-lo. Essa postura investigativa abre a possibilidade do caminhar, mesmo que não se tenha as explicações, mesmo que não se tenha o conhecimento que se gostaria de ter, mas que preciso ter e que continuar buscando, é a proposta. Estar lançada nessa proposta é sentir-me liberta para investigar, colocando-me disponível do ser humano que sofre, através da libertação que pode ser

aproximada pela postura de investigação do mistério que cada ser humano é, considerando-o singularmente. Salientando que os sentimentos estão sempre presentes nas relações entre as pessoas, eles aparecem porque toda compreensão é acompanhada por alguma afinação, alguma textura afetiva. Essa afinação é caracterizada pelo desabrigo e vai em direção a uma confiabilidade, que não está presente em nenhum dos envolvidos na relação, mas na doação de ser.

Os contextos salientados nos parágrafos anteriores remetem a mobilizar os profissionais de saúde, provocando-os com relação à análise fenomenológica da existência do *Dasein*, permitindo reflexões acerca do ser. O homem se projeta sempre mais, é “Ser no mundo”, não sendo um ser isolado, e isto torna a factibilidade na qual se desenvolve a existência do *Dasein*. Estar constituído por projetos, enredado na relação com os outros e com os objetos, é condição do ser no mundo.

### **3. OS SENTIDOS DA AÇÃO CLÍNICA DO CUIDADO NO PARTO: COMPREENSÕES FENOMENOLÓGICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Heidegger (2002, p. 62) nos diz: “[...] aprende-se na medida em que se traz o fazer e seu deixar ser humano à correspondência do essencial em cada caso. Aprendemos o pensar no atentar ao que é pensável”. O pensável aqui é a ação clínica do cuidado, e a fenomenologia nessa condição, junto à prática dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto. Contudo se faz necessário um caminhar sobre o entendimento da fenomenologia, suas nuances enquanto perspectiva investigativa, e suas possibilidades compreensivas na investigação das ações de cuidado dos profissionais de saúde.

#### **3.1. Compreendendo a fenomenologia**

A fenomenologia é reconhecida como uma das mais notáveis manifestações filosóficas do século XIX e XX. Formulada por Edmund Gustav Albrecht Husserl, filósofo alemão, conhecido como fundador da fenomenologia, desperta significativo interesse por parte de profissionais e pesquisadores dos mais diferentes campos do conhecimento. No pensamento filosófico e científico contemporâneo, a fenomenologia tem exercido considerável influência.

Inspirados nas intuições de Husserl (1965), diversos filósofos tecem com suas próprias reflexões, novos caminhos e compreensões para a fenomenologia. Martin Heidegger, Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Emmanuel Lévinas, Paul Ricoeur, entre outros, foram alguns dos pensadores que se permitiram afetar por este movimento, o qual se situa no seio de uma tradição filosófica, cujo eixo central é a dimensão contemplativa do homem.

A fenomenologia apresenta uma fértil contribuição às Ciências Humanas, desde Husserl, até os seus desdobramentos atuais. É vista como responsável pelo clima de maior rigor nas investigações e compreensão da realidade. Vários pesquisadores e profissionais das Ciências Humanas, têm buscado na fenomenologia, um suporte, uma inspiração, subsídios metodológicos, ou até mesmo, um parceiro de diálogo, visando à autorreflexão crítica.

Edmund Husserl (1965) partiu de uma crítica da metafísica, e de uma crítica do positivismo, para constituir uma abordagem epistemológica e uma ontologia, fundamentadas não em pressupostos teóricos, mas na própria vivência da consciência pré-reflexiva do sujeito cognoscente, em sua correlação intrínseca com o mundo. Elege assim, a vivência pré-reflexiva do sujeito cognoscente como o critério de produção do conhecimento. É contra o psicologismo, contra o pragmatismo, contra uma etapa do pensamento ocidental que a fenomenologia refletiu e combateu.

A fenomenologia se apresenta com o olhar metodológico voltado para: 1- Método de Investigação, como metodologia da compreensão, e não da explicação, no qual fundamenta procedimentos rigorosos de pesquisa, mostrando de que maneira podemos analisar a psicologia como fenômeno e chegar as suas características essenciais para que o entendimento possa ser construído. Esclarecendo o investigado e abrindo possibilidades de intervenção no campo da prática psicológica.

A fenomenologia dispõe de um método proposto por Edmund Husserl que se completa pela visão ôntica da essência proposta por Martin Heidegger. Esse método foi chamado de “redução fenomenológica”, e deveria ser o ponto de partida para que cada área de conhecimento o adapte às próprias exigências, obedecendo à natureza específica dos seus objetos de estudo: a cada região de realidade, a sua própria episteme! (Petrelli, 2001, p.10)

Como procedimento psicológico, ela contribui na medida em que o seu fazer é caracterizado pela busca do sentido e pela contribuição de significados, tornando-se um excelente modo de trabalho na realidade psicoterapêutica.

Trabalha com o real tal como é vivido no cotidiano, observa o sujeito no seu modo de ser no mundo, na sua vida, na dimensão do tempo vivido, que se alonga para o passado e para o futuro de cada um, bem como, a dimensão temporal e histórica daquele sujeito, cujo significado, se esclarece se olhado junto com as outras pessoas, membros da família, amigos, colegas, sociedade, cultura, história, governos.

Como concepção de mundo, de realidade e de conhecimento, busca o sentido e o significado que assim surgirá. Com isso, faz presente o autoconhecimento e o conhecimento do Outro. Nesse fazer, a análise, a crítica e a reflexão são constantes. Seus temas cruciais são a constituição do sentido, a atribuição de sentidos, a constituição do objeto para o sujeito, a construção da objetividade, o real, a verdade, a palavra, o discurso, a linguagem, o Eu e o Outro.

Essa atitude, não se restringe à apenas uma situação, mas pode abranger as relações de trabalho, bem como, as questões sobre o homem, o mundo, a realidade, e o conhecimento, que sempre se coloca no relacionamento consigo mesmo, com os outros e ao traçar projetos.

A fenomenologia se mostra apropriada à psicologia, pois ela não traz consigo, a imposição de uma verdade teórica ou ideológica preestabelecida, mas trabalha no real vivido, buscando a compreensão de quem somos, sobre o que fazemos, em atitudes referentes a cada um de nós, e a todos em conjunto.

A palavra “fenomenologia” vem do grego “*phainomenon*”, que significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra a um sujeito interrogador; também do verbo “*phainethai*”, que significa mostrar-se, desvelar-se. Desse modo, a fenomenologia, procura elucidar a essência do fenômeno como ele se mostra, buscando sua compreensão. Compreensão, no sentido de tomar o objeto a ser compreendido na sua intenção total, não apenas naquilo que as coisas são na sua representação.

Ainda podemos definir a fenomenologia como um estudo que reúne os diferentes modos de aparecer do fenômeno, ou o discurso que expõe a inteligibilidade em que o sentido do fenômeno é articulado, no qual, seu ponto estruturante é a intencionalidade. “A intencionalidade é o que caracteriza a consciência em seu pleno sentido e o que autoriza designar, ao mesmo tempo, a corrente interna das vivências como corrente da consciência e como unidade de uma consciência” (Husserl, 1986, p.198).

Entendendo que a consciência nesse contexto não é uma coisa entre as coisas, não é um fato observável, nem é como imaginava a metafísica, uma substância pensante ou uma alma, entidade espiritual. A consciência é uma pura atividade, o ato de constituir essências ou significações, dando sentido ao mundo das coisas. Estas – ou o mundo como significação – são o correlato da consciência, aquilo que é visado por ela e dela recebe sentido. Não sendo uma coisa nem uma substância, mas puro ato, a consciência é uma forma: é sempre consciência de. O ser ou essência da consciência é o de ser sempre consciência de, a que Husserl dá o nome de intencionalidade.

A consciência é um ato intencional e sua essência é a intencionalidade, ou o ato de visar às coisas, dando-lhes significação. O mundo ou a realidade é o correlato intencional da consciência. Assim, por exemplo, perceber é o ato intencional da consciência, o percebido é o seu correlato intencional e a percepção é a unidade interna

e necessária entre o ato e o correlato, entre o perceber e o percebido. É por esse motivo que, conhecendo a estrutura intencional ou a essência da consciência, se pode conhecer a essência da percepção (ou da imaginação, da memória, da reflexão, etc.).

Dartingues (1995, p. 54) define com precisão, que “compreender um comportamento é percebê-lo, por assim dizer, do interior, do ponto de vista da intenção que o anuncia, logo, naquilo que o torna propriamente humano e o distingue de um movimento físico”.

Nesse movimento, são tomados como objeto, tanto a coisa que se torna objeto para o sujeito, quanto à consciência que opera relações desse conhecimento. O ser-com e suas experiências são assumidas como ser-aí, como parte do mundo. E o mundo, é representado por sentimentos. Portanto, a compreensão é relativa à percepção e dependente do sentido dado através do sentimento. Sendo assim, a consciência não é parte ou região de um campo mais amplo, mas, é ela mesma um todo que é absoluto, que não é dependente, e que não tem nada fora de si.

A fenomenologia é um método compreensivo, pois busca explicitar a intenção específica da “visada” (a maneira de como o homem dirige sua atenção implicada na percepção) que cada ser humano tem ao entender algo, como exemplo: duas pessoas, um viajante e um madeireiro, olham para uma árvore de maneira diferente. O primeiro, mira a árvore como algo que lhe servirá para abrandar o cansaço da caminhada fatigante, enquanto, que o segundo, olhará a árvore, na perspectiva de uma madeira de qualidade para a fabricação de um móvel. A intenção, ao abordar a árvore, é completamente diferente, embora os dois personagens, digam a mesma frase: “que árvore maravilhosa!”. A tarefa da fenomenologia é a captação dessa intencionalidade, desse sentido orientador.

A consciência é intencionalidade, como já comentamos com anterioridade. A intencionalidade é a essência da consciência, ou seja, sua característica peculiar. Ela vem do verbo latim: *intendo; tendi; tentu; ere*; que significa: tender em direção, estender, tender para, abrir, tornar atento, aumentar, sustentar, dar intensidade, afirmar com força.

Concluimos que, para a fenomenologia, todo objeto é intencional. Os atos vivenciais e o produto dos atos vivenciais caracterizam a redução fenomenológica. Mas a consciência não efetua apenas o movimento de expandir-se para o mundo, ela também

intenciona as próprias vivências. Esse é o movimento reflexivo, pelo qual, ela abarca as vivências, permitindo sua clareza.

A reflexão é uma expressão para atos, no qual, a corrente da experiência (*Erlebnis*), com seus eventos múltiplos (fases de experiência e intencionalidades), pode ser apreendida e analisada à luz da própria evidência. O ato reflexo, ou seja, de voltar sobre as experiências vividas e tomar ciência da trajetória percorrida e de si mesmo, vivenciando a experiência de si e do Outro, é o ponto-chave para que o sujeito passe a ver o mundo com o olhar fenomenológico.

É importante notar que esse movimento reflexivo, que viabiliza a consciência auto-abranger-se, autoconhecer-se e autocriticar-se, é o ato do Self ou si-mesmo, tal como, ele é entendido por Kierkegaard.

Refletir é um ato, e como tal, sempre passível de tornar-se um objeto intencional, a reflexão pode voltar-se para os atos. É o movimento de dar um passo atrás e olhar o vivido, o feito, o realizado, isso envolve um distanciamento e, ao mesmo tempo, oportuniza ao indivíduo, viver uma experiência reflexiva.

Segundo Martins & Bicudo (1983), a fenomenologia como referencial teórico-metodológico, tem seu foco de interesse voltado para o homem, para a compreensão do seu ser e tem um compromisso com a sua de ser-com-os-outros e ser plenamente humano. Essa metodologia se propõe a um “novo olhar”, já que, o investigador olha o fenômeno atentamente, a partir do que ele se mostra em si mesmo.

Martins & Bicudo (1995) lembram que, a pesquisa não parte do zero, pois o investigador tem um propósito que precisa ser considerado. O que se precisa evitar é que esse pré-reflexivo (que inclui a teoria, as pressuposições), influencie o seu interrogar, pois, se isso ocorrer, já terá obtido respostas antes mesmo de buscá-las na experiência de quem vive o fenômeno. O interrogar do pesquisador envolve, necessariamente, um pensar sobre aquilo que está interrogando e este é o seu pré-reflexivo.

A busca pela compreensão do fenômeno surge a partir de algo que está oculto, isto é, expresso por uma inquietação, uma interrogação para o pesquisador que terá uma trajetória a percorrer; essa trajetória será o seu caminhar em direção ao fenômeno naquilo que ele se manifesta por si, através da pessoa que experiencia a situação.

Cabe mencionar que o desvelamento de um fenômeno, nunca é total, pois sempre vão surgir novos velamentos a partir de novas inquietações do investigador.

Neste sentido, Boemer (1994) menciona que os significados que o pesquisador pode apreender das falas do sujeito, têm como referência, à totalidade das experiências por ele vividas e essa totalidade, vai além da consciência explicitada no seu discurso. Dessa forma, haverá sempre uma região não expressa que permanece oculta e por isso, a pesquisa sempre prossegue.

Para Forghieri (1984), a fenomenologia não é um conjunto de ensinamentos, mas um método que pretende chegar ao fenômeno categorial, para captar a sua essência. A fenomenologia é, portanto, uma ciência voltada para as experiências vividas pelo sujeito, preocupada em descrever o fenômeno no sentido de mostrá-lo, de desvelar (tirar o véu, desocultar) algumas de suas facetas a partir do modo como ele se mostra ao sujeito, que o vive, para que através da rigorosa descrição, possamos captá-lo em sua essência.

O fenômeno, portanto é aquilo que surge para uma consciência, tudo aquilo que se mostra, se desvela como resultado de uma interrogação.

Heidegger proclama estar retornando, de fato, às origens da linguagem, estar realizando assim as intenções autênticas do discurso humano (Steiner, 1978). O filósofo usa quase sempre palavras simples, mas com uma significação complexa, que busca traduzir o significado original de uma palavra, para que esta possa ser efetivamente utilizada aclarando aspectos da existência. Desta forma, busquei fundamentar minha compreensão fenomenológica na perspectiva heideggeriana, recorrendo assim, à forma de expressão deste autor, no seu entendimento do “ser” através de palavras com hifens, como “ser-com”, “ser-aí”, “ser-no-mundo”, dentre outras, como um idioma próprio.

Heidegger nos apresenta que o “ser” sempre é um “ser-aí”, ou seja, está inserido em um mundo no qual foi lançado e o habita, de forma que não há como conhecer um ser isolado sendo sempre um “ser-no-mundo”. Podemos apreciar melhor o pressuposto na citação abaixo:

Em oposição às soluções dadas pela ciência e sua metodologia científica, a fenomenologia existencial busca as soluções na descrição da experiência imediata. Vai à realidade vivida e busca a descrição cuidadosa da estrutura básica da experiência imediata, [...] A presença no mundo externo torna-se evidente através da análise fenomenológica da experiência imediata do sujeito. Isso quer dizer que através do fenômeno que se revela à consciência é possível saber-se que o mundo está aí e que se doa ao Ser. Onde quer que o Ser esteja presente, na sua realidade vivida, haverá mundo, porque a própria

existência humana é estar-no-mundo. (Martins & Bicudo, 1983, p.38)

“Ser-no-mundo” para Heidegger é a maneira pela qual o homem se encontra com suas coisas e com as pessoas, como o Ser se preocupa e se ocupa com elas, num mundo que lhe é familiar. Igualmente este “Ser-no-mundo” se aproxima e se afasta das coisas e das pessoas. Visto por este ângulo, a fenomenologia se preocupa com o aspecto social do Ser, passando a pensar em como ele vive o seu “Ser-com-os-outros”, no relacionar, atuar, sentir e viver com o outro.

Heidegger (2005) nos pontua o Ser-com ou o sendo-com como um constitutivo do existir humano, do ser-aí. Este Ser-com, para ele significa junto, algo ou alguém na presença do outro. Sem este com, este junto, o relacionar, atuar, sentir, pensar..., não seria possível, a vida humana não teria mutualidade, não teria sentido. A vida é uma ação, um relacionar-se com algo ou alguém. É um lidar com algo, um estar com alguém, um falar com alguém, um falar consigo.

Assim sendo, procuro nas narrativas vivenciadas, um encontro existencial, com parcerias que me levaram da teoria de uma pesquisa científica a uma prática em prazer, pois vivi intensamente cada palavra, cada momento, desta minha experiência do “ser-com”.

### **3.2. Como foi o caminho fenomenológico**

A caminhada proposta nesse trabalho adotou um enfoque qualitativo, com perspectiva clínica interventiva, e com modo de compreensão fenomenológico existencial, privilegiando a Hermenêutica Filosófica de Gadamer (2005) que, por sua vez, é atrelada ao pensamento de Heidegger, como procedimento de análise. Schwandt (2008) considera a Hermenêutica Filosófica de Gadamer como uma das posturas epistemológicas que definem o papel do pesquisador enquanto engajado em uma análise compreensiva da ação humana.

Quanto à pesquisa qualitativa, Godoy (1995) explicita que se deve considerar o cenário de investigação como fonte direta de dados, e o pesquisador como seu principal instrumento. Perante este argumento é que a pesquisa em questão visualizou sua forma de atuar, buscando um contato direto e prolongado com o cenário hospitalar e a situação que está sendo investigada, fazendo com que o pesquisador presencie, com intensidade,

situações que poderão sugerir a manifestação do fenômeno a ser estudado. Sendo importante pontuar que, é na observação dos fenômenos que ocorrem diante de uma provocação do pesquisador, levando-se em consideração possíveis influências do contexto estreito e direto estabelecido com a situação investigada, mantendo a originalidade e contexto das pessoas, gestos e palavras estudadas.

No que diz respeito à pesquisa, numa perspectiva clínica interventiva e com um modo de compreensão fenomenológico existencial, ressalta-se que o entendimento fenomenológico perpassa por um caminhar e, de acordo com Alves, Morato e Caldas (2009, p. 244), é necessário que o pesquisador aceite “o convite para, junto ao fenômeno, tecer, construir, elaborar e criar outras formas possíveis de expressar, de significar, de compreender e de dar-se de si”.

Desta forma, o pesquisador demonstrará atitude que buscará compreender aquilo que de algum modo o afeta, o mobiliza, e o constrange, salientando que estas situações vivenciadas durante a pesquisa auxiliarão na busca de sentido, proporcionando outro ponto de vista, ou seja, no fenomenológico existencial, onde o interpretar remete a um desdobramento das possibilidades da compreensão, tal como Heidegger definiu.

O sujeito colaborador nos conta a sua história, narrando os fatos, acontecimentos e afetos que percorrem a sua trajetória vivencial. E na medida em que o faz, desvela a sua experiência, ao mesmo tempo em que a constrói e reconstrói, através da linguagem. Ao contá-la, ele nos introduz na sua vida, sensibiliza-nos e coloca-nos como participantes da sua experiência, fazendo do pesquisador um sujeito dessa experiência. Conforme Schmidt (1999, p.70), "cabe ao pesquisador colocar-se, então, mais como um recolhedor da experiência, inspirado pela vontade de compreender, do que como um analisador à cata de explicações".

Considerando a compreensão como a própria constituição do vivido, do ser-no-mundo, urge atentar que, ao se partir em busca do sentido, o pesquisador se disponibiliza a se perceber como mestiço, estrangeiro, viajante. Convidando o outro a compartilhar de sua inquietação, compartilhando experiências mútuas. Experiência que, aliás, num certo momento, não é mais do pesquisador... muito menos do pesquisado... é do privado e também do público, do individual e do coletivo, do singular e do universal, enfim, do humano. (Alves, Morato e Caldas, 2009, p. 244).

Deste modo, para registrar o percurso do pesquisador/viajante que versará acerca do saber das terras distantes, esta pesquisa recorrerá ao método da cartografia, que

auxiliará a "ler" a paisagem com suas nuances, acidentes e mutações, como também proporcionará o estabelecimento de vias de passagem através desse terreno. Schmidt (1999, p. 62) afirma que, a cartografia é estabelecida de forma paralela ao território. "Ela acompanha a transformação da paisagem, nascendo da geografia dos movimentos da terra, imperceptíveis ao olho. Sua missão é criar língua para os movimentos, dando-lhes condições de passagem e efetuação. Criação de subjetividade". Através da cartografia, poder-se-á acompanhar os movimentos da paisagem do cenário investigativo, verificando a geografia não dos movimentos da terra, mas sim dos movimentos dela, junto ao contexto e as pessoas que estarão fazendo a "paisagem" dos fenômenos surgidos.

A pesquisa proposta foi trilhada no solo de profissionais de saúde, que atuam em uma unidade de Saúde Pública do interior de Pernambuco, iniciando a partir da investigação do Programa de Humanização do Parto dos Serviços Públicos de Saúde, em especial os destinados à assistência ao Parto Humanizado nas maternidades do Brasil.

É importante referir que essa Unidade Hospitalar, cenário da investigação, é considerada uma Unidade de Saúde de médio porte, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, servindo de referência para uma cidade do interior Pernambucano. O espaço físico destinado à maternidade é composto por 20 leitos, distribuídos em enfermarias, em duplas ou trios (cada enfermaria possui um banheiro), 02 salas de parto normal, berçário, 03 leitos de pré-parto, bloco cirúrgico, estar médico com banheiro, quarto de descanso para equipe de enfermagem, sala de preparação da equipe, posto de enfermagem, sala de higiene para os bebês, e uma área de oratório com 03 cadeiras. Esse setor fica localizado no pavimento superior, com acesso através de rampa e escada. Os recursos humanos são compostos por equipe formada de diaristas e plantonistas, distribuídos em cargos de nível médio, técnico e superior, perfazendo uma média de 20 funcionários por dia, neste setor.

As mães ficam internadas junto com seus bebês, podendo receber a visita dos maridos a qualquer momento do dia, tendo direito a um acompanhante. Os demais familiares têm um horário de visita estabelecido pela maternidade, que é de 14h às 15h, apenas o pai pode ir a qualquer momento. A maternidade ainda disponibiliza alguns materiais para permanência no local, como absorvente, fraldas, materiais de higiene para o bebê e alimentação para a mãe. Sendo importante ressaltar que a maternidade

tem a capacidade de realizar cerca de 20 partos diários, dentre estes 04 a 06 cesários. Os mesmos, só serão realizados com a presença da equipe composta por obstetra, anestesista, pediatra neonatal, técnico em instrumentação, enfermeira e técnica de enfermagem auxiliar de sala. Caso falte um dos componentes de formação médica, não se realiza partos, e as gestantes são reencaminhadas para outros serviços de saúde da rede que possuem maternidade.

Os dados da Instituição acima descritos foram desenvolvidos pela pesquisadora, pois a mesma habita no cenário da investigação, apesar de não fazer parte da rotina da equipe de saúde. As informações colhidas, foram tratadas, a partir dos documentos provenientes da política Nacional de Humanização do Parto, dos registros dos diários de campo, e dos depoimentos colhidos dos profissionais que comungam desta política e filosofia de assistência em saúde, para que em um segundo momento, possa ser realizada uma interlocução entre os estudos realizados, e os depoimentos obtidos com os profissionais de saúde que estão no campo de atuação abordado, e que receberam capacitações e treinamentos, no que diz respeito a essa prática clínica de assistência humanizada na maternidade pesquisada.

### **3.3. Quem foram os viajantes**

Essa pesquisa inclui 06 (seis) participantes, 02 (duas) técnicas de enfermagem, 02(dois) médicos e 02(duas) enfermeiras obstétricas, integrantes do quadro funcional de um Hospital Municipal do interior de Pernambuco, que receberam treinamento e qualificação para atuarem na perspectiva do Programa de Humanização do Parto. Desta forma, tais sujeitos colaboradores foram escolhidos a partir de sua veemência social, ou seja, aqueles que estão intensamente envolvidos com a temática a ser pesquisada, que participam e acreditam nos princípios norteadores do referido Programa, formando assim uma “Amostra Intencional”. Tal amostragem consiste em “um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente, em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto” (Thiollent, 1986, p. 62).

Após conhecimento, aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, poderão participar da pesquisa. Os participantes foram informados que teriam a liberdade de desistir, quando assim sentissem vontade.

### **3.4. De que forma o fenômeno foi apreendido**

Como instrumentos, para apreender as experiências relatadas pelos participantes colaboradores desta pesquisa, foram utilizados depoimentos. Estes, gravados em áudio, visto que esta estratégia permite a transcrição na íntegra dos relatos e a recuperação sequencial, quantas vezes forem necessárias, para a efetivação da análise dos dados; os mesmos tiveram uma média de duração de aproximadamente 60 minutos, onde os sujeitos colaboradores desta pesquisa poderão expressar-se livremente, a partir da seguinte pergunta disparadora: Como você compreende, o sentido de cuidado na sua ação clínica, junto à assistência de mulheres em trabalho de parto?

Entretanto, foram utilizados para este estudo apenas alguns recortes das narrativas dos sujeitos colaboradores, e contextualizados com os achados teóricos. Sendo importante esclarecer que os outros conteúdos informados, não serão desprezados, mas só foi necessário pontuar os enfoques considerados com o objetivo da pesquisa.

Constitui também, enquanto recurso complementar do instrumento de pesquisa, o Diário de Campo, ou seja, os registros escritos em um caderno de anotações sobre o que acontecer, anotações acerca dos pensamentos, dúvidas, sentimentos, surpresas, referências, dia após dia no caminhar pelo cenário de investigação. Desta forma, o diário não é um registro apenas descritivo das situações, mas possui “vida própria”. Anotações que revelam não apenas a observação, mas a experiência vivida, desvelando momentos singulares e significativos para a vivência ocorrida, levando em consideração a experiência pré-reflexiva, e por ter essas evidências, é que podemos denominá-lo de ferramenta fenomenológica. Sendo importante referir, a não utilização prévia de critérios para as informações serem registradas, nem estudadas, pois o importante são os jogos de improvisação e de criação para os relatos, que foram utilizados na construção dissertativa deste trabalho de conclusão do mestrado em Psicologia Clínica.

Podemos mencionar que o Diário de Campo é um recurso “artesanal”, pois remete a uma construção processual, por isso o pesquisador, criador, amplia seu espaço meditante da experiência vivida durante a pesquisa, o que traduz o valor deste recurso de maneira não diretamente pragmática ou funcional, nem de leitura a ser necessariamente compartilhada, daí seu caráter de intimidade de ‘Diário’. E segundo Machado (2001 p.263), é a partir do Diário de campo que “cada pesquisador poderá

vislumbrar seus projetos de futuro, um canteiro de formas, um corpo em movimento: corporalidade tatuada com imagens vivas e prontas a saltar no mundo, para brincar e dançar fora do papel, quando abertura suficiente for permitida”.

### **3.5. Como ocorreram as des-cobertas**

A coleta dos dados foi efetuada após todos os procedimentos éticos para efetuação de uma pesquisa, incluindo a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco, bem como, a carta de aceite da Instituição de Pesquisa. Posteriormente os participantes (sujeitos colaboradores) foram convidados a participar da pesquisa e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

É importante esclarecer que os participantes, conforme supracitado, foram convidados para participar da pesquisa, desde que fizessem parte do quadro funcional concursado da Instituição, bem como tenham vivenciado treinamentos de humanização na assistência ao parto. Os depoimentos ocorrerão em horário de trabalho, desde que não existam prejuízos nas atividades exercidas pelos mesmos. O local foi o estar-médico e o posto de enfermagem da Unidade de Saúde, pois são lugares iluminados e silenciosos, desta maneira, tanto o horário quanto o local foram previamente estabelecidos, acordado com os sujeitos colaboradores desta pesquisa. As narrativas foram tratadas e compreendidas de acordo com a proposta de Walter Benjamin (1989), como uma via de apreensão da experiência, pois quando os sujeitos colaboradores narram suas vidas, eles com-partilham de seu existir, testemunham de si, e trazem a riqueza das suas experiências, contadas em seus múltiplos sentidos.

Partindo do exposto, Alves, Morato e Caldas (2009) afirmam que a experiência é a matéria-prima do narrador e a narrativa é seu produto, sendo esta referente a um modo artesanal de comunicação que na modernidade vem se perdendo juntamente com “o sentido de se contar história, de se parar para escutar e até de se valorizar o intercâmbio de experiência como tarefa constitutiva.” (p. 244-245). Então,

(...) a maior perda do homem moderno, no âmbito na narratividade, diz do abandono da capacidade de se implicar naquilo que narra (...) sem se dar conta que, deste modo, perde-se a si mesmo, correndo em busca de algo que não se sabe, ao certo, o quê. Compromete seu sentido, abdica de seu viver.

Abrindo mão da tarefa de acolher e significar sua existência, perde-se na cotidianidade, em meio às marcas e registros que, embora não se deem conta, estão lá, em busca de serem apropriados. E a narrativa é um canal privilegiado de apropriação dessas experiências. (p. 245).

A arte de narrar não tem roteiro preestabelecido, e ao ser realizada, tem a capacidade de elaborar, reelaborar e transmitir a experiência ao mesmo tempo. O narrador experimenta um fluxo de sentimentos, ideias, crenças e expectativas, os quais vão se configurando e se reestruturando em outros sentidos para a sua trajetória de vida. (Alves, Morato e Caldas, 2009).

Quanto à análise dos dados coletados, esta foi realizada a partir da transcrição na íntegra, digitalização e revisão das narrativas dos entrevistados, buscando tornar o conteúdo narrativo sequenciado, inteligível e sem erros ortográficos ou vícios linguísticos, mas sem alterar as falas e o sentido das mesmas. Logo após, estes dados foram submetidos à apreciação dos entrevistados, para que autentiquem a sua fidelidade, fazendo as modificações que acharem necessárias, como já foi referido no tópico de instrumento deste projeto. Ao confirmar sua narrativa, também acontecerão os registros das experiências advindas do momento do revelar da própria fala da pessoa. Bem como, posteriormente, aconteceu a sua interpretação (análise) e a compreensão do sentido pelo pesquisador.

Procura-se nessa pesquisa um caminho a percorrer em busca de algo, ou ainda, em busca do dizer das coisas como elas são. Para tanto, fez-se uso do método das narrativas de Walter Benjamin (1989), que consiste em narrar a própria história, para em seguida, dar um outro sentido a ela. Podemos dizer, que a pesquisa proposta, percebe o sujeito como um ser de fenômenos, e esses fenômenos, só serão descritos através da linguagem como forma de expressão. Diante disso, as narrativas são meios propiciadores de um recontar a própria história, ou o que está incomodando de forma singular, ímpar com toques exclusivos do autor da história. Pois, só o próprio ser, pode falar de si com propriedade.

No primeiro momento, foi realizada uma análise formal do conteúdo transcrito, identificando os diferentes tipos de texto, bem como os principais elementos marcadores de finalização e inicialização de um novo tópico ao longo da entrevista. Foram analisados os segmentos centrais e secundários das narrativas, evidenciando a função destes para a narrativa como um todo, ou que possuam relevância parcial ou

pontual. Considera-se que este segundo momento foi o mais minucioso, onde o intérprete verificou não só o conteúdo da narração, mas também como a narrativa foi construída.

Em paralelo, foi utilizado também o entendimento literário da hermenêutica pontuada por Gadamer, que versa acerca da condição do sujeito se ver imerso em um contexto histórico-linguístico, condição esta que possibilita e favorece horizontes de sentidos, relacionando os horizontes da tradição e do intérprete que, para Gadamer, este preciso momento da compreensão foi denominado de ‘fusão de horizontes’ (*Horizontverschmelzung*), sendo esta a que conduz a descrição do acontecimento compreensivo em todo o percurso metodológico.

O papel do pesquisador, seguindo a orientação gadameriana, é circunscrito enquanto engajado em sua análise compreensiva hermenêutica da fala dos narradores. E a pesquisa se formulará como um trabalho compartilhado que acolhe o modo do pesquisador e do narrador, sendo a apresentação dos resultados uma “narrativa”, que integrará a compreensão dos sentidos apreendidos no contato do pesquisador com os narradores e com os fios teóricos que foram sendo apresentados desde o início da pesquisa (Bosi, 1983).

Gadamer (2005) considera que, este diálogo pode se estabelecer tanto entre duas pessoas, quanto entre o leitor e um texto, não necessitando que este primeiro concorde com o que está sendo posto, mas que, não se feche em suas opiniões prévias, permanecendo receptivo para a produção de um novo sentido. Pois, a partir da fusão de horizonte, se realiza uma plena conversação, já que o que foi expresso não é mais meu, nem do outro, mas é comum a nós. Isto se dá porque:

O horizonte do intérprete funde-se com o significado de um texto, ou a posição de um colega e é, neste sentido, determinante, sem, no entanto, assumir um ponto de partida fixo; é antes uma opinião e uma possibilidade que está aberta à mudanças, quando se encontra com um outro. Só assim é possível esclarecer o assunto. (Bleicher, 1980, P. 164).

Deste modo, a partir desta compreensão, chegaremos a uma narrativa final, que será construída a partir do diálogo entre os participantes, a pesquisadora e os textos dos teóricos, que embasarão esta pesquisa, corroborando a noção de ser-no-mundo-com-os-outros, fundamentado na fenomenologia existencial, pois uma pesquisa é imersão e envolvimento de todos os participantes.

Posterior às compreensões de Gadamer, no que concerne aos referenciais literários que irão nortear a análise dos dados, é importante esclarecer que as falas dos sujeitos colaboradores serão apresentadas em fontes diferenciadas, destinando uma para cada participante; utilizando a seguinte legenda: /.../ recorte de outras falas, ... recorte da mesma fala (Javorski *et al.*, 2004).

### **3.6. O acolher das evidências sentidas pelos narradores: encontros existenciais**

Enquanto pesquisadora, eu procurei apreender as possibilidades do momento, o sentimento de cada fala, de cada expressão facial e corpórea, com a ressalva de que as falas estão inseridas em um contexto, ou seja, a pessoa que teceu sua narrativa habita uma família, uma sociedade, uma cultura, enfim, habita o seu mundo.

Como citado anteriormente, durante os momentos que buscava a compreensão das narrativas dos meus colaboradores, percebi o envolvimento e o envolver-se com o outro. Através da narração, a experiência do narrador é expressa de forma espontânea, traduzindo na linguagem o que foi aprendido, vivido em determinado momento pelo indivíduo.

Para Walter Benjamin (1975, P.66), a narrativa é uma forma de expressar a experiência, porém a palavra ‘narrador’ está cada dia mais ausente, pois as experiências estão perdendo seu valor perante todas as transformações que vêm ocorrendo, MAS NÃO PODEMOS PERMITIR QUE SE PERCA, POIS “... a experiência propicia ao narrador a estória narrada, quer esta experiência seja própria ou relatada, e por sua vez, transforma-se na experiência daqueles que ouvem a estória”.

A narrativa é carregada de sabedoria e é uma forma artesanal de comunicação. Na narrativa, encontramos sempre a marca do narrador “... imerge essa substância na vida do narrador para, em seguida tirá-lo dele próprio.” (Benjamin, 1975, p.69).

A narrativa não se resume apenas em uma lembrança da experiência, e sim, se reconstrói sempre que é narrada, fazendo-nos aproximar e interpretar. Uma relação de troca, onde nos identificamos através da experiência relatada. Segundo Schmidt (1990):

A narrativa é preciosa, pois conecta cada um à sua experiência, à do outro e à do antepassado, amalgamando o pessoal e o coletivo. E o faz de uma maneira democrática ou, mais precisamente, da única maneira possível para que uma prática social seja democrática- fazendo circular a palavra,

concedendo a cada um o direito de ouvir, de falar e de protagonizar o vivido e sua reflexão sobre ele. (p.55)

Portanto segundo Walter Benjamin (1975, p.81), “... o narrador é um indivíduo capaz de permitir que o pavio de sua vida se consuma inteiramente na suave chama de sua narração”.

### **3.7. Os colaboradores e eu**

Procurei, para desenvolver a minha pesquisa, pessoas que se propusessem a ser, não apenas sujeitos de uma investigação, mas parceiros de um processo de desvelamento, de sentimentos no ser-com. No ser-com-humanizar-ação, no cuidar das ações em saúde e no conviver com o outro no cuidado em saúde. Sendo assim, meus colaboradores, se interessando em trilhar um processo de descoberta com base no seu relato vivencial, traçaram junto a mim esta caminhada existencial.

Buscando um contato mais próximo do cotidiano das pessoas que trabalham com a humanização, realizei meu trabalho no ambiente hospitalar, no caso, o Hospital Casa de Saúde Bom Jesus de Caruaru/PE. Optando por esta forma de acesso, tive a possibilidade de entrar em contato com vários profissionais de saúde, acompanhantes, grávidas, parturientes e bebês, pois possibilitou uma percepção vivencial dos colaboradores e das demais pessoas que, de forma direta ou indireta, fazem parte do dia-a-dia dos mesmos.

Almejando a possibilidade de apreender algumas nuances do contexto que eu poderia ter como pano de fundo, ao ouvir as narrativas dos meus colaboradores, através de uma maior proximidade; solicitei a gestão do Hospital um período de dois turnos para estar junto à assistência em saúde naquela instituição, o qual foi concedido prontamente.

Assim, passei a fazer parte da rotina diária do Hospital semanalmente, quando eu dispunha de uma manhã ou tarde para permanecer naquela unidade de saúde, observando sua dinâmica, participando das atividades e conhecendo as pessoas que por ali passavam. À medida que fui sendo conhecida melhor, e recebendo confiança dos profissionais do local, estes passaram a se inteirar de minhas intenções em apreender o máximo de seu mundo. Passei a ser convidada a participar de atividades planejadas em

datas comemorativas e até de reuniões de equipe dos profissionais que ali trabalham. Agradecida pela acolhida e oportunidade de me aprofundar no contato com aquelas pessoas e relações, procurei dar o melhor de mim. Percebendo, inclusive, que minha presença era bem-vinda, e, até mesmo desejada.

Concluí que minha disponibilidade não terá data marcada para seu término, minha vivência com as pessoas da instituição, impregnou-se no meu ser-no-mundo, pois descubro a cada convívio, novos subsídios que me impulsionam a estar perto, a dividir vidas e as senti-las no mais profundo do meu ser.

### **3.8. Des-cobrimo os sentidos nas ações de cuidado**

Feijoo (2000) refere que, o mais importante é ir à busca do sentido, e não ficar presos a técnicas. Sendo pertinente deixar desvelar o que se oculta, e que através da linguagem como narrativa torna-se possível o des-velamento. Desta forma, as narrativas que seguem propõem expor o a-colher dos depoimentos. Lembrando que, para melhor expor os mesmos, as falas dos sujeitos colaboradores serão apresentadas em fontes diferenciadas, destinando uma para cada participante; utilizando a seguinte legenda: /.../ recorte de outras falas, ... recorte da mesma fala (Javorski *et al*, 2004).

Era quarta-feira, daría início ao desafio de me destinar em cada encontro que iria, junto e com o outro, des-cobrir compreensões do cuidado. Era uma linda manhã dos primeiros dias de maio. Estava ansiosa na expectativa de começar as entrevistas da pesquisa. Ao adentrar no Hospital, olhei para a recepcionista, cumprimentei-a e senti no seu semblante um ar de surpresa por não me conhecer. Então me apresentei, e ela afirmou que era importante mais uma Psicóloga na Instituição. Dirigi-me para o estar-médico, na intenção de convidar o primeiro colaborador da minha pesquisa. Fui andando pelos corredores do hospital, e um misto de percepções e sentimentos me contaminava. Ora estava atenta a tudo que me rodeava: mulheres gemendo de dor no pré-parto, funcionários inquietos pela proximidade das eleições, e por seus vínculos serem de contratos temporários, estavam discutindo sobre futuras coligações políticas. Ora me via centrada em meus pensamentos, imaginando que tipo de acolhimento receberia, na tentativa de refletir sobre algo que poderia dizer do outro, e mobilizá-lo à demandas que não sabia se este daria conta. Encontrava-me naqueles momentos cindida, incompleta, habitando num universo de indeterminações e de incertezas, e

como refere Rosa Maria Pereira (*apud* Vieira e Freitas, 2010): ‘O sujeito pós-moderno não sabe muitas vezes lidar com essa incompletude, essa não unidade, com o estranhamento-em-si que sempre existe com o desamparo’.

Aprendendo a conviver com meu desamparo, naquele momento cheguei ao lugar desejado, bati na porta e entrei, apresentando-me ao médico que ali se encontrava, referindo meu objetivo e convidando-o para participar da pesquisa. O mesmo disse que não havia problema, pois o plantão estava tranquilo e ele não possuía demanda naquele momento, como estava sozinho, conversar comigo seria bom.

Heidegger nos revela que, a solidão é a condição do ser humano no mundo. Todo ser humano está só. Esta é a grande questão da existência, mas não significa uma coisa negativa, nem que precise de uma solução definitiva. Ou seja, a solução não é acabar com a solidão, não é deixar de sentir angústia, suprimindo este sentimento, mas sim entrar em contato, pois essa é a condição do ser, que um dia emerge. Como diria Humberto Gessinger, na música Alívio Imediato, “... o melhor esconderijo, a maior escuridão, já não servem de abrigo, já não dão proteção, (...) que a chuva caia como uma luva, um dilúvio, um delírio que a chuva traga o alívio imediato,(...) agora paciência ...” Pereira (1994), ilustra esse processo quando diz que:

... o horror produzido pelo desamparo decorrente da angústia, pode conduzir o sujeito, a qualquer momento, ao movimento de encantamento do mundo pela produção de seres superpoderosos, a finalidade desse movimento encantatório é de proteger o sujeito face aos abismos do desamparo... (p.4)

E fui ao encontro do cuidado e do cuidar com aquele Ser Humano. Este, nas suas palavras iniciais, remeteu-me ao lugar de superpoder colocado pela cultura do Ser-Médico:

/.../ O médico é um ser humano que deve estar preparado para enfrentar frustrações e dar esperanças a quem não tem mais em que ter.

E continuo refletindo sobre a condição de solidão, pois não existem subterfúgios inexoráveis que aplaquem esta condição. A solução não é encontrar uma pessoa para preencher o vazio existencial, não é encontrar um hobby ou uma atividade. A solução não é se matar de trabalhar, e se concentrar nisso para não se sentir sozinho. As tentativas desenfreadas de remoção dessa angústia, de encontrar um escape através da

satisfação em coisas materiais, muitas vezes nos desembocam, como dito na música, em abrigos, esconderijos que nos conduzem a *impropriedade*. Segundo Critelli (1996):

Lançados num mundo desde o nosso nascimento, somos chamados, convocados e pressionados para sermos um qualquer dos outros; convocados a ser o que e como os outros são. Convocados a aprender a ser impessoais. Somos chamados para sermos como se é no mundo, como se é de praxe, segundo o padrão. No máximo, o que é admitido como modo próprio de se cuidar de ser é um estilo pessoal, mas jamais um rompimento do padrão. Esta impessoalidade não é uma entidade, uma pessoa, ou uma coletividade, uma coisa, mas um modo de se cuidar da vida inautenticamente (ou impropriamente). (p.122)

A sua impropriedade com a temática em questão continuava e ele dizia:

/.../Cuidado é a intenção que tenho com todos que assisto. Aprendi na minha formação a fazer orientações de inúmeras doenças graves, diagnosticar patologias cada vez mais complexas, e tratar moléstias que antes eram incuráveis. Nós aprendemos também a cuidar sem haver envolvimento. Ou seja, meus professores me ensinavam a tratar o outro num clima de respeito. Aprendi que Ser médico era ser uma pessoa diferente.

Meu sonho e dos meus colegas era ter um consultório e uma clientela para atender. E hoje é o que tenho de realidade. Mas em paralelo percebo que há alguns anos atrás os médicos tinham prestígio na sociedade, éramos respeitados, formavam-se vínculos na relação com os doentes e suas famílias; mas não tínhamos proximidade, era uma relação profissional. Com a fascinação do progresso da medicina, sobretudo da tecnologia, houve mudanças e aconteceu um distanciamento do doente como ser humano. Sei que isso me contamina também, no entanto, tento fazer a minha parte, cuidar bem dos pacientes.

Continuo meu momento com ele, indagando de maneira espontânea acerca da possibilidade de cuidar, sem se envolver, e ele diz:

/.../É simples, apenas não escuto as problemáticas pessoais do paciente. Ele apenas responde o que eu pergunto. Isso

**facilita minha percepção dos sintomas, e os encaminhamentos para possíveis diagnósticos e tratamento. Por isso é importante estar atento ao que ele está me informando com relação ao seu quadro de adoecimento. E aí posso cuidar da patologia que ele está apresentando.**

Gadamer (2003) refere que, para compreender um texto se faz preciso que estejamos receptivos a ele, e que uma consciência formada hermeneuticamente deve, desde o principio, mostrar-se receptiva à alteridade do texto. E desta forma me portei, fiquei receptiva as colocações daquele homem, e lembrei-me de sua formação, da sua história. Ele revelou que aprendeu a exercer uma clínica que faz diagnóstico, que visa o tratamento e prognóstico, que é dessa forma que ele cuida.

Contudo, propor a possibilidade de pensar uma clínica que procure conhecer a história do outro, fazendo sua história, é conceber que a clínica é o ponto de partida para as expressividades, reconhecendo os diferentes modos de ser das pessoas. Destaco que a presença é um modo de ser, de estar no mundo, inserido num tempo e num espaço. A presença é uma realidade histórica. Conforme Heidegger:

A “essência” está em ter de ser. A equidade (*essentia*) deste ente, na medida em que se possa falar dela, há de ser concebida a partir do seu ser (existência)... A “essência” da presença está em sua existência. As características que se podem extrair deste ente não são, portanto, “propriedades” simplesmente dadas dado que possui esta ou aquela “configuração”. As características constitutivas da presença são sempre modos possíveis de ser e somente isso. (2005, P.77, 78)

Ressalto também que, essa presença ocorre na disponibilidade do conhecimento e da vivência no ato de cuidar, pois eleva a sublime natureza humana de acolher e de ser solidário àquele com quem interage e, por conseguinte, mantém relações de vida com os mesmos.

E diante dessas reflexões, retomo a especificidade do que esse profissional de saúde revelou com relação ao cuidado expresso no parto:

**/.../ Cuido da mulher, como já refere anteriormente, com zelo, tendo cautela para não me envolver com a situação, pois são duas vidas que estão sob a minha responsabilidade; e preciso ter toda atenção no que estou fazendo. É difícil lidar com as pacientes que gritam e choram muito, interfere no ato**

**de expulsão do bebê. Nesses instantes o cuidar fica difícil, elas não conseguem seguir as orientações necessárias. Ambos (mãe e bebê) correm riscos de morte. Fico na expectativa de controlar a situação. Sei que toda a responsabilidade é minha nesse momento.**

Nascimento *et. al.* (1997) afirmam que, o cuidado prestado à parturiente é norteado por um poder institucional, expresso por meio de rotinas que retiram dessa mulher a participação ativa em todo o processo e, acredita que a assistência à parturiente deve ser humanizada e competente, para permitir que as mulheres vivenciem a parturição de forma mais plena e feliz. Segundo Osava (2003), no parto humanizado, a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem. Concordando com o que esses teóricos expressam, verifico o quanto compromissado é esse profissional, todavia, humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente, através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranquila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde, que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo, e vivendo momentos que possibilitam novos modos de ser-no-mundo.

Nesse mesmo dia, fui ao encontro da segunda colaboradora da minha pesquisa, uma enfermeira obstétrica que me acolheu com muito carinho. Meu encontro com ela foi marcado por sensações de satisfação com a profissão escolhida, e por me revelar que nossas afetações fizeram com que, tanto ela, como eu, vivêssemos momentos de partilha de vida e de sentimentos. Quando indagada sobre compreensões do cuidado no parto, ela diz:

/.../ Tem que ver a pessoa como ser humano. Tenho que senti-la percebendo como me sinto. Sentir seus medos e os meus, ter cautela, para não apenas agir com a técnica que é aprendida na formação. Tem que dialogar, se fazer presente na vida daquela mulher, e deixar que ela também seja presença na sua vida. Cuidar é um ato de entrega

onde o contato do olhar é fundamental. O contato com os 'olhos' é muito importante, é algo que é muito difícil, pois quando olhamos também nos deixamos ser olhado. E pelo olhar é possível o outro perceber nosso modo de sentir aquele instante. Por isso, meu olhar busca meus sentimentos, e através deles sinto a mulher no parto.

Essa revelação foi cheia de intensa emoção. Nós não sabemos por que nos abraçamos, e partilhamos lágrimas. Essa afetação suscitou o cuidado expresso na intenção de acolher e ser acolhido. Digo a ela que sinto uma felicidade intensa em percebê-la com imensa sabedoria, que na vida buscava estar junto e com outro, sentindo-o e me sentindo como ele. E responde:

/.../Estou precisando dos teus cuidados... (silêncio), às vezes não consigo lidar com as minhas fragilidades, principalmente aquelas que se apresentam todos os dias para mim. O meu cinismo que é revelado diante dos colegas que são imprudentes e inconsequentes com todos que convive, e em especial comigo. Tento agir de outra maneira, mas não tenho tido êxito, e isso vai de encontro ao que estou te dizendo. Espero que você me entenda... (silêncio).

Paramos por alguns minutos e ficamos apenas nos olhando. Senti o quanto o ato de silenciar era importante naquele momento, ele "falava", palavras não precisavam ser ditas, mas foi no anúncio de uma frase que entendi que, o sentido expresso era o de cuidar e ser cuidado: " /.../Estou me sentindo inteira contigo". Ricoeur (1977, p. 36), comentando Heidegger, escreve:

"Minha primeira relação com a palavra não é de produzi-la, mas de recebê-la (...). Esta prioridade da escuta estabelece a relação fundamental da palavra com a abertura ao mundo e ao outro (...). A linguística, a semiologia, a filosofia da linguagem, mantêm-se inelutavelmente no nível do falar e não atingem o do dizer (...)"

Penso que, essa maneira de expressar o cuidado envolve a disposição afetiva, que só é re-vela-da, porque o homem é dotado do modo de ser da pre-sença, ou seja, é nele que se dá o ser. “(...) o homem é um ser voltado para fora (ec-sistência) e esse fora é o ser. Portanto, o homem é abertura originária ao ser, pré-compreensão do ser, procura de ser”(Vasquez, 1999, p.3).

E por estar voltada para fora, sendo com o outro, é que vivi experiências singulares naquele encontro. Fui tomada por sentimentos de gratidão, de amparo, de completude. E verifico que, na experiência, a compreensão está sempre vinculada a um tom afetivo, ou como diz Heidegger (1988), está em sintonia com uma disposição. O mundo que nela se abre não é, portanto, um objeto que contemplamos de fora, mas um mundo em que estamos envolvidos, que já nos importa de alguma maneira. E são estas disposições que revelam a experiência em sua densidade, enquanto enraizada em um passado de envolvimento com os outros e as coisas, que faz com que a situação que vem de encontro se anuncie como temível, enfadonha, excitante, desesperadora, abaladora, feliz, amparada, etc.

À disposição é algo no qual sempre estamos, sempre nos encontramos entregues a um estado de ânimo, ainda que não estejamos atentos a isso. Se podemos conhecer o nosso humor, nos esforçar para mudá-lo, isso revela, por um lado, que já estávamos entregues a este humor antes de tentarmos nos as-senhor-ear dele. Por outro lado, isso nos diz que só mudamos de humor a partir de um humor previamente existente. Da mesma forma, sempre já nos encontramos lançados em um mundo, em uma história, em que certas possibilidades foram realizadas e outras não. Também, similarmente, podemos nos voltar para a nossa trajetória, refletir sobre ela, empreender um esforço para dar-lhe um outro rumo, mas apenas podemos fazê-lo a partir da nossa própria vida. Isso revela o laço fundamental existente, para Heidegger (2002), entre a disposição e o “vigor de ter sido”: ambos nos remetem para o nosso enraizamento originário em uma situação na qual já nos encontramos, e que constitui o solo a partir do qual nos lançamos em direção às possibilidades.

E nessas reflexões de Heidegger, referidas anteriormente, é que relato as possibilidades encontradas junto à pessoa da terceira entrevista. Recordo-me que, nesse dia estava diante do hospital, e antes de adentrar nas instalações do mesmo, na calçada, passava por mim uma senhora de cabelos brancos, com cheiro de lavanda, com véstias de cor rosa, alguém que se fez presente, mesmo sem saber, que na minha vida, já

existia, antes do primeiro contato pela fala. Que surpresa eu tive quando, aquela mulher, aquele ser humano, iria partilhar tantas histórias comigo. E foi pela pergunta disparadora, que foram des-vela-das possibilidades de cuidar, como o nascer constante, como desabrochar de flores a cada amanhecer.

**/.../O cuidado na hora do parto exige uma série de coisas. Primeiro não podemos esquecer a técnica. Somos formados com rigor de procedimentos. E transmitir segurança no que estamos fazendo é fundamental para que a gestante se sinta capaz e forte para nos ajudar no nascimento do seu filho. Segura de si, ela coloca a força necessária e expulsa o bebê. É sempre importante conversar com ela sobre tudo que estamos fazendo, para que ela possa ter ciência, ficar esclarecida sobre o que esta acontecendo. Isso promove uma interação, onde tenho o cuidado de deixá-la à vontade para expor dúvidas e inquietações. Observo que quando a ela esclarece suas fantasias com relação ao que está vivendo, o parto se desenvolve de maneira tranquila. Sinto-me feliz em proporcionar esses momentos. O segundo cuidado é com a vida. O cuidado com o nascimento, pois cada bebê que nasce é uma flor que se desabrocha. E como a flor não fica do mesmo jeito, a mulher não fica do mesmo jeito. E o bebê é a esperança de uma nova vida que surge. E surge pela força. A força da natureza. Que como a flor que sofre várias interferências, vento, chuva, sol, poluição, a mulher e o bebê também sofrem interferências. E nós, enquanto equipe de saúde, também sofremos essas interferências e somos interferência na vida do outro. Quando o bebê nasce, sinto sempre que ele é luz, é esperança, que ele pode ser uma criatura que vem ajudar o mundo a ser melhor, tornar o mundo melhor. Ou seja, tornar o mundo melhor se ele for um pacifista; tornar o mundo mais bonito se ele for um grande artista e pintor; tornar o mundo mais cheio de vida se ele for um grande músico. Tornar o mundo mais belo se ele for um grande floricultor, então ele vai tratar de flores belíssimas. Eu sempre gosto de ver e viver o nascimento como uma inspiração divina.**

Fui afetada por aquelas palavras e indaguei sobre sua analogia do nascimento com o desabrochar de flores, e que elas tem cheiros, e que podia sentir o seu aroma de lavanda silvestre. Fiquei atônita com as lágrimas que estavam sendo derramadas na face daquela mulher, e ela me revela o sentido de morte que pairava sobre ela naquele momento:

**/.../Eu sou flor de cemitério... (silêncio). Vou nascer em breve em outro lugar. Espero que num paraíso... Nascemos e morremos a cada instante... (silêncio). Estou emocionada por você ter me escolhido. Obrigada.**

Reflito que o tempo demonstra que cada instante vivido pelo Ser é também um instante morrido. O Ser tem consciência de que é para a morte, é temporal. A morte em Heidegger é entendida como um fenômeno inerente ao Ser, que por ser tão próxima, interfere diretamente no seu sentido. A morte constitui uma limitação originária do *Dasein*, ela constitui a finitude da existência humana. Remeto a compreensões da minha prática cristã, onde aprendi que o Ser é Ser-para-a-vida, o Ser em Heidegger é Ser-para-a-morte. Nas palavras de Ernildo Stein: *O recurso a Deus e/ou à natureza, para a solução das questões da ontologia e da verdade, nasce das teorias da representação e esquece o lugar destas questões: o Dasein (estar-aí), o “mundo” (humano), a temporalidade, objetos da analítica existencial. A questão do ser está ligada à facticidade e ela não é posta para resolver o problema da origem última das coisas. Daí a questão do sentido do ser* (Stein, 2008, p. 16).

Heidegger demonstra, através da temporalidade e do *Dasein*, que não é sua finalidade última descobrir a origem e nem destino do Ser. Não se trata de questões teológicas, mas tão-somente, aponta para a importância da quebra do pensamento metafísico (representativo/filosofia da consciência) para a inserção da hermenêutica da facticidade (ontologia existencial). A característica principal da teoria Heideggeriana é a crítica feita à interpretação da linguagem como técnica, como um mero instrumento de comunicação, que segue uma forma para que as pessoas possam utilizá-la com a finalidade de simples manipulação da informação. Uma das tendências do mundo contemporâneo é o entendimento da linguagem como simples forma, olvidando, assim, toda a complexidade e tradição trazida por ela, todo o conteúdo histórico arraigado.

E fazendo um paralelo com a forma que é vista a humanização, seu próprio sentido pode estar atrelado a uma teia de compreensões reveladas por Manfredo de

Oliveira, quando diz: *Hoje, na modernidade, o homem experimenta o real como objeto, isto é, como manipulável, dominável por ele, como aquilo que se pode pôr à disposição do homem. Neste contexto, a linguagem é reduzida à informação, como processo por meio do qual o homem toma conhecimento dos entes, a fim de poder exercer sobre eles o domínio. Esta concepção, hoje universalmente vigente, é o que, para Heidegger, caracteriza a essência da técnica, que é o método de desvelar uma fórmula, portanto de ver uma forma de verdade. A técnica revela o real em seu caráter manipulável. Nessa perspectiva, a informação é o modo como a natureza se revela por meio da técnica. Não a natureza como ela é em si mesma, mas a natureza enquanto submetida às perguntas do homem, enquanto relacionada a ele, enquanto manipulável por ele. Nesse sentido, a categoria informação se transforma para Heidegger numa das características da civilização contemporânea, pois o que constitui nossa epocalidade é a predominância dessa forma de desvelamento do real: a informação é a mediação do saber necessário à manipulação* (Oliveira, 2001, 203).

Todos os seres estão inseridos na linguagem, mas, aqueles que adotam a cultura tecnicista, deixam de perceber a utilização da linguagem enquanto conhecimento, enquanto cognição (manifestação do Ser), e passam a velar a verdadeira essência do Ser em prol de maneiras simplistas de informação. São vítimas da filosofia da consciência. De acordo com Manfredo Araújo de Oliveira: *Agora se manifesta, com mais clareza ainda, que a linguagem não pode ser reduzida a puro instrumento, pois, em todo o saber de nós mesmos, como em todo o saber do mundo, já sempre estamos envolvidos pela linguagem, em que se dá a clareira do ser, onde se manifesta a compreensão do ser e onde fala a “voz do ser”* (Oliveira, 2001, p. 216). A linguagem é de fundamental importância para o entendimento do Ser. É pela linguagem que o Ser se realiza, é por ela que ele se mostra (desvela) e se oculta (vela). A linguagem possibilita ao Ser aparecer enquanto sentido, enquanto caminho para o encontro com o outro, com o mundo. A linguagem não pode ser mais entendida com uma concepção metafísica de pura objetivação.

O Ser no tempo é provisório, é temporal. O *Dasein* é com os outros, e se realiza na presença do outro e com ele. O *Dasein* se dá na hermenêutica da facticidade, como por exemplo, Ser no mundo, como abertura (compreender, interpretar e discurso), Ser com e na temporalidade.

A temporalidade é, na teoria de Heidegger, um dos fatores que possibilitam o amadurecimento do Ser. Ela se dá no tempo. Não no tempo cronológico, do relógio, por exemplo, mas o tempo originário, estático (o tempo humano não é linear, objetivável). A temporalidade age de duas formas: tanto na definição do Ser, como na sua abertura.

Afirma-se que, a ideia de que o movimento ocorrido pela abertura do *Dasein* ao mundo, é um fenômeno fundamental para o crescimento (amadurecimento) do Ser. O tempo é um fator de alteração do *Dasein* dentro de um horizonte traçado. O Ser é no tempo, ele é **sendo**, é o movimento em busca de conhecimento, de cognição (abertura). Essas características, demonstram como ele, Ser, é a fonte de toda a alteração da sociedade e reflexo dela. É uma questão dialética. O Ser é fruto da realidade de onde está inserido (sociedade), e a sociedade é o reflexo dos Seres que ali habitam.

**O movimento** é a manifestação do Ser no tempo, e as condições de possibilidades criadas por ele dentro de um determinado horizonte. O movimentar necessita de um caminho pelo qual possa percorrer, e assim, permitir o desvelamento de novos caminhos (novos horizontes), novos movimentos, é a possibilidade de amadurecimento do Ser.

E diante dos conhecimentos expostos, é que concebo meu movimento junto àquela mulher, isto é, o desvelamento dos novos horizontes do cuidado, o cuidar de ser-para-morte, o cuidar de sentir junto, o cuidar de Ser.

Ao traçar a história a seguir, reporte-me ao de Ser Psicóloga, onde recordei que aprendi que o conhecimento é construído a partir da ação com o outro. Figueiredo (1993) enfoca que o fazer do ofício do psicólogo é seu próprio conhecimento, no qual as teorias estão impregnando e impregnadas misturadamente na ação. Tal direção, perseguida por algumas reflexões, inspiradas na perspectiva fenomenológica, contribuem para compreender a solicitação apresentada ao psicólogo, inserido ele mesmo na situação que investiga, apresentando-se como alguém que ‘viaja’ junto à história do outro, entrelaçando-se nas suas narrativas.

**/.../No cuidado na hora do parto, tem que ser humana... Né. Porque se não for humana, agente pode ser chamada atenção. Tem também que se compadecer com o sofrimento, não sendo ‘mole’, porque se não agente não vai conseguir fazer nada. Eu vou ver a mulher chorar e chorar também, não pode. Tem que ser forte, ajudar a mulher a ter o bebê. Pedir para ela respirar, fazer a força na hora e no local certo.**

**Explicar que ela não pode se levantar após o parto, que ela precisa amamentar seu filho. Deixar bem claro as rotinas do hospital. E quando não souber agir, chamar o médico.**

Indago sobre a relação entre cuidado e ser chamada a atenção, ela anuncia várias dificuldades vivenciadas com colegas de trabalho, naquela Unidade de Saúde. Apresenta nesse momento expressões de tristeza, abatimento. Informa que “anda” deprimida com tudo que tem vivido no ambiente de trabalho, estando grata pela minha presença e disponibilidade em escutá-la. Ressalvo que também estou sentida com suas revelações. Sugeri que aquele momento era terapêutico, pois ela estava se sentindo aliviada, melhor em me escutar e ser escutada, por trocarmos tantas experiências.

E no meu ofício de ser psicóloga, como já referido anteriormente, recordei que o encontro se deu, e o que possibilitou aquela condição, foi nossa disponibilidade de abertura para juntas crescermos.

Estabelecemos uma interação dinâmica, na qual a única coisa que permanecia firme, era a constante vontade de mudança. E percebi que os fenômenos emergiam, buscava seus significados na medida em que se apresentavam, a todo o momento não se tentava explicar o que acontecia. Fiquei atenta a estar livre das teorias explicativas, geralmente casualistas, elaboradas pela psicologia, entretanto, não significa que meu pensamento se dava na ausência completa de referências. Aliás, nem seria possível uma coisa dessas, mesmo porque somos "ser-no-mundo", e "mundo" em tal expressão já significa um entrelaçamento de referências: nosso fazer, nosso falar, nosso pensar, sempre acontecem na referência a algo que lhes dá sentido. É claro que, com mais razão ainda, aquele pensar que diz respeito à existência, dá-se dentro de um contexto de referências significativas, fundamentais para nossa compreensão do fenômeno existencial. Trabalhar com o referencial básico do pensamento heideggeriano: a compreensão do *Dasein*, do "ser-aí", como "ser-no-mundo", como "ser-com"; como aquele que é chamado em suas possibilidades para realizar sua existência através do "cuidado", é cobrado por isso e sente culpa; aquele que sonha, faz plano; sabe que é finito e se angustia diante da possibilidade do nada.

Estávamos reunidas para juntarmos pedaços de significados dispersos na vida, que às vezes estão difíceis de aparecer, mas juntas acendemos uma ‘luzinha’, hora aqui, hora ali, começamos a encontrá-los. Esses significados juntaram-se e

passaram a estruturar novos sentidos em nossas vidas. E ali, a única fenomenologia que interessava, eram as histórias particulares daquela pessoa e a minha, consistindo o trabalho que ali se realizava: deixar que as coisas aparecessem com seus significados, reunindo-os e permitindo que os sentidos se articulassem. Esses trabalho e pensamento, fizeram essencialmente uso da linguagem, mas bem poderia ser chamado de artesanal. Neste contexto, artesanal indica a diferença do "industrializado", do padronizado, do que se torna generalizado - como as teorias são generalizações -, feito para alguém que não sabemos quem será. Meu trabalho é destinado a cada um. E não é aquele artesanal que poderia já estar na vitrine à espera de quem o levasse: ele só vai ser realizado no momento em que o destinatário estiver presente; e mais, será feito com ele.

Artesanal diz respeito a um ofício realizado com as mãos, como refere Figueiredo (1993). Embora não trabalhemos com as mãos, essa metáfora vale por aquilo que as mãos humanas podem simbolizar. Mãos podem agredir e afastar, mas também são elas que aproximam o que queremos ver de perto; mãos seguram o que está prestes a cair; mãos aconchegam, desfazem nós e fazem laços; mãos mostram uma direção; mãos detêm a afobação da pressa e dão aquele "empurrãozinho", as vezes, necessário; mãos "pensam" feridas.

Compreendo que momentos terapeutizantes só acontecem quando se cuida da existência que sofre. Porque a existência é frágil por natureza. Não só a vida que, como animal, o homem compartilha com os outros animais é frágil, mas, sobretudo, a existência como característica peculiarmente humana é o que há de mais vulnerável. Existência é "ser-no-mundo", e isso é poder ser atingido, ser tocado o tempo todo por tudo: tanto pelo que vem ao encontro do que desejamos e torna a existência mais plena, como por aquilo que é compreendido como destruição de algo que queremos ter preservado, ou como ameaça de que isso possa acontecer. Algumas vezes, é a vida mesma, a própria ou a de um outro, que sentimos ameaçada, e então o sentido das coisas fica abalado, e isso dói. Mas isso não acontece só quando a vida está em risco; acontece também naquelas situações em que sabemos que a vida está ileso, mas o sentido da vida se quebra ou se torna confuso. A existência é sempre um poder "ser" diante de um "para *quê*", de um "a fim de *que*", e quando este se rompe ou está ameaçado a existência sai machucada.

E apesar daquela colaboradora referir seus machucados de sua existência, ela também fazia questionamentos que me afetavam, ou seja: **/.../Onde doem minhas decepções? Onde estar à dor da minha decepção? Onde dói o sentir-se perseguida? Como descubro sentidos para minha vida?**

Entendo que só os humanos sentem essas dores. Porque só o homem, como "ser-no-mundo", existe na compreensão do entrelaçamento de significados que quer dizer "mundo". E aquelas são dores da existência, que só podem ser sentidas por um ente que compreende significados. Elas podem ser tão intensas que chegam a se encarnar no corpo do homem, já que é corporeamente que o homem existe.

Semelhante a minha quarta colaboradora (a referida anteriormente), a próxima entrevistada pontua a Psicologia e sua importância na compreensão do cuidar, somada a reflexões acerca dos princípios do Programa de Humanização do Parto.

**/.../Para mim o cuidado é muito importante. É quando a gente engloba toda a psicologia... Não adianta você só chegar ali e cuidar da higiene, dos primeiros socorros, das orientações, dos procedimentos e rotinas hospitalares. O cuidado realmente ele se dá na relação com a gestante, na nossa ação afetiva com ela. Tendo cautela em não se contaminar com o que ela diz. Vocês psicólogos entendem muito mais que nós. Entender que é fundamental ouvir a paciente, responder o que ela pergunta e aceitar seus sentimentos faz com que ela se sinta acolhida por nós. Só que isso não é fácil nos Serviços Públicos, principalmente pela demanda e o acúmulo de atividades que o profissional de enfermagem tem. Aqui sou responsável por várias ações e vez por outra, não consigo administrar tantos afazeres. Mas conversar com a paciente é fundamental, às vezes vale muito mais do que você chegar e fazer qualquer outra ação. E o que eu acho interessante é que quando agente chega próximo da paciente, que agente conversa e esclarece a ela o que está acontecendo, tem aquele cuidado com ela. Agente nota que ela se sente mais a vontade, ela colabora muito mais, ela evolui... E na medida em que vai evoluindo o trabalho de parto ela se senti melhor. Isso ajuda muito para quando está finalizando o parto, ela mesma ajuda a criar força. Eu não falo isso apenas com o parto, eu falo isso até para a minha vida. Ter atenção para com as pessoas e cuidado é fundamental... Mas como já disse anteriormente,**

estou assoberbada de tantos afazeres, e a humanidade que se espera de mim não acontece. Aprendemos a importância do Programa do Parto Humanizado, mas enquanto não mudar a forma que algumas gerências trabalham, fica difícil por em prática os princípios do programa, principalmente no que diz respeito a avaliar o contexto psicológico, social, econômico em que a mulher está inserida. Em paralelo, como incentivar ao parto normal e ao aleitamento materno, sem tempo para fazer isso? Fora que se o programa preconiza a presença do acompanhante, como é difícil para eles, sem uma preparação previa, pois muitos nunca tiveram contato com sangue, secreções, daí são mais um para a gente cuidar.

Gualda(1993, p.4) relata:

A transferência do local de nascimento para o hospital resultou na substituição de rituais do processo de nascimento. Cada vez mais os aparatos tecnológicos utilizados no controle do trabalho de parto e parto, tornaram-se armas poderosas para o incremento do rito hospitalar, tão distanciado das crenças e valores da mulher. Este fator tem influenciado em uma assistência ao parto, atualmente, centrada na equipe de saúde, não na mulher e na criança que vai nascer, como acontecia nos idos da história da obstetrícia. Esta situação se justifica na ocasião da internação, uma vez que a parturiente recebe uma gama de orientações sobre rotinas e procedimentos e torna-se passiva aos acontecimentos.

A noção de humanização vem sendo utilizada há vários anos, em especial na área da saúde, quando se fala em humanização da assistência.

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. Contudo, um dos mais importantes obstáculos à humanização da assistência é o modelo tecnocrático, profundamente incorporado às práticas. Seu questionamento e superação parece ser uma tarefa essencial na construção das propostas de humanização.

Nakano *et al.* (2007) menciona que, a humanização não é compreendida pelos diferentes atores sociais envolvidos no debate de forma homogênea, mas se apresenta com um conteúdo amplo de procedimentos - ainda que possa girar em torno de dois

conceitos, ou polos, fundamentais: aqueles da medicina perinatal baseada na evidência científica e o dos direitos das mulheres.

Esses dois polos têm em comum a crítica ao modelo tecnocrático de assistência, que exige a necessidade de um papel passivo da mulher durante o nascimento, no qual ela será processada tecnicamente pelo profissional e pela instituição.

O desenvolvimento de uma cultura institucional de desapego aos procedimentos de rotina, de criação e discussão de uma nova clínica, é o grande desafio. Proponho refletirmos sobre uma nova forma clínica de compreender o homem e seu sofrimento - o modo existencial baseado no método fenomenológico de investigação, onde exista a pró-cura, isto é, algo destinado ao cuidar (Pompéia, 2000. p.21). A pró-cura, na ação clínica, sendo exercida como expressão do cuidado próprio de cada ser-no-mundo, que sofre e que teve o sentido de sua existência velado por e em algum momento. E na vivência terapêutica da ação clínica contemplar um reencontrar, a expressão do modo de sentir, o re-cordar, principalmente daquelas coisas que já nos foram caras, já nos foram coisas do coração, mas que perderam esse vínculo em função de dificuldades de comunicação, de relação, tornando-se desgastadas. Foram esquecidas e, de repente, num esforço de procura (pró-cura, para-a-cura), através da linguagem poética (linguagem que favoreça o reconhecimento emocional, em oposição à linguagem da razão que seria explicativa), podermos reencontrá-las.

Pompéia (2000), afirma que a ação médica, na verdade, implica em se adiar a morte e salvar o tempo. Salvar o tempo não é salvar horas, dias, anos; é salvar aquela condição em que os homens podem dizer: agora é tempo de plantar, agora é tempo de colher, agora é tempo de trabalhar, agora é tempo de descansar; agora é tempo de cuidar, agora é tempo de se entregar; e assim sucessivamente. Todavia, essa possibilidade de compreender a ação médica remete ao que esse mesmo autor alude sobre a disponibilidade para receber, ou seja, não precisar se sentir sempre, o doador faz parte de uma condição de maturidade. Doador, aqui sendo entendido com relação ao ter de exercer procedimentos, ter o rigor da técnica. Quem vive nessa disponibilidade poderá perceber o quanto as coisas são dadas, são concedidas. Poder ser capaz de receber não significa passividade. Supõe, ao contrário, o movimento de acolher aquilo que nos é dado. Essa disponibilidade para acolher nem sempre é fácil. Falamos de receber, de aceitar. Essa palavra chama outra muito próxima, que é entrega. Aceitar

implica responder a uma solicitação do mundo, e essa resposta pode exigir uma entrega àquilo que solicita. O entregar-se maduro à solicitação daquilo que chama, o estar a serviço de alguma coisa, integram de tal forma a existência como vir-ser que podemos nos permitir uma brincadeira com essa expressão, transformando-a assim: vir-a-ser, a- ser-vir, ser-vir-a, servir-a. Tal é a articulação entre vir-a-ser e pacientemente “estar a serviço de algo”. Pensar que este “estar a serviço de”, em vez do mais comum “como posso me servir disso”, possa ter a ver com maturidade (Pompéia, 2004).

De acordo com Hellinger (2005), disponibilizar-se na ação clínica de ajudar o outro, é uma arte. Como toda arte, faz parte dela uma faculdade que, pode ser aprendida e praticada. Também faz parte dela uma sensibilidade para compreender aquele que procura ajuda; portanto, a compreensão daquilo que lhe é adequado e, simultaneamente, daquilo que o ergue, acima de si mesmo, para algo mais abrangente. Sendo assim, compartilho umas reflexões. O que tenho feito com o que recebo na minha vivência no hospital? Será que não posso contribuir com o que recebo, ensinando outras pessoas?

E nesse anúncio de questionamentos é que me lembro, das palavras e sentidos postos pela minha última colaboradora com relação ao cuidar na ação clínica. Recordo-me que era uma tarde de uma quarta-feira chuvosa, dia frio, mães com seus bebês encolhidos em seus leitos, colegas de trabalho tomando café e esquentando as mãos. Ventos fortes adentravam pelos corredores do hospital, luzes precisaram ser acesas em alguns setores, pela escuridão que pairava nos lugares. E como a frieza daquele dia fui acolhida naquele encontro, iniciou-se desta forma:

**/.../Diga, o que você deseja?**

Referi que meu desejo era melhorar àquela tarde, e ter momentos melhores com os outros. E que vinha pelo convite que ele tinha aceito, o de participar da minha pesquisa. E diante da minha resposta ele responde:

**/.../Sim. Lembrei de você agora. (Silêncio)**

Fiz a pergunta disparadora, e suscitava em mim a vontade de entender a maneira que aquele homem me tratava. Fiquei atenta a sua resposta.

**/.../Entendo da seguinte forma: primeiro, eu acho que tenho que ver cada mulher, como única. Pois cada pessoa é única, cada um tem um limiar diferente de dor, cada um tem sua fisiologia própria, cada um tem a sua própria história. Existem mulheres que engravidam precocemente, há aquelas vítimas de violência sexual ou moral, aquelas que desejam serem mães. Perceber o contexto de cada mulher é fundamental para desenvolvermos nossa prática médica. Ficar atento a todos esses aspectos e os que concernem à necessidade dos procedimentos médicos na hora do parto é dever de todo profissional que atua com responsabilidade e compromisso. O trabalho de parto é um evento fisiológico que coroa a gestação, e que vai selar a maternidade. Também não se pode deixar de reconhecer o profundo significado que o parto exerce na vida da mulher, seu companheiro, seu filho e à família vinculada ao casal.**

E, espontaneamente, questiono se o parto também não traz significados para ele.

**/.../O significado do parto para mim. (Silêncio)... Estou pensando agora que: parto é vida. É o surgimento de um Ser. Estou lembrando algo que aprendi ao longo desses anos, atuando em maternidades, e participando de eventos que preconizam o movimento de humanização do parto: “A importância da humanização no parto é analisar o protagonismo da mulher durante o nascimento do bebê”. Essa frase mostra que o principal na hora do parto é auxiliar a mulher na luta do homem para nascer.**

Que desconstrução eu fiz com aquelas palavras. Elas me envolveram em sentimentos de busca, de dedicação, de firmeza, e não mais sentia a presença da frieza. Nasceram reflexões sobre o que um diálogo pode proporcionar. E ele menciona:

**/.../Conversar sobre esses assuntos com você, esta sendo enriquecedor para minha prática profissional.**

Recordo-me que numa compreensão existencialista, o homem é homem porque é existente, porque é capaz de vivenciar, experienciar e transformar seus próprios sentidos de vida. E a Fenomenologia considera que, o homem e todos os outros entes (coisas, seres vivos) são uma unidade inseparável, pois só o homem é capaz de existir dando significado, manifestando e expressando sua linguagem nas várias formas desse dizer, ele expressa a roupa dos dois lados, o direito e o avesso das relações que ele atribui na vida.

E é pela linguagem manifesta na interação do diálogo, que podem ocorrer às mudanças. A palavra diálogo, segundo a definição encontrada nos dicionários, é sinônimo de conversação: uma fala alternada entre duas ou mais pessoas. Sua origem é grega, *dia* = através, *logos* = palavra/sentido. Lembrando que o homem é presença, que está em relação com; ele é o único doador de sentido, atribuindo significados consigo e com os outros.

E foi atribuindo sentidos com aquele outro, que pensei na ação clínica enquanto um momento artístico, que tem sua beleza peculiar enquanto arte que expressa na vida. E essa beleza não está no o que se fala, nem em quem está falando. Está na relação entre ambos. A experiência do belo é um tipo específico de relação que mantemos com o mundo. O espectador diante da ação clínica dialoga com os seus sentimentos e, num ir e vir de sensações, imagens, memórias, encontra-se consigo mesmo.

Ao falar na reunião harmônica, da intimidade e do prazer, a obra de arte diz respeito a cada um de nós. Ao ouvir a sua fala, encontramos-nos propriamente como homens. Sabemos que, etimologicamente, **homem** vem de **húmus**. E húmus é terra, mas não é qualquer terra. Húmus é terra fértil. Mas o que há de especial nessa terra, para que possamos dizer que ela é fértil?

A peculiaridade da terra fértil é a sua abertura para acolher toda e qualquer semente que sobre ela caia. Diferente da terra árida, ela é acolhedora. Quando uma semente cai ali, o solo a acolhe e recolhe, para que o grão venha a ser. Pois uma semente é sempre um **poder-ser**, uma promessa de alguma coisa que ainda não é, mas pode ser —e chegará a ser quando encontrar a terra fértil. (...).

Ao ouvir a fala da pedra, que através das mãos de Michelângelo chegou a me dizer algo, reencontrei-me com o artista, com os outros homens, com as pedras do mundo, com as

coisas do mundo, numa reunião harmônica. Mas, acima de tudo, descobri a mim próprio outra vez como sendo homem, quando essa semente — lançada na minha direção desde séculos atrás, pelo trabalho cuidadoso de um gênio da escultura — caiu sobre mim como em terra fértil. (Pompéia, 1991, p.9-10)

Desta forma, pensar a humanização em comunhão com a Arte é vislumbrar que, os profissionais de saúde têm o direito e a possibilidade de ser terra fértil, terra viva, pronta para receber sementes, e delas fazer brotar flores, frutos, produção própria e abundante.

#### 4. OS SENTIDOS DA AÇÃO CLÍNICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: DESVELANDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O homem está sempre frente a alternativas diante das quais deve fazer escolhas. A escolha traz inquietações, a angústia se faz presente porque o homem sabe que não pode tomar duas direções. Diante das alternativas da vida, ele deverá eleger uma, e essa eleição comprometerá o seu destino para assumir todos os seus entrelaçamentos e desdobramentos frente ao seu projeto existencial.

No projeto existencial, a clínica posta é de escolha de cada um. E, uma das escolhas, é marcada por uma clínica caracterizada por nortes tecnicistas. As narrativas relatadas nesse trabalho, demonstram como os profissionais de saúde estão penetrados de uma visão de cuidado que se destina a executar procedimentos. As falas anunciam, o que pronuncia Heidegger sobre a técnica como: uma expressão do esquecimento do Ser.

Heidegger, a partir de 1936, entende a sociedade contemporânea como presa no desocultamento técnico do Ser. Este desocultamento técnico, apesar de possibilitar um certo acesso ao Ser admitido por ele mesmo, deixa sempre algo no escuro. O Ser subtrai-se (*entziehtsich*), no mesmo processo que desoculta-o tecnicamente.

Com essa argumentação apresentada por Heidegger, algo novo no contexto das críticas à técnica, bastante original. A crítica à técnica deixa ser, nessa perspectiva, uma crítica à técnica como meio, mal-usado e mal proporcionado, e revela que toda modernidade é, até as suas raízes mais profundas, técnica. Como tal ela corre o risco de perder, no auge do aperfeiçoamento das ciências e dos instrumentos e métodos, que descubrem cada vez mais detalhes sobre o funcionamento das coisas, o essencial. O que seria o essencial? Seria um contato revelador com a plenitude do Ser, somente possível quando despedimo-nos da ilusão de poder dominar o que está à nossa mão. Um outro olhar e um outro fazer, que Heidegger (2002) denomina como *schonen* (conservar), seria a consequência, o que incluiria também uma relação conservadora (*schonend*) com a natureza. Pensar em Heidegger desse jeito é lembrar que, o homem é feito de possibilidades, por isso ele pode rever seus sentidos de vida. E dessa forma, se aproximar de sua relação com a natureza.

Essa possibilidade, é propiciadora de reflexão sobre uma nova clínica junto à humanização, é fazer a escolha por uma perspectiva em que a clínica suponha um modo

de andar, e de tomar parte, da construção do sentido dado pelo sujeito da sua própria história na relação com o outro, que pouco sabe, mas se esforça para conseguir compreender e dar sentido à demanda. Caracteriza-se por uma ação conduzida pela atitude do clínico sobre a relação com seus interlocutores, ao seu saber e a sua elaboração.

Vale ressaltar que, a palavra técnica se origina do grego *techné*, cuja tradução é arte. E por ser uma arte expressa, a manifestação de uma criação do homem, sendo desencadeamento de algum tipo de resposta no ser humano, como o senso de prazer ou beleza. Além de anunciar a transmissão da expressão da realidade interior de quem cria a arte, possuindo reconhecidamente um sentido. Vislumbrar a ação clínica como uma arte, é concebê-la no sentido do desencadeamento da beleza de manifestar o senso de prazer, de reconhecer, se reconhecendo junto ao outro.

Faço nesse momento uma analogia da ação clínica do profissional de saúde com a construção de uma música, que para se constituir necessita da combinação de sons e silêncio, seguindo uma pré-organização para se obter uma melodia. Ou seja, feito a música, a ação clínica deve ter uma composição no seu processo de desenvolvimento, para possibilitar o encontro com ela e se obter a harmonia e o ritmo necessário para ocorrer uma linda melodia. E para que a canção seja cantada, ela precisa contemplar sentimentos.

E foi nessa contemplação, que verifiquei o quanto me lancei nas narrativas dos colaboradores da pesquisa. E nessas afetações, constatei que elas expressavam suas músicas nos mais diversos sons e ritmos, envolvendo-me com suas melodias de tristezas, solidão, desamparo, finitude, medo. E como toda música, expressa sentidos diferentes para quem a escuta, os sentidos eram postos e revelavam histórias de vida, aberturas de evidências de sofrimento que se apresentavam na busca de um cuidado. Considero que todos os acontecimentos e fenômenos vividos, que se apresentavam a pesquisadora, demandavam-lhe um posicionamento, ou um situar-se, em relação ao que a ela se mostrava. Isso só é possível porque é característica do humano, a condição relacional consigo mesmo e com o que o envolve (Morato, 1989).

Lembrando que, em todo o caminho metodológico dessa pesquisa se evidenciou nele mesmo, um caráter interventivo, próprio do modo de agir da prática psicológica clínica. Essa prática considera que, na medida em que se abre espaço para que se conte uma experiência, especialmente ao se tratar de um campo tão central na vida do sujeito, como o do seu trabalho cotidiano, aí mesmo ocorre a oportunidade para uma elaboração em torno desse fazer.

Ressaltando-se que, dentro da perspectiva fenomenológica existencial, pode-se compreender metodologia como a construção de um caminho possível para a realização de um estudo, não cabendo a definição ou aplicação de um método padronizado, ou pré-configurado. Nessa mesma direção, o objetivo de qualquer pesquisa, em uma tal perspectiva, é empreender uma compreensão *qualitativamente diferente (outra)* de algum fenômeno.

Método seria, assim, compreendido como um modo de pensar para encontrar *uma franja do real*, e não um modo de pensar por raciocínio, cálculo ou categorização de conteúdo para achar *o real em si*. Uma tal compreensão, seria uma forma possível de se atentar ao alerta de Heidegger (1958), de que “a situação que domina o ser da ciência, isto é, da teoria do real, é o Incontornável inacessível, que é constantemente desconsiderado” (p.19).

Por essa compreensão, um modo fenomenológico existencial, como pensar, percorre a trilha da hermenêutica gadameriana, que diz que o ser que pode ser compreendido é linguagem. Gadamer (2005), defende a linguagem enquanto condição para concebermos a própria existência humana e nossa compreensão do mundo. Sua ontologia, assim, volta-se para a relação entre linguagem e o ser, onde a linguagem revela o ser. Gadamer quer “procurar o que há de comum em todas as vias de compreensão, e mostrar que ela nunca é um procedimento subjetivo relativamente a um dado objeto, mas que pertence [...] ao ser daquilo que é compreendido” (Palmer, 1999, p. 67).

Deste modo, devemos buscar o *diálogo* significativo com o que quer ser compreendido, baseando-nos na mais completa definição possível do que significa compreender, o que ocorre sempre a partir deste ser que compreende, isto é, de nós mesmos, *seres históricos*.

Desta forma, nosso horizonte de compreensão está sempre condicionado pelos preconceitos concernentes à nossa *situação histórica*, isto é, o modo como em uma tradição mirando o futuro, mediante preconceitos, compreendemos e experienciamos o mundo no momento *presente* de nossa existência. Deste modo, não é possível que tenhamos juízos de forma puramente racional e objetiva. “O conceito de situação se caracteriza pelo fato de não nos encontrarmos *diante dela* [...]. Nós *estamos nela*, já nos encontramos sempre numa situação cuja elucidação é tarefa nossa. Essa elucidação jamais poderá ser cumprida por completo” (Gadamer, 2005, p. 399, grifo meu). No entanto, essa impossibilidade não é defeito da reflexão; antes, é constitutiva do próprio *ser histórico* que somos (Gadamer, 2005).

Então se sou ser histórica, também faço parte da tradição dos trabalhadores de saúde entrevistados nessa pesquisa. Uma tradição, demarcada por um contínuo de interrogações com relação à prática clínica, que se fundem com a minha maneira de ser no mundo da saúde: Como o trabalhador de saúde pode falar em humanização, se a vida que se vive fora no hospital não se constitui objeto de seu interesse? Como saber, quais são as mais adequadas, e eficazes, providências que devem ser tomadas para aquele usuário que está diante do trabalhador de saúde, se este último não conhece o modo de viver, as preocupações do usuário? Daí reflito, que a ação de saúde que não valoriza as maneiras de viver das pessoas, não pode ser concebido como humanizado e nem será resolutivo.

Pompéia (2011) revela que a ética diz respeito ao segundo nascimento do homem, do homem livre. Pois todos nós nascemos homens, mas nos tornamos humanos. A condição humana não é uma propriedade, não é uma qualidade. É uma obra permanentemente criada, sustentada e produzida. É uma história feita pela apropriação dos acontecimentos da vida de cada um. Ser humano não é uma condição dada e pronta. Nascemos homens e cotidianamente nos fazemos humanos, ou não. E porque é assim, os homens podem se tornar desumanos.

O cuidado na ação clínica proposto, é aquele que possibilite o encontro do homem com a sua humanidade. Onde o clínico coloca-se como ator social e passível de ser afetado pelo campo, na medida em que está sujeito a se surpreender com aquilo que supõe ser diferente, e se dispõe a encontrar esse diferente aparentemente a procura de si mesmo.

Os cuidados, presentes na ação clínica dentro de uma instituição, devem ser unilaterais e englobar o cuidado voltado para o outro, e para si mesmo, sem esquecer o contexto no qual está inserido. A atitude solícita deve ser vivida por cada personagem/protagonista dessa prática, na qual a solicitude aparece entre todos, por todos e por cada um.

E destaco, em especial, os cuidados prestados na hora do parto, onde a mulher está diante de uma perspectiva de ter o corpo tomado pela dor, num lugar estranho, com pessoas estranhas, e o que por vezes leva esse ser humano ao sentimento de extrema angustias e ansiedades. Tal efeito se agrava com o tratamento muitas vezes inadequado dentro do ambiente hospitalar onde, em meio às faltas (falta de materiais, medicamentos, e tantas outras faltas), existe a experiência com a condição de morte (morte do bebê, e ameaça da morte materna). Espera-se, que em tais condições, prevaleçam na equipe médica os sentimentos do “Cuidado” e da “Solicitude”, ou no “cuidado como solicitude”, como explicaria Heidegger (2006, pp. 263, 265 et seq.) e apresentado por Gomes (2006):

A solicitude é mostrada como um estado de ser do ser-aí. Há muitas possibilidades do *dasein* (ser-aí), e entre estas, o cuidar de si e dos outros, a relação com o mundo; a consideração e a paciência estão inseridas na solicitude. Trata-se, então, do cuidado, que o ser-aí terá como ser-com em relação (ser-no-mundo) aos outros e que receberá também no seu existir. (Heidegger, 2001, p.182).

Este cuidado, para Heidegger, traz o duplo sentido como possibilidades conflitantes, uma vez que o abrir-se ou fechar-se do ser-aí, está referido no seu-ser-com-os-outros, como modo de ser. Assim, é o cuidado tendo como motivador, a pre-ocupação, uma intencionalidade prévia, algo que se situa acima do instinto e do racional calculante, que se situa diante de si mesmo, por sua constituição como pre-sença.

Talvez seja esta condição pré-ontológica, isto é, este procedimento só possível ao ser-aí, que sustente e mantenha a continuação da humanidade. Este entendimento prévio é o que seria capaz de nos manter existentes. Se pensarmos a história da humanidade e seus conflitos sociais, suas catástrofes, epidemias, etc., e apenas considerássemos o “instinto de conservação” do conceito naturalista-positivista, provavelmente a raça humana já estivesse extinta. Há, portanto, uma luta individual do *dasein* pela sobrevivência e ao mesmo tempo, da ocupação de sua espacialidade entre os demais seres.

O cuidado na forma de solicitude (*fürsorge*) é o cuidado da sobrevivência da própria espécie humana, é o “cuidar” da humanidade, é estar em “estado de solitação”. O *Dasein* como ser-com as pessoas que vem ao encontro, nunca como um sujeito para si.

Pela solicitude, cuida, preserva, compreende o que é da espacialidade geral.

Em duas palavras, este conceito nos indica que antes do “cuidado”, num sentido ôntico, num sentido existenciário, há o cuidado, no sentido ontológico, no sentido da existencialidade.

A existência é um abrir-se que, a partir do futuro, levando junto o passado, momento a momento, desenrola-se rumo a um horizonte. Somos destinados a caminhar nessa direção e, para tanto, temos necessidade de descobrir um sentido que articule as coisas que compõem a nossa vida. Às vezes o sentido ainda não foi achado, ou foi perdido. Sem sentido, não há como nem por que se desenvolver. Tudo se torna mais difícil. O cuidado na ação clínica é, basicamente, a ocasião em que alguém, com o profissional de saúde, pró-cura um novo sentido, reaproximando-se da verdade de sua vida.

Diante dessas reflexões, sobre a forma de conceber e agir no cuidado, na ação clínica, no parto, ocorre uma tradição na maneira de se compreender a humanização na assistência. Ela é concebida, em suas raízes, como tratar com mais gentileza e “humanidade” as pacientes nos Centros Obstétricos, adotando os procedimentos necessários.

O que torna um parto humanizado, ao contrário do manejo alienante que encontramos nas nossas maternidades, é o protagonismo conquistado por esta mulher. A posição de cócoras, a presença do marido/acompanhante, a diminuição de algumas intervenções sabidamente desnecessárias, o local do nascimento, etc. não são suficientes para tornar um nascimento "humanizado". É necessário muito mais do que isso.

Não existe humanização do nascimento com mulheres sem voz. É preciso que esta mulher, consciente da sua posição como figura central no processo, faça valer seus direitos, sua autonomia e seu valor. O que torna um obstetra (ou profissional do parto), humanista ou não, é a capacidade de estimular a participação, o envolvimento efetivo e a condução deste processo a quem de direito: a mãe. Sem estes requisitos, de nada adiantam maternidades lindas, belas, arejadas, limpas, assépticas, com profissionais de saúde gentis e sorridentes.

Desta forma, muito mais importante que a humanização da forma, é necessário instituir a humanização dos conceitos. É fundamental construir uma visão nova, que resgate este protagonismo, perdido pela tecnocracia dogmática e fechado do

cientificismo. Sem este delineamento do que concebemos por humanização, ficaremos todos tratando por um mesmo termo, conceitos completamente diversos.

Termino esses momentos referindo que, cada vez mais, vamos nos desumanizando, perdendo as nossas capacidades de troca, de diálogo, nos afastando uns dos outros, em meio a uma atmosfera de competição e de falta de colaboração. Vamos transformando os nossos contextos em ambientes artificiais, onde não nos reconhecemos, e assim prosseguimos, sem podermos refletir sobre nossas vivências, enfim, empobrecidos de vida. Por isso, proponho o que Heidegger infere, que a relação da *presença* (cada um de nós) com *mundo* não seja meramente espacial, de um corpo dentro de algo dado, mas de "ser junto de", *morada*, abrindo-se a diferentes modos de *habitação*, conforme a analítica existencial desvela. Estamos diante de *ser*, como infinitivo de "eu sou", numa nova medida em que *Ser* é o dar-se da presença: juntura de *Ser* e homem, como *acontecimento-apropriação* (*Ereignis*), convite para habitarmos nessa verdade. Ouçamos a fala do filósofo:

O pensar trabalha na edificação da casa do ser; é como tal casa que a juntura do ser dispõe, sempre de acordo com o destino, a essência do homem para morar na verdade do ser. Este morar é a essência do "Ser-no-mundo" (*Ser e Tempo*, p. 92. *Parte I*). A indicação para o "ser-em" que lá aparece, não é um simples jogo etmológico. A indicação que aparece na conferência de 1936, sobre a palavra de Hölderlin, "Cheio de méritos, todavia poeticamente, habita o homem nesta terra", não é um enfeite de um pensar que foge da Ciência, salvando-se na Poesia. O discurso sobre a casa do ser não é uma transposição da imagem da "casa" para o ser; ao contrário, um dia seremos mais capazes de pensar o que é "casa" e "habitar" a partir da essência do ser adequadamente pensada."

Pensar nessa possibilidade, é *habitar* no desejo do ser humano refletir, e co-habitar na suas cenas vividas ou por viver, presentificadas nas suas ações humanas e desumanas, convite que a ação clínica faz através de suas diferentes modalidades de ação que, como *ser-no-mundo*, dispomos de *um caminho*, para podermos nos reapropriar de possibilidades de ser quando nos *temporalizamos*, *num por-vir*, *num ter sido*, *num sendo*.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C.F.O.MORATO, H. T. P.; CALDAS, M. T. Saúde e sofrimento do trabalhador: experiências e olhares acerca do (des) cuidado de cuidadores/professores de saúde mental no contexto do SUS numa perspectiva fenomenológica existencial. In: MORATO, HenrietteTognetti Penha, BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares e NUNES, André Prado (coordenação). Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ANGERAMI, V.A.C. Psicoterapia existencial: noções básicas. São Paulo: Traço. 1985.
- \_\_\_\_\_, Psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson. 2002a.
- \_\_\_\_\_, Psicoterapia fenomenológico-existencial. São Paulo: Pioneira Thomson. 2002b.
- BENJAMIN, W. O Narrador. In: Magia e Técnica, Arte e Política – ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1975. – (obras escolhidas).
- \_\_\_\_\_. Obras escolhidas. 2 ed. , v.3. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- BOCK, A.M.B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia (pp. 15-35). São Paulo: Cortez, 2001.
- BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica.Rev.latinoam.enfermagem, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.
- BOSI, E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: T. A. Queiroz, 1983.
- BRASIL. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/>>. Acessado em 02 de setembro de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. <<http://www.redehumanizaus.net/node/8962>>. Acessado em 02 de setembro de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PHPN). Programas e Relatórios nº 20. Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos. Brasília, 2002. Disponível em <[www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm)>. Acessado em 13 de agosto de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003.
- \_\_\_\_\_. Lei 8080/90. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>>. Acessado em 06 de outubro de 2012
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342)>. Acessado em 02 de setembro de 2012.
- CORALINA, C. Estórias da Casa Velha da ponte. São Paulo, SP: Global, 1988.
- CASANOVA, Marco Antonio. Compreender Heidegger. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010
- CRITELLI, D.M. Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996.
- DARTIGUES, A. O que é fenomenologia? São Paulo: Moraes, 1995.
- DINIZ, C.S.G. Entre a técnica e os direitos humanos; possibilidades e limites da humanização de assistência ao parto. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- \_\_\_\_\_. Entre a técnica e os direitos humanos; possibilidades e limites da humanização de assistência ao parto. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- FEIJOO, A.M.L.C.de. A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológico-existencial. São Paulo: Vetor, 2000.

- FIGUEIREDO, L.C. *As Matrizes do Pensamento Psicológico*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Revisitando as psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo / Petrópolis: EDUC / Vozes, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Quem é o Psicólogo Clínico?* In: *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: Vozes, 2ed. 1996.
- FORGHIERI, Y.C. (org.) *Fenomenologia e Psicologia*. São Paulo, Cortez/Autores Associados, 1984.
- GADAMER, H.G. *Verdade e Método I – Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*; tradução: MEURER, Flávio Paulo. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- \_\_\_\_\_. FRUCHON, Pierre (Org.). *O problema da consciência histórica*. Tradução de Paulo César Duque Estrada. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Verdade e método*. Tradução de Flávio Paulo Meurer (revisão da tradução de Enio Paulo Giachini). 7. Ed. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: EDUSF, 2005. (Coleção pensamento humano).
- GODOY, A.S. *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. In: *Revista de Administração de Empresas - RAE*, v.35, n.2, mar./abr., 1995, p.57-63.
- GOMES, S.R.M. *Minha primeira cliente mastectomizada e o meu iniciar como psicoterapeuta existencial*. Trabalho de Pós-graduação: “Especialização em Psicologia Fenomenológica”, UNESA, 2005.
- GONZÁLEZ-REY, F.L. *O enfoque histórico-cultural e seu sentido para a psicologia clínica: uma reflexão*. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia* (pp. 193-214). São Paulo: Cortez, 2001.
- GUALDA, D.M.R. *Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. 1993.
- HEIDEGGER, M. *Ciência e meditação*. In: HEIDEGGER, Martin. *Éssais et conférences*. Paris: Galimardi, 1958.
- \_\_\_\_\_. *Sobre o Humanismo*, in *Conferências e Escritos Filosóficos*; trad. Ernildo Stein. - São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Introdução à Metafísica*; trad. Emmanuel C. Leão. - Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

- \_\_\_\_\_. Ser e tempo. Parte II. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ser e tempo. Parte I. Márcia Sá Cavalcante Schuback. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- HELLINGER, B. “Ordens da ajuda” / Bert Hellinger, tradução de TsuyukoJinno-Spelter – Patos de Minas: Atman, 2005.
- HUSSERL, E. A filosofia como ciência do rigor. 2ª Ed. Coimbra, Atlântida, 1965.
- \_\_\_\_\_. A Idéia da Fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 1986.
- JAVORSKI, M. et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 12, n. 6, p.890-898, 2004. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000600007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600007&lng=pt)>. Acesso em 14/03/2011.
- MACHADO, M.M. O Diário de Campo como ferramenta fenomenológica para o pesquisador em artes cênicas. São Paulo, 2001. Disponível em: [http://www.eca.usp.br/salapreta/PDF02/SP02\\_035\\_machado.pdf](http://www.eca.usp.br/salapreta/PDF02/SP02_035_machado.pdf). Acesso em: 04/08/2011.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. Estudos sobre a existencialismo, fenomenologia e educação. São Paulo, Moraes, 1983.
- \_\_\_\_\_.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo, Moraes, 1995.
- MATUS, C. Estratégias Políticas: Chipanzé, Maquiavel e Ghandi. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.
- MORATO, H.T.P. Eu-supervisão: em cena uma ação buscando significado sentido. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
- NAKANO et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta paul. enferm.* vol. 20, no.2, São Paulo, 2007.
- NASCIMENTO, M.G.P.; SANTOS, O.M.B.; SOUZA, M.L. Vivenciando o processo do nascimento. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 157-167, 1997.
- NOGARE, P.D. Humanismos e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica. Petrópolis: Vozes, 1977.
- OLIVEIRA, M.A.de. Reviravolta linguístico-pragmática na filosofia contemporânea. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001. 427p.

- OSAVA, R.H. Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde, São Paulo: Nursing, revista técnica de enfermagem, n.6, p.10-11, fevereiro 2003.
- PALMER, R.E. Hermenêutica. Lisboa: Edições 70, 1999.
- PETRELLI, R. Fenomenologia método e prática. Goiânia: Ed. da UCG, 2001.
- PLAZA, M. A psicologia clínica: os desafios de uma disciplina. In: Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- POMPÉIA, J. A. Arte e Existência. III Bienal Nacional de Santos - Artes Plásticas, 1991.
- \_\_\_\_\_. Uma caracterização da psicoterapia. Revista da Associação Brasileira de *Daseinsanalyse*, nº9, São Paulo, 2000.
- \_\_\_\_\_. “Na presença do sentido: Uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas.” - João Augusto Pompéia e BilêTatitSapienza. - São Paulo: Educ, Paulus, 2004.
- \_\_\_\_\_. Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação. Rio de Janeiro: Via Verita, 2011.
- RICOEUR, P. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro, F. Alves, 1977.
- SARTRE, J.P. O existencialismo é um humanismo. Trad. Vergílio Ferreira. São Paulo: Abril Cultural, 1978 [1946]. (Os Pensadores)
- SCHMIDT, M.L.S. A experiência de psicólogas na comunicação de massa. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1990.
- \_\_\_\_\_. Aconselhamento Psicológico e instituição: algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In: MORATO, HenrietteTognetti Penha (Org.) Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- STEIN, E.1934- Seminário sobre a verdade: lições preliminares sobre o artigo 44 de *SeinundZeit* / Ernildo Stein. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
- THIOLLENTE, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1986.
- TRAD L. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In:Deslandes, S. F. (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FioCruz; 2006.

- UMENAI *et. al.* Conference Agreement on the definition of humanization and humanized care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(2001): S3-S4. 2001.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, [s.d]. 2008.
- VASQUEZ, J.T. Angústia e Desamparo numa Perspectiva Heideggeriana Texto apresentado no V Fórum Brasileiro de Psicanálise: Psicanálise e Desamparo, Recife, 17 a 20 de junho de 1999.
- VIEIRA, M.; FREITAS, N. Psicoterapia e a condição do ser-no-mundo. Universidade Federal do Amazonas [UFAM]. 2010. Disponível em: <<http://www.psycoexistencial.com.br/artigo14.htm>>. Acesso em 14/03/2011.