

TELMA ELISA CARRARO

**MORTES MATERNAS
POR INFECÇÕES PUERPERAIS**

**OS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
PROCESSO DE PREVENÇÃO À LUZ DE NIGHTINGALE E SEMMELWEIS**

FLORIANÓPOLIS

1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MORTES MATERNAS POR INFECÇÕES PUERPERAIS
OS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PROCESSO DE PREVENÇÃO
À LUZ DE NIGHTINGALE E SEMMELWEIS**

TELMA ELISA CARRARO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem, na área de Filosofia da Enfermagem.
Orientadora Dr.^a MARIA DE LOURDES DE SOUZA

FLORIANÓPOLIS

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

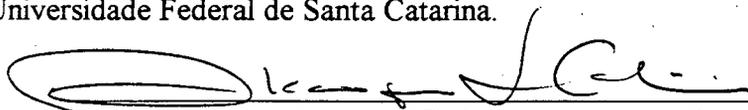
MORTES MATERNAS POR INFECÇÕES PUERPERAIS
OS COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
NO PROCESSO DE PREVENÇÃO,
À LUZ DE NIGHTINGALE E SEMMELWEIS

TELMA ELISA CARRARO

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Doutor em Enfermagem
Área de concentração – Filosofia da Enfermagem

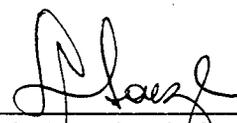
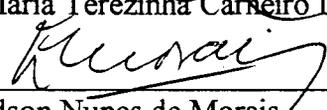
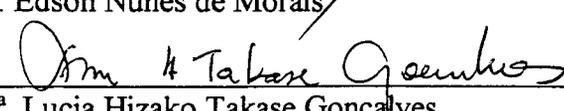
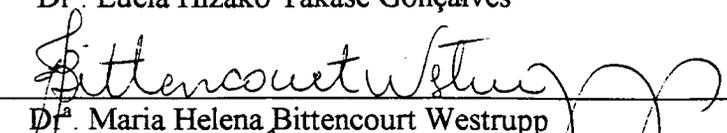
E aprovada em sua forma final em 29 de abril de 1998, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dr.~~a~~ Alacoque Lorenzini Erdmann

Coordenadora do Curso

Banca Examinadora

 Dr. ^a Maria de Lourdes de Souza	Presidente/Orientadora
 Dr. ^a Néia Schor	Membro
 Dr. ^a Maria Terezinha Carneiro Leão	Membro
 Dr. Edson Nunes de Moraes	Membro
 Dr. ^a Lucia Hizako Takase Gonçalves	Membro
 Dr. ^a Maria Helena Bittencourt Westrupp	Suplente
 Dr. ^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha	Suplente

*A DEUS,
PARA SUA HONRA
E SUA GLÓRIA.*

PREÂMBULO

Quero aqui registrar alguns aspectos fundamentalmente importantes para mim, que me influenciaram no desenvolvimento desta tese.

Sei que aqueles que me acompanham, não apenas nesta jornada mas também pela minha vida afora, contribuem para meu sucesso. Sinto a impulsão para prosseguir e sei que todos estão vibrando comigo inclusive por esta tese. Neste espaço registro agradecimentos, influências e respaldos que recebi neste meu percurso pela Enfermagem ciência e arte na caminhada permitida por Deus e escolhida por mim.

Seria difícil nominar todos aqueles que me influenciaram e contribuíram para que eu aqui chegasse. Aqueles que muitas vezes ficaram na invisibilidade, que me olharam, sorriram, incentivaram, cooperaram, duvidaram, sentiram minha ausência... a todos vocês o meu muito obrigada.

Quem me introduziu na arte do cuidar foi minha nona Angélica, especialmente no que se refere às mulheres/mães, pois ela era parteira. Lembro-me de quando eu era ainda menina e ela levava-me consigo às casas das puérperas, aonde ia para prestar-lhes cuidados e dar banho nos seus recém-nascidos. Eu ficava fascinada observando-a no cuidado com as mulheres e os bebês. Recordo-me que nona Angélica conversava o tempo todo com elas, orientando-as sobre os cuidados consigo mesmas e com seus filhos. Sinto muito pela sua ausência, pois teria muito a aprender com ela sobre o tema desta tese. Como todos temos um dia para nascer e um para morrer, minha nona já partiu, mas deixou sua grande influência em minha vida pessoal e profissional. Sei que ela estaria muito orgulhosa e faceira comigo neste momento. Muito obrigada, minha querida nona Angélica, pelo seu exemplo, sua influência e seu amor.

No entanto, apesar de este despertar para o cuidado ter acontecido já na minha infância, o mesmo teve que ser desenvolvido, chegando à realização desta tese e abrindo novos horizontes para a continuidade da minha caminhada pela vida afora.

Num contexto mais amplo, minha família sanguínea e afetiva ocupa um espaço especial, o espaço do coração. Aquele do sentir, chorar, rir, se entristecer, se emocionar, enfim, de amar a todos vocês.

Estou ciente de que muitas e muitas vezes deixei a desejar no convívio familiar, quando solicitavam minha presença e eu não me fiz presente, ou quando presente não conseguia me desligar de meu trabalho. Acredito que vocês

compreenderam meus motivos e já me perdoaram, pois são meus grandes incentivadores, aqueles que nunca me deixaram e sempre acreditaram que eu "chegaria lá". Com vocês eu compartilho esta vitória.

Outras pessoas acreditaram em meu potencial. Em especial Maria de Lourdes de Souza, que soube respeitar meus limites e minhas pausas e, com paciência e sabedoria, investiu em meu crescimento durante este curso, tendo como alvo esta tese e a minha auto superação.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da UFPR, especialmente as companheiras da Área Materno-Infantil. Foi precioso o apoio recebido, particularmente daquelas que assumiram atividades advindas de minha ausência, acreditando que valeria a pena.

Aos dirigentes da Universidade Federal do Paraná, através do PICDT/CAPES, que investiram em minha capacitação e viabilizaram a realização deste curso, contando com o tempo de retorno que ainda tenho para atuar junto a esta instituição.

Aos integrantes dos Comitês de Mortalidade Materna do Paraná e Pró Vida de Curitiba, e das maternidades incluídas nesta pesquisa, meu reconhecimento, pois sem o respaldo recebido a realização deste trabalho não teria sido possível. Acredito que juntos ainda teremos uma longa caminhada em prol da prevenção das mortes maternas.

Aos componentes da Banca Examinadora desta tese, agradeço a presteza com que receberam o convite e a disposição em aceitá-lo.

Conviver com os colegas de curso, professores e integrantes do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC, foi marcante, seja nas horas de teorizar, seja nos bate-papos gostosos e revigorantes.

Aos que constituíram, de modos diferentes, obstáculos, meus agradecimentos, porque aprendi a compreender e conviver com antagonismos e a vivenciar a cidadania, que possibilita distintas manifestações do ser humano.

A todos aqueles que me acompanharam durante o período deste curso, que participaram comigo de momentos de crescimento e alegria, ou, ainda, naqueles momentos de dor e pranto, quando a solidariedade uniu, comoveu, fortaleceu e possibilitou renascer...

Muito obrigada.

RESUMO

Este estudo apresenta a mulher nos contextos público e privado, destacando seu papel de articuladora da família e, muitas vezes, de sua mantenedora, o que ressalta a sua importância na família e, conseqüentemente, na sociedade. Por isso, a questão morte/vida, quando ocorre na mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, encerra não somente os temas relativos à inevitabilidade da morte do ponto de vista biológico, mas remete também para a necessidade de salvaguardar a vida da mulher na perspectiva de estar evitando que famílias se desestruturarem na falta de sua articuladora. O estudo aponta ainda outros agravos, como a alta orfandade decorrente das mortes maternas. O assunto é tratado não apenas na perspectiva quantitativa - pois o número de mortes maternas não foi o foco maior de sua análise -, mas considera a morte de mulheres enquanto fato comprovado que vem apresentando causas preveníveis, como o são as infecções puerperais. Ao centrar-se na prevenção das mortes maternas associadas às infecções puerperais, traça as relações entre estas e as infecções hospitalares, contextualizando a Enfermagem em sua prevenção e controle. Tem como fundamentação um referencial teórico baseado nos conhecimentos e experiências deixados por **Florence Nightingale** e **Ignaz Philipp Semmelweis**, de onde emergiram os postulados **poder vital/vida** e **prevenção/contágio**, os quais nortearam esta pesquisa. Metodologicamente, foi desenvolvida em duas etapas distintas. A primeira foi um estudo descritivo sobre as mulheres com mortes maternas, particularmente as associadas às infecções puerperais, ocorridas em Curitiba - PR, no período de 1989-1996. A segunda relata as observações da Assistência de Enfermagem prestada às mulheres em maternidades de Curitiba, visando reconhecer os componentes da assistência que favorecem/evitam as mortes maternas associadas às infecções puerperais. Os dados da observação e sua análise foram sistematizados a partir dos postulados **poder vital/vida** e **prevenção/contágio**, e operacionalizados segundo Minayo (1992). A sustentação teórica para a análise se consubstanciou nos postulados preconizados por Nightingale e Semmelweis e abrange uma reflexão à luz de estudiosos da atualidade que desvelam a infecção hospitalar e, particularmente, as infecções puerperais. Os resultados e a reflexão são subsídios para apreender os componentes da Assistência de Enfermagem no processo de prevenção das mortes maternas por infecções puerperais e passíveis de constituir suporte para redirecionar a assistência prestada às mulheres.

ABSTRACT

The woman is presented in the context both public and private, with emphasis on her role as a family articulator and, often, its provider. Such aspects accentuate the importance of the woman within the family and, as a consequence, in society. For these reasons, the death/life issue, affecting women during the pregnancy/puerperium cycle, contains not only those themes linked to its prevention from a biologic point of view, but focuses also the need to preserve a woman's life to the ultimate goal of preventing the disarrangement of families when their articulator is missing. Other damages are still considered, such as the high number of orphans due to maternal deaths. The subject is dealt with not only from a quantitative perspective- as the number of maternal deaths has not been the major focus of its analysis - but rather looking at the death of women as a confirmed fact having possibly avoidable causes, such as puerperal infections. Having as its hub the prevention of maternal deaths associated to puerperal infections, the study draws the existing relationships between these infections and those occurring in hospitals, bringing to context nursing in its efforts to prevent and control such infections. As the foundation for the present study, a theoretical framework was developed from the knowledge and experience bequeathed by Florence Nightingale and Ignaz Philipp Semmelweis, originating the assumptions of VITAL POWER/LIFE and PREVENTION/CONTAGION, conducting the present research. Methodologically, two separate steps were developed. The first was a *descriptive* study on pregnant women who suffered death, mostly puerperal deaths, such as occurred in Curitiba-PR, from 1989 to 1996. The second covered the observation of Nursing Assistance offered to women in Curitiba's maternity wards, to identify those assistance components which either favor or prevent maternal deaths caused by puerperal infections. Observed data and their analysis were systematized from the VITAL POWER/LIFE and PREVENTION/CONTAGION assumptions, and then made operational as per Minayo (1992). Theoretical support for the analysis research is developed from assumptions exhorted by Nightingale and Semmelweis, encompassing a reflectioning based on present day scholars who disclose hospital infections and, in particular, puerperal ones. Results and reflectioning are advancements to the learning of Nursing Assistance components in the process of preventing those maternal deaths caused by puerperal infections, and they might possibly become the props in redirectioning the assistance offered to women.

SUMÁRIO

1 MULHER: A ARTICULADORA DA FAMÍLIA	1
1.1 A MULHER NA PERSPECTIVA HISTÓRICO-FILOSÓFICA.....	2
1.2 A MULHER E A PRÁTICA SOCIAL DOMÉSTICA.....	10
1.3 A MULHER NO PÚBLICO E NO PRIVADO.....	14
1.4 CONQUISTAS E PERSPECTIVAS.....	16
2 MORTE MATERNA	18
2.1 QUESTÕES CONCEITUAIS.....	18
2.2 INCIDÊNCIA DAS MORTES MATERNAS.....	25
2.3 INFECÇÕES PUERPERAIS E INFECÇÕES HOSPITALARES.....	28
2.4 ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES PUERPERAIS.....	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO	42
3.1 FLORENCE NIGHTINGALE: A ENFERMEIRA – 1820 – 1910.....	43
3.1.1 Contribuições Trazidas por Florence Nightingale ao Conhecimento da Enfermagem.....	45
3.1.2 Postulados de Florence Nightingale para a Evitabilidade das Infecções.....	48
3.2 IGNAZ PHILIPP SEMMELWEIS: O MÉDICO – 1818 – 1865.....	50
3.2.1 Postulados de Ignaz Philipp Semmelweis para a Evitabilidade das Infecções Puerperais.....	56
4 PERCURSO METODOLÓGICO	59
4.1 PRIMEIRA ETAPA.....	59
4.2 SEGUNDA ETAPA.....	61

5 O CENÁRIO DA PESQUISA: UM RECORTE DE CURITIBA.....	66
5.1 O SISTEMA DE SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS MORTES MATERNAS EM CURITIBA.....	68
5.2 AS MATERNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA.....	70
6 DAS MORTES MATERNAS ASSOCIADAS ÀS INFECÇÕES PUERPERAIS EM CURITIBA - PR.....	74
6.1 ALGUNS CARACTERES DAS MULHERES COM MORTES ASSOCIADAS ÀS INFECÇÕES PUERPERAIS.....	75
7 OS DADOS E O RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO.....	83
7.1 PODER VITAL/VIDA: O PRIMEIRO POSTULADO.....	83
7.2 PREVENÇÃO/CONTÁGIO: O SEGUNDO POSTULADO.....	100
7.3 NO RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO AS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO.....	131
8 NA LÓGICA SECULAR DE NIGHTINGALE E SEMMELWEIS O DESAFIO AO CONHECIMENTO ATUAL.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145
ANEXOS.....	157
EPÍLOGO.....	165

1 MULHER: A ARTICULADORA DA FAMÍLIA

A mulher vem gradativamente ocupando mais espaço social, o que é muito discutido e controverso, pois divide as opiniões. Dominada na Idade Média, quando nem ao menos podia expressar seus pensamentos e era considerada um ser inferior, atualmente conquista patamares de independência, suficiência e competência, mostrando que é um ser humano capaz de pensar e agir.

Essas conquistas acompanham a evolução histórica da humanidade. Cada dia o desenvolvimento da ciência se destaca, pois o ser humano não se contentou em desbravar a terra e chegar à lua. Sente-se dono do Universo, pensa que tudo pode, que tudo sabe... Contudo, concomitantemente a estas conquistas, ainda existem culturas em que esta evolução social não alcançou a população feminina, nas quais as mulheres continuam dominadas, sem poder expressar seus pensamentos e continuam sendo consideradas seres inferiores.

Na área da saúde, os avanços tecnocientíficos mostram-se relevantes neste último século, quando foram descobertos tratamentos para várias doenças complexas e até pouco tempo ditas incuráveis, prolongando assim muitas vidas. Por outro lado, ainda morrem seres humanos por causas básicas, de cura e/ou prevenção simples. Dentre essas mortes destacam-se aquelas vinculadas ao ciclo gravídico-puerperal. No mundo todo ainda morrem mulheres no processo de trazer novas vidas ao mundo, mesmo sendo este um evento que acontece desde as origens da humanidade. Estas mortes são vinculadas a vários fatores intrínsecos e extrínsecos à mulher, constituindo uma questão que necessita de especial atenção, até pelas possibilidades de sua prevenção.

No entanto, esta problemática ainda não tem recebido a atenção requerida. Há serviços de atendimento a gestantes e puérperas que, além de apresentar deficiência de recursos humanos capacitados e de equipamentos, apresentam atendimento considerado até mesmo agressivo. A violência, o autoritarismo e a frieza algumas vezes ainda são vistos a olho nu no dia-a-dia de alguns serviços. É preciso substituí-los pela sensibilidade, carinho e intervenção competente e solidária por parte das equipes de saúde para com a população (Maluf, 1996).

Segundo Maluf (1996, p.7) “A Organização Mundial da Saúde considera que 90%

das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem melhor atenção à saúde (principalmente a assistência obstétrica)". Essa mesma organização "...estima que aproximadamente 500.000 mulheres, no mundo, morrem anualmente por complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal, e que destas 99% ocorrem nos países em desenvolvimento" (Ministério da Saúde, 1994, p.11). Na América Latina anualmente morrem cerca de 28.000 mulheres por causas maternas (OPS, 1993).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 1993 morreram 1.641 mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério, perfazendo um coeficiente de 67,85 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos – N.V. (Ministério da Saúde, 1997). Contudo, conforme nos alertam Braga & Soares (1990, p.434): "Deve-se acrescentar a estas taxas a subnotificação, que no Brasil multiplica por 2 os resultados obtidos através das estatísticas oficiais de mortalidade. Em nosso meio, a subnotificação de causas decorre principalmente da má qualidade do preenchimento da declaração de óbito e das mortes sem assistência médica, que são registradas como do grupo dos 'Sintomas, sinais e afecções mal definidas'...".

Os indicadores de mortalidade materna representam apenas uma parcela das intercorrências resultantes das complicações da gravidez, parto e puerpério. Cada óbito desencadeia sérias conseqüências sociais, pois sendo a mulher o elemento chave da família, a sua ausência geralmente provoca a desestruturação familiar (Maluf, 1996).

A morte de mulheres/mães traz várias conseqüências sociofamiliares; entre elas destacam-se cada vez mais famílias desagregadas e crianças órfãs, contribuindo para o agravamento de um sério problema social. Ao mesmo tempo em que as crianças ficam órfãs, a família perde sua articuladora e, na grande maioria das vezes, fica sem sua mantenedora, pois este é um dos papéis desempenhados pela mulher em nossa sociedade, principalmente nas classes menos favorecidas da população.

1.1 A MULHER NA PERSPECTIVA HISTÓRICO-FILOSÓFICA

Segundo registros histórico-filosóficos, no início da civilização a mulher era colocada como complemento do homem, destinada a servi-lo, cuidá-lo, satisfazê-lo sexualmente, gerar e cuidar de seus descendentes e manter sua moradia em ordem, não tendo

reconhecidos como existentes direitos e nem vontades.

Aristóteles (384-322 a.C.) sustentou, em sua filosofia política a autoridade do homem como legítima, por repousar sobre a desigualdade natural que existe entre os seres humanos. Do escravo, desprovido de alma, ao senhor da *domus*, cada um tinha uma posição específica que definia suas relações com o outro. Afirmava que a cidadã era inferior ao homem, que a ele caberia guiar os filhos e as mulheres, devido à imperfeição destes. Desvalorizava-a do ponto de vista metafísico, vendo a mulher como o princípio negativo, a matéria, enquanto o homem personificava a forma, princípio divino sinônimo de pensamento e de inteligência. Sua opinião não era digna de consideração, sua única virtude moral era a de *vencer a dificuldade de obedecer*, sua honra residia num *modesto silêncio* (Padovani & Castagnola, 1984; Badinter, 1985; Gaarder, 1995).

Fundamentalmente, Aristóteles achava que faltava alguma coisa à mulher. Para ele, a mulher era 'um homem incompleto'. Na reprodução, a mulher é passiva e receptora, enquanto o homem é ativo e produtivo. Por esta razão é que – segundo Aristóteles – o filho do casal herdava apenas as características do pai. [...] Para ele, a mulher era apenas o solo que acolhia e fazia germinar a semente que vinha do 'semeador', ou seja, do homem (Gaarder, 1995, p.133).

Mas nem todos os filósofos da antiguidade pensavam assim; se voltarmos no tempo até Sócrates (470¹-399 a.C.) veremos que ele considerava todas as pessoas capazes de entender as verdades filosóficas, bastando para isto usarem sua razão. Ele tinha a convicção de que um escravo ou um nobre poderiam resolver questões filosóficas com o mesmo raciocínio (vale lembrar que, na época, as mulheres eram tão discriminadas quanto os escravos). Assim sendo, Sócrates considerava homens e mulheres iguais do ponto de vista da razão. Por conseguinte, Platão (427-348 a.C.²), seu discípulo, acreditava que as mulheres tinham a mesma capacidade de raciocínio que os homens, bastando para isto que recebessem a mesma formação e fossem liberadas do serviço de casa e da guarda das crianças. Ele também acreditava que um Estado que não forma nem educa suas mulheres é como um homem que treina apenas seu braço direito (Gaarder, 1995).

A visão de Platão e Sócrates não teve muita influência na Idade Média, pois as idéias de Aristóteles sobre a mulher predominaram neste período, influenciando o pensamento da

¹ Existe divergência com relação ao ano de nascimento de Sócrates; alguns autores registram o ano de 469 a.C.

² Existe divergência com relação ao ano de nascimento e morte de Platão; alguns autores registram 428-347 a.C.

humanidade. Cidadã de Roma ou de Atenas, a mulher teve, durante sua vida, uma condição jurídica de menor, pouco diferente da condição de seus filhos (Badinter, 1985). Quanto a estes, na sociedade romana, o pai desempenhava o papel de educador. Padovani & Castagnola (1984, p.109) salientam que “Nesta obra educativa colaborava também a mãe, especialmente nos primeiros anos e no concernente aos primeiros cuidados dos filhos, sendo, em Roma, mais considerada a mulher do que na Grécia, dadas as suas predominantes qualidades práticas.”

Esta situação permaneceu por muito tempo, e foi através da palavra de Cristo que as coisas, pelo menos teoricamente, começaram a se modificar. Guiado pelo princípio revolucionário que é o amor, Jesus Cristo proclamou que a mulher não é escrava do marido e, sim, sua companheira. Reforçava o companheirismo, e portanto a igualdade entre os esposos. Sua mensagem era clara: marido e mulher eram iguais e partilhavam dos mesmos direitos e deveres (Badinter, 1985).

Podemos encontrar na Bíblia muitos trechos em que, não somente Jesus Cristo, mas também alguns profetas e apóstolos, ouviam, falavam e consideravam a mulher como ser humano igual ao homem. No Evangelho existem algumas passagens que sugerem atitudes de Jesus Cristo para com as mulheres como, por exemplo, Lucas 8:1-2: “Aconteceu depois disso que andava Jesus de cidade em cidade e de aldeia em aldeia, pregando e anunciando o evangelho do reino de Deus, e os doze iam com ele, e também algumas mulheres...” Vemos ainda em João 4:7-9 que, estando Jesus sentado junto a uma fonte, “...veio uma mulher samaritana tirar água. Disse-lhe Jesus: Dá-me de beber... Então disse-lhe a mulher samaritana: como, tu sendo um judeu, pede de beber a mim, que sou mulher samaritana?” Estas passagens podem nos auxiliar a compreender como Jesus Cristo concebe as mulheres, independentemente dos costumes e pensamentos da época, quando o homem sequer se dirigia à mulher.

O evangelho possui um sopro de caridade que se estende às mulheres, e a igreja em sua primeira época honrava-as relativamente; porém, essas só estavam autorizadas a cumprir tarefas laicas para a época: cuidado aos enfermos e socorro aos indigentes (Beauvoir, 1954). Podemos observar ainda nos dias de hoje que a igreja continua mantendo sua liderança nas mãos dos homens, delegando às mulheres as mesmas, e também outras tarefas “laicas”. Contrapondo-se a esta postura da igreja encontramos, no livro de Provérbios, na Bíblia, passagens que valorizam a mulher, salientando seu trabalho, não apenas dentro do lar, mas também fora deste. Por exemplo, capítulo 31, versículo 16 relata que ela, a mulher, “Examina

uma propriedade e a adquire, planta uma vinha com as rendas do seu trabalho”; o Evangelho de Lucas 2:36 destaca a atuação de uma mulher chamada Ana, como profetiza. Estas atividades diferem dos exemplos citados por Beauvoir, pois refletem evidente importância e exigem competência da parte de quem as executa. No entanto alguns apóstolos e teólogos deturparam a mensagem bíblica com sua interpretação.

Badinter (1985, p.34) registra que “A partir do século IV, abundam as diatribes contra as mulheres, imputando-lhes uma malignidade natural. Elas se baseiam, mais ou menos conscientemente, nos textos de Santo Agostinho, que evocava as más condições da mulher: ‘Um animal que não é firme, nem estável, odioso, que alimenta a maldade [...] ela é fonte de todas as discussões, querelas e injustiças’ ”.

Com o passar do tempo o pensamento e as atitudes para com as mulheres pouco evoluiu, ou quando evoluiu contemplou apenas uma parcela da sociedade. Exemplo disso é que na França, até o final do século XIII, a igualdade proclamada pela igreja traduziu-se num certo número de direitos concedidos às mulheres, porém essas melhorias se restringiam às classes superiores, algumas nunca atingiram as camadas menos favorecidas da população, haja vista os direitos citados, tais como: o de administrar sua fortuna e alienar seus bens, sempre com o consentimento de seu cônjuge; de mover ações judiciais; de possuir um feudo e de residir em corte feudal; e ainda o direito de substituir o marido em caso de doença ou ausência. A partir do século XIV os direitos econômicos, até então conquistados pela mulher, restringiram-se tanto que dois séculos mais tarde já não existiam (Badinter, 1985).

Avançando no tempo encontramos Locke (1632-1704 d.C.), filósofo inglês que defendia a liberdade de opinião, a tolerância e também a igualdade de direito entre os sexos. Para ele, a posição de inferioridade em que a mulher se encontrava havia sido criada pelos homens, e isto poderia ser revertido. Ainda no século XVIII, em 1787, é publicado um artigo sobre os direitos da mulher, de autoria do filósofo iluminista Condorcet, no qual o autor defende que as mulheres possuem os mesmos direitos naturais dos homens (Gaarder, 1995).

Logo a seguir acontece a Revolução Francesa (1789), quando muitas mulheres do proletariado participam ativamente da luta contra a aristocracia. Em Paris, formam-se diferentes grupos que reivindicam não somente igualdade de direitos políticos, mas também *mudanças na legislação conjugal* e melhores condições de vida. Estas reivindicações foram colocadas no bojo da revolução; todavia, assim que a ordem se restabeleceu, esta questão foi

esquecida e a predominância dos homens voltou a reinar. Uma das mulheres que mais lutou na Revolução Francesa foi Olympe de Gouges. Ela publicou, em 1791, a Declaração dos Direitos da Mulher, reivindicando os mesmos direitos dos homens. A repressão feminina era tal que, em resposta a esta atitude, ela foi decapitada e as mulheres proibidas de toda e qualquer atividade política (Gaarder, 1995).

Tanto os debates teóricos quanto essas resistências não puderam impedir a marcha da história. O advento da máquina provocou a “emancipação” da classe trabalhadora e, conseqüentemente, da mulher, pois os trabalhadores homens são em número insuficiente e faz-se necessária a mão-de-obra feminina nas fábricas. A mulher, ao sair de casa e tomar parte no sistema de produção fabril, por um lado passa a ser “mão-de-obra de reserva”, suprimindo a falta do trabalhador homem, muitos deles afastados das indústrias por estarem na guerra; por outro, reconquista a importância econômica que havia perdido desde a pré-história. Esta é a grande revolução que transforma, no século XIX, a vida das mulheres e inicia para elas uma nova era. Nesta época, Marx e Engels acenam para as mulheres uma libertação incluída na do proletariado. Engels mostra que o destino da mulher se encontra estreitamente ligado à história da propriedade privada (Beauvoir, 1954).

Segundo Engels (1995)³ a divisão do trabalho fora da família transforma as relações domésticas. Para ele a emancipação da mulher, bem como sua equiparação ao homem, só se tornará possível quando ela deixar de ser excluída do trabalho produtivo social e confinada ao trabalho doméstico, que é um trabalho privado, ou seja, quando ela puder participar em grande escala da produção e quando o trabalho privado lhe tomar um tempo insignificante.

No início do século XX, as mulheres já se encontravam num nível de organização mais avançado, participando de manifestações públicas e reivindicando melhores condições de trabalho pois, de um modo geral, a mão-de-obra feminina passa a ser utilizada e explorada pelo mundo afora. As reivindicações são ampliadas e no Brasil inicia-se uma luta pelo direito ao voto, criando-se, em 1919, a *Liga para Emancipação Intelectual da Mulher* (Barroso, 1982). Ainda nesse século surge a primeira mulher brasileira que se destaca como líder política, Josefa Carneiro de Mendonça, a qual atuou em prol da revolução de Minas Gerais. Destaca-se ainda Nísia Floresta Augusta Brasileira como a primeira mulher a defender publicamente a emancipação feminina no Brasil (Wright & Carneiro, 1985).

³ A primeira edição da publicação de Engels deu-se no ano de 1884.

Em 1949, Simone de Beauvoir, filósofa contemporânea, ao aplicar o existencialismo à análise dos papéis sexuais, mostrou que não existe uma “natureza feminina” ou uma “natureza masculina” eternas, ao contrário do que era o senso comum. Ela acreditava que as mulheres e os homens tinham, obrigatoriamente, que se libertar desses preconceitos e ideais fortemente arraigados. Para ela a mulher precisava se reencontrar consigo mesma e não podia simplesmente aliar sua identidade à de seu marido. Isto porque acreditava não ser somente o homem a reprimir a mulher, mas ela própria se reprime quando não assume a responsabilidade por sua vida (Beauvoir, 1954; Gaarder, 1995). Esse posicionamento de Beauvoir ignora a existência de uma supraestrutura, de mitos, de arquétipos e do inconsciente coletivo, que levam a mulher a isso; além de que ela mesma reproduz essa situação enquanto mãe e educadora.

Olhando por um outro prisma, podemos ver historicamente que as mulheres continuam a se organizar. No Brasil temos registros de que as ligas femininas foram criadas a partir de 1944, lutando pela instalação de creches e bibliotecas infantis, contra a demolição de favelas, pela independência econômica nacional e contra a carestia. Conquistaram em 1962 o reconhecimento da mulher como ser capaz, do ponto de vista civil, isto registrado no Código Civil Brasileiro (Wright & Carneiro, 1985).

A ocorrência deste fato no Brasil acompanhou uma conquista mais abrangente em termos mundiais, tanto que a Assembléia Geral da ONU, em 1972 decidiu proclamar 1975 o **Ano Internacional da Mulher**. Foi um momento para se intensificar as ações visando promover a igualdade entre homens e mulheres. A ONU procurou assegurar a participação da mulher no desenvolvimento e aumentar sua contribuição a favor da paz mundial. Esse movimento levou ao despontar de vários grupos feministas, cujas bandeiras de luta eram semelhantes às das ligas femininas da década de 40: contra a carestia, a favor da anistia e pela conquista da democracia (Wright & Carneiro, 1985; Valéry, 1996).

Na Conferência Internacional da Mulher, na Cidade do México, em 1975, foi aprovado o primeiro Plano de Ação, cujas recomendações foram dirigidas aos governos dos países integrantes da ONU, assim como às organizações internacionais destes países. Também neste evento foi elaborado um documento, posteriormente endossado pela Assembléia Geral da ONU, proclamando o período compreendido entre 1976 e 1985 como a **Década da Mulher**. As ações propostas giraram em torno de três grandes linhas, quais sejam: igualdade,

desenvolvimento e paz (Valéry, 1996).

Passados dez anos encerra-se esta década com uma avaliação dos resultados alcançados. Na Conferência Mundial de Nairóbi, concluiu-se que muita coisa foi feita nesse período; os movimentos se multiplicaram e diversificaram, no Brasil surgiu o Conselho dos Direitos da Mulher. O leque de estudos sobre o tema se abriu, indo de assuntos menos controvertidos, tais como educação e trabalho, para outros mais polêmicos, como sexualidade e violência. Multiplicaram-se os veículos de informação: era chegada a hora da mulher se fazer ouvir e entender (Bruschini & Sarti, 1985). Sua situação de discriminação ganhara visibilidade no mundo, isto graças ao esforço conjunto de organizações governamentais e não-governamentais. Nesta oportunidade foram definidas novas metas a serem atingidas até o ano 2000: eliminação do analfabetismo, aumento da esperança de vida, ampliação das oportunidades de trabalho e aplicação de leis para garantir a igualdade de direitos e eliminar discriminações. A análise das conferências internacionais reflete a evolução dos espaços ocupados pelas mulheres e registra que estes espaços foram conquistados a duras penas, porém de maneira crescente e significativa (Valéry, 1996).

Há valor nos movimentos de mulheres que alicerçados no conhecimento da realidade vivida, assim como nas suas necessidades, foram solidificando-se, ganhando espaço e respeito, articulando reivindicações para melhorar as condições de vida e trabalho e ampliar a participação da mulher no processo político.

Nos últimos anos os movimentos feministas vêm se expressando em diversos eventos mundiais (não mais se limitando aos espaços destinados apenas às mulheres), como, por exemplo, na Conferência Internacional sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992, no Rio de Janeiro; na Conferência Mundial dos Direitos Humanos em Viena, 1993; na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994. Nesses eventos a participação dos movimentos feministas foram contributivos e decisivos ao inserir na pauta de discussões as condições de vida da mulher, o acesso das mulheres à cidadania plena, os direitos sexuais e reprodutivos, os direitos sociais e humanos, entre outros, e, também, ao denunciar a exploração de imensos contingentes de mulheres que ainda permanecem como “cidadãs de segunda categoria” em diversas partes do mundo, muitas vezes bem próximas a nós. Destaca-se ainda a inserção da ótica das relações de gênero nas agendas de conferências deste porte, conquistando assim importantes avanços e trazendo maior visibilidade às relações

entre desenvolvimento e reprodução social e sexual das mulheres (Valéry, 1996).

Todavia, os movimentos feministas nos alertam que apesar dos novos espaços de ocupação, as mulheres continuam centradas em verdadeiros “guetos ocupacionais”, em especial no setor terciário da economia e, dentro dele, em serviços que englobam atividades de muito pouco prestígio social (Fonseca, 1996).

Teixeira, Alzugaray & Pamplona (1995, p.32) salientam: “As mulheres brasileiras ocupam cada vez mais espaço no mercado de trabalho, mas ainda são discriminadas e recebem menos que os homens. [...] a discriminação não respeita barreira de classe”. Recente pesquisa da Fundação SEADE⁴ confirma estas informações, registrando que atualmente as mulheres ganham em média 40% menos que os homens, conseguem emprego com maior facilidade e sua participação no total de ocupados tem-se mantido crescente (Eagli, 1997). Além dos salários inferiores, a gravidez ou a possibilidade de engravidar fazem parte do rol de discriminatórias, que dificultam o acesso das mulheres ao mercado de trabalho, principalmente as de baixa renda, significando uma derrota na batalha por igualdade e melhores condições de vida.

De acordo com Simonetti (1998) esta discriminação vem cedendo com o passar do tempo, fato que tem ocorrido mais facilmente em empresas grandes e modernas, até porque elas estão em contato com sociedades que se modernizaram há mais tempo.

No entanto, não podemos nos esquecer de que a mulher esteve por muitos séculos, e em alguns lugares ainda permanece, presa ao lar, à família (o privado) e às regras sociais que atentam sobre sua liberdade e dignidade, trazendo disto experiências tanto positivas quanto negativas. Sem vislumbrar possibilidades de se firmar enquanto sujeito de sua vida, de sua própria sexualidade, do próprio trabalho, oprimida pela lei patriarcal que a reduzia a um complemento imperfeito do homem, a mulher desenvolveu uma sensibilidade, uma emotividade e uma ligação com o cotidiano de qualidade muito profunda. Essas são qualidades femininas positivas, que merecem ser trabalhadas, feminilizando o mundo, o que implica superar a ruptura entre público e privado (Moraes, 1981).

Apesar disto, vale lembrar que a mulher sempre atuou no seio familiar, agregando, unindo e articulando a família entre si e com a sociedade. Ao considerarmos esta evolução precisamos manter a noção de processo no qual houve avanços e retrocessos, tomando o cuidado de não fazer uma apreciação demasiado otimista do presente, pois nem todos os

⁴Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, com sede em São Paulo.

problemas básicos já estão em vias de resolução. A busca de soluções não se deve apenas a atitudes individuais de alguns renitentes, mas ao trabalho árduo, contínuo e articulado em todos os níveis, seja o das agências nacionais e internacionais, seja o das organizações não governamentais. Essa evolução não ocorreu da noite para o dia; foram muitas lutas e conquistas para chegar até este ponto, contudo a luta não está encerrada, não está vencida, ela continua enquanto houver vida em sociedade.

Os fatos histórico-filosóficos aqui apresentados não podem ser considerados como uma verdade, mas traduzem um panorama da situação, uma vez que se manifestam tanto como processo histórico – em constante transformação – quanto como filosóficos – por estarem sendo repensados. No entanto, podem servir de embasamento para novos fatos históricos e novos enfoques filosóficos, pois com certeza toda esta evolução vem ocorrendo num processo muito dinâmico, mutável e influenciável.

O acima exposto encontra reforço em Foucault (1995, p.19-20), quando este enfatiza que:

Fazer a genealogia dos valores, da moral, do ascetismo, do conhecimento não será, portanto, partir em busca de sua “origem”, negligenciando como inacessíveis todos os episódios da história; será, ao contrário, se demorar nas meticolosidades e nos acasos dos começos; prestar uma atenção escrupulosa à sua derrisória maldade; esperar vê-los surgir, máscaras enfim retiradas, com o rosto do outro; não ter pudor de ir procurá-las lá onde elas estão, escavando os *basfond*; deixar-lhes o tempo de elevar-se do labirinto onde nenhuma verdade as manteve jamais sob sua guarda. O genealogista necessita da história para conjurar a quimera da origem, um pouco como o bom filósofo necessita do médico para conjurar a sombra da alma. É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades; da mesma forma que é preciso saber diagnosticar as doenças do corpo, os estados de fraqueza e energia, suas rachaduras e suas resistências para avaliar o que é um discurso filosófico. A história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris como suas sínopes, é o próprio corpo do devir. É preciso ser metafísico para lhe procurar uma alma na idealidade longínqua da origem.

1.2 A MULHER E A PRÁTICA SOCIAL DOMÉSTICA

Antigamente, o papel da mulher, limitado ao de esposa, mãe e dona de casa, era desenvolvido, na maioria das vezes, sem reflexão, sem consciência do que ele representava. Com as conquistas femininas, ela passa a agregar novos valores, novos atributos, aumentando

sua esfera de ação. Isto a conduz à possibilidade de um *script* mais amplo e multifacetado para seu papel. Este *script* depende do ser humano que esta mulher é, e de acordo com este “ser” seu papel é mais ou menos abrangente. Contudo, existem ainda hoje, algumas mulheres que desconhecem toda essa evolução. Vivendo numa esfera em que esses fatos não interferem no cotidiano, continuam reproduzindo a forma de viver de suas antepassadas; outras, embora informadas, dão-se por satisfeitas em desempenhar apenas seu papel de esposa, mãe e dona de casa; em contraposição existem aquelas que ampliam a cada dia o *script* de seus papéis.

Breilh (1996) aponta para diferenças entre o trabalho doméstico e a prática social doméstica, salientando que os dois processos acontecem simultaneamente, entrelaçam-se, correspondendo a duas dimensões distintas da reprodução familiar. Segundo o autor, a prática social doméstica é mais ampla e inclui o trabalho doméstico, sem se reduzir ao mesmo.

O trabalho doméstico em nossa sociedade apresenta uma distribuição de responsabilidades e tarefas que sobrecarrega o sexo feminino, na maioria das vezes não respeitando as necessidades ergonômicas, fisiológicas e psicológicas próprias da mulher, refletindo ainda certa discriminação e desvalorização. Este trabalho ganha invisibilidade: por ser intrínseco à vida familiar, apesar de ser contínuo, repetitivo, exaustivo e também físico, ele é considerado “leve”. Vale ressaltar que essas tarefas domésticas não se apresentam de forma igual nas diferentes classes, porquanto ocorrem distintos valores culturais e variações nas condições socioeconômicas (Breilh, 1996).

A prática social doméstica amplia o *script* do papel feminino na família, incluindo o cuidado às crianças e ao homem, o que envolve mais do que trabalho doméstico. Apesar das mudanças ocorridas, as mulheres continuam cuidando das crianças, como mães, às vezes como trabalhadoras em instituições infantis, como domésticas, ou ainda como escravas. A maternação⁵ atribuída às mulheres é um dos poucos elementos universais e duráveis quando se trata da divisão de trabalho por sexo. No período inicial do capitalismo, nos Estados Unidos surgiu a ideologia da “mãe moral”, segundo a qual as mães burguesas deveriam servir de modelo moral para suas crianças, de guia moral para seus maridos, e ainda oferecer-lhes a casa limpa e a comida feita. Difundindo-se esta ideologia, passou-se a esperar esta atitude das mulheres de todas as classes sociais (Chodorow, 1990).

No âmbito familiar, mas não apenas nele, destaca-se constantemente o atributo

⁵ Termo utilizado por Chodorow significando maternidade, maternagem.

materno da mulher, o qual é intensamente valorizado e colocado como essencial à feminilidade. A identificação da mulher com a mãe é freqüente (Badinter, 1985; Pimentel et al., 1987). De acordo com Breilh (1996), o desempenho reprodutivo, ao mesmo tempo que apresenta demandas especiais de funções correspondentes ao papel feminino, quais sejam a menstruação, a gravidez e a lactação, expõe a mulher a riscos reprodutivos, entre eles a morte materna.

Ao assumir-se enquanto mãe e educadora de seus filhos, a mulher torna-se o eixo da família (Badinter, 1985; Pimentel et al. 1987). Então, nesta esfera do privado, ou seja, na prática social doméstica, surge outro atributo feminino, o de articuladora da família, quando toma forma e ao mesmo tempo dá forma à família. “Na literatura, a idéia de lar acopla-se à imagem de uma mulher e, potencialmente, mesmo que ainda não o seja, de uma família” (Massi, 1992, p.77). No dia-a-dia, ser a articuladora ou não da sua família depende do *script* do papel que esta mulher vivencia. Tal atributo não é intrínseco ao papel da mulher; contudo numa grande maioria das vezes ele surge, quase que imperceptivelmente, e vai delineando sua forma, crescendo e ocupando um lugar fundamental na vida da mulher e conseqüentemente de sua família. “O trabalho que a mulher/mãe faz de unir os filhos, de juntar a família maior, de contar a história familiar, é um trabalho de memória viva. Através de inúmeros e pequenos gestos cotidianos, ela tenta manter, mesmo na ausência do homem, a sua família coesa e unida” (Massi, 1992, p.77).

Se por um lado esta sua função surge naturalmente, por outro sua intuição e percepção não são suficientes para instrumentalizá-la e ela busca subsídios conforme sua necessidade. Isto muitas vezes se dá inconscientemente: ela lança mão dos recursos – algumas vezes empíricos – a que tem acesso, repassados “de mãe para filha”, ou através de conversas com pessoas mais experientes (sejam elas as vizinhas, comadres, párocos, conselheiros...). Há ocasiões em que este processo é consciente e a mulher procura outras fontes, tais como: leituras, vídeos, reportagens, profissionais... Vale ressaltar que isto varia de acordo com a cultura, grau de instrução, nível socioeconômico e interesse de cada mulher.

Ao agir no cotidiano, seu atributo de articuladora da família funde-se com o trabalho doméstico, com a vida, podendo ainda invadir outras esferas temporais, em conseqüência do que não lhe “sobra tempo” para o lazer e o descanso. Muitas de suas atividades são centralizadas e inadiáveis, enquanto outras são indelegáveis. Por fundir-se e confundir-se com o trabalho doméstico, a atuação da mulher enquanto articuladora de sua família torna-se

invisível, juntamente com este. Essa invisibilidade social custa caro à mulher, por fazê-la sentir-se desvalorizada em sua mais pesada carga de trabalho, além de consumir boa parte de sua vida. Todavia, este mesmo atributo reveste-se de um poder, também invisível, que na maioria das vezes nem mesmo a mulher percebe. É ela quem propicia e conduz a interiorização dos papéis sociais: das normas, dos hábitos e até mesmo da sexualidade nos membros da família. Mas nem sempre ela tem consciência desse seu poder, tanto que muitas vezes ela mesma, na transmissão cotidiana da ideologia e da sexualidade, acaba perpetuando sua própria desvalorização e opressão (Massi, 1992).

Nesta posição de articuladora de sua família é a mulher quem, na maioria das vezes, estrutura, organiza e dirige o cotidiano familiar, fazendo o elo entre a esfera do privado e o social, destacando-se a família maior, os amigos e a escola. A mulher age nas pequenas coisas do dia-a-dia, proporcionando aos componentes de sua família os contatos necessários para que a mesma conviva e se consolide. Na concretude do cotidiano esta articulação pode ser traduzida, além daquelas atividades de perpetuação de crenças, valores e de educação, em pequenas/grandes atitudes, tais como proporcionar encontros entre os membros da família, nos quais possam desfrutar de um tempo para se conhecer, dialogar, resolver suas diferenças, compartilhar bons e maus momentos, enfim, conviver.

Assim, tem-se também tradicionalmente colocado a mulher como guardiã da afetividade familiar, devendo tomar conta da prole, ser a provedora do alimento e do espírito (Massi, 1992; Manzini-Covre, 1995).

Estas atividades se expressam numa ampliação do papel feminino, desenvolvida no cotidiano que, em sua transparência, foi adquirindo forma e força. Ao delegar à mulher estas funções, talvez tão básicas e elementares, a própria sociedade concedeu-lhe um poderio incomensurável, qual seja a formação do caráter, dos hábitos e das atitudes do ser humano. Levou-a a constituir o "... elo entre a esfera do público com o privado" (Massi, 1995, p.133), e desta maneira a se consolidar como a articuladora da família.

A mulher, ao se assumir nessa posição, cria na família uma dependência positiva, tornando-se imprescindível para a sua sobrevivência. Para ocupar essa posição ela precisa ser diplomática e política, profissional e guerreira, tendo em vista também a realidade em que se encontra.

1.3 A MULHER NO PÚBLICO E NO PRIVADO

A mulher desenvolve o trabalho extraluar desde os primórdios da civilização e podemos dizer que um dos mais importantes atributos acrescentados ao seu papel foi o trabalho fora do lar enquanto trabalho profissional. Todavia, no momento em que isto acontece “...ela passa a viver na própria pele o conflito entre o público e o privado” (Massi, 1992, p.34). Nos dias atuais, o mais comum é que a mulher exerça uma atividade fora do lar, não apenas como ampliação de seu papel, mas também por uma questão de sobrevivência financeira da família, embora esta sua atuação nem sempre seja considerada profissional, principalmente nas camadas menos favorecidas. Esta saída da mulher de sua esfera privada (lar) para a pública (fora do lar) teve, e ainda tem, repercussões políticas e sociais.

Quando a mulher começa a trazer para dentro de casa os rendimentos de seu trabalho, pode ocorrer uma redução da autoridade marital, mas isso nem sempre se concretiza, pois a crença na superioridade do marido ou do companheiro continua a ser sustentada por representações diversas. Mesmo quando a contribuição financeira da esposa equipara-se à do parceiro, ainda assim este tende a preservar sua posição hierárquica, mantendo seu domínio no interior da família (Romanelli, 1995).

Ao exercer uma atividade extraluar a grande maioria das mulheres busca rendimentos financeiros. Algumas, além disto, buscam sua auto-realização e o reabastecimento de suas energias para conseguir dar conta de seu papel. Isto, todavia, sobrecarrega-as, haja vista que elas acabam fazendo o que chamamos de dupla jornada, ou seja, uma jornada no privado e outra no público, ou ainda, múltiplas jornadas e quase simultâneas, dependendo da atividade profissional que realizam.

No privado a mulher tem que dar conta da casa, do lar, dos filhos e do marido, quase como sua mãe o fizera, com a metade do tempo desta, e sair para trabalhar. No público, deve mostrar-se capaz, ser organizada e eficiente e desejar ser bem remunerada, mesmo que isso de fato não ocorra. Quando casada, ao voltar do trabalho deve, diferentemente de sua mãe, mostrar-se atraente para o esposo, até porque não existe mais, como antigamente, a certeza da estabilidade do casamento (Massi, 1992).

A invisibilidade do trabalho feminino muitas vezes extrapola o âmbito do privado, influenciando também a esfera pública, na qual a mulher encontra a competitividade e a

discriminação, atuando de forma semelhante ao homem, porém sendo menos valorizada que este, não apenas financeiramente, como também em termos de reconhecimento profissional.

As empresas preferem contratar trabalhadoras qualificadas ao invés de homens, porque o salário médio das mulheres é consideravelmente inferior ao deles. Elas ascendem muito morosamente aos cargos de responsabilidade nas empresas, e ganham sempre menos que os homens (Toledo, 1996; Eagli, 1997; Potia, 1997). Inclusive os relatórios da ONU vêm mostrando esta situação, não apenas no Brasil, mas em quase todos os países ditos emergentes (Mendes, 1997).

Simonetti (1998, p.49), ao comentar mudanças no Brasil a respeito deste panorama, salienta que de forma geral "...o salário da mulher é mais baixo que o do homem. Mas nos escalões mais altos a remuneração se equilibra – e muitas vezes a mulher é mais bem paga". Ela continua, registrando que entre 1985 e 1995, o número de mulheres que ganham entre dois e três salários mínimos dobrou; aumentou ainda em 100% o grupo feminino com remuneração entre cinco e dez salários. Em 1985 havia no Brasil menos de 100.000 mulheres ganhando mais de vinte salários e em 1995, segundo o IBGE, já eram 422.000. Enfatiza também, que "Há, portanto, uma transformação indiscutível em andamento".

A discriminação salarial feminina, no entanto, a par de toda esta evolução, acentua-se nas camadas mais pobres da população, justamente nas quais encontramos maior número de mulheres que mantêm famílias matrifocais, ou seja aquelas famílias formadas por mães e filhos e nas quais a presença de um cônjuge-pai tende a ser temporária e instável. Sabemos que este tipo de família é cada vez mais comum em nossa sociedade (Durham, 1983). A maioria das mulheres trabalha por necessidade, um terço dos lares do mundo são chefiados por uma mulher e em todos os países seu "trabalho invisível" – ocupar-se das crianças, da cozinha e das tarefas domésticas – as penaliza (Potia, 1997).

Segundo o IBGE – 1995, no Brasil, existem 40.806.978 mulheres em idade considerada reprodutiva (15 a 49 anos); dessas, 24.516.590 (60%) estão economicamente ativas. Dessas mulheres, 6.951.075 concentram-se no sul do país, estando, entre elas 4.218.367 (60%), economicamente ativas. Quanto à remuneração por seu trabalho, no Brasil e no sul do país, respectivamente, 7.355.152 e 1.239.526 de mulheres recebem entre 1 e 2 salários mínimos; 2.539.871 e 442.218 mulheres recebem entre 5 e 10 salários mínimos; 1.100.627 e 168.315, entre 10 e 20 salários mínimos e 422.052 e 63.666 recebem mais de 20

salários mínimos (Brasil, 1996).

Em algumas famílias, com os ganhos de seu trabalho, as mulheres complementam os rendimentos do homem, pois a expropriação social não tem poupado ambos. Em outras, as mulheres/mães, ao trabalharem buscam o sustento, assumindo a posição de mantenedoras das famílias, adquirindo grande importância para a continuidade destas.

As mulheres chegaram a um estágio de suscitar questões e deixar aflorar os problemas verdadeiros, intervindo sobre os mesmos – aqueles que atormentam o cotidiano e não são apenas “teóricos”, construindo e articulando um discurso próprio, que se origina na experiência vivida, na reflexão e na teorização sobre o feminino, sobre as relações de gênero. “Enquanto a discussão continua em ambientes acadêmicos ou em reuniões de feministas, a mulher está destruindo silenciosamente o mito da desigualdade, sem que ninguém precise puxá-la pelo braço. Ela já sabe andar sozinha” (Simonetti, 1998, p.52).

1.4 CONQUISTAS E PERSPECTIVAS

Nesta incursão pelo mundo feminino pudemos perceber que a mulher, desde a origem da civilização atua, de uma ou de outra forma, junto ao seio familiar, com enfoques mais ou menos importantes, porém sempre articulando sua família e proporcionando a educação e o bem-estar de seus filhos. Extrapolando a esfera do privado, até quando vai ao público em busca de sustento ou de satisfação pessoal, procura suprir as necessidades de sua família, mesmo que isto lhe impute sobrecarga. Atualmente as mulheres representam metade da população mundial e sua luta “...não é para superar o homem, já que ela é sua companheira, mas para ajudar no desenvolvimento sustentável do país e assegurar a proteção familiar” (Mendes, 1997, p.3).

Nessa conjuntura, em que a ampliação de papéis torna-se inevitável, a mulher necessita de toda a sensibilidade inerente ao gênero feminino para vivenciar harmoniosamente as diferentes atribuições destes seus papéis e continuar feminina, quer no público, quer no privado, sendo concomitantemente articuladora e guerreira no privado. Articuladora no sentido de formar o elo familiar, guerreira na perspectiva de que a multiplicidade de papéis e desafios a ela imputados, seja pela sociedade, pela família ou ainda por ela mesma, são uma

sobrecarga, por ela assumir várias outras atividades. Por ser inserida num "...mercado cada vez mais competitivo, equilibra o orçamento familiar, assume tarefas domésticas e continua sendo a principal responsável pela educação dos filhos. Se, por um lado, as conquistas femininas avançaram, é certo que trouxeram com elas problemas como a dupla jornada de trabalho, o estresse e as doenças cardiovasculares" (Taniguchi, 1997, p.3).

Essa realidade exige atenção especial; no sentido de proporcionar uma rede de suporte para esta vivência feminina, cada vez mais multifacetada e atribulada, faz-se necessário equalizar os papéis e atribuições femininos. Assim, são prementes estudos que demonstrem a importância da mulher na economia, na sociedade e na família e, por outro lado, que possibilitem a mulher se enxergar e se posicionar, enquanto articuladora e guerreira, politicamente responsável por tantas mudanças e dêem-lhe apoio estrutural, valorizando-a e levando-a a não se perder do feminino.

No rol destes suportes destaca-se a atenção à saúde da mulher, sendo este um compromisso assumido pelas entidades governamentais de saúde do nosso país, até porque é de fundamental importância política e social evitar as mortes maternas, mantendo seus coeficientes o mais próximo possível de zero. Dentro dos Programas de Saúde da Mulher encontra-se a atenção à gestante e à puérpera, na qual a prevenção de agravos deve ter considerável espaço.

A mulher no processo natural da reprodução se expõe aos riscos inerentes a esta condição, entre eles a morte materna, que se configura como "...um agravo à saúde de grande magnitude e transcendência social mas, ao mesmo tempo, tem elevada vulnerabilidade e factibilidade. Isto significa que as mortes maternas podem ser reduzidas e controladas se houver vontade política para tal, envolvimento dos profissionais de saúde e da população" (Maluf, 1996, p.10).

Enfim, ao se buscar a prevenção das mortes maternas estar-se-á resgatando a dignidade materna, evitando que a mulher pague com sua própria vida o ônus da reprodução humana, e evitando que famílias se desestremem pela falta de sua guerreira, de sua articuladora.

2 MORTE MATERNA

Mas não há fórmula.
Simplesmente abraço-os, com os braços que me estendem.
Não tenho hora, nem lugar.
E vocês, que têm a sublime profissão de cuidar
daqueles que estão tão perto,
ou longe de mim, hão de se preparar.
Pois, estou presente.
Mas quero propor-lhes um brinde.
A mim, cujo poder, faço-lhes tremer, mas,
compreendendo-me, dominarão o mundo
(Alves, 1995, p.120).

2.1 QUESTÕES CONCEITUAIS

A morte vem sendo alvo de estudos desde as épocas mais remotas da civilização e, até porque não há fórmulas para que ela aconteça ou deixe de acontecer, sua compreensão torna-se dia a dia mais antagônica. Por um lado, simples e objetiva, por outro, complexa e inatingível. Entretanto, independentemente de ser compreendida, antagonizada, projetada, simples ou não, ela atinge todos os seres humanos, com ou sem permissão de passagem.

Em seu sentido filosófico, a morte sempre foi entendida como o desaparecimento ou cessação da existência humana, mas levando a se pensar o sentido da vida [...] Na filosofia existencial de Heidegger, a morte é o sinal da finitude e da individualidade humana... 'A morte se desvela como a possibilidade absolutamente própria, incondicional e intransponível'. Contudo, 'a limitação de nossa existência pela morte é sempre decisiva para nossa compreensão e nossa apreciação da vida' (Japiassu & Marcondes, 1991, p.173).

Paula (1991, p.5), ao iniciar sua abordagem sobre a morte, nos diz: "Morrendo à toa. Ao acaso, por motivo frívolo, sem mais nem menos. Boa parte das mortes no Brasil é à toa. É também de gente à toa, que não consegue fazer com que sua vida tenha importância política; como resultado, morrem, e muito, e mal".

Estas considerações levam a perceber a morte enquanto evento não controlável, misterioso e ambivalente. Evento que desafia o "destino". Despertam também a reflexão sobre milhares de mortes anônimas que poderiam e podem ser evitadas pois, ao mesmo tempo em que a morte é um evento não controlável, afinal todos um dia morrem, muitas mortes podem

ser postergadas através de medidas de saúde e de prevenção.

No momento em que a pessoa nasce ela se coloca na sala de espera da morte; por conseguinte, precedendo a morte está a vida, que pode ser definida como o espaço de tempo compreendido entre o nascimento e a morte de um ser. A vida está situada entre dois marcos rituais, quais sejam o nascimento e a morte.

A partir do nascimento vários processos de vida e morte ocorrem diariamente. “Para que vivamos, é necessário que a própria estrutura de nossas células saiba morrer e se reciclar. Enquanto vivos, milhões de mínimas partículas de nós mesmos estão constantemente morrendo. A morte e a vida são parceiras, e não adversárias” (Bonder, 1994, p. 62).

Como parte integrante da vida destaca-se a procriação da espécie, ou seja, a geração de outras vidas, em que se sobressai o papel da mulher, pois é no corpo feminino que a nova vida se “aninha” e se desenvolve até o momento de nascer. O nascimento apresenta-se como uma frágil linha divisória entre a vida intra e extra-uterina e, concomitantemente, entre a vida e a morte. Coloca seus protagonistas numa espécie de liminaridade, pois a pessoa que está nascendo corre o risco de morrer e a mulher que está dando passagem a este nascimento se expõe ao risco da morte, para si e para o fruto de seu amor. Esta dádiva da vida, “o nascimento”, tem relação tênue e direta com a morte, pois pode resultar na continuidade de duas vidas, duas mortes, ou morte única quando a mãe ou a criança partem na magnitude do encontro.

Todavia, para a mulher o parto não é o único momento de risco, que se estende por todo o ciclo gravídico-puerperal e não está totalmente desvendado. Apesar de muitas vezes ser encarado como uma fase estritamente fisiológica na vida da mulher, sem levar em conta que o mesmo modifica o organismo materno, deixando-o muito próximo do estado patológico. Isso é reforçado por Tanaka (1995, p.17), quando salienta que “...nem todos os mecanismos fisiológicos da gestação, parto e puerpério são conhecidos. Mesmo com todo o avanço tecnológico atual, este fato deixa uma bruma de incertezas quanto à evolução do processo gestacional”.

Teoricamente, a mulher grávida deveria experimentar somente os reflexos de maior sobrecarga impostos ao funcionamento dos órgãos; mas na verdade, a gravidez imprime a alguns deles marcas indeléveis de sua passagem, e a outros modificações apenas transitórias que se esmaecem e findam ao cabo da involução puerperal. É cada vez mais raro encontrar

gestações silenciosas, sem distúrbios ou complicações (Rezende, 1995). Até porque, atualmente a tecnologia disponível facilita o diagnóstico e controle precoce das patologias que venham a ocorrer durante a gravidez.

Ciari Júnior & Siqueira (1976) ressaltam que a gravidez traz consigo uma série de modificações, as quais não produzem um estado patológico, porém, simultaneamente condicionam a mulher a um desvio de tal ordem que não pode ser comparado ao estado não-gravídico.

Também nos alertam Souza & Prado (1994, p.2), que "...o estado gravídico- puerperal não deve ser visto apenas como uma questão fisiológica, assim como a própria morte, haja vista que o processo sócio-histórico da mulher e da população constituem-se em componente de grande importância na determinação da vida e morte das mulheres".

Tanaka (1995, p.17) salienta ser "...impossível determinar antecipadamente quais gestações irão se complicar. Apesar de todas as tentativas de se trabalhar com o conceito de risco gravídico, nem sempre se consegue detectar precocemente uma anormalidade durante a gestação. Muitas vezes, essas anormalidades são súbitas e abruptas, causando dano à saúde da mulher, do conceito ou de ambos, sendo algumas irreversíveis".

Vale ressaltar que Briquet (1939), em um dos clássicos da obstetrícia brasileira, alerta para o fato de a mulher correr tantos riscos durante a gravidez, o parto e o puerpério, que muitas vezes somente a vigilância do obstetra poderá subtraí-la à morte e a seqüelas irreversíveis.

Atualmente essa vigilância deixou de ser domínio do obstetra, existindo uma tendência para que a mesma seja realizada por uma "equipe multidisciplinar de saúde", o que proporciona uma nova abordagem sobre a vivência da mulher neste ciclo e, conseqüentemente, sobre suas necessidades. Com esta perspectiva a mulher deixa de ser receptora da atenção à sua saúde, passando a ser co-partícipe no processo gravídico-puerperal.

Apesar de a morte estar ligada à vida, embora ainda sejam vistas como fenômenos opostos, aquela tem um significado e uma perspectiva de partida ou de terminalidade. Características temporárias e/ou espaciais favorecem a compreensão dessa partida, ou da morte como parte da vida. Entretanto, quando se trata de morte materna, em que o parto é algo que deveria ser vivenciado como processo natural, pelo qual passa a maioria das mulheres, é preciso primar pela assistência no ciclo gravídico-puerperal. Essa assistência, face

à sua forma de organização, e face ao não avanço em termos de humanização, ainda é deficiente em muitas partes do mundo.

Assim, quando o esperado era que os serviços de saúde favorecessem a evitabilidade da morte materna, fossem organizados para evitar que a ocorrência da morte para os dois, a criança e a mulher, encontramos serviços de saúde que contribuem para, ou determinam que ela aconteça. Neste momento muitas vezes a instituição de saúde não oferece condições de segurança para o binômio mãe-filho, colocando em risco suas vidas, malogrando a concretude do nascimento, tornando-se uma adversária da vida e facilitando a morte.

O fenômeno morte, no que se refere às mortes maternas, gera um alerta humano, científico, legal e moral ao considerarmos que "...a grande maioria deste fenômeno é evitável e socialmente determinado, além de ser paradoxal, uma vez que, ao trazer uma nova vida ao mundo, a mulher acaba perdendo sua própria vida" (Tanaka, 1995, p.18).

As mortes de mulheres que estão relacionadas com a geração da vida são denominadas Mortes Maternas e segundo o Código Internacional de Doenças – CID (10ª revisão), são definidas e classificadas como:

Morte materna: é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais;

Morte materna obstétrica: são todas as mortes resultantes de eventos ou complicações da gravidez, parto ou puerpério, e divide-se em:

Morte materna obstétrica direta: é aquela resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, parto ou puerpério devidas às intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações.

Morte materna obstétrica indireta: é aquela que resulta de doença preexistente ou que se desenvolve durante a gravidez, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO), em 1967 aprovou o conceito de morte materna não obstétrica: a morte resultante de causas acidentais ou incidentais não relacionadas com a gravidez e seu manuseio (Souza, 1982); desde então esta definição vem sendo citada e utilizada correntemente entre obstetras e outros profissionais da área. Como exemplo de morte materna não obstétrica, Souza & Laurenti (1987, p.10) citam

“...a morte de uma gestante conseqüente a atropelamento ou após cirurgia de um tumor cerebral”. Contudo, estas mortes maternas não obstétricas, para a OMS, são desconsideradas para efeito de cálculo da mortalidade materna⁶ e, por conseguinte, para os serviços oficiais.

Souza & Prado (1994) discutem a importância da gestação ser considerada enquanto processo possuidor de uma evolução sócio-histórica peculiar, em que a exclusão das mortes não obstétricas nos cálculos de mortalidade materna vêm demonstrar uma percepção conceitual. Salientam a existência de estudos descrevendo o padrão comportamental da mulher, diferente durante o período gravídico-puerperal. Mesmo compreendendo a gestação enquanto “algo fisiológico”, é possível entender que uma mulher grávida possua um caminhar, um equilíbrio corporal diferente, o qual pode contribuir para a ocorrência de acidentes, destacando-se os atropelamentos.

Souza (1982, p.9) registra divergências referentes à delimitação do período puerperal, por uns “...entendido como o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas, sem quantificação de dias” e por outros que “...o quantificam em 42 dias, ou como citado por Golenternek de que na Califórnia ele é de 90 dias, na Filadélfia 2 meses, na Carolina do Norte 6 meses e no Franklin Country, Ohio, 12 meses”.

Discutindo a questão da frequência da mortalidade materna, Souza (1983, p.280) enfatiza a importância fundamental da sua conceituação, pois, na literatura consultada, observou “... vários enfoques, relativos à abrangência do evento, por inclusão ou não do aborto, período de tempo pós-parto e tipo de causas para considerá-lo como óbito materno”.

Estas considerações apontam para uma polêmica conceitual, porquanto algumas mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal são consideradas para efeitos de cálculo da mortalidade materna, e outras são desconsideradas. A padronização do conceito de morte materna viria contribuir com a fidedignidade das estatísticas sobre mortalidade materna, ao mesmo tempo em que facilitaria o preenchimento do atestado de óbito de mulheres grávidas e puérperas, possibilitando inclusive estudos comparativos entre diferentes realidades mundiais (Souza & Prado, 1994; Laurenti, 1995).

De maior importância conceitual foram os estudos para a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID), porque havia uma tendência a incluir na

⁶ De acordo com Laurenti (1995, p.306) “mortalidade materna é a medida das mortes maternas, relacionando-as ao número de nascidos vivos”.

definição de Morte Materna todas as mortes ocorridas durante a gravidez, parto e puerpério, independentemente da causa e num período até um ano após o término da gestação (Ministério da Saúde, 1994).

Todavia, desconsiderando esta tendência, a referida revisão manteve a definição de morte materna com 42 dias, e não incluiu o conceito de morte materna não obstétrica. No entanto, propôs a inclusão da definição de morte materna tardia: “a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas e indiretas ocorridas após 42 dias porém menos de 365 dias (um ano) após o término da gestação”.

Há portanto controvérsia entre os conceitos, o que também revela concepções de causas e riscos distintos. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (1986), o enfoque de risco é reconhecido como uma ferramenta metodológica, que pode ser utilizada tanto na investigação quanto na prestação de serviços de saúde.

Ao utilizar o enfoque de risco considera-se que nem todas as pessoas têm a mesma probabilidade de adoecer e morrer, mas que em alguns indivíduos esta probabilidade é mais alta, podendo-se então tentar estabelecer um gradiente de necessidades de atenção à saúde que vai desde um mínimo, para pessoas com baixo risco, até um máximo para aqueles que têm uma grande possibilidade de sofrer algum problema de saúde (Figueiredo, 1993). No que se refere à saúde materna, fatores de risco que aumentam a possibilidade de algumas mulheres, mais que outras, desenvolverem complicações graves ou fatais durante o ciclo gravídico-puerperal foram detectados, e chamados fatores de risco reprodutivo, podendo ser assim classificados:

Biológicos: a idade menor de 18 e maior de 35 anos, a primeira e a quinta paridade em diante, a estatura menor de 140 cm e o estado nutricional deficiente.

Médicos: incluem enfermidades preexistentes que têm clara influência sobre a gravidez e o parto (por exemplo: diabetes, hipertensão) malformações uterinas e antecedentes de complicações da gestação, parto e puerpério, incluindo perdas fetais.

Sociais: pobreza; analfabetismo; hábitos alimentares; consumo de álcool, drogas e tabaco; desamparo familiar/ausência e abandono de parentes; situação de crise matrimonial; transporte e apoio comunitário.

Ambientais: exposição a fatores externos como agentes infecciosos, substâncias tóxicas e radiações.

Relacionados com serviços de saúde: acesso, eficácia e qualidade dos serviços (Ministério da Saúde, 1994, p.17-18).

A associação de vários fatores de risco permite detectar o grupo de mulheres que possui altas chances de evoluções desfavoráveis em suas gestações, entre elas a morte materna. Estudos realizados mostram que as mulheres de extratos socioeconômicos baixos, nos extremos da vida reprodutiva, com alta paridade e com antecedentes de patologias constituem um grupo de alto risco (Ministério da Saúde, 1994).

Os fatores de risco relacionados acima são contribuintes das causas de mortes maternas, as quais são categorizadas de acordo com a definição/classificação de morte materna e estão subdivididas em dois grupos:

- causas obstétricas diretas: aquelas que despontam como complicação do ciclo gravídico-puerperal, tais como: toxemias gravídicas, infecções puerperais, complicações de aborto, hemorragias uterinas. Estas, de um modo geral, são preveníveis por uma boa assistência no pré-natal, parto e puerpério.

- causas obstétricas indiretas: são as doenças preexistentes ou que surgiram durante o ciclo gravídico-puerperal e que são por ele agravadas, tais como: as cardiopatias, o diabetes mellitus, as nefropatias, as doenças infecciosas.

Rezende (1995) destaca que as três maiores causas de complicações obstétricas, responsáveis por 50% de todas as mortes maternas no mundo, continuam a ser: as infecções, a toxemia e a hemorragia. No Brasil, de acordo com Siqueira et al. (1984), as quatro primeiras causas de morte materna são, respectivamente, a toxemia, a hemorragia, a infecção puerperal e o aborto.

Carranza (1994, p.114) salienta que “A mortalidade materna é um índice que reflete a situação de saúde de um país. À semelhança do que ocorre com a mortalidade infantil, as causas que levam as mulheres à morte são totalmente passíveis de prevenção, desde que elas tenham acesso a um controle médico adequado de sua gravidez, parto e puerpério”.

Essa questão sugere dois aspectos relevantes. O primeiro deles é que na maioria, esmagadora das vezes as mortes maternas são evitáveis. O segundo, é o sofrimento intangível que essas mortes imputam a milhares de crianças, pois seus indicadores não representam a história completa dos déficits trazidos pelas complicações do ciclo gravídico-puerperal, mas figuram como a ponta de um *iceberg*, o qual oculta outras questões, tais como: a alta orfandade, a alta mortalidade infantil e a morbidade da mãe e do filho.

A mulher, ao vivenciar o processo gravídico-puerperal, está exposta a riscos e

oportunidades diversas. Com referência ao seu filho, esse pode nascer sem problema algum, apresentar seqüelas ou mesmo morrer ao nascer. Quanto à mulher, essa pode perder sua própria vida, ou ainda sobreviver com seqüelas irreversíveis. A morte materna acarreta à maioria das crianças que ficam órfãs não apenas o sofrimento da perda da mãe; somam-se às suas vidas todos os componentes da marginalização a que são relegados.

Segundo Maluf (1996, p.9) “A morte materna adquire algumas conotações peculiares: é inadmissível que a reprodução humana resulte em ônus, quando deveria resultar em benefício para a mulher. [...] Cada óbito desencadeia sérias conseqüências sociais, pois sendo [ela] o elemento chave da família, a ausência da mãe geralmente provoca a desestruturação familiar”.

2.2 INCIDÊNCIA DAS MORTES MATERNAS

Para dimensionar a magnitude do problema das mortes maternas, busquei traçar um panorama sobre sua incidência, percebendo que os atuais países desenvolvidos muitos anos atrás apresentavam altas taxas de mortes maternas. Este fato sugere que, junto com o desenvolvimento, outros países cheguem a condições desejáveis na prevenção de mortes maternas.

Na França rural do século XVIII, a taxa de morte materna – M.M. se encontrava muito acima de 1.000/100.000 N.V. (nascidos vivos), sendo que o mesmo ocorria também na Suécia. Em um estudo sobre as famílias da Europa, entre os anos 1500 e 1850, foi registrada uma taxa de 2.000/100.000 N.V. Uma minuciosa análise dos registros de três igrejas rurais na Inglaterra, entre os séculos XVI e XVIII, mostrou uma taxa estimada em 27 mortes a cada 1.000 batismos, o que indica uma taxa de M.M. (mortes maternas) de 2.700/100.000 nascimentos. Os dados mais antigos publicados pelo Registro Geral da Inglaterra e Gales a respeito, se referem ao ano de 1840. Desde então e até o final daquele século a taxa de M.M. registrada oscilava entre 400 e 600/100.000. Em alguns lugares as taxas eram consideravelmente mais altas, chegando a ser de 900/100.000 nas zonas mais distantes, sendo bem provável que estas estatísticas subestimem a realidade. Até 1935, a taxa correspondente à Inglaterra e Gales manteve-se relativamente constante entre 400/100.000 N.V. (Royston &

Armstrong, 1991).

Souza (1982) nos apresenta um histórico, originalmente registrado por Muxi e colaboradores, no qual consta que:

...no ano de 1664 no Hotel Dieu de Paris, alcançava 30%; em Londres, no período de 1660 a 1680, em torno de 44%; em 1900, na Inglaterra era de 4/1.000; nos Estados Unidos da América, em 1915, foram registrados 110/10.000 N.V. na raça negra e 60/10.000 N.V. entre os brancos. Na década de 40, referem os autores que a M.M. teve significativa redução em todo o mundo e citam, como exemplo, os Estados Unidos da América que apresentava na década anterior uma M.M. de 6,7/1.000 e, ao final da mesma já se encontrava em 3,8/1.000 N.V. Relatam, ainda, que a frequência do fenômeno no Canadá em 1925 era de 64/10.000 N.V., passando a 50/10.000 N.V. 10/10.000 N.V. nos anos de 1935 e 1950, respectivamente. Na República Democrática Alemã a mortalidade variou entre 20,57 a 9,81/10.000 N.V. no período de 1950 a 1960, enquanto na República Federal da Alemanha foi de 18,9 a 9,74/10.000 N.V. no período de 1952 a 1961. Registraram também, a M.M. por 100.000 N.V. em 20 países, no período de 1957 a 1961, onde a Suécia apresentou 29,7 e o Japão 144,7 como nível mínimo e máximo observado e referiram, para estes mesmos países, 21,0 e 110,0 no ano de 1962.

Nas Américas, de acordo com as informações enviadas pelos países para o Programa de Análise da Situação de Saúde e suas Tendências (OPS), os níveis e as tendências da mortalidade materna mostram grande diferenças entre os mesmos. Na grande maioria apresenta-se uma baixa das taxas por 100.000 nascidos vivos, com redução mais destacada em alguns: no Chile, de 299 em 1960 para 73 em 1980; na Costa Rica, de 126 em 1960 para 23 em 1980; no Uruguai, de 117 em 1960 para 50 em 1980; no Canadá, de 45 em 1960 para 8 em 1980 e nos Estados Unidos de 37 em 1960 para 9 em 1980. Destaca-se ainda que em 1960 grande número de países registrava taxas elevadas, acima de 200/100.000 N.V. (Colômbia, Chile, Equador, Guatemala, Honduras, Jamaica e Paraguai). Dez anos depois, ou seja, em 1970, somente o Equador, o Paraguai e o Peru permaneciam nessa categoria. Em 1980, apenas o Paraguai persistia com cifras superiores a 200/100.000 N.V. (OPS, 1986).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (1990), em 1988 as taxas de M.M. por 100.000 nascidos vivos registradas em alguns países foram as seguintes: Canadá - 4,0; EUA - 9,8; Chile - 48; Costa Rica - 26; Uruguai - 26; Brasil - 140; Colômbia - 100; Jamaica - 115; Guatemala - 104; Honduras - 117; Equador - 160; Bolívia - 480; Peru - 303 e Paraguai - 270.

Segundo a OMS, nos dias atuais aproximadamente 500.000 mulheres no mundo morrem anualmente por complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sendo que 99%

dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento. Estima-se que, dessas, 30.000 acontecem na América Latina, constituindo um grave problema social e de saúde pública (Ministério da Saúde, 1994).

“No Brasil não é conhecida a real magnitude da mortalidade materna. Estima-se que ocorram anualmente 5.000 mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, variando largamente as taxas de mortalidade entre as diversas cidades e Estados” (Ministério da Saúde, 1994, p.12). Isto se evidencia na Tabela 1, que nos mostra um panorama geral da mortalidade materna brasileira, tendo sido publicada pela Divisão de Epidemiologia do Ministério da Saúde.

TABELA 1: NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA, OFICIAL E CORRIGIDO, POR REGIÕES, BRASIL – 1987.

REGIÃO	NATIVIVOS	NATIVIVOS CORRIGIDOS ⁷	NUMERO ABSOLUTO ÓBITOS MATERNOS		CMM/100.000	
			OFICIAL	CORRIGIDO	OFICIAL	CORRIGIDO
Norte	105.004	223.260	222	666	211,40	298,30
Nordeste	681.433	1.117.248	513	1.539	75,30	137,70
Sudeste	1.246.479	1.396.861	765	1.713	61,40	122,60
Sul	444.233	495.270	268	546	60,30	110,20
Centro-Oeste	177.124	236.635	143	429	80,70	181,20
Brasil	2.654.273	3.469.274	1.911	4.893	72,00	141,00

FONTE: SIM/DNE/MS

Fator correção dos óbitos maternos: Sul: Braga, LFCO- 2,04 vezes

Sudeste: Laurenti, R- 2,24 vezes

Demais regiões: 3,00 vezes

Segundo a Tabela 1, o Sul do país indica o menor número de mortes maternas e, nesta região destaca-se a atuação do Comitê de Morte Materna do Estado do Paraná. Neste estado o coeficiente de mortalidade materna passou de 68 por 100.000 N.V. (nascidos vivos) em 1988, para 104 por 100.000 N. V. em 1990, com a inclusão dos óbitos não declarados levantados pelos Comitês Regionais. O trabalho de investigação epidemiológica implantado e realizado pelos Comitês de Mortalidade Materna, principalmente nos primeiros anos, aumentou os coeficientes, fato que não significa “piora” da situação e sim “melhoria” da qualidade do dado registrado.

De acordo com o Comitê de Morte Materna do Estado do Paraná, no período 1989

⁷ Trata-se do número corrigido após investigação

– 1994, dentre as mortes maternas identificadas pelos Comitês Regionais, 82% foram classificadas como obstétricas diretas e 18% como obstétricas indiretas. Considerando as causas obstétricas diretas pode-se observar que a doença hipertensiva específica da gravidez foi responsável por 27%, as hemorragias por 13%, as complicações puerperais por 11%, as complicações do trabalho de parto por 9% e o aborto por 7% dos óbitos.

No mesmo período, na cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, os dados nos mostram que 85% dos óbitos foram classificados como obstétricos diretos e 15% como indiretos. Considerando as causas obstétricas diretas veremos a doença hipertensiva específica da gravidez responsável por 30% das mortes, as complicações puerperais por 22%, as hemorragias por 17%, as complicações do trabalho de parto por 6% e o aborto por 4% das mortes maternas.

Vale ressaltar que, segundo os registros do Comitê de Morte Materna do Paraná, no período compreendido entre 1989 – 1995 as complicações puerperais, com destaque para as **infecções puerperais**, figuravam como **primeira causa de morte materna** na cidade de Curitiba, tendo permanecido em **primeiro lugar** em 1992 e 1994, passando a segundo em 1995.

Apesar de as infecções puerperais serem preveníveis por medidas simples, viáveis e objetivas já preconizadas por Nightingale e Semmelweis, como por exemplo a lavagem das mãos e a higiene ambiental, no século passado, estamos às portas do século XXI e elas continuam matando a cada ano “...um grande contingente de mulheres ainda jovens, que deixam órfãos e outros familiares que dependiam delas. Estas mulheres se caracterizam normalmente por pertencerem às classes sociais mais baixas, por possuírem pouca ou nenhuma escolaridade e por não terem acesso a serviços de saúde de qualidade” (Ministério da Saúde, 1994, p.12).

2.3. INFECÇÕES PUERPERAIS E INFECÇÕES HOSPITALARES

Dentre as complicações puerperais destaca-se a *infecção puerperal*, também chamada *febre puerperal*, a qual é conhecida desde os tempos de Hipócrates, que a estudou, descrevendo-lhe a sintomatologia. Em 1573, Plater a considerou decorrente da inflamação do

útero, conceito que foi adotado por Hoffmann (1742) e Denman (1768). A alta mortalidade que provocava tornou-a uma entidade nosológica temível e sua incidência era muito elevada. As epidemias ocorridas em Lión (1750), em Londres (1760), em Edimburgo (1772) e na França (1800) apontaram causas comuns, cujos progressos da bacteriologia vieram mais tarde confirmar (Rezende, 1995).

Em 1768, Denman, na Inglaterra, aventou a possibilidade da transmissão da febre puerperal através das mãos dos médicos e parteiras; em 1773, White, de Manchester, sugeriu que a febre puerperal fosse uma febre absortiva, dependendo da estagnação dos lóquios; em 1775, Tenon verificou que 70% dos casos evoluíam para a morte; em 1795, Gordon expressou claramente em um tratado a febre puerperal epidêmica; em 1823, na Maternidade de Viena, de 698 parturientes 133 morreram; em 1842, em Londres, Watson recomendava a ablução com água clorada (Pritchard & MacDonald, 1980; Rezende, 1995).

Oliver Wendell Holmes, poeta e professor de anatomia da Haward University, nos Estados Unidos, revisou a literatura médica da época e publicou, em 1843, o ensaio *The Contagiousness of Puerperal Fever*, traçando as evidências de ser essa uma doença contagiosa, apontando medidas para evitar a expansão da mesma e enfatizando a contribuição dos médicos na sua transmissão. Segundo ele a febre puerperal, endêmica na época, era um ato criminal e não uma causalidade. Seu trabalho teve pequeno impacto junto à classe médica e às parteiras da época. (Rezende, 1995; Friedman, 1980; Zanon & Amado, 1987; La Force, 1997).

Simultaneamente, em Viena – Áustria, Ignaz Philipp Semmelweis pesquisou incansavelmente a causa da infecção puerperal afirmando: “o lado escuro da medicina é a febre puerperal” (Semmelweis, 1988). Seus estudos, publicados em 1861, puseram em evidência que a incidência da febre puerperal e a alta mortalidade materna tinham como fonte as mãos dos médicos e estudantes. Estabeleceu a lavagem das mãos com solução clorada antes do atendimento às mulheres, reduzindo assim as taxas de infecções (Suassuna, 1980; La Force, 1997).

Após as pesquisas de Semmelweis, não porém sem resistência, pois sua teoria não foi aceita pacificamente, a causa da febre puerperal passou a ser associada à introdução, no canal de parto, de matéria orgânica em decomposição ou partículas infectadas, que seriam ali depositadas pelas mãos do parteiro, por instrumentos e por águas das lavagens. (Sigwart, apud Rezende, 1995).

Em 1930 a *U. S. Joint Commission on Maternal Welfare* definiu infecção puerperal como a presença de temperatura de 100.4 °F (38 °C) ou mais, entre o segundo e o décimo dia pós-parto, excluindo as primeiras 24 horas, sendo a mesma verificada ao menos quatro vezes ao dia (Friedman, 1980; Eschenbach & Wager, 1990; Hawkins, 1995). Rezende (1995) entende por infecção puerperal aquela que se origina no aparelho genital feminino, em decorrência de parto recente. Segundo Brunner & Suddarth (1980), a infecção puerperal é uma infecção do aparelho genital que ocorre após o parto, geralmente no endométrio, que pode permanecer localizada ou disseminar-se para várias partes do organismo. Ziegel (1995) define a infecção puerperal como decorrente da entrada de bactérias patogênicas no trato genital, antes, durante ou após o parto. Saliencia que é uma complicação puerperal, assim considerada desde os tempos de Hipócrates. Segundo a mesma autora, até o século passado era considerada um castigo da Divina Providência e, então, aceita com a mesma resignação filosófica com que se aceitavam os ciclones e terremotos. Mañaná-Rodríguez et al. (1991) entendem por infecção puerperal os estados mórbidos originados pela invasão de microrganismos aos órgãos genitais internos, por ocasião do parto. Apesar de escritos de diferentes formas, é comum o entendimento que a infecção puerperal é aquela que se desenvolve no trato genital feminino durante o puerpério, por contaminação durante ou após o parto.

As pesquisas sobre a infecção puerperal foram fundamentais para a evolução dos estudos sobre prevenção e controle das infecções hospitalares. Cada nova observação ampliava os conhecimentos sobre princípios que hoje são considerados universais e aplicáveis a todo e qualquer procedimento invasivo, contribuindo assim para a evitabilidade das infecções hospitalares em geral, consideradas como “...qualquer infecção adquirida após a hospitalização e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (Brasil, 1992).

Contemporaneamente a Holmes e Semmelweis, Young Simpson (1811–1870) publicou, em 1860, um trabalho de comparação entre as taxas de mortalidade após amputações em hospitais e fora deles, iniciando o uso do termo “hospitalismo” para referir-se aos riscos inerentes à assistência hospitalar (Suassuna, 1980; Donahue, 1993; La Force, 1997; Cruz, 1997).

Louis Pasteur (1853–1867) destacou-se ao desencadear os estudos bacteriológicos, contribuindo com as teorias da *fermentação por micróbios vivos* e das *doenças causadas por*

germes, rejeitando a teoria da geração espontânea (Birch, 1990, Rezende, 1995). Segundo Capra (1982), Pasteur salientava que uma terapia bem sucedida dependia freqüentemente da habilidade em restabelecer as condições fisiológicas favoráveis à resistência natural do ser humano e que este era um dos alicerces da arte de curar.

Joseph Lister (1827–1912), tendo por base os trabalhos de Pasteur, indicou o uso de anti-sépticos para a prevenção de infecções, convencido de que os germes do ar contaminavam as cirurgias. Vale ressaltar que nessa época os hospitais eram lugares que cheiravam mal por conta dos ferimentos supurados, pus e sangue, não possuíam água corrente e geralmente a água utilizada era contaminada. O lixo, os dejetos humanos e os resíduos hospitalares eram jogados em buracos no fundo do terreno. Os cirurgiões limpavam suas mãos e instrumentais nos seus guarda-pós e calças de uso hospitalar e as roupas das camas dos enfermos raramente eram trocadas. Frequentemente as pessoas morriam não pela doença que as levava para lá, e sim das infecções ali contraídas (Birch, 1990; Rezende, 1995; Santos, 1997).

Em 1889, Halstead introduziu o uso de luvas cirúrgicas. Já se sabia então que as bactérias poderiam ser destruídas pelo calor e, por volta de 1910, nos hospitais universitários da Alemanha instrumentos estéreis tais como aventais, máscaras e luvas eram amplamente utilizados (La Force, 1997).

Nessa época, em que os avanços da Medicina foram patentes, a Enfermagem enquanto profissão e conhecimento sistematizado estava surgindo. A “*enfermeira*” realizava as tarefas de limpeza e posteriormente prestava cuidados aos pacientes. Aqueles que possuíam meios de recompensá-la tinham mais atenção, os outros ficavam à espera dos cuidados (Brown, 1993; Cruz, 1997). Nessa trajetória da Enfermagem se destacou Florence Nightingale que, além das técnicas assépticas, instituiu práticas sanitárias no ambiente hospitalar.

Segundo La Force (1993), Nightingale, ao publicar seu livro *Notas sobre Enfermagem*, sugeriu claramente a relação direta entre as condições sanitárias de um hospital e as complicações pós-operatórias, inclusive as infecções. Salienta que esta “*enfermeira inglesa*” propôs ainda um relatório para ocorrência de óbitos a fim de manter documentados estes dados estatísticos. De acordo com o autor, provavelmente esta é a primeira referência à vigilância das infecções hospitalares realizada por *enfermeiras*. Nightingale (1859) enfatizava que a verdadeira função do hospital é não fazer mal ao doente.

O impulso científico caracterizado pelo desenvolvimento de técnicas de esterilização,

de desinfecção e técnicas cirúrgicas, além de medidas sanitárias nos hospitais, contribuiu de forma decisiva para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, inclusive das infecções puerperais, haja vista a redução das taxas de mortalidade que se evidenciou a partir de sua implantação.

Os progressos neste campo do conhecimento foram acelerados em 1935 com a introdução das sulfonamidas, trazendo a ilusão de que os problemas relacionados com as infecções estavam resolvidos. Porém, na década de 50, os surtos de infecções hospitalares por estafilococos resistentes à penicilina trouxeram o problema novamente à tona, mostrando que os antimicrobianos não eram em si só a solução para esta problemática e apontando a prevenção enquanto medida de evitabilidade destas infecções (Petriolo, Kuplich & Wagner, 1990; La Force, 1997; Cruz, 1997).

Santos (1997, p.27) alerta que atualmente a situação é mais grave em função do aumento das amostras bacterianas resistentes. Salienta que alguns pesquisadores⁸ “Têm descrito uma variedade de caminhos nos quais os microrganismos podem ser transferidos para ambos, pacientes e profissionais da saúde dos hospitais”. A autora, fundamentada em Postgate⁹ continua enfatizando que

Médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, técnicos de laboratório, técnicos e auxiliares de enfermagem, e todos os outros profissionais envolvidos em cuidados com clientes devem tomar precauções para controlar e prevenir o espalhamento dos patógenos. Micróbios nocivos podem ser transferidos dos profissionais da saúde para pacientes, de pacientes para pacientes, dos pacientes para os profissionais da saúde e a outras pessoas suscetíveis, por perdigotos, instrumentos contaminados, através de seringas, de roupas de cama, louças e por comidas contaminadas.

As infecções hospitalares têm crescido proporcionalmente ao desenvolvimento de técnicas invasivas. Por outro lado, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as práticas que controlam e previnem infecções não acompanham esse desenvolvimento.

Os órgãos competentes, assim como os profissionais envolvidos com o controle de infecções, têm demonstrado preocupação constante no sentido de conhecer a realidade das infecções hospitalares, selecionando e divulgando metodologias adequadas para seu controle. Nos Estados Unidos, em 1969, os Centros de Controle de Doenças (CDC), propuseram um

⁸ Brock et al., 1994; Burton, 1992; Pelczar et al., 1993; Mandell et al., 1990.

⁹ POSTGATE, J. *Microbes and man*. 3th ed. New York: Cambridge University Press, 1992.

Estudo Nacional de Infecções Hospitalares (*NNIS- National Nosocomial Infection Study*), e em 1970 iniciaram o Estudo da Eficácia do Controle das Infecções Hospitalares (*SENIC – Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*). Estes estudos vêm demonstrando que a instituição de medidas de controle e vigilância epidemiológica reduzem as taxas de infecção, e a partir destes resultados foi proposta uma metodologia de vigilância epidemiológica para o controle de infecções hospitalares em unidades de maior risco, chamada Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares, (*NNISS – National Nosocomial Infection Surveillance System*) (Emori, Haley & Garner, 1981; CDC, 1991; Emori et al., 1991; Cruz, 1997).

Segundo Ponce-de-Leon (1991), nos países em desenvolvimento as infecções hospitalares representam um importante problema de Saúde Pública, porém o mesmo não é reconhecido. Para minimizar este problema na América Latina, onde as taxas de infecção variam de 10 a 26% e possuem um impacto severo na morbidade e mortalidade, o autor preconiza: a) reconhecer a importância deste problema; b) modificar a atitude das autoridades governamentais no sentido de melhoria da assistência hospitalar; c) ensinar ao pessoal médico a importância do controle de infecção já no início de sua formação; d) aumentar a consciência da população para seus riscos. No contexto internacional, ele sugere que: a) a Organização Mundial da Saúde estabeleça um programa mundial de prevenção de infecções; b) as escolas de Medicina e Enfermagem incluam em seus cursos regulares o conteúdo de controle e prevenção de infecções hospitalares; c) organizações internacionais apoiem treinamentos e programas de pesquisas nos países em desenvolvimento, focalizados nas necessidades regionais para o controle e prevenção das infecções hospitalares.

No Brasil, a taxa de infecção hospitalar é, em média 15,62%, de acordo com estudos do Ministério da Saúde, dado divulgado no 4º Congresso Brasileiro de Infecção Hospitalar, em 1994. Essas infecções atingem grande importância socioeconômica ao se colocar como a quarta causa de morte no país, perdendo para as cardiopatias, gastroenterites e neoplasias (Santos, 1997).

Na realidade brasileira, iniciativas isoladas para o controle dessas infecções surgiram a partir da década de 70, porém, em se tratando de governo, somente em 1983 o Ministério da Saúde iniciou um programa de treinamento para profissionais de saúde, tendo o respaldo da Portaria Ministerial nº 196. Em 1992 esta portaria foi revogada e substituída pela de nº 930, que incluiu aspectos organizacionais do programa de controle e vigilância epidemiológica das

infecções hospitalares (Brasil, 1983; 1992).

No Estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde, através da Resolução 05/92, de 15 de janeiro de 1992, em observância à legislação federal vigente, estabeleceu a obrigatoriedade de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos hospitais do Estado. Assim, reforçou as atividades desenvolvidas pela Comissão Estadual, pelas Sub-Comissões Regionais e pelo Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar, criados em 1991, os quais possuíam os objetivos de discutir e encaminhar questões relacionadas a essas infecções, propor medidas de controle, avaliar critérios mínimos de prevenção nos hospitais de estado, assim como estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica. Dentre os critérios mínimos estabelecidos, os hospitais deveriam ter um profissional *enfermeiro* atuando na CCIH, numa proporção diária de 8 horas para cada 200 leitos (Cruz, 1997).

E é nesse contexto que a mulher, ao vivenciar o processo gravídico-puerperal, em pauta neste estudo, procura um serviço de saúde em busca de um parto seguro e humanizado. Muito embora esperando garantir assim a sua vida e a de seu filho, a maioria das vezes é exposta a riscos. Conforme nos alerta Cruz (1997), durante sua permanência no hospital, o paciente é manipulado, colonizado e freqüentemente infectado. O uso abusivo de antimicrobianos, o emprego de germicidas de forma indiscriminada em detrimento da higiene básica, o despreparo dos profissionais da saúde, a baixa adesão às medidas de prevenção são alguns dos fatores que contribuem para o desencadeamento das infecções. O apogeu do avanço tecnológico deixa transparecer, algumas vezes, o descompasso dos profissionais, expondo o paciente a riscos desnecessários.

2.4 ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES

PUERPORAIS

O cuidado à saúde é uma atitude frente à vida, atitude esta que vem acompanhando a humanidade, configurando-se de modo distinto em diversas épocas e culturas.

Um fato que se mostra presente na maioria das civilizações é o cuidado relacionado com a figura da mulher, a qual tinha a responsabilidade de amamentar e cuidar de seus filhos, tanto na doença, quanto na saúde. Este papel foi aumentando paulatinamente, incluindo o

cuidado aos enfermos, aos anciãos e às pessoas desamparadas ou fracas. Com o passar do tempo as mulheres iam ampliando seu campo de assistência, cuidando de sua família, de sua tribo, dos escravos e serventes das casas... (Donahue, 1993).

Contudo, não eram todas as mulheres que conseguiam sair-se bem na arte de cuidar; aquelas que assumiam esta atividade foram as que iniciaram o trabalho em Enfermagem. Nestas comunidades primitivas a Enfermagem era considerada como a arte de saber manipular as forças da natureza e das divindades para a saúde dos seres humanos e da comunidade, onde a *enfermeira*, intuitivamente, criava um ambiente confortável para o cuidado e a segurança do enfermo (Angerami & Correia, 1987). Porém o amor, a dedicação, a solidariedade, os princípios de higiene, o conforto, a alimentação, já não bastavam para, por si mesmos, fomentar a saúde e vencer a doença, levando as mulheres a sentir necessidade de maiores conhecimentos e habilidades para desempenhar esta atividade de promoção à saúde e de prevenção das doenças (Donahue, 1993). Assim, vinculada às necessidades de cuidados de saúde, por parte dos seres humanos, e ao trabalho feminino, nasce a Enfermagem (Angerami & Correia, 1987).

Muito tempo passou desde o surgimento da Enfermagem, tendo esta profissão acompanhado a evolução da humanidade e vivenciado vários períodos... Florence Nightingale, considerada a precursora da Enfermagem Científica, dizia que a Enfermagem é uma ciência progressiva, na qual ficar parado é retroceder. A ciência a que ela se referia se evidencia por meio da aplicação de conhecimentos sistematizados e instrumentalizados pela arte. Para ela a Enfermagem era ambos; uma arte e uma ciência, e requeria organização científica e educação formal para cuidar das pessoas. Apesar de expressar a Enfermagem enquanto arte na grande maioria de seus escritos, não registrou o que entendia por arte; deixava-a, no entanto transparecer na sua prática.

A necessidade sentida por Nightingale de que a Enfermagem fosse exercida por pessoal capacitado levou-a a fundar a *Escola de Enfermagem Nightingale*, em 1860, em Londres. A escola admitia dois grupos de alunas: as *lady-nurses* e as *nurses*. As *lady-nurses* custeavam seus estudos e eram formadas para supervisão, ensino e difusão do conhecimento em Enfermagem (Almeida & Rocha, 1986; Carraro, 1994). Esta foi uma maneira que Florence encontrou para que as mulheres de famílias mais abastadas tivessem uma profissão e viessem a exercer um trabalho fora do lar e útil ao próximo.

As *nurses* recebiam ensino gratuito, sob o compromisso de atuar no hospital por um ano após o curso; eram preparadas para prestar assistência direta ao paciente. A partir daí, a Enfermagem vem estruturando e desenvolvendo seu corpo de conhecimentos, firmando e ampliando seus princípios científico-filosóficos, o que traz como consequência a expansão de seu campo de atuação (Almeida & Rocha, 1986; Carraro, 1994).

Dentre estas novas possibilidades destacam-se a atuação nas empresas, no domicílio, no ensino..., ao mesmo tempo em que a atuação em campos antigos são fortalecidas. Nas instituições de saúde mais e mais as *enfermeiras* ampliam horizontes. Restritas anteriormente ao cuidado direto ao ser humano, e quando muito, à administração do Serviço de Enfermagem, hoje atuam em serviços de compras, recursos humanos, de limpeza hospitalar, lavanderia, diagnóstico, controle de infecção e pesquisa (Cruz, 1997). Ao ampliar suas possibilidades de trabalho ou atividades, a Enfermagem vem demonstrando competência e resolutividade, porém não pode perder de vista que seu produto final deve ser o cuidado humanizado; que a prevenção de agravos, a promoção à saúde e a redução do risco constituem seus compromissos primeiros.

Vale ressaltar que os caminhos da Enfermagem apresentam fortes relações com a prevenção. A higiene pessoal, a limpeza e a alimentação adequadas sempre estiveram presentes no cuidado, desde o seu início. Estas estratégias provavelmente eram embasadas na observação e no empirismo, pois a bacteriologia ainda era uma ciência desconhecida (Donahue, 1993; Cruz, 1997).

Prevenção, segundo o senso comum, é o ato ou efeito de prevenir (-se), dispor com antecipação, de sorte que evite dano ou mal; significa interromper, atalhar (Ferreira, 1988). Ou seja, uma atitude preventiva conduz as pessoas a evitar males, para si mesmas e para outrem. Na área da saúde entende-se por prevenção o conjunto de medidas a serem tomadas com vistas a evitar a ocorrência de agravos à saúde. Esses agravos podem afetar a vivência do processo saúde-doença do ser humano de diferentes maneiras e graus, variando desde o “não se sentir bem” até a morte.

No que se refere às infecções, a prevenção está aliada ao controle, até porque este, enquanto “Conjunto de ações e intervenções dirigidas a reduzir a prevalência ou incidência...” (Pereira, 1995, p. 386), outorga aos profissionais que o exercem o poder da fiscalização sobre as atividades desenvolvidas com vistas a atingir os objetivos propostos. Assim entendidos, a

prevenção e o controle estarão caminhando par e passo em busca da evitabilidade destas infecções hospitalares, entre as quais se incluem as infecções puerperais.

A relevância da Enfermagem em prevenção e controle é enfoque antigo que continua atual. Podemos ver Nightingale enfatizando a assistência criteriosa e humana como uma salvaguarda contra a infecção (1859), e também autores de nossos dias¹⁰ salientando a importância da prática assistencial da Enfermagem na prevenção, destacando o papel da enfermeira na prevenção e controle de infecções.

Mas não é papel apenas e isoladamente da enfermeira que atua no controle de infecções assumir toda essa responsabilidade. Esse deve ser um trabalho articulado entre os profissionais de Enfermagem e outros profissionais que atuem junto ao ser humano/paciente, buscando soluções para problemas referentes à prevenção. Esse pensamento é reforçado por Cruz (1997) quando, ao trabalhar prevenção e controle de infecções com um grupo em uma unidade hospitalar, afirma que o envolvimento de vários profissionais potencializou a atuação, à medida que cada um contribuía com a riqueza de seus conhecimentos científicos e de suas experiências práticas, frente à singularidade do contexto em que interagem. Continua, salientando que a participação multiprofissional favoreceu a formação de um elo entre os profissionais e o Serviço de Controle de Infecção.

Assim pode-se deduzir que a prevenção e o controle de infecções puerperais requer uma atuação coletiva, em que cada profissional traga sua contribuição, potencializando os cuidados à mulher neste período tão singular de sua vivência.

Segundo Ziegel & Cranley, (1995, p.440) o puerpério é “o período que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja, aproximadamente seis semanas depois. É também chamado de pós-parto”.

O puerpério é muitas vezes um período de tempo negligenciado em termos de cuidado de saúde à mulher e a sua família. A maior parte das vezes o recém-nascido recebe considerável atenção, os cuidados são providos adequadamente e a paciente em pós-parto é considerada em condição satisfatória, sendo-lhe dispensada apenas uma pequena parcela de atenção, sem se considerar que esta mulher está experienciando uma importante e potencial fase de mudanças fisiológicas e psicológicas (MacKenzie, Canaday & Carroll, 1982).

O período puerperal pode ser considerado relativamente curto se ponderarmos que a

¹⁰ Cruz, 1997, Santos, 1997.

evolução da gestação levou nove meses, e então, repentinamente a criança nasce, esvaziando o útero materno; nesse espaço de tempo o organismo da mulher, teoricamente, volta ao estado anterior (Carraro, 1997a). De acordo com Soifer (1986), durante o parto a situação psicológica da mulher passa por um estado de confusão de sentimentos, com ansiedades de esvaziamento (perda de partes muito importantes de si mesma), de castração (segundo a qual lhe arrancaram algo muito valioso), aliados aos diferentes mecanismos de defesa de que lança mão para enfrentar essa nova situação. Segundo a autora, a mulher ver e sentir seu filho neste momento é fundamental para que a interação mãe/filho se efetive.

Conseqüentemente, o período puerperal configura-se como uma "...situação de delimitação entre o perdido: – a gravidez – e o adquirido: – o filho. Também de delimitação entre devaneio, fantasia inconsciente e realidade" (Soifer, 1986, p.63). E, é nessa situação, em que se apresentam mudanças tanto psicológicas quanto fisiológicas, num dinamismo acelerado, que a mulher se defronta com a sobreposição de papéis (mulher, esposa, mãe, nutriz, paciente). Mesmo que ela já tenha experienciado o "ser mãe", esse momento para ela é uma nova situação, vivenciada de modo singular (Carraro, 1997a).

O puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de encontro, de interação, de troca... É um tempo que traz consigo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam. Esta carga cultural, que muitas vezes colide com o conhecimento científico, precisa ser considerada e respeitada a fim de que o cuidado seja efetivo.

Por outro lado, o puerpério é um tempo de riscos, quando se deve estar alerta, especialmente nos seus primeiros dias, que são críticos. Observar atentamente a reação do organismo da mulher nessa situação subsidiará a atuação da Enfermagem, especialmente no sentido da potencialização de seu poder vital, para que ela a vivencie de forma saudável. Reconhecer como a mulher se sente nesta situação é um importante componente que ajudará a Enfermagem a atingir seu objetivo que, segundo Nightingale (1989), é propiciar ao ser humano as melhores condições para que seu poder vital possa ser potencializado para um viver saudável.

A Enfermagem enquanto profissão integrante da equipe multiprofissional que atua junto à mulher no tempo do puerpério, deve estar preparada com toda ciência e arte pertinentes a esta profissão, apoiada em conhecimentos amplos também de outras áreas,

conhecendo e sabendo identificar os riscos a que esta mulher está exposta.

Carraro et al. (1993, p.134) salientam que “Por razões históricas ainda existe na prática uma dicotomia entre o pensar e o fazer, tanto é que grande parte dos profissionais de Enfermagem da área assistencial permanecem afastados do processo de sistematização do conhecimento (construção teórica do saber)”. Os enfermeiros que atuam na assistência sistematizam, criam e recriam, organizam e reorganizam a prática, encontram novas técnicas ou procedimentos operacionais, observam, porém, raramente registram suas ações ou mesmo teorizam sobre elas. Sob um outro prisma, os enfermeiros da academia vão ao “local da prática”, resgatam as ações, documentam, teorizam à luz de outros estudiosos e encaminham o conhecimento para difusão. Nesse contexto, em que o esperado seria que os enfermeiros atuassem conjuntamente, teorizando, agindo e retroalimentando as ações de Enfermagem, o que acontece é um desencontro entre o “pensar e o agir” – como se isso fosse possível numa prática social, coletiva por natureza. Caso o encontro entre enfermeiros da docência e enfermeiros da assistência fosse concretizado, traria grandes avanços para a profissão, resultando em melhoria na qualidade da assistência e sua validação social.

Por outro lado, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem aponta novas perspectivas aos mesmos, respaldando-os ética e legalmente na sua busca de conhecimentos e conseqüente aperfeiçoamento profissional, em seus artigos 18 e 19, a seguir apresentados:

“Art. 18º - Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 19º - Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão” (Brasil, 1993).

Conseqüentemente, a realidade atual aponta para a busca de conhecimentos por parte dos profissionais de Enfermagem, numa perspectiva de direito, a qual desencadeará uma prática que responda a seus compromissos sociais não apenas com competência tecnocientífica, mas também ética e moral.

No rol de conhecimentos necessários para prestar-se a assistência à mulher no período gravídico-puerperal incluem-se as informações sobre os riscos de infecções puerperais. A maioria destas ocorre entre a primeira e a segunda semana do puerpério, muitas delas culminando em mortes maternas. As infecções puerperais mais comuns são aquelas originadas na cavidade uterina, mas não necessariamente limitadas a ela, destacando-se as endometrites,

que precedem as miometrites, as parametrites, as salpingites, os abscessos pélvicos, as tromboflebitides pélvicas e/ou as septicemias. Os fatores de risco das infecções puerperais podem ser agrupados em três grandes categorias: relativo aos riscos gerais de infecção; referente aos eventos do trabalho de parto e aos fatores de riscos cirúrgicos (Eschenbach & Wager, 1990), conforme mostra o quadro nº 1.

QUADRO Nº 1: FATORES DE RISCO DAS INFECÇÕES PUERPERAIS

RELATIVOS AOS RISCOS GERAIS DE INFECÇÃO	REFERENTES AOS EVENTOS DO TRABALHO DE PARTO	REFERENTES AOS FATORES DE RISCOS CIRÚRGICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Anemias • má nutrição • falta de cuidado pré-natal • baixo nível socioeconômico • obesidade • intercorrência sexual durante a gestação 	<ul style="list-style-type: none"> • prolongado período de ruptura das membranas • monitoração fetal intra-uterina • número de exames durante o trabalho de parto • corioamionite 	<ul style="list-style-type: none"> • cesárea • anestesia geral • urgência operatória • parada durante a cirurgia • remoção manual da placenta • hemorragia • fórceps • episiotomia • lacerações

Fonte: Eschenbach & Wager, 1990, p.1005.

As infecções puerperais apresentam alguns sinais e sintomas, os quais significam um alerta para que o devido tratamento seja estabelecido; dentre eles destacam-se sintomas não específicos, tais como mal-estar, hipertermia (acima de 38°C) e anorexia. Achados adicionais que podem assegurar o diagnóstico são lóquios fétidos, calafrios, flacidez uterina e abdome dolorido.

Essas infecções, cujas causas são, ou deveriam ser, conhecidas pelos profissionais de saúde, na sua grande maioria podem ser prevenidas através de medidas simples e óbvias, mas que requerem atenção. No entanto, elas não vêm sendo observadas suficientemente, o que evitaria que mulheres, paradoxalmente, ao trazerem à vida uma nova vida, morressem vítimas de infecção puerperal.

Pruitt Junior (1993) corrobora essa afirmação ao mostrar em um estudo que: após 145 anos das descobertas de Semmelweis, as infecções continuam ocorrendo por falta de cuidados adequados por parte dos profissionais de saúde. O autor aponta também seis fatores fundamentais para a prevenção das infecções: a antibioticoterapia adequada; técnicas assépticas, especialmente as cirúrgicas; desenvolvimento tecnológico; cuidados de Enfermagem; mudanças epidemiológicas relatadas e uso de agentes terapêuticos que vêm

demonstrando imunocompetência. Salienta ainda a multidisciplinaridade como uma estratégia para prover o cuidado a pacientes, identificando complicações ameaçadoras e investigando problemas subjetivos.

Por consequência, a formação em Enfermagem precisa incluir estudos referentes às infecções puerperais, no intuito de capacitar o profissional para atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento, mesmo que subsidiando o trabalho de responsabilidade legal de outro profissional. De acordo com Kwast (1991) o sucesso do tratamento da infecção puerperal depende principalmente do diagnóstico preciso, que por sua vez depende da observação precoce e correta interpretação dos sinais físicos que a mulher venha a apresentar.

Assim, partindo do problema levantado: *Os altos coeficientes de mortes maternas associadas às infecções puerperais*, o presente estudo teve por questão norteadora: *Quais são os componentes da Assistência de Enfermagem no processo de prevenção das mortes maternas associadas às infecções puerperais?*

Face à importância de uma atuação efetiva na sua prevenção, o objetivo de pesquisa definido foi:

Refletir sobre os componentes da Assistência de Enfermagem na prevenção das mortes maternas associadas às infecções puerperais, à luz dos postulados poder vital/vida e prevenção/contágio, de Florence Nightingale e Ignaz Philipp Semmelweis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A sistematização e constituição de banco de dados sobre o conhecimento de Enfermagem proposto por **Florence Nightingale** têm sido uma constante para mim desde a realização do curso de mestrado, seja na busca bibliográfica, seja nas leituras e releituras de seus escritos ou daqueles que versam a seu respeito. Esses conhecimentos hoje fazem parte de minha trajetória, pois foram em mim introjetados enquanto referencial de vida profissional, permeando minha prática no dia-a-dia. Com os ensinamentos que apreendo dos escritos de Nightingale sinto-me mais segura para prestar cuidados de Enfermagem, gerenciá-los, pesquisá-los e ensiná-los. Até porque, sendo eles os fundamentos da Enfermagem Moderna, podem ser aplicados em qualquer área a que todo e qualquer profissional de Enfermagem queira se direcionar, o que constitui suporte para o desenvolvimento de suas habilidades.

Como consequência desta opção, Florence Nightingale se faz aqui presente, pois ela é uma das pensadoras na área de saúde que responde as questões pertinentes à prevenção e controle das infecções. Ao tratar da evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais, optei pelos estudos de **Ignaz Philipp Semmelweis**, para, juntamente com o conhecimento produzido por Nightingale, compor o Referencial Teórico desta tese.

Percebi entre eles algumas semelhanças, seja nos seus pensamentos, perspicácia e persistência, seja na valentia e determinação em prol daqueles que estavam expostos a agravos na vivência do processo saúde-doença. Pioneiros na aplicação da Epidemiologia e da Estatística, ambos conseguiram associar a teoria e a prática com habilidade, no que decidi me espelhar. Com medidas simples, óbvias e viáveis, cada um projetou-se em sua atuação, conseguindo controlar, em seus tempos, as infecções e, conseqüentemente, diminuir a mortalidade a elas associada.

Nightingale e Semmelweis, destaques da história, não se deixaram dominar pelos momentos adversos que viveram; acreditaram em seus trabalhos e os organizaram como uma nova perspectiva para o futuro. Hoje são modelos e suporte no ideal de evitar que pessoas morram por infecções que há mais de um século já foram apontadas como passíveis de controle, com medidas simples como lavar as mãos e organizar o ambiente de internação para preservar a dignidade dos pacientes. Às portas do século XXI, eles ainda são exemplos para que possamos contribuir na evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais, e assim

diminuir tanto o número de crianças que vêm ao mundo órfãs, quanto o de famílias que, pela falta da mulher articulando-as e dando-lhes suporte, desestruturaram-se.

Registrar informações acerca de **Florence Nightingale** e **Ignaz Philipp Semmelweis**, sobre as origens de seus escritos e suas contribuições para a área da saúde, em especial a prevenção de infecções, requer que o primeiro passo seja voltarmos os olhos para o passado, para a época em que eles viveram e fazermos a leitura de suas atuações, traduzindo-as porém para os dias de hoje. Nos termos de Florence Nightingale, isto será um exercício de arte: a sensibilidade entrará em ação, ajudando-nos a perceber e externar sentimentos; a criatividade/imaginação serão propulsoras do pensar e a habilidade nos auxiliará a transpormos a barreira do tempo e poderemos fazer o elo entre a prevenção vivenciada por eles e a que vivemos atualmente.

3.1 FLORENCE NIGHTINGALE: A ENFERMEIRA – 1820 – 1910

O fato de **Florence Nightingale** ter nascido logo após o final das Guerras Napoleônicas, em 12 de maio de 1820, contribuiu para que ela tivesse uma educação mais plena, pois era uma época em que a ditadura foi enterrada por um tempo. Esta educação meticulosa, vinda de seu pai, um homem culto formado em Cambridge e Edimburg, era pouco comum para uma mulher do Século XIX. Estudou latim, grego, línguas modernas, artes, matemática e estatística, filosofia, história e religião, sempre junto com a irmã Parthenope. Sua educação e os acontecimentos da época estimularam seu pensamento crítico, levando-a a interessar-se por política, economia, governo, liberdade, condições sociais e instituições. Leu e citou em seus escritos: Platão, Dante, Mill, Bacon, Locke, Newton, Kant, Hegel, Comte e São João.

Por outro lado era tímida e espiritualista. Acreditava que servindo ao homem estava servindo a Deus. Isto a impulsionava a fazer seu caminho, a ser independente, a buscar uma profissão para utilizar sua capacidade. Nightingale não pensava só nela mesma, mas também em tantas outras mulheres que buscavam uma profissão!

Seu pensamento foi influenciado por quatro aspectos: religião, ciência, guerra e feminismo (Canedy, 1979; Reed & Zurakowski, 1983; Carraro, 1997b). É importante registrar

que contemporaneamente à atuação de Nightingale nascia o Movimento Feminista, pois a concretude da ideologia feminista se deu nas últimas décadas do século XIX e início do século XX, no período da industrialização na Europa e EUA.

Na época, na área da saúde a corrente dominante era a Hipocrática: acreditava-se nas forças curativas inerentes ao ser humano. A tradição Hipocrática com ênfase na inter-relação fundamental entre corpo, mente e meio ambiente, procurava ver o ser humano como um todo. Este pensamento influenciou sobremaneira a atuação e os escritos de Nightingale.

Suas posses permitiram que ela viajasse por vários países buscando subsídios para atuar na Enfermagem. Esteve em Roma, Egito, Alemanha, Irlanda e França e a cultura do cuidado praticada nestes países influenciou sua prática.

Em 1860, recebeu do Governo Inglês uma doação e a aplicou na fundação da Escola de Enfermagem Nightingale, no Hospital Saint Thomas (Londres). O Sistema Nightingaleano foi se difundindo pelo mundo afora. Existe quem o defenda, existe quem o condene, porém não é possível negar sua contribuição para o desenvolvimento da Enfermagem (Carraro, 1997b).

A fundamentação teórica e a vivência de Nightingale influenciaram seus escritos e ainda estão presentes em muitas teorias de Enfermagem mais recentes. Este é um elo importante entre a Enfermagem Ciência e Arte de Florence Nightingale e a Enfermagem atual. Em sua visão e saber, incluem-se *insights* e valores antigos que se relacionam com a teoria do cuidado humano atual – teoria que uma vez mais guia a educação de Enfermagem, a prática e a investigação clínica que se baseia no cuidado como um ideal moral; teoria que permeia o espiritual, o transcendente, o todo, enquanto atende o *ser* e *fazer*, totalmente integrados. A visão e saber de Nightingale, incluem a visão e a imagem de totalidade, beleza e harmonia de vida, um sentido de união de todos os seres vivos (Watson, 1992).

Desde pequena Nightingale gostava de escrever, registrando tudo o que ocorria ao seu redor; por isto deixou tantos escritos, pois enquanto enxergava, até os 81 anos, continuou escrevendo. Durante sua vida, Florence publicou 147 livros e panfletos sobre sanitarismo em hospitais civis e militares; higiene; enfermagem; estatística e filosofia. Sua correspondência pessoal também foi volumosa. Entre seus livros, destaca-se o tratado filosófico com 1.000 páginas sob o título: *Suggestions on Thought to Searchers After Truth Among the Artizans of England*. Este contém sua própria filosofia, desenvolvida através de exaustiva leitura

histórica e da filosofia corrente; nele faz a correspondência com alguns de seus pensamentos projetando o dia-a-dia. Em 1859 Nightingale publicou dois de seus 'Best-Known': *Notes on Hospitals e Notes on Nursing*. Estes livros abriram uma nova época na reforma e no cuidado à saúde. (Schuyler, 1992).

3.1.1 Contribuições Trazidas por Florence Nightingale ao Conhecimento da Enfermagem

Em 15 de agosto de 1910, dois dias após a morte de Florence Nightingale, The New York Times declarou: “**Poucas vidas foram mais úteis, ou mais inspiradoras do que a dela**” (Schuyler, 1992). Este viver, útil e inspirador, deixou, entre outras, a contribuição do resgate da Enfermagem enquanto profissão digna e respeitada. Nightingale usou sua influência social e política para elevar o conceito da Enfermagem, infundindo na sociedade o respeito e a admiração pela profissão. Apesar disso, ainda hoje existem lugares em que a Enfermagem não conquistou o respeito profissional.

Buscando conhecer o que havia de prática de Enfermagem nos diversos países que visitou, aos 33 anos considerava-se preparada para devotar-se à profissão. Atuou como superintendente de Enfermagem na Casa de Gentlewomen, em 1853. No ano seguinte, foi voluntária durante a epidemia de cólera, em Londres e, no final deste mesmo ano foi para a Criméia, onde permaneceu por 21 meses organizando, limpando e humanizando. Reduziu de 42% para 2% a mortalidade entre os feridos de guerra. Virou *lenda*, como Dama da Lamparina, mas também *história*, como sanitarista e administradora (Carraro, 1997b). Além de ter sido a Dama da Lamparina, ela foi também a *Dama com Cérebro*, que fez a diferença no cuidado, enfatizando que a Enfermagem se preocupa principalmente com o ser humano. Lançando mão de ações objetivas e de baixa complexidade, colocava o meio ambiente a favor da saúde destes seres humanos.

Após a Guerra da Criméia, Nightingale dedicou-se aos hospitais do exército, à reforma do saneamento do exército, ao saneamento da Índia e entre as classes mais pobres da Inglaterra.

Nightingale iniciou o processo de registro das ações de Enfermagem. Devemos

considerar que viveu num período de tradição empiricista e por esta razão restringiu sua teorização ao processo de observação e descrição das ações que executava. Isto levou a atividade de teorização em Enfermagem, no século XIX, a se focalizar na prática, registrando-a ricamente, sem se voltar para a abstração.

Segundo Reed (1995), Nightingale generalizava por analogia em um processo de movimento horizontal, dando corpo a suas idéias. A teorização de Nightingale produziu generalizações empíricas, contudo o desenvolvimento dessas gerou uma lacuna entre os eventos empíricos e as explanações teóricas: embora essa forma de conhecimento tivesse poder preditivo, algum poder para guiar a prática, na era de Nightingale tinha limitado poder explanatório.

Torres (1993) refere que Nightingale não abordou seus escritos, especificamente no contexto da terminologia atual de conceitos e teorias. Mas, mesmo assim, seus trabalhos sobre cuidados de Enfermagem podem ser interpretados como um reflexo da ênfase atual sobre uma abordagem teórica ao Processo de Enfermagem.

Em seus escritos Nightingale (1859) salientou que pretendia simplesmente apresentar algumas sugestões às mulheres que tinham a seu encargo a saúde de outras pessoas. Todavia também aconselha e adverte os médicos e amigos dos doentes.

Segundo Alligood e Choi (1994), as crenças de Nightingale a respeito da Enfermagem, o que é e o que não é, formam o fundamento do que escreveu em suas Notas sobre Enfermagem. Sua contribuição ao desenvolvimento da teoria está em explicar o campo de ação da Enfermagem, como a relação paciente – meio ambiente, e em iniciar as análises estatísticas para a saúde e a Enfermagem profissional. Para ela os escritos de Florence representam uma Filosofia da Enfermagem. Esta afirmação é confirmada por Marriner-Tomey (1994), quando classifica Florence Nightingale como a primeira filósofa em Enfermagem.

A bibliografia deixada por Nightingale que foi e vem sendo usada com mais frequência é seu livro *Notes on Nursing: what is, and what is not* (1859), o qual dá vazão à mais diversificada gama de abordagens.

Atualmente existem várias *enfermeiras* se dedicando ao estudo dos escritos deixados por ela, olhando-os enquanto teoria. Entre estas *enfermeiras* destacam-se: Gertrude Torres, que em 1980 analisou e apresentou os escritos de Florence chamando-os de *Teoria Ambientalista de Nightingale*, e em 1986, numa nova denominação, a *Teoria do Meio*

Ambiente; Pamela G. Reed e Tamara L. Zurakowski, que em 1984 sistematizaram *Nightingale: Um Modelo Visionário para Enfermagem*; e Karen R. de Graaf, Ann Marriner-Tomey, Cynthia L. Mossman, e Marbeth Slebodnik, que em 1994 reeditaram *Arte e Ciência da Enfermagem Humanista*. Essas abordagens possuem semelhanças e diferenças entre si, e foram realizadas sob diferentes prismas filosóficos, o que transparece do título à leitura das mesmas (Carraro, 1994).

O fato de atualmente enfermeiros estarem se reportando ao referencial de Nightingale para desenvolverem seus trabalhos e apoiar a prática da Enfermagem servem para destacar a contribuição que ela trouxe para o desenvolvimento da profissão, mostrando o quanto seus escritos são passíveis de aplicação ainda nos dias de hoje.

Ao prosseguir meus estudos sobre a literatura deixada por Florence Nightingale pude perceber sua concepção de organização, administração, epidemiologia e estatística. Nightingale, além de primeira teorista e primeira pensadora em Enfermagem a oferecer subsídios para o pensamento filosófico nessa área, foi também a primeira *enfermeira* a aplicar na administração de Enfermagem a epidemiologia como princípio, pois utilizou o raciocínio epidemiológico, como instrumento de sua prática, deixando isto transparecer em seus escritos.

Pude também vivenciar o assistir respaldado pelos escritos de Nightingale ao elaborar um Marco Conceitual, uma Proposta de Assistência de Enfermagem e aplicá-la na prática, em minha Dissertação de Mestrado. Nessa registrei: “Florence tinha uma visão avançada para seu tempo!... Com o respaldo de Florence as coisas foram acontecendo de forma harmônica!... Estas reflexões me animavam a prosseguir” (Carraro, 1994, p.119).

Contudo, apesar de decorrido mais de um século, desde que Florence Nightingale preconizava a concepção de Enfermagem, ainda não se apreendeu todas as dimensões de sua proposta, nem mesmo as distintas possibilidades de novas conquistas através dos caminhos por ela sugeridos.

No que se refere à formação, ela acreditava que a Enfermagem Profissional requer educação apoiada em bases científicas. Segundo Selanders (1995), ela enfatizava a necessidade de mesclar a experiência teórica e clínica como parte do conteúdo educacional de Enfermagem. Dizia também que tanto a teoria quanto a prática não podem ser ensinadas apenas por livros e/ou leituras, e que o conteúdo do livro não deve permanecer no livro!

No referente à pesquisa, cito Palmer (1977, p.89): “Nightingale uma mestra do

passado na pesquisa, incorporou historicamente, em diferentes campos, métodos explanatórios, descritivos e comparativos...”

Enfim, como nos diz Newman (1992), Nightingale iluminou as *enfermeiras* que não tinham isto como nato, mas foram educadas para serem capazes de ‘pensar como *enfermeiras*’. Educadores, teóricos-pesquisadores e práticos possuem um tremendo débito à visão que Nightingale teve sobre a natureza do conhecimento e sobre a prática de Enfermagem.

3.1.2 Postulados de Florence Nightingale para a Evitabilidade das Infecções

Percebe-se que de um século para outro, a sabedoria de Florence Nightingale ainda contém verdades passíveis de aplicação na atualidade, sendo sua mensagem atemporal, e que seu pensamento que proclamava e previa a consciência do cuidado feminino de Enfermagem continua a emergir e a se desenvolver ainda no nosso tempo (Watson, 1992). Por esse motivo, pontuei aqui algumas questões de seus escritos, bem como dos estudos sobre seu pensamento, que possam nortear a prática da Enfermagem atual, especialmente no que se refere à prevenção das infecções.

Para Nightingale (1859) a **Enfermagem** é uma ciência e uma arte que tem por objetivo propiciar ao ser humano as melhores condições para que seu poder vital possa ser potencializado para um viver saudável. Portanto, aponta estratégias para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto e bem-estar, apoio, educação à saúde e mobilização junto ao meio ambiente.

Nightingale enfatizava que o ser humano é possuidor de um **poder vital**, de que se pode lançar mão no processo saúde-doença. Acreditando que este poderia conduzi-lo para a vida, ou para a morte, atuava de forma a fortalecer o poder interior do ser humano. Respeitava cada pessoa de modo singular, dando-lhe a atenção e o cuidado necessários e evitava aquilo que incomodasse o paciente. Orientava visitas e familiares para não perturbarem o mesmo com conselhos e conversas cansativas, “irremediáveis esperanças”. Sugeria que lhe proporcionassem algum prazer, dizendo somente aquilo que pudesse trazer-lhe alegria: fatos positivos, o que de bom está acontecendo no mundo... (Nightingale, 1859).

Defendia a **família**, pela importância que esta possui para as pessoas. Exemplo disto

foram as atitudes por ela tomadas na Guerra da Criméia ao envolver as mulheres dos soldados nos cuidados para com eles, ou ainda ao interferir politicamente junto ao governo inglês para garantir que o dinheiro enviado pelos soldados para suas famílias chegasse ao seu destino (Woodham-Smith, 1951). Existem também registros que mostram sua preocupação em orientar mães nos cuidados com os filhos – um capítulo de seu livro *Notes on Nursing* versa sobre isto.

Para ela **doença** era um processo restaurador que a natureza instituiu, assim não via a **saúde** como o oposto de doença, mas sim como a capacidade do ser humano usar bem qualquer poder que possuísse, destacando-se o poder vital. Salientava que a doença nem sempre é a causa dos sofrimentos que a acompanham, que muitos sintomas e complicações surgem por falta de cuidados e de **prevenção**, especialmente as infecções (Nightingale, 1859).

Quanto ao **meio ambiente**, ressaltava que este propiciava meios de prevenção contribuindo para a saúde ou a doença, registrando cinco pontos essenciais para assegurar as condições sanitárias: ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação. Afirmava que, ao observar estes pontos a Enfermagem estaria proporcionando maior segurança e bem-estar ao paciente. Enfatizava ainda a importância da higiene pessoal como forma de prevenir doenças e proporcionar bem-estar. Destacava a limpeza, o ar puro e uma assistência contínua ao enfermo como defesas contra a infecção. Segundo Dennis & Prescott (1985), Nightingale enfatizava, em todas as medidas de Enfermagem que descreveu, a mobilização do meio ambiente como uma grande estratégia. Ela acreditava que as ações de Enfermagem não eram só para alívio e conforto do paciente, mas para restauração e preservação da saúde, e prevenção da doença.

Nightingale na Criméia organizou, limpou, humanizou e cuidou. Estas suas ações resultaram na diminuição das mortes entre os soldados, mortes principalmente ocasionadas por infecções. Ela enfocou a importância da prevenção de infecções, legando esta responsabilidade, inclusive, para a Enfermagem, ao afirmar que “A assistência criteriosa e humana ao doente é a melhor salvaguarda contra infecção” (Nightingale, 1989, p.41). Iniciou o sistema de **Vigilância das Infecções Hospitalares** e o processo de registros das ações de Enfermagem, introduzindo assim a **Epidemiologia** e a **Estatística** no campo hospitalar. Apesar desses registros serem essencialmente práticos, ela acreditava na necessidade da aquisição de conhecimentos teóricos, embasamento científico, para fundamentar a prática da Enfermagem.

Ela conseguia pontuar suas experiências e observações, perquirir a respeito de suas inquietações e realmente viver a relação teoria – prática.

Como no século passado, o apelo de Nightingale continua vivo e atual; constitui um chamamento básico ao ser humano a medidas humanizadas e simples, que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, a prevenção de agravos à saúde e a prevenção de muitas mortes evitáveis, dentre as quais se destacam as mortes maternas, especialmente aquelas associadas às infecções puerperais.

3.2 IGNAZ PHILIPP SEMMELWEIS: O MÉDICO – 1818 – 1865

Ignaz Philipp Semmelweis, nascido em 1º de junho de 1818, em Ofen, arredores de Budapeste, na Hungria, era filho de comerciantes. Alguns diziam que era de família pobre, outros que gozou das regalias de uma família burguesa de bons recursos. Inicialmente estudou Direito, desistindo para cursar Medicina na Escola Médica de Viena, onde graduou-se no ano de 1844. Três anos após concluir seus estudos, **Semmelweis** foi convidado para trabalhar como assistente no Departamento da Maternidade do Hospital Geral (*Allgemeines Krankenhaus*), para onde estudantes de toda a Europa se dirigiam a fim de estudar e desfrutar de Viena. Essa maternidade era considerada um grande centro de obstetrícia da Europa (Suassuna, 1980; LaForce, 1997; Santos, 1997).

Semmelweis (1988) ressaltava que o mais alto dever da medicina é salvar vidas ameaçadas, e que a obstetrícia é o ramo da medicina no qual esse dever acontece de modo mais evidente. Sua formação havia lhe mostrado que muitas vezes a mãe e a criança dependiam da atuação médica para salvar suas vidas, em poucos minutos e quase sem dor, sentia-se familiarizado com esta prerrogativa. Porém, na prática pôde perceber que, lamentavelmente, o número de casos em que o obstetra obtinha sucesso era insignificante comparado com o número de vítimas para as quais sua ajuda era inútil. Salientou que este lado obscuro da obstetrícia era a **febre puerperal**. Relatou ter visto muitas centenas de pacientes da maternidade serem tratadas de modo infrutífero. Não somente a terapia era ineficaz, mas também a etiologia parecia apenas parcialmente conhecida. Ponderava que a etiologia aceita e que embasava o tratamento ineficaz de tantas mulheres, não poderia conter o verdadeiro fator

causal da febre puerperal.

A maternidade em que atuava era dividida em duas clínicas, a Primeira e a Segunda. Pelos decretos *Imperial* e da *Comissão do Tribunal para Educação e Ordem Administrativa*, datados de outubro de 1840, todos os estudantes de obstetrícia, do sexo masculino foram designados para a Primeira Clínica e todas as estudantes do curso de parteiras, do sexo feminino, para a Segunda. Anteriormente todos atuavam em ambas as clínicas, independente do sexo. Desde o momento em que na Primeira Clínica passaram a atuar apenas homens, até junho de 1847, a taxa de mortalidade na mesma era constantemente superior a da Segunda Clínica, chegando a ser cinco vezes maior em 1846, e apresentando, ao final de seis anos, uma média três vezes superior (Semmelweis. 1988).

Este fato intrigava **Semmelweis**, que questionava: *Qual é a origem desta diferença entre as clínicas?* Várias causas foram aventadas, tais como problemas sangüíneos, intercorrências uterinas, o parto em si e contrações imperfeitas. Contudo estas causas não podiam explicar o porquê da diferença apresentada, e logo eram por ele descartadas, pois se fossem nocivas seriam para ambas as clínicas. Ele continuava procurando a causa desta tão elevada mortalidade e então começou a perceber algumas circunstâncias inexplicáveis. Algumas pacientes cujo período de dilatação se prolongava por 24 horas ou mais, adoeciam nas 24/36 horas após o parto e logo morriam acometidas pela febre puerperal. Na segunda clínica a evolução não era a mesma; elas não adoeciam, nem morriam. **Semmelweis** levantava outras hipóteses – o constrangimento por serem atendidas por homens, o medo da morte por conhecerem a alta mortalidade da clínica, o esfriamento, a dieta errada – as quais ia descartando uma a uma. Observou também que nessa época freqüentemente as mulheres tinham seus filhos a caminho da maternidade; eram os chamados *partos da rua*. Essas mulheres eram levadas para a maternidade após seus partos, e contraíam febre puerperal com uma taxa significativamente mais baixa que as que davam à luz no hospital. Isto o intrigava ainda mais: o que protegia as mulheres que não davam à luz na Primeira Clínica? (Semmelweis. 1988).

A alta mortalidade por infecção puerperal preocupava também os dirigentes da Maternidade e outros médicos que lá atuavam. Ao final de 1846, uma comissão que estudava o caso acreditava que a febre puerperal se originava do dano produzido no canal de parto pelos exames que faziam parte do processo de formação. Contudo, a formação das parteiras também contemplava exames. Esse fato levou a comissão a acreditar que os estudantes homens,

especialmente os estrangeiros, eram mais brutos ao examinar as mulheres, e que as parteiras tinham as mãos mais ágeis e delicadas. Então diminuíram o número de estudantes, excluíram os estrangeiros e reduziram os exames ao mínimo. Com efeito, a mortalidade baixou consideravelmente em dezembro de 1846, assim como em janeiro, fevereiro e março de 1847, mas subiu novamente em maio. Este fato demonstrou a todos que essa opinião estava infundada (Semmelweis, 1988; Suassuna, 1980).

Em seus registros, **Semmelweis**, citado por OPS (1988, p.53) desabafa:

A enfermidade aparecia de forma seqüencial entre as pacientes da Primeira Clínica. As pacientes da Segunda Clínica estavam mais sadias, ainda que o pessoal que trabalhava ali não fosse mais esperto ou cuidadoso. A falta de respeito mostrada pelos funcionários para com o pessoal da Primeira Clínica me entristecia tanto que parecia que a vida não tinha nenhum valor. Tudo estava em questão; tudo parecia inexplicável; tudo era duvidoso. Só o grande número de mortes era uma realidade inquestionável.

Em março de 1847, **Semmelweis** viajou para Veneza na tentativa de reanimar a mente e o espírito, os quais estavam gravemente afetados pelas suas vivências. Quando voltou de sua viagem ficou sabendo da morte do professor Jacob Kolletschka, a quem admirava muito. Ao ser ferido em uma das mãos por um bisturi, durante uma autópsia, o referido professor apresentou linfangite e flebite dos membros superiores, evoluindo para pleurisia bilateral, pericardite, peritonite e meningite, culminando com a morte. Poucos dias antes de morrer apresentou metástase em um olho; esse fato deixou **Semmelweis** inquieto. Ele via a semelhança entre os sintomas apresentados pelo amigo e os sintomas que as mulheres apresentavam na Primeira Clínica. As pacientes também haviam contraído linfangite, peritonite, pericardite, pleurisia e meningite, e muitas delas também apresentaram metástases. Dia e noite ele estava obcecado pela imagem da doença de Kolletschka e foi obrigado a reconhecer que a enfermidade que matara o professor era a mesma que matava tantas mulheres na maternidade. A causa da morte do professor Kolletschka era conhecida: era a ferida ocasionada por um bisturi da autópsia, contaminado por partículas de cadáveres. **A causa da morte não era a ferida, mas sim a contaminação da ferida por partículas cadavéricas** (Semmelweis, 1988).

Estava descoberta a causa. Agora ele sabia o porquê das mortes na primeira clínica. Então teve início uma nova jornada. O jovem médico precisava tomar algumas medidas para evitar estas mortes, sentia-se responsável por isto. Convencido de que apenas água e sabão não eram suficientes para retirar todas as partículas cadavéricas das mãos, precisava adotar

medidas que resolvessem este problema.

Assim, em maio de 1847, instituiu a **lavagem obrigatória das mãos**, as suas e as dos estudantes, com *cloro líquido*. Devido ao seu alto preço, no entanto, adotou a cal clorada, que era mais barata. Durante a segunda quinzena de maio, morreram 36 pacientes, ou seja 12,24%. Nos restantes sete meses daquele ano, a taxa de mortalidade foi inferior à da Segunda Clínica. Em 1846, na Primeira Clínica morreram 11,4% das pacientes (11.400/100.000), e na Segunda 2,7% (2.700/100.000); em 1847, com a **lavagem das mãos com cal clorada** a partir de maio, na Primeira Clínica morreram 5% e na Segunda 0,9%; em 1848, os lavados com cloro se estenderam pelo ano todo e na Primeira Clínica morreram 1,27%, e na Segunda 1,33% (Semmelweis. 1988).

As medidas instituídas por Semmelweis incontestavelmente revelaram a baixa das taxas de mortalidade materna; todavia, se observarmos a expressão numérica destas taxas, poderemos ver que a da Primeira Clínica não ficou muito inferior à da Segunda. O processo desenvolvido por ele chama a atenção para a necessidade de constante observação e avaliação das ações desenvolvidas, pois foi desta maneira que ele chegou aos resultados comprovados. Desta forma os princípios da Epidemiologia são passíveis de melhor compreensão: observação, registro, análise, intervenção e avaliação.

Depois dessas descobertas, **Semmelweis**, citado por OPS (1988, p. 58) muitas vezes afirmava: “Só Deus sabe o número de pacientes que foram para a sepultura prematuramente por minha culpa”, e isto o deixava entristecido e, ao mesmo tempo, animava-o a prosseguir em suas pesquisas.

As descobertas continuavam. Em outubro de 1847 foi admitida, na Primeira Clínica, uma paciente com carcinoma medular infectado no útero, a qual ocupou o leito por onde sempre se começava a visita médica. Depois de examinar esta paciente os estudantes lavavam suas mãos apenas com água e sabão, e continuavam examinando as próximas. Como consequência, disto das 12 pacientes em trabalho de parto naquela clínica, 11 morreram, pois as secreções presentes na paciente com carcinoma não se eliminaram das mãos dos estudantes apenas com água e sabão. Ao realizar os exames a infecção foi transmitida às outras pacientes, que vieram a falecer. Ficou evidente que toda afecção purulenta pode originar a infecção puerperal, não necessariamente o “vírus cadavérico”. **Semmelweis** concluiu ser **necessário lavar as mãos com cal clorada, não só após manipular cadáveres, mas também após os**

exames em que as mãos possam ser contaminadas por secreções (Semmelweis, 1988; Suassuna, 1980).

Uma nova experiência ocorreu quando uma paciente apresentava um ferimento no joelho que estava supurando, porém sua região genital estava sã, não representando risco para as demais pacientes através das mãos dos examinadores. Contudo, algumas das mulheres que estavam nesta clínica vieram a contrair infecção puerperal, donde ele concluiu que os humores das secreções do joelho ferido contaminaram o ar da sala. Desde então **pacientes portadoras de secreções eram isoladas** (Semmelweis, 1988).

Semmelweis ia observando, percebendo, refletindo, fazendo suas deduções e ponderando-as em prática. Embora empiricamente, sem a sustentação teórica atual, a pesquisa e a vigilância epidemiológica permeavam seu cotidiano, subsidiando-o na busca de seus achados, os quais mostram sua visão teórico-prática.

Mesmo tendo reduzido comprovadamente a mortalidade materna, Semmelweis teve seus perseguidores. Seus achados foram escarneados e veementemente combatidos por alguns dos homens mais proeminentes de seu tempo, crescendo dia a dia a hostilidade contra seus métodos e sua impetuosidade em os fazer cumprir. Por outro lado, alguns o apoiavam e reconheciam o valor de seu incansável trabalho, como por exemplo Hebra, Skoda e Rokitansky, médicos contemporâneos na Maternidade de Viena (Castiglioni, 1941; Suassuna, 1980; Pritchard & MacDonald; 1983).

Como consequência da febre puerperal a mortalidade entre os recém-nascidos era muito elevada, porém depois da introdução da lavagem das mãos dos médicos e estudantes de Medicina com cal clorada, não só as mães, mas também os lactentes deixaram de morrer. O então diretor do Hospital Imperial de Viena, Dr. Alois Bednar¹¹, assim escreveu: “A sepsis no sangue dos recém-nascidos se converteu em uma raridade. Por isso, devemos agradecer ao descobrimento significativo e altamente notável do Dr. Semmelweis, assistente emérito da Primeira Clínica da Maternidade Vienense. Afortunadamente seu trabalho explicou a causa e a prevenção dos terríveis estragos anteriores da febre puerperal” (Semmelweis, 1988, p.59).

Não obstante suas descobertas e medidas instituídas para a prevenção das mortes maternas, em 1849 ele foi dispensado do Hospital Geral de Viena, e no dia 20 de março o Dr.

¹¹ Esta referência foi citada por Semmelweis em seus escritos, originalmente publicada em: BEDNAR, Alois. *Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge vom klinischem und pathologisch-anatomischen Standpunkte bearbeitet*, Viena, Gerold, 1850, p. 198.

Carl Braun o sucedeu. Sendo continuamente hostil a **Semmelweis**, não seguiu o uso das medidas profiláticas necessárias para a prevenção da febre puerperal e não aceitou a caracterização etiológica que este fizera da doença. Braun dizia que era muito ridícula a mania de limpeza de Semmelweis. Não tardou para os índices de mortalidade materna começarem a subir novamente na Primeira Clínica (Semmelweis, 1988; Suassuna, 1980).

Saindo de Viena, **Semmelweis** voltou a Budapest, onde tornou-se professor de Obstetrícia da Universidade de Pest, em 1855. Suas descobertas foram aceitas e recebeu apoio do Governo, que enviou uma carta circular a todas as autoridades sanitárias, ordenando a introdução das medidas sugeridas por Semmelweis nos hospitais (Suassuna, 1980; La Force, 1997; Santos, 1997).

Em 1856, porém, repentinamente as taxas de mortalidade subiram e ele, continuando suas pesquisas, observou chocado que suas pacientes eram colocadas em lençóis sujos de sangue e secreções, ainda da paciente anterior. Esses leitos haviam sido considerados limpos, pois a administração do hospital recomendara economia. Semmelweis não teve dúvidas: levou esses lençóis para o administrador ver e sentir ele mesmo o cheiro que emanavam e perceber, assim, a necessidade de substituição dos mesmos. **Instituiu o uso de roupas limpas para as pacientes e o perigo recuou** (Suassuna, 1980).

Semmelweis referia ter uma aversão inata pela escrita e este fato contribuiu para que ele não registrasse nem divulgasse suas descobertas. Por longo tempo poucos médicos conheceram e acreditaram na sua teoria, pois infelizmente ele se recusava a publicar seus achados. Escrevia algumas cartas em que, de modo desordenado, divulgava suas idéias. Apesar dessa dificuldade, ele conseguiu escrever o livro a que havia se proposto, sendo o mesmo lançado em 1861, com o título original em alemão *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*¹² (Suassuna, 1980; Oliveira, 1981; Jarvis, 1994; Santos, 1997).

Os escritos de **Semmelweis** refletem sua dificuldade em registrar seus achados e pensamentos, contudo revelam raciocínio dedutivo e conhecimento de Epidemiologia e Estatística que, certamente, contribuíram para que ele, com muita persistência e convicção, chegasse a formular e aplicar sua lógica de determinação da infecção.

¹² Etiologia, conceito e profilaxia da febre puerperal. SEMMELWEIS, I. P. *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Pest. Wien and Leipzig: CA Hartleben, 1861.

A partir de 1863, **Semmelweis** começou a manifestar períodos de excitação alternados com outros de depressão, apresentando perturbações psicóticas, inclusive alucinações. Não se conformava com o descaso dos colegas da classe médica para com suas descobertas. No final de sua vida mostrou-se tão excêntrico que foi removido para um hospital psiquiátrico, em Viena, onde foi descoberta uma lesão infectada, em sua mão direita, da qual veio a falecer em 13 de agosto de 1865. Seu corpo foi submetido a autópsia que revelou uma perfuração na articulação de um dedo, com linfangite ascendente, lesão metastática no globo ocular, piopneumotórax e extensas lesões cerebrais. Ironicamente ele fora atingido pelo mesmo “envenenamento sangüíneo” que combatera tão veementemente em sua vida. Na época da morte de Semmelweis, Lister realizava na Inglaterra a primeira cirurgia asséptica (Suassuna, 1980; Oliveira, 1981).

3.2.1 Postulados de **Ignaz Philipp Semmelweis** para a Evitabilidade das Infecções Puerperais

A partir dos escritos de Semmelweis e daqueles que falam a seu respeito sistematizei as informações acerca de seus conhecimentos, bem como de algumas de suas crenças e valores, em forma de postulados, pois estes podem ainda hoje contribuir para a prevenção das infecções puerperais e, conseqüentemente, das mortes maternas.

Semmelweis **acreditava na vida**. Sim, sua tão obstinada busca em descobrir a causa da febre puerperal, a qual assolava milhares de mulheres que iam à maternidade para trazer à vida outros seres humanos é uma veemente prova disto. Ele afirmou: “Tudo estava em questão; tudo parecia inexplicável; tudo era duvidoso. Só o grande número de mortes era uma realidade inquestionável” (Semmelweis, 1988, p.53).

Semmelweis, com sua persistência em implementar a **pesquisa** sobre a causa da febre puerperal, mostrou a validade dos estudos sistematizados para o progresso do conhecimento e o bem da humanidade. Suas experiências, que foram além do campo teórico, demonstram uma grande capacidade **teórico-prática**, a qual trouxe resultados imediatos para a prevenção da febre puerperal.

Ao suscitar possíveis causas das infecções puerperais, quando pensou na

possibilidade da mulher sentir-se invadida em seu **pudor** ao ser examinada por homens, vislumbrou uma ligação entre o estado emocional da paciente e a resposta física; da mesma forma com relação ao **medo** da morte. Ele acreditava tanto que esta poderia ser uma das causas que chegou a interferir na realização dos cortejos religiosos na atenção às moribundas, que eram precedidos por lúgubres toques de sineta. Conseguiu que este ritual não mais fosse ouvido nas enfermarias (Suassuna, 1980). Na época ele descartou essas hipóteses, porém atualmente é comprovado que esse tipo de estresse interfere consideravelmente no sistema imunológico da pessoa, baixando sua resistência e seu poder vital, o que pode ser comprovado pelos recentes estudos sobre psiconeuroimunologia, os quais mostram que mente e corpo são “componentes inseparáveis de um organismo total, falando a mesma ‘linguagem química’ e, continuamente, ‘conversando entre si’ ” (Schisler, 1997, p.58)

A princípio ele não concebia o **contágio** entre as mulheres, até porque, na época a teoria corrente na saúde era a miasmática: acreditava-se que os ares, as águas e os lugares influenciavam na saúde e na doença das pessoas. Questionava por que as infecções ocorriam na Primeira Clínica muito mais que na Segunda, se ambas eram “iguais”. Quando descobriu a forma de contágio, mesmo não o enxergando, acreditou nele e combateu-o com todas as suas forças.

Por outro lado, desde o princípio ele concebia a **prevenção**; buscou várias alternativas, contudo só obteve sucesso quando percebeu o contágio. Então instituiu medidas preventivas e obteve a redução das mortes maternas associadas às infecções puerperais.

Aplicou princípios da **Epidemiologia** e da **Estatística** quando traçava quadros comparativos entre as diferentes taxas de mortalidade por febre puerperal, nas duas clínicas da Maternidade de Viena, inclusive salientando a assistência prestada por estudantes de medicina e parteiras.

Semmelweis solicitava o avanço da ciência com a iniciativa regida pela valentia. Enquanto homem de vanguarda nas descobertas da microbiologia, demonstrava que poderia fazer algo para evitar as mortes maternas associadas às infecções puerperais. Hoje reconhecido não apenas pelas suas descobertas, mas também pelas suas ações práticas no combate às infecções, é mundialmente conhecido como o **Pai do Controle de Infecção Hospitalar**. Atualmente comemora-se em 15 de maio o Dia Nacional do Controle de Infecção Hospitalar, dia em que Semmelweis instituiu a lavagem das mãos.

Ignaz Philipp Semmelweis (01/06/1818 - 13/08/1865) e *Florence Nightingale* (12/05/1820 - 13/08/1910) foram dois pensadores de destaque na área da saúde. Embora sem se conhecerem, ela na Inglaterra, ele na Áustria, contemporaneamente trabalharam por um mesmo ideal: *preservar vidas através da prevenção de infecções*.

A natureza pulsante tem sempre algo a nos transmitir sobre a relação entre a vida e a morte. Curiosamente *Florence* e *Semmelweis* morreram no mesmo dia, 13 de agosto, selando assim uma parceria indelével na batalha da preservação de vidas. Tal acontecimento nos leva a refletir sobre as palavras de Bonder (1994, p.62): “a morte e a vida são parceiras, e não adversárias” e a considerar que um dos maiores desafios para o ser humano é poder compreender, aceitar e vivenciar a morte como parte integrante da vida.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao definir o percurso metodológico para esta pesquisa busquei suporte nos conhecimentos e experiências deixados por **Florence Nightingale e Ignaz Philipp Semmelweis**, porque os escolhi para compor o referencial teórico que oferece o embasamento necessário para esta proposta. Seus pressupostos, emergentes no século passado, mostram-se atuais ainda em nossos dias, oferecendo subsídios para ações de saúde que promovam a prevenção e o controle das infecções, especificamente no contexto deste estudo: a evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais.

Esta pesquisa foi realizada em Curitiba – PR, no ano de 1997, e desenvolvida em duas etapas distintas.

4.1. PRIMEIRA ETAPA

A primeira etapa voltou-se para a identificação e descrição de caracteres epidemiológicos das mulheres com mortes maternas, particularmente as associadas às infecções puerperais, ocorridas em Curitiba – PR, no período compreendido entre 1989 e 1996, assim como identificar as maternidades onde ocorreram os partos que evoluíram para estas mortes. Por estarem atuando desde 1989, os Comitês de Mortalidade Materna no Estado do Paraná e o Pró-Vida de Curitiba, colocaram em disponibilidade os dados necessários para essa pesquisa, possibilitando um panorama das mortes maternas em Curitiba – PR desde então.

Numa primeira aproximação contatei com a *enfermeira* do Comitê Estadual, tendo acesso aos dados iniciais e gerais sobre a mortalidade materna em Curitiba relativos ao período estudado. Esta profissional apresentou-me, e o meu trabalho, para a presidente do Comitê Municipal, a qual encaminhou-me para a *enfermeira* responsável pela organização e sistematização dos dados. Vale ressaltar que eu já havia mantido contato, não só, mas também com algumas destas profissionais ao iniciar meus estudos para esta tese, tendo recebido apoio e incentivo ao optar por trabalhar com este tema.

Os dados requeridos foram obtidos através de consulta às seguintes fontes

documentais:

- ☉ Registros de mortes maternas: compostos pelo formulário de investigação confidencial de morte materna, atestado de óbito e cópia do prontuário hospitalar da mulher;
- ☉ Relatórios sobre mortalidade materna: elaborados anualmente pelos comitês; neles são registrados e avaliados os dados referentes às mortes maternas com a finalidade de subsidiar o planejamento de ações preventivas.

Nestes documentos coletei os dados necessários para traçar a descrição das mortes maternas por infecções puerperais, tendo subsídio dos seguintes instrumentos:

- ☉ Instrumento para coleta de dados sobre mortes maternas (anexo 1);
- ☉ Instrumento¹³ para coleta de dados sobre mortes maternas associadas às infecções puerperais e caracteres das mulheres que morreram (anexo 2);

Nesta primeira etapa apliquei a Epidemiologia para quantificação e descrição dos caracteres das mulheres cujos óbitos estavam associados às infecções puerperais, por conseguinte, classificados como mortes maternas, que ocorreram em Curitiba – PR. Com este suporte procedi também a identificação das maternidades onde ocorreram os partos que resultaram nesse quadro.

Subsidiando o tratamento e a análise dos dados nesta etapa da pesquisa foi utilizada a estatística descritiva. Segundo Polit & Hungler (1995, p.267): “Os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica. [...] A *estatística descritiva* é utilizada para descrever e sintetizar os dados. Médias e percentagens constituem exemplos de estatística descritiva”.

Os procedimentos estatísticos aqui utilizados foram: a percentagem, os índices de tendência central – moda, média e mediana, o desvio padrão, o coeficiente de correlação de Pearson e o indicador de anos potenciais de vida perdidos – APVP, considerando a idade máxima 70 anos. Os dados foram tabulados manualmente, sob a orientação de uma profissional estatística, e então por mim analisados.

¹³ Instrumento elaborado a partir das variáveis estabelecidas no formulário de investigação confidencial de morte materna utilizado pelos comitês.

4.2. SEGUNDA ETAPA

Foi desenvolvida junto a maternidades de Curitiba – PR que apresentaram registros de partos que evoluíram para mortes maternas associadas às infecções puerperais no período estudado, apontadas pela primeira etapa desta pesquisa.

Nesta fase da pesquisa optei pela observação como técnica de coleta de dados. Segundo Polit & Hungler (1995, p.178), “...as técnicas de observação podem ser utilizadas para mensurar uma ampla gama de fenômenos. [...] constituem uma abordagem bastante versátil para a coleta de dados. [...] os métodos de observação podem variar no grau de estruturação imposto pelo pesquisador”.

No sentido de estruturar e direcionar a observação, assim como o registro dos dados em diário de campo e a análise dos mesmos, construí um instrumento de busca de dados a partir de postulados de Florence Nightingale e de Ignaz Philipp Semmelweis, **poder vital/vida e prevenção/contágio:**

- ☉ Instrumento para observação da assistência à mulher nos períodos de pré-parto, parto e puerpério imediato (anexo 3);

Tendo então identificadas as maternidades onde ocorreram os partos que culminaram em mortes maternas associadas às infecções puerperais, de acordo com a resolução n.º 196 do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), elaborei o protocolo de solicitação de campo para pesquisa, o qual consta de:

- ☉ Folha de rosto contendo: título do projeto, nº da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;
- ☉ Descrição sucinta da pesquisa;
- ☉ Informações relativas ao sujeito da pesquisa;
- ☉ Minha qualificação;
- ☉ Termos de compromisso quanto ao cumprimento desta resolução (anexos 4 e 5).

Anexei ainda a esses itens uma carta do Secretário Municipal de Saúde, na qual ele me apresentava aos diretores da maternidades, solicitando minha acolhida para a realização da pesquisa (anexo 6).

Tendo elaborado este protocolo estabeleci como critérios para inclusão/exclusão das

instituições, os seguintes passos:

- ☉ Fazer um primeiro contato telefônico com o enfermeiro responsável na maternidade, informando minha intenção e marcando um horário em sua agenda para lhe expor meu projeto;
- ☉ Pessoalmente, apresentar-lhe o protocolo de encaminhamento;
- ☉ Quando necessário, enviar correspondência às instâncias indicadas, solicitando autorização para realizar a pesquisa;
- ☉ Aguardar a resposta pelo período combinado com o enfermeiro;
- ☉ Caso esta resposta não venha na data combinada, telefonar solicitando-a, por até três vezes. Após, considerar como recusa desta instituição a autorização para a pesquisa neste campo.

A caracterização descritiva indicou seis maternidades onde ocorreram partos que evoluíram para mortes maternas associadas às infecções puerperais, no período estudado, com as quais contatei para fins de desenvolvimento da pesquisa. Duas delas não me receberam; uma recebeu-me no primeiro contato e não me deu retorno, após três chamadas telefônicas sem conseguir falar com o responsável, considerei recusa; e três maternidades não só abriram suas portas aceitando participar da pesquisa, como também mostraram interesse pelo estudo, solicitando um retorno que pudesse ajudá-las a melhorar a assistência.

Antes de iniciar a coleta de dados, em cada maternidade assinei o termo de Compromisso Ético de Sigilo e Anonimato e recebi o Consentimento Informado devidamente assinado pelos seus representantes legais. Estabeleci também, em conjunto com as Chefias de Enfermagem, cronogramas para a coleta de dados.

Em seguida à autorização, em cada instituição, através da técnica de observação, levantei os componentes assistenciais que favoreciam e/ou evitavam as mortes maternas associadas às infecções puerperais. A observação contemplou as unidades e as equipes de saúde que prestam assistência à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério imediato nas maternidades selecionadas. Em determinados momentos as ações assistenciais mostraram-se tão imbricadas que se tornou impossível deixar de observá-las em seu conjunto, mesmo tendo clareza do meu compromisso com o plano de pesquisa. Vale ressaltar que os profissionais observados, até para que os dados não fossem mascarados, desconheciam os objetivos de minha pesquisa.

Ao realizar a coleta de dados estive atenta ao momento em que os dados se completariam, oferecendo subsídios suficientes para análise, indicando quando esta poderia ser encerrada. Assim, não defini *a priori* quantas seriam as sessões de observação, nem tampouco um período preciso para esta atividade. Entretanto, estas foram tantas quantas se fizeram necessárias a fim de captar dados que propiciaram uma aproximação diagnóstica sobre a realidade em estudo. O número de sessões é considerado suficiente, de acordo com Minayo (1992), quando permite reincidência de informações, porém não desprezando aquelas que forem singulares, cujo potencial informativo deve ser considerado.

O registro dos dados obtidos através da observação foi realizado fora do ambiente hospitalar, imediatamente após a atividade realizada. Minha opção por esta forma de registro deu-se após haver percebido que a ação de apontar os dados no local observado deixava a equipe de assistência incomodada, interferindo nos acontecimentos.

A fase de análise dos dados foi operacionalizada, conforme Minayo (1992), em três passos, representados na figura 1, que são os seguintes:

1. Ordenação dos dados coletados

Diariamente eu procedia a leitura, organização e ordenação dos dados referentes à assistência prestada à mulher, com o suporte do anexo 3. Nesta fase realizei a classificação preliminar dos dados, de acordo com a proposta da pesquisa e o referencial teórico, tendo trabalhado em separado com os dados de cada maternidade observada. Segundo Minayo (1992, p.235), “Esta fase dá ao pesquisador um mapa horizontal de suas descobertas no campo”.

2. Classificação dos dados

Configurou um exercício de relações entre o definido no referencial teórico e objetivos e o identificado na realidade concreta. Compreendeu a leitura exaustiva e interrogativa dos dados, apreendendo suas estruturas relevantes e formando as categorias empíricas¹⁴, o confronto entre as categorias empíricas e as analíticas¹⁵ buscando as relações entre ambas, e a constituição de vários corpos de informações, conforme o conjunto de informações coletado. Nessa etapa emergiu a categorização¹⁶, conforme argumentado por

¹⁴ Categorias que surgem da prática.

¹⁵ Categorias que embasam a análise dos dados, no caso deste estudo os postulados de Nightingale e Semmelweis selecionados.

¹⁶ Classificação das relações que surgem entre as categorias empíricas e analíticas.

Minayo (1992, p.236) essa “...primeira classificação, ainda grosseira, é elaborada como em gavetas, onde cada assunto, tópico ou tema é cuidadosamente separado e guardado”. Aqui iniciei o trabalho conjunto dos dados referentes às três maternidades.

Após leituras, releituras e relações entre o referencial teórico proposto e os dados da observação, esta categorização foi sendo refinada; num processo de aprofundamento da análise, as “múltiplas gavetas” foram reagrupadas em torno das categorias analíticas buscando uma lógica uniforme.

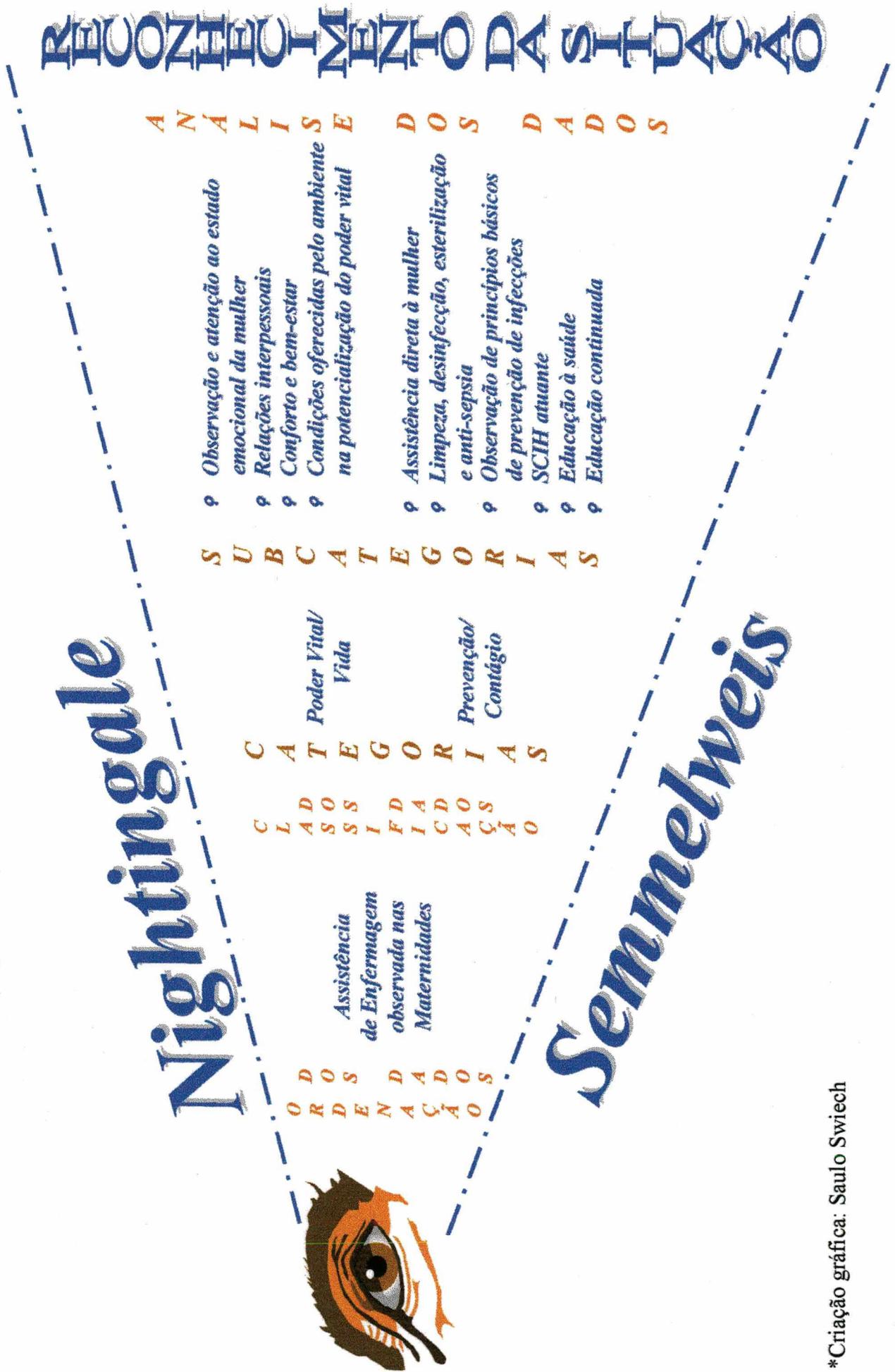
Esta categorização conduziu à identificação dos componentes de assistência à mulher que favorecem/evitam as mortes maternas associadas às infecções puerperais, comparando-se o esperado – **postulados de Nightingale e Semmelweis** – e o encontrado – **dados da observação**.

3. Análise final

As duas etapas anteriores, tendo o referencial teórico como suporte, incidiram sobre o material empírico, num movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa. Segundo Minayo (1992, p.236), o material empírico é “...o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação”. O referencial norteou os rumos da pesquisa. Foi também quando senti necessidade do retorno à literatura, na busca de alguns subsídios específicos, como sugere o processo de reflexão. Essa etapa resultou no produto final da pesquisa.

Vale ressaltar que essa é uma apresentação didática do tratamento dos dados. Na realidade ele ocorreu num processo contínuo e simultâneo, com passos articulados e complementares entre si, visando apreender a realidade tal como se apresentou aos meus olhos de observadora e refletir acerca da mesma, tendo o suporte do Referencial Teórico.

FIGURA 1* – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA 2ª ETAPA DO PERCURSO METODOLÓGICO



*Criação gráfica: Saulo Swiech

5 O CENÁRIO DA PESQUISA: UM RECORTE DE CURITIBA

Todo trabalho de pesquisa dá-se em um ou vários cenários que se apresentam, concomitantemente, singulares e plurais. Suas multifacetadas influenciam diretamente tanto no planejamento da pesquisa quanto no seu desenvolvimento. A contextualização desse cenário contribui sobremaneira para a compreensão da pesquisa, levando o leitor a percebê-lo no desenvolvimento da sua leitura. Assim, optei por apresentar a cidade de Curitiba, cenário maior desta pesquisa, pontuando alguns de seus aspectos sociais, demográficos, epidemiológicos, econômicos, culturais e ainda seu sistema de saúde e as maternidades que fizeram parte deste estudo.

Curitiba é a capital do Estado do Paraná – Sul do Brasil – localizada no sudeste deste Estado, numa altitude de 934,6 m em relação ao nível do mar, latitude 25°25'40" S, longitude 49°16'23" W, numa área de 432,418 km². Segundo o IBGE, sua população projetada para o ano de 1996 é de 1.404.875 habitantes, sendo sua densidade demográfica de 3.248,88 hab/km². A região metropolitana de Curitiba é composta por 23 municípios, ocupando uma área de 12.361.216 km², cuja população é 2.303.867 hab/km² (Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, 1996, doravante citado como IPPUC).

Fundada em 29 de março de 1693, com o nome de Nossa Senhora da Luz dos Pinhães, em 1698 passou a ser chamada Curityba que, em guarani significa pinheiros (**curi**) em abundância (**tiba**), o que se reflete na paisagem local até os dias atuais. Inicialmente povoada por homens do campo e do sertão, meio índios meio castelhanos (séc. XVII), teve sua população substituída por brancos – portugueses e espanhóis – vindos do litoral e de outros distritos das capitanias (séc. XVIII). Já em meados do século XIX a conformação de sua população veio a diversificar-se com a chegada dos imigrantes. Em 1833 vieram os alemães, seguidos pelos franceses, suíços e austríacos. Mais tarde chegaram os poloneses (1871) e os italianos (1872). Os ucranianos vieram no final em 1895 e, no início do século XX chegaram os sírios, os libaneses e os japoneses. Esses povos influenciaram o seu desenvolvimento, levando-a a se destacar em diversos ramos de atividades (IPPUC, 1996).

O planejamento urbano para Curitiba é realizado há, pelo menos, meio século. Neste planejamento, nos anos 60, houve opção pela preservação de áreas de reserva, fato que se

configurou um marco histórico rumo à consciência que a tornou a Capital Ecológica. Atualmente seus 26 parques municipais, além de praças e jardinetes públicos constituem 18.855.873 m² de área verde. Possui um sistema de separação, coleta e reciclagem do lixo. Este sistema, além de sua importância ecológica, trouxe como benefício a expansão da oferta de empregos e o aproveitamento da mão-de-obra. Na usina de reciclagem do “lixo que não é lixo”, foi montado um museu com peças raras encontradas e uma biblioteca com livros também dali provenientes. No que se refere ao saneamento, 75% de seus domicílios estão ligados ao sistema de abastecimento de água e 28,5% ao sistema de tratamento de esgoto (Curitiba nas trilhas da igualdade, 1994; IPPUC, 1996).

Quanto à educação, as aulas iniciam na creche e vão até o adulto que estuda à noite; o índice de analfabetismo é de 5,49%. A cultura é outro ponto bastante desenvolvido. Da principal e mais antiga rua se fez calçada, sendo a primeira cidade brasileira a privilegiar o pedestre, fato este que contribuiu para criar no curitibano o hábito de observar e conhecer a cidade. Seu sistema de transporte é considerado o melhor do país, atendendo atualmente 1,8 milhão de usuários por dia útil, dos quais 1,3 milhão utilizam a Rede Integrada de Transporte Metropolitano, isto é, realizam mais de uma viagem, pagando uma única tarifa. Como fontes de renda, além das indústrias, do comércio, dos serviços prestados e da demanda universitária, o turismo vem se destacando e se acentuando nos últimos anos (Curitiba nas trilhas da igualdade, 1994; IPPUC, 1996).

Os indicadores de saúde apontam como causas de mortalidade em Curitiba, em primeiro lugar o grupo de doenças do aparelho circulatório, responsável por 34,5% do total de óbitos, em segundo o grupo das neoplasias com 17,2%, sendo que estes dois grupos juntos perfazem mais de 50,0% dos óbitos, atingindo principalmente a população mais idosa. O terceiro grupo em importância, as causas externas, atinge a população jovem e em fase produtiva, com predominância para o sexo masculino. Neste grupo os acidentes de trânsito são a causa mais comum.

5.1 O SISTEMA DE SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS MORTES MATERNAS EM CURITIBA

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba vem buscando dar uma abordagem integral e integrada às ações de saúde nos seus diversos setores, intra e intersetorialmente. No que se refere à saúde materna esta atuação vem pautando-se não apenas nas diretrizes do Programa de Redução da Mortalidade Materna – MS 1995, mas também em várias avaliações sobre a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (Baracho, 1996). Busca ainda subsídios nos dados referentes à saúde reprodutiva de sua população, os quais podem ser resumidos no quadro abaixo:

QUADRO Nº 2: SAÚDE REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO CURITIBANA

Número de mulheres em idade fértil	522.381
Risco reprodutivo	1 óbito materno por 586 mulheres
Coeficiente de mortalidade materna	48,5 por 100.000 nascidos vivos
Nascidos vivos	28.845
Coeficiente de mortalidade perinatal	21 por 1.000 nascidos vivos
Baixo peso ao nascer	7,8%
Mães adolescentes	19,68%
Partos cesáreos	54,7%
Partos domiciliares	0,6%

Fontes: IBGE, Comitê Estadual de Mortalidade Materna e DES/DDS/SMS/Curitiba.

Dentre as estratégias de redução das mortes maternas, destaca-se a criação do *Comitê Regional de Morte Materna de Curitiba*, em meados de 1989, processo desencadeado a partir da implantação do Comitê Estadual de Morte Materna no Paraná. De acordo com Braga & Soares (1990), os objetivos básicos dos comitês são:

- ☐ Identificar e quantificar as mortes maternas;
- ☐ Corrigir as estatísticas existentes, através da análise de óbitos maternos presumíveis e procura de sub-registros;
- ☐ Propor ações de saúde tendentes à diminuição dos coeficientes de mortalidade materna;
- ☐ Sensibilizar os órgãos oficiais e a comunidade sobre a magnitude do problema, visando a sua participação na busca da solução de problemas;
- ☐ Visitar os diretores clínicos das maternidades, procurando sensibilizá-los quanto à importância do registro de informações corretas.

Os referidos autores destacam ainda que, fundamentalmente, os Comitês devem atuar com características técnico-científicas; ser sigilosos, não coercitivos ou punitivos, mas educativos e informativos (Braga & Soares, 1990).

A partir de 22 de setembro de 1994, através do Decreto Municipal n.º 700, o *Comitê Regional de Morte Materna de Curitiba* passou a ser denominado *Comitê Pró-Vida de Curitiba*, com o objetivo de identificar, quantificar e qualificar as mortes maternas e infantis do Município de Curitiba, através de análise científica destes óbitos, atendendo-se os princípios éticos e legais que garantam o anonimato de todas as partes envolvidas. Este comitê é composto por representantes de várias instituições, como: Conselho Regional de Medicina, Universidades, Conselho Regional de Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde, Associação de Proteção Materno-Infantil Saza Lattes, Sociedade Paranaense de Pediatria, Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná, Instituto de Saúde do Estado do Paraná e Comitê Estadual de Morte Materna (Curitiba, 1994).

Desde sua implantação, o atual Comitê Pró-Vida de Curitiba atua em conjunto com o *Comitê de Morte Materna do Estado do Paraná*, desenvolvendo um trabalho de busca ativa dos óbitos maternos, identificando-os e apontando medidas de prevenção e intervenção. As atividades de vigilância epidemiológica, desenvolvidas em conjunto com o Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, têm permitido a correção dos coeficientes de mortalidade materna, anteriormente subestimados.

Como política de internamentos foi implantada, em março de 1996, a Central de Leitos, um serviço de parceria entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, atendendo a população da região Metropolitana. Seu funcionamento evita a “peregrinação” das gestantes na hora de ter seu filho, pois o acesso informatizado da Central de Leitos encaminha-a para a maternidade em que existe a vaga e o contato prévio garante seu atendimento (IPPUC, 1996).

Dentre as metas de assistência à saúde da mulher em Curitiba estão a humanização da assistência à mulher; a ampliação do número de leitos obstétricos; a inversão do parto cesáreo para parto normal; o diagnóstico precoce da gravidez; o aumento da cobertura e a qualidade do pré-natal e potencialização do trabalho dos Comitês de Mortalidade Materna (Baracho, 1996).

Atualmente Curitiba conta com 91 Unidades de Saúde, 62 Hospitais, 6.580 Leitos Hospitalares, sendo que, destes, 4.204 são leitos disponibilizados para o SUS. Para atender a

demanda de saúde materno-infantil no que se refere ao pré-parto, parto e puerpério, possui 25 maternidades distribuídas entre pequeno, médio e grande porte, sendo que dentre elas existem as públicas, as filantrópicas, as privadas e as conveniadas ao Sistema Único de Saúde, totalizando 351 leitos obstétricos disponíveis para o SUS. No ano de 1994 foram realizados 34.397 atendimentos a gestantes e puérperas em hospitais conveniados ao SUS, em Curitiba (IPPUC, 1996).

Segundo Maluf (1996, p.13), “Várias avaliações têm mostrado que o município tem infra-estrutura suficiente para uma cobertura de 100% ao pré-natal e leitos em número suficiente para atender todas as gestantes. No entanto as taxas de mortalidade materna são preocupantes”. A autora salienta que este fato leva a Secretaria Municipal de Saúde a projetar e implementar ações, visando enfrentar e combater os principais problemas detectados.

5.2 AS MATERNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA

Ao realizar a caracterização das maternidades incluídas nesta pesquisa e com o intuito de manter o sigilo e anonimato das instituições com as quais assumi um compromisso ético e moral, decidi denominá-las com letras e usar termos genéricos ao comentá-las ou descrevê-las. Nestas maternidades as unidades que se constituíram de interesse para este estudo foram aquelas que prestam assistência à mulher no pré-parto, parto e puerpério.

Maternidade A

Trata-se da maternidade de um Hospital-escola, geral, com atendimento ao SUS e outros convênios. Localiza-se em um dos andares do hospital e é composta pelo Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico e UTI neonatal. A observação nessa instituição constou de sete períodos, com média de três horas cada um, em horários variados nos turnos manhã e tarde.

O Alojamento Conjunto (AC), como são chamadas as enfermarias, é composto por 34 leitos, dispostos em enfermarias de 3 e 5 leitos e três quartos individuais, destinados a internações por convênios que não o SUS. Dispõe de um posto de Enfermagem, um expurgo, uma sala para orientações às puérperas e uma sala de aulas. As dependências administrativas e de infra-estrutura são comuns a todo o hospital.

No espaço do Centro Obstétrico (CO) encontra-se também o pré-parto, constituído por uma sala para preparo das parturientes, um banheiro para pacientes e uma sala com 5 leitos. O CO propriamente dito possui uma sala de partos com duas mesas separadas por um biombo, uma sala de cesárea, três salas cirúrgicas, um lavabo contendo três torneiras, uma sala de almoçarifado e um expurgo.

A Central de Esterilização (CE), localizada em outro andar, funciona em sistema centralizado, atendendo a demanda de materiais para todo o hospital.

A Equipe de Saúde desta maternidade é formada por Profissionais de Enfermagem, Médicos e Psicólogo. Quanto à Equipe de Enfermagem está constituída em quadros específicos por unidade. No AC atuam duas enfermeiras, dezoito auxiliares de enfermagem, duas técnicas de enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais e no CO duas enfermeiras, vinte auxiliares de enfermagem, quatro técnicas de enfermagem e dez auxiliares de serviços gerais. Destaca-se que as auxiliares de serviços gerais não atuam diretamente com as pacientes e estão realizando o Curso Auxiliar de Enfermagem. Além do quadro de funcionárias, esta maternidade recebe estagiários do Curso Auxiliar de Enfermagem.

No que se refere à Medicina, ali atuam médicos, professores de Medicina, residentes em obstetrícia e anestesiologia e doutorandos.

Este serviço possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) instituída.

Maternidade B

Trata-se de uma maternidade-escola, com atendimento ao SUS e outros convênios, onde realizei seis períodos de observação, que variaram entre os turnos manhã e tarde e duraram, em média três horas cada. Essa maternidade é composta por um Setor de Admissão, Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, Central de Esterilização e Berçário, além das dependências administrativas e de suporte.

No Setor de Admissão existem 4 salas com banheiros anexos. As Unidades de Internação possuem 76 leitos, distribuídos em enfermarias e apartamentos, sendo ali internadas pacientes obstétricas, ginecológicas, angiológicas e aquelas que se submetem a cirurgias plásticas. As unidades dispõem de quatro postos de Enfermagem.

O Centro Obstétrico (CO) comporta duas salas de pré-parto, com dois e três leitos e banheiro. O CO dispõe de três salas de partos com uma mesa cada, cinco salas cirúrgicas, uma

sala para curetagem com leito de recuperação e banheiro anexo e uma sala de recuperação pós-anestésica com três leitos e banheiro. Possui cinco lavabos com duas torneiras cada. A Central de Esterilização (CE) fica em anexo ao CO.

Sua Equipe de Saúde é composta por profissionais de Enfermagem e médicos. A Equipe de Enfermagem conta com enfermeiras e auxiliares de enfermagem, distribuídas em quadros separados por unidade. No CO atuam duas enfermeiras e onze auxiliares de enfermagem, e nas enfermarias, cinco enfermeiras e vinte e quatro auxiliares de enfermagem. Esta maternidade recebe estagiários de Graduação em Enfermagem e do Curso Auxiliar de Enfermagem.

A Equipe Médica é composta por médicos, professores de Medicina, residentes em obstetrícia e anesthesiologia e doutorandos.

Nesta maternidade a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) está instituída.

Maternidade C

Trata-se de um Hospital Geral e Maternidade, de pequeno porte, cujo maior movimento é obstetrícia, que recebe pacientes do SUS e outros convênios. Possui Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, Berçário e duas Unidades de Internação, uma destinada a pacientes particulares e uma para SUS, além das dependências administrativas e de suporte. Realizei cinco períodos de observação nessa maternidade, com média variada entre três e quatro horas, alternando entre os turnos manhã e tarde.

Nas Unidades de Internação vinte e cinco leitos são destinados à obstetrícia, distribuídos em enfermarias, dispondo de dois postos de Enfermagem. Em uma destas unidades fica a sala para admissão e preparo da parturiente.

No Centro Cirúrgico (CC) estão dispostas duas salas de pré-parto, com dois leitos cada e um banheiro. O CC dispõe de duas salas de partos com uma mesa cada e duas salas cirúrgicas, uma sala para recuperação do RN. Possui um lavabo com três torneiras. A Central de Esterilização (CE) fica dentro do CC.

Sua Equipe de Saúde é composta pela Enfermagem e Medicina. A Equipe de Enfermagem conta com enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem distribuídas em quadros separados por unidade. No CO atuam uma enfermeira e oito atendentes de

enfermagem; nas Unidades de Internação uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem e quatorze atendentes de enfermagem. Esta maternidade recebe estagiários do curso de Instrumentação Cirúrgica.

Esta instituição possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) instituída.

6 DAS MORTES MATERNAS ASSOCIADAS ÀS INFECÇÕES PUERPORAIS EM CURITIBA - PR

Em 1989, ao iniciar suas atividades, o Comitê de Morte Materna do Estado do Paraná deparou-se com um coeficiente de mortalidade materna de 40,9/100.000 N.V. quando, segundo a Organização Mundial da Saúde, o máximo aceitável estaria entre 10 e 20/100.000 N.V..

Uma de suas primeiras atividades foi a implantação do sistema de busca ativa em atestados de óbito de mulheres em idade reprodutiva e a revisão de seus prontuários hospitalares. Essa busca mostrou um grande número de mortes maternas não declaradas, fato que subestimava essa mortalidade, elevando assim o coeficiente de mortalidade materna, em 1990, para 69,9/100.000 N.V.

Considerando o período estudado, qual seja, os anos compreendidos entre 1989 e 1996, no ano de 1993 Curitiba apresentou o menor coeficiente de morte materna registrado – 33,7/100.000 N.V. – ao passo que no ano seguinte, 1994, apresentou o ápice de seus registros com um coeficiente de 85,4/100.000 N.V., caindo para 68,9/100.000 N.V. em 1995 e 48,5/100.000 N.V. em 1996.

No período estudado, as três primeiras causas de mortes maternas variaram, principalmente, entre a toxemia, as hemorragias e as infecções puerperais. Estes dados reforçam a afirmação de Rezende (1995) quando aponta as infecções, a toxemia e as hemorragias como responsáveis por 50% das mortes maternas no mundo.

Com exceção dos anos de 1989 e 1991, as infecções puerperais estiveram presentes entre as causas das mortes maternas em Curitiba, no período estudado, e nos anos de 1992 e 1994 se apresentaram como primeira causa (19% e 20% do total, respectivamente), em 1993 e 1995 segunda (10% e 15%, respectivamente), 1996 terceira causa (7,14%) e em 1990 ocupou o quarto lugar (4,76%), conforme nos mostra o quadro 3:

QUADRO N.º 3: DISTRIBUIÇÃO DAS TRÊS PRIMEIRAS CAUSAS DE MORTE MATERNA EM CURITIBA - PR, 1989 – 1996

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1ª causa	toxemia	toxemia	toxemia	infecções puerperais	toxemia	infecções puerperais hemorragias	aborto	toxemia
2ª causa	hemorragias	hemorragias	complicações do trabalho de parto e parto	toxemia	infecções puerperais	toxemia	infecções puerperais	complicações obstétricas
3ª causa	outras complicações puerperais	aborto	outras complicações	hemorragias	hemorragias	outras complicações	toxemia	infecções puerperais

A partir desses dados pesquisei, nos registros documentais de mortes maternas dos comitês, informações pormenorizadas sobre as mulheres que morreram por infecção puerperal neste período. O registro e organização dos dados nos Comitês de Morte Materna do Estado do Paraná e Pró-Vida de Curitiba viabilizaram esta etapa da coleta de dados.

6.1. ALGUNS CARACTERES DAS MULHERES COM MORTES MATEERNAS ASSOCIADAS ÀS INFECÇÕES PUERPERAIS

Essa pesquisa registrou que, no período compreendido entre 1989 e 1996, morreram 15 mulheres por infecções puerperais em Curitiba, cujos caracteres são apresentados a seguir:

Idade:

As idades das mulheres variaram entre 18 e 41 anos, apresentando uma média de 24,2 anos, sendo a mediana 22 anos e a moda também 22 anos, com um desvio padrão de 6,16 e coeficiente de correlação de Pearson de 70%. Considerando, segundo dados da Secretaria

Municipal de Saúde (1997), que a esperança de vida ao nascer, para a mulher curitibana em 1995, era de 76,54 anos, o indicador APVP¹⁷ apontou que 751 anos de vida foram perdidos pelas 15 mulheres que tiveram suas mortes associadas às infecções puerperais no período do estudo e classificadas como maternas.

Esses dados sugerem que as mulheres que morreram faziam parte da população jovem e em plena capacidade de trabalho, e suas mortes representam a amputação de suas vidas, de seus futuros e, muitas vezes, também dos de suas famílias. Refletem ainda que as mortes maternas arrebatam "...um grande contingente de mulheres ainda jovens, que deixam muitas vezes órfãos e outros familiares que dependiam dela" (Ministério da Saúde, 1994, p.12).

Com relação à variável idade, Souza (1982, p.98) salienta que esta "...não pode ser avaliada por si só na mensuração do risco de M.M., uma vez que caminha par e passo com outros fatores que se somam a esta variável na determinação do risco...". Em estudos sobre gestação em adolescentes ou ainda em primíparas idosas, encontram-se bons motivos para incluir esta variável como componente de risco.

Estado civil e profissão:

Quanto ao estado civil, 12 (80%) mulheres eram casadas e 3 (20%) solteiras. As solteiras eram do lar. Dentre as casadas, 5 (41,6%) eram do lar, 1 (8,3%) cozinheira, 1 (8,3%) manicura, 1 (8,3%) professora e 1 (8,3%) comerciante. Ignora-se¹⁸ a profissão de 3 (25%) mulheres entre as casadas.

Esses dados, ao mostrarem que 80% das mulheres eram casadas, apontam para a possibilidade de desestruturação destas famílias ao perderem suas articuladoras. Segundo Maluf (1996, p.9) "Os indicadores de mortalidade materna não representam a história completa dos sofrimentos produzidos pelas complicações não tratadas da gravidez, parto e puerpério. Cada óbito desencadeia sérias conseqüências sociais, pois sendo o elemento chave da família, a ausência da mãe geralmente provoca a desestruturação familiar".

¹⁷ APVP – anos potenciais de vida perdidos

¹⁸ Termo utilizado neste estudo quando não havia registros sobre o referido item nas fichas das mulheres.

Acrescente-se a isso o fato de muitas delas também atuarem em trabalho fora do lar, o que pressupõe ajuda no sustento familiar, quando não na manutenção deste. Segundo Massi (1992, p.40), "...as mulheres parecem estar imbuídas, ideologicamente, de que é necessário trabalhar fora, pois, qualquer que seja a remuneração, ela passa a simbolizar algum trabalho, e, portanto, um trabalho produtivo. Daí a sensação de estar exercendo a cidadania, estar participando do mundo; a remuneração sugere à mulher uma inserção no espaço público...".

Paridade, pré-natal e filhos:

Quanto à paridade das mulheres que morreram por infecção puerperal, 5 (33,3%) eram primigestas, 8 (53,3%) multigestas e de 2 (13,3%) se ignora este dado. No que se refere à realização do pré-natal, ignora-se sua realização em 9 (60%) das mulheres e sabe-se que 6 (40%) o realizaram.

Dentre as mulheres que realizaram pré-natal, 1 (16,6%) fez 3 consultas e vivenciava sua terceira gestação; 1 (16,6%) era secundigesta e fez 4 consultas e 4 (66,6%) realizaram 6 consultas ou mais. Entre as que realizaram 6 consultas ou mais, 3 (75%) eram primigestas e 1 (25%) estava na quinta gestação.

No que tange aos recém-nascidos, 12 (73,3%) sobreviveram, 1 (6,6%) foi a óbito e de 3 (20%) se ignora este dado. Essa realidade retrata um dos problemas gerados pelas mortes maternas, qual seja, a alta orfandade, que, de acordo com Maluf (1996), gera muitas vezes filhos desajustados aos novos núcleos familiares ou ainda meninos e meninas de rua.

Espelha também uma interface do sistema de saúde, mostrando que a realização do pré-natal, apesar de ser uma das estratégias de prevenção de mortes maternas, nem sempre consegue atingir seu objetivo, razão pela qual se questiona a qualidade deste pré-natal ao qual as mulheres são submetidas. De acordo com Souza & Prado (1994, p.6), as mortes maternas "...merecem atenção prioritária porque em sua grande maioria são evitáveis e indicativas de intervenção inadequada, principalmente na prestação de serviços públicos e nos serviços de formação profissional".

Souza (1978) quando pesquisou a assistência pré-natal em Florianópolis, demonstrou que 67,4% da população estudada frequentou tal serviço apenas nos primeiros

meses do segundo trimestre de gestação. Seu estudo ressalta que a concentração de consultas médicas não atingiu nível satisfatório.

Carvalho (1996) apresenta um estudo que avaliou a qualidade do pré-natal, parto e puerpério em Curitiba em três dimensões: acesso, adequação e satisfação. Este estudo mostrou que o acesso ao pré-natal tem sido apresentado como fator limitante dos benefícios potenciais deste serviço por impedimentos estruturais, sociodemográficos e individuais. Esta avaliação apontou um elevado índice de inadequação do pré-natal, identificada através do início tardio e número insuficiente de consultas, principalmente entre as mulheres usuárias do SUS. Quanto à satisfação, a maioria das mulheres considerou o atendimento bom, sendo que o atendimento durante o parto foi o que mais as frustrou.

No que se refere à paridade, Souza (1982, p.101) enfatiza que existe controvérsia entre autores "...no que diz respeito ao risco de morte materna relacionado ao aumento de paridade. Alguns autores consideram a baixa paridade como maior risco e outros, a multiparidade, enquanto outros, ainda, não atribuem efeitos que, por si só, expliquem o aumento do risco da morte materna pelo aumento da paridade".

Parto normal e cesáreo, topografia da infecção e período entre parto e óbito

As variáveis aqui relacionadas apontam que dos partos que evoluíram para óbitos, 8 (53,3%) foram cesáreos e 7 (46,6%) normais, mostrando o alto índice de cesáreas.

Dentre os partos cesáreos, 3 (37,5%) mulheres apresentaram peritonite; 2 (25%) apresentaram infecções abdominais; em 2 (25%), os registros não acusavam a topografia das infecções e em 1 (12,5%) evoluíram para sepsis. Quanto aos partos normais, 1 (14,3%) apresentou infecção no endométrio; 1 (14,3%) apresentou infecção vaginal e de 5 (71,4%) se ignora a topografia da infecção. A falta de registros sobre a topografia das infecções em 7 dos 15 prontuários pesquisados aponta para o descaso com que as informações são tratadas por parte dos profissionais, indicando certa desqualificação da assistência prestada.

As mulheres que foram incluídas nesta pesquisa morreram entre 2 e 42 dias após o parto, sendo 5 (33,3%) delas, entre 8 e 12 dias. Dessas mulheres, 1 (6,6%) morreu no 2º dia pós-parto e 1 (6,6%) no 42º, tiveram parto normal e ignora-se o foco primário das infecções,

contudo as causas registradas foram sepsis; as mulheres que morreram entre 6 e 8 dias – 3 (20%) – haviam sido submetidas a parto cesáreo e apresentaram peritonite. Dentre elas, 4 (26,6%) morreram entre 2 e 6 dias após o parto; dessas 3 (75%) tiveram parto normal, sendo que uma delas apresentou endometrite e de duas se ignora a topografia da infecção puerperal, 1 (25%) teve choque séptico como *causa mortis* registrada no atestado de óbito.

Estes dados sugerem falhas no sistema médico/hospitalar a que as mulheres se submetem por ocasião de sua gravidez, esse contribuindo para que a mulher, ao trazer nova vida ao mundo, pague um ônus intangível, com sua própria vida, com sua própria morte.

Ledger (1997, p.555) afirma que “A frequência de infecções após cesáreas é 10 vezes maior que após parto normal”. De acordo com Richtmann (1997, p.271), “A transmissão vertical da microbiota materna ocorre mais frequentemente através de parto vaginal quando comparado ao parto cesáreo. Apesar disso, a incidência de infecção puerperal materna é maior nos partos cesáreos do que em partos normais”. Estes registros contrapõe o demonstrado pelos dados, pois as mulheres que morreram por infecções puerperais em 53,3% dos casos tiveram parto cesáreo e 46,6% parto normal, o que sugere riscos equiparados para os dois tipos de parto na realidade estudada e alertam para cuidados preventivos em ambos os procedimentos.

Carvalho (1996), em estudo realizado em Curitiba, mostrou a inadequação da assistência ao parto, através do alto índice de cesáreas, da falta de registros de acompanhamento de trabalho de parto, dados mínimos de exame físico registrados, além das altas precoces. Salaria que é baixa a frequência às consultas de revisão no puerpério, além disso há deficiência de alguns procedimentos e orientações que deveriam ser feitos durante essas consultas.

Na colocação de Oba & Tavares (1996, p.570), “Há de se destacar que a assistência ao parto constitui ainda hoje um ponto crítico do atendimento, acarretando conseqüências negativas para a mulher e para a criança, além dos seus efeitos sociais”. Este pensamento vai ao encontro do que Nightingale enfatizava, já em 1859, que o dever do hospital é não fazer

mal ao paciente.

Causas de óbitos maternos e declaração de morte materna

Dentre os óbitos pesquisados apenas 3 (20%) foram declarados morte materna na certidão de óbito. Dentre estes, 1 (6,6%) apresentava a causa corretamente, qual seja, infecção puerperal; em 2 (13,3%) deles não havia identificação de causa, sendo esta levantada por investigação do comitê. Com relação aos 12 (80%) não declarados, o atestado de óbito de 1 (6,6%) registrava a causa corretamente e em 11 (73,3%), somente após investigação se chegou à conclusão sobre suas causas.

Souza & Laurenti (1987, p.7) enfatizam que

Aos médicos compete a responsabilidade legal do preenchimento de um atestado de óbito, ou seja, a declaração pública de como se 'encerrou um caso clínico'. Para os profissionais de saúde pública o atestado de óbito representa importante componente para a construção de indicadores de avaliação do binômio saúde-doença e das condições de vida da população. Configuram-se, assim, diferentes finalidades para um mesmo documento.

Os resultados desta pesquisa ainda no referente ao atestado de óbito, sugerem que o mesmo, enquanto documento legal, não é adequadamente preenchido. Essa ocorrência pode advir do fato de que, conforme afirmam Souza & Laurenti (1987, p.7), "Entre os profissionais da saúde, os médicos e os da Enfermagem são os que se defrontam, no cotidiano, com a morte, sem que muitas vezes tenham preparo suficiente, quer para a compreensão da sua existência concreta ou até para questões de formalidade legal". Estas pontuações denotam falhas na formação, por essa não habilitar o profissional médico para exercer uma de suas funções, qual seja o preenchimento correto e completo do atestado de óbito.

Local do parto e do óbito

A totalidade dos partos que evoluíram para mortes maternas por infecções puerperais em Curitiba, no período estudado, ocorreram em seis maternidades, configurando

assim as infecções puerperais em infecções hospitalares. Dentre as mulheres que morreram, 11 (73,3%) tiveram alta hospitalar após o parto, 1 (6,6%) morreu antes de receber alta e de 3 (20%) se ignora esse dado.

Quanto aos óbitos, 14 (93,3%) aconteceram em ambientes hospitalares, tendo 3 (20%) desses ocorrido na mesma maternidade que os partos e 11 (73,3%) em maternidades diferentes. Isso aponta para o fato de, na maioria das vezes, a mulher não ser atendida na mesma maternidade onde deu à luz. Tanaka (1995, p.12) salienta que “O sistema de saúde brasileiro, desde sua formulação, apesar de sempre reiterar a necessidade de integração entre os três períodos (pré-natal, parto e puerpério), nunca buscou procedimentos técnicos ou políticos para que realmente essa integração ocorresse”.

Além da procura pelo local onde ter seu filho, a mulher, quando da ocorrência de uma complicação puerperal que lhe foi imputada, é obrigada a “peregrinar” em busca de um leito hospitalar para ser assistida. Muitas vezes essa puérpera é vista como aquela paciente que irá requerer um atendimento mais especializado, que terá uma internação prolongada, principalmente quando se tratar de infecção puerperal; aquela paciente que vai “custar caro”.

Entretanto, esta mulher deveria ter a garantia de leito para retorno e tratamento na mesma instituição em que realizou seu parto, até para que os componentes de risco fossem avaliados, contribuindo para que a instituição reafirmasse o compromisso em prestar assistência de qualidade. A *infecção puerperal de parto hospitalar*, até que o *caso clínico* seja rigorosamente esclarecido, é de responsabilidade da instituição na qual o parto se deu.

A identificação e a caracterização das mulheres que morreram por infecções puerperais em Curitiba – PR no período estudado, registradas neste capítulo embasaram a segunda etapa deste estudo. Podem constituir subsídios para outras pesquisas e ações de saúde com vistas à evitabilidade das mortes maternas, até porque “...ainda é possível, no Brasil, poupar as vidas que se perdem pelo fato normal de uma mulher engravidar” (Brasil, 1997, p.147).

O tratamento dos dados, bem como os resultados aqui apresentados, vão ao encontro das ações desenvolvidas e preconizadas por Nightingale e Semmelweis já no século

passado, quando utilizavam a Epidemiologia e a Estatística em suas práticas cotidianas.

7. OS DADOS E O RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO

Neste capítulo apresento os dados e sua análise, procurando apropriar-me da “...realidade para ir além da explicação, da descrição para buscar o *sentido* (na dupla acepção de *direção* e de *significado*) dessa realidade” (Rios, 1993, p.17).

Fui conduzida pela intencionalidade de realizar uma primeira reflexão que, à luz da filosofia, poderia ser concebida como: “...tomada de consciência, exame, análise dos fundamentos ou das razões de algo. [...] Ação de introspecção pela qual o pensamento volta-se sobre si mesmo, investiga a si mesmo, examinando a natureza de sua própria atividade e estabelecendo os princípios que a fundamentam” (Japiassu & Marcondes, 1991, p.211).

A reflexão aqui proposta buscou a associação entre a subjetividade do postulado **poder vital/vida** com a objetividade do postulado **prevenção/contágio**, num exercício simultâneo de abstração e concretude, relacionando a prática observada à teoria, orientada pelos escritos de Florence Nightingale e Ignaz Philipp Semmelweis. O olhar atento sobre a realidade, a observação nas maternidades, portanto, representou em si mesmo um dos componentes desta reflexão.

Durante o trabalho de campo, também observei algumas ações da equipe de assistência, o que constituiu subsídio para reconduzir meu olhar para aquilo que definia o Projeto de Tese. Entretanto, não há como negar que a assistência não pode ser dissecada em partes, pois se trata de um processo de intercomplementaridade. A assistência ocorre em equipe, com ações de Enfermagem e/ou de outros profissionais, quase sempre em cadeia e muito relacionadas.

7.1 PODER VITAL/VIDA: O PRIMEIRO POSTULADO

Nightingale afirmava que o ser humano possui um **poder vital** e conduzia a assistência de modo a potencializá-lo. Semmelweis, reconhecendo o direito à **vida**, observava as questões emocionais das mulheres que assistia. Ambos atuavam de forma a prevenir as infecções e a morte. Este postulado **poder vital/vida** configura uma das categorias de análise

desta pesquisa que está subdividida em quatro subcategorias:

- ♀ *Observação e atenção ao estado emocional da mulher;*
- ♀ *Relações interpessoais;*
- ♀ *Conforto e bem-estar;*
- ♀ *Condições oferecidas pelo ambiente na potencialização do poder vital.*

Observação e atenção ao estado emocional da mulher:

Ao realizar a observação nas maternidades com a finalidade de captar dados referentes a essa subcategoria, eu olhei para a percepção e atuação da equipe assistencial frente às reações da mulher na situação gravídico-puerperal quanto a: *medos, pudor e individualidade, emoções e sentimentos.*

O *medo* esteve presente constantemente no processo do parto, contudo os integrantes da equipe de saúde, segundo a minha observação, não o perceberam ou então, quando perceberam, tiveram seus próprios medos, ou, ainda, não souberam o que fazer em razão da formação que grande parte desses profissionais recebem. Algumas vezes ignoravam, outras ironizavam, sugerindo, com essa maneira de relacionar-se, a não inclusão dos sentimentos das mulheres como componente das necessidades assistenciais, mesmo que reduzidos ao “campo emocional”. O medo, enquanto um dos sentimentos manifestos, pôde ser observado, como segue.

Da anestesia:

Em uma cesárea realizada por duas residentes, – a terceira da paciente. Essa estando com DHEG¹⁹, não se posicionava de modo adequado para a punção anestésica, referindo medo de cair da mesa. Era chamada de “filha” pela auxiliar de enfermagem e todos riam deste tratamento, brincando com a auxiliar, que falava para a mulher: “*Fique quieta, pois tem uma agulha nas tuas costas. Se você se mexer ele (o anestesista) vai te furar de novo*”. Isso mostrou a relação de domínio por parte da auxiliar de enfermagem, ou seja a Enfermagem não estava lhe proporcionando segurança, estava ameaçando “furar de novo”, contribuindo para aumentar o medo. Na terceira tentativa o anestesista obteve êxito e, então, a mulher disse: “*Tenho tanto medo desta anestesia*” (maternidade A).

A mulher estava trêmula; quando o anestesista puncionou sua veia, ela quis saber para que, mas ele não respondeu. Posicionou-a para a anestesia peridural, e ela referiu estar com muito medo da anestesia. A Enfermagem também não lhe apresentou resposta... (maternidade B).

¹⁹ Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

Da morte:

A auxiliar de enfermagem, sem falar com a mulher, começou a empurrar o bebê para baixo, por sobre seu abdome. Veio uma atendente de enfermagem e ajudou a empurrar. Chegou então a enfermeira e também empurrou. A paciente dizia “*Eu vou morrer, eu tenho medo de morrer*”, perguntava: “*O que está acontecendo?*” e ninguém respondia. Passado um tempo a enfermeira falou “*Não é nada, só estamos empurrando o bebê para ele nascer*”, a anestesista veio e riu, dizendo: “*Você não faz força nós temos que fazer!*” A mulher repetia: “*Que vai acontecer comigo? Eu não quero morrer!*” Elas continuavam empurrando e, enfim, nasceu um bebê de 4,05 kg. Depois disto a mulher falou: “*Tenho medo de morrer. Que aconteça comigo o que aconteceu com minha vizinha. O marido enterrou ela e o filho*” (maternidade C).

Da cesárea:

Uma mulher, antes da cirurgia, verbalizou: “*Estou com medo da cesárea: meus outros dois filhos foram parto normal, agora quero fazer laqueadura, por isto vou fazer cesárea*” Porém, nenhum membro da equipe de saúde manifestou-lhe ajuda, apoiando-a por meio de comunicação verbal, segurando sua mão ou mesmo ficando mais próximo a ela nessa situação (maternidade C).

Da dor:

Ela estava com muitas contrações e se contorcia. Disse ter medo de não agüentar até o fim, disse que as dores eram muito fortes. As atendentes de enfermagem não lhe deram apoio verbal, nem se manifestaram carinhosa ou compreensivamente, apesar de estarem perto da parturiente. Ela era primigesta... (maternidade C).

O medo se apresentou também em outros momentos do processo gravídico-puerperal, e a atenção/desatenção da equipe de saúde foi semelhante:

Na sala de admissão, a puérpera estava muito temerosa. A auxiliar de enfermagem colocou-a na mesa de exames e a médica se aproximou para realizar uma ablação de pontos. A incisão mostrava vestígios de mertiolate e a mulher se queixava, dizendo que preferia fazer outra cesárea a tirar os pontos. A médica, sem responder a suas colocações, retirou os pontos. A Enfermagem também, apesar de fisicamente presente, não se manifestou (maternidade B).

A questão do pudor e a individualidade também surgiram e a reação da equipe foi manter/seguir naturalmente expondo o corpo da mulher, sem prestar atenção a esse componente e ao que ele significava para ela:

Após a cesárea a mulher permaneceu na sala, sozinha, com o ventre descoberto, com os braços amarrados nos suportes, descoberta, até que a servente de limpeza

veio, retirou o instrumental, colocando-o em solução e levando-o para o expurgo, retirando os campos de sobre a mulher e deixando-a totalmente descoberta (maternidade C).

A individualidade da mulher não foi preservada; ela era descoberta e o toque vaginal era realizado sem explicações e sem cobri-la ao término da técnica:

Após realizarem toque vaginal em uma parturiente, nem o doutorando, nem o residente que o acompanhava se preocuparam em cobrir a mulher. A auxiliar de enfermagem também não o fez e nem lhe deu maiores explicações acerca do toque (maternidade A).

Nesta mesma maternidade, a posição das mesas de cirurgia e parto expõem a paciente de modo que quem passa no corredor enxerga a mulher na mesa, com seu corpo exposto (maternidade A).

Algumas mulheres, quando têm oportunidade, verbalizam seus sentimentos:

Enquanto a auxiliar de enfermagem (AE) realizava uma tricotomia, as duas portas da sala estavam abertas. Havia outra mulher sentada, esperando para ser preparada e, surgiu a seguinte conversa:

Paciente, dirigindo-se a mim: *Você vai ver?*

Eu: *Posso? Se você deixar...*

Paciente: *Pode sim. Somos todas mulheres e aqui não podemos escolher muito.*

AE: *Aqui não pode ter vergonha, fica tudo exposto, os médicos entram e saem...*

A paciente concordou com um resmungo...

A outra paciente fez uma careta, abanando a cabeça em discordância (maternidade A).

A atendente de enfermagem fazia tricotomia a seco, com aparelho reutilizável. A mulher olhou para mim e perguntou se eu não me assustava de ver aquela coisa preta (ela era morena), ao que a atendente respondeu: *"Estamos acostumadas"*. Perguntei à mulher: *"E você, o que sente de nós olharmos?"* Ela respondeu: *"Tenho vergonha..."* (maternidade C).

Mesmo quando verbalizam seus sentimentos, não lhes é concedida a atenção que merecem:

A paciente foi deambulando do pré-parto até a mesa de parto, queixando-se que não ia agüentar chegar lá, que estava com dor. A atendente de enfermagem nem lhe respondeu e continuou "puxando-a"; ao invés de orientar-lhe exercício respiratório, avaliar a necessidade da mulher sentar-se por alguns instantes ou, mesmo de transportá-la em maca (maternidade C).

Em situações especiais não se observam suas dificuldades:

Havia uma mulher cujo RN estava em UTI pediátrica, enquanto ela ficou em enfermaria junto com outras mulheres e seus filhos. Olhava tristemente para as cenas de mães e filhos... Mas nenhum membro da equipe percebeu ou manifestou-se acerca disso! (maternidade A).

O residente de anestesiologia teve dificuldades para a punção anestésica e a mulher não parava de se mexer na mesa. O supervisor da anestesia falou de modo grosseiro com ela, perguntando-lhe que fricote era esse. Ela respondeu: *“Não é fricote meu, e não fale comigo deste modo!”* Mais tarde, porém antes da cirurgia, ela falou: *“Este é um momento difícil. Mesmo que já se tenha outros filhos, é sempre difícil porque, enquanto não passa, não se tem sossego. Tenho muito receio da anestesia. Estou muito ansiosa, não vejo a hora de tudo terminar”* (maternidade A).

Contudo, algumas vezes encontramos atitudes de respeito aos sentimentos e apoio nesta hora :

A técnica de enfermagem falava com a mulher em linguagem acessível, explicando-lhe os procedimentos a serem realizados. (maternidade B).

Em um parto, o médico conversava e orientava a mulher com muita calma. A auxiliar de enfermagem, que circulava a sala, também ajudava; orientava, colaborando com a parturiente (maternidade B).

As situações aqui apresentadas refletem que a “Enfermagem ciência e arte” preconizada por Nightingale (1859), cujo objetivo é propiciar ao ser humano as melhores condições para que seu poder vital seja potencializado, não foi aplicada, pelo menos nas situações observadas e registradas, mesmo tendo decorrido mais de um século desde que ela propôs a Enfermagem como profissão. Por outro lado, elas ferem ainda o postulado de Semmelweis (1888) quando este vislumbrou uma ligação entre o estado emocional da paciente, no caso o medo, e sua resposta física, preconizando uma assistência mais humanizada, que prestasse atenção a essas questões.

Segundo Viscott (1982), existem os sentimentos positivos e os negativos. Os sentimentos positivos aumentam a força e bem-estar do ser humano, gerando uma sensação de integridade, vida, plenitude, esperança e prazer, de renovação. Em contrapartida, os sentimentos negativos interferem no prazer, consomem energia e esgotam, dando uma sensação de vazio, solidão e mutilação. Possuem ainda o impacto de perda, como a percepção de “pequenas mortes”.

De acordo com Du Gas (1978), a intervenção junto a alguém que pode desenvolver

um processo de medo ou ansiedade tem a finalidade de impedir que isto ocorra ou, se este já se instalou, aliviá-lo, minimizá-lo e ajudar a pessoa a enfrentá-lo. Salienta alguns princípios básicos a considerar para atuar em situações de medo e ansiedade:

- a) É mais fácil aliviar um medo conhecido (no caso medo do parto, da morte, da anestesia);
- b) As pessoas geralmente sentem-se menos ansiosas quando sabem o que lhes acontecerá;
- c) A ansiedade/medo diminui quando sentimos que temos algum controle da situação;
- d) A solidão agrava a ansiedade/medo; e) o sentimento de despersonalização contribui para gerar ansiedade/medo.

Acompanhando os sentimentos de medo e ansiedade, a dor se faz presente no processo do parto e, de acordo com Simões & Souza (1997, p. 177), é vista pela mulher

...como possibilidade essencial do processo parturitivo, e ao descrever sua evolução e o comportamento assumido, mostra sentir-se em perigo, ameaçada, porque revela medo diante do desconforto provocado pela dor. Acredita que esta possa superar sua própria existência física, possa ser limite existencial, possa levá-la à morte e clama pelo parto como um evento que possibilitará o término de seu sofrimento e trará seu filho ao mundo.

Percebi também que a atuação junto à mulher é, ainda, insuficiente em termos de observação e atenção às suas necessidades emocionais. Num momento de vários significados e temores, a mulher fica sob a responsabilidade da equipe de saúde, longe de seus familiares, e é tratada como se não tivesse individualidade e identidade próprias, nem especificidades que fazem dela “um ser singular, integral, indivisível e insubstituível...” (Carraro, 1997, p.26). Ou seja, a mulher fica à mercê da falta de um princípio também básico na Enfermagem, referido por Horta²⁰ (1976, p.III) **“Enfermeiro é gente que cuida de gente”**.

Nightingale (1989, p.107) recomendava “...não expor uma grande superfície do corpo de uma só vez...” Ela se preocupava não apenas com o pudor da pessoa, no sentido emocional de se expor o corpo, mas também com o desconforto e as conseqüências que a variação da temperatura poderia gerar. Semmelweis (1988)

²⁰ Enfermeira e pensadora brasileira contemporânea.

levantava a hipótese de que a mulher pudesse sentir-se invadida em seu pudor ao ser examinada por homens e que este fato desencadeasse algum tipo de reação física.

Goleman (1995) registra que pesquisas realizadas descobriram que os mensageiros químicos que operam mais intensamente, tanto no cérebro quanto no sistema imunológico, são mais densos nas áreas neurais que regulam as emoções. As emoções possuem impacto sobre o sistema nervoso autônomo, o qual regula todas as funções do organismo, desde quanta insulina é secretada pelo pâncreas até os níveis da pressão sanguínea. O sistema nervoso autônomo fala diretamente com os macrófagos e linfócitos, células do sistema imunológico.

Assim considerando, a maneira como a mulher é assistida na vivência do nascimento de um filho interfere diretamente em seu estado emocional, influencia em seu sistema imunológico, determinando sua evolução pós-parto. Segundo Zeller et al. (1996, p.314), “O estresse, a depressão e a dor podem influenciar no funcionamento do sistema imunológico do ser humano”. Ao influenciar o sistema imunológico esta assistência pode potencializar ou enfraquecer seu poder vital.

Para a mulher, ao se submeter a um evento cirúrgico – a cesárea ou mesmo o parto normal institucionalizado – numa maternidade onde ela chega, sem conhecer o ambiente, no momento de ter seu filho, a interação com a equipe de saúde nem sempre se concretiza

...o medo da intervenção e a solidão sentida em ambiente estranho é assustador. Tais queixas são muito frequentes entre pacientes pós-cirúrgicos. Estes são pontos que a Enfermagem deve ter sempre em mente, pois o que se torna corriqueiro para a equipe (o ato cirúrgico, sangue, anestesia, aparelhos, pessoas paramentadas...) é desconhecido e gerador de estresse para o paciente. Desta forma é de nossa competência estar ao lado dele, minimizando estes estressores. Muitas vezes o simples segurar da mão é um gesto suficiente para transmitir segurança ao paciente e levá-lo a relaxar, diminuindo sua ansiedade. Conversar chamando-a pelo seu nome é fundamental para a singularização do cuidado. E, a singularização do cuidado é um refletir da vida e do Universo (Carraro et al., 1993, p.126).

Relações interpessoais:

As relações interpessoais foram observadas no que se refere a família, equipe ou mesmo entre as mulheres, companheiras de hospitalização. Algumas vezes este relacionamento era facilitado, principalmente no que se refere à família:

As mulheres podem receber a visita do pai da criança a qualquer hora do dia ou da noite. Outras visitas em dias específicos – 3^a, 5^a e domingos (maternidade A).

Os familiares foram informados sobre o encaminhamento que seria dado à mulher, sobre o horário de visitas e solicitou-se-lhes que telefonassem antes de vir para saber se o bebê já havia nascido (maternidade B).

No horário de visitas havia oito pessoas em volta de uma mulher e seu bebê. A avó, muito faceira, embrulhava-o (maternidade C).

Existiram momentos que favoreceram a relação mãe/filho:

Quando a auxiliar de enfermagem trouxe o bebê para a mãe e o “colocou” para mamar esta mulher se transformou, estava sorridente com a filha ao seio (maternidade A).

Após o nascimento e preparo do bebê, a auxiliar de enfermagem trouxe-o para junto da mãe (maternidade B).

Ou mesmo profissional/paciente:

Durante o parto normal com analgesia, o anestesista estava o tempo todo conversando com a mulher, tentando deixá-la tranqüila (maternidade B).

Ao final do parto o obstetra foi para o lado da mulher, deu-lhe os parabéns apertando sua mão orientou-a sobre amamentação e colocou-se à disposição em caso de dúvidas (maternidade B).

O cooperativismo entre as mulheres surgiu:

Uma paciente primípara comentou: “*Elas (as outras que já têm mais filhos) ensinam a gente como cuidar do bebê*” (maternidade A).

Contudo, houve momentos em que o relacionamento com a família foi dificultado:

Quando a mulher entra para o pré-parto ela é mantida incomunicável com sua família, independente do tempo que permaneça lá (maternidade C).

No trajeto entre CO e enfermaria, familiares, principalmente maridos, ficam no corredor esperando pelas mulheres. Ao passar com a maca, as pacientes vêem seus companheiros, porém em momento algum se respeita este encontro. Passa-se o mais rápido possível, entra-se no quarto e fecha-se a porta, sem que elas possam falar com eles. As auxiliares de enfermagem também não lhes dirigem a palavra e após “acomodar” as mulheres não chamam os familiares (maternidade A).

A falta de diálogo entre profissional e paciente se evidenciou:

Durante a cesárea o cirurgião não dirigiu a palavra à paciente. Quando concluiu ele disse: “*Terminou, foi tudo bem*”, e saiu da sala. Neste momento já havia outra parturiente em outra sala esperando por ele. Muitas vezes, mulher e obstetra se “conhecem” na sala (maternidade C).

A mulher estava sendo submetida a cesárea. Quando o bebê nasceu ela não foi informada. Ao ouvir a criança chorar, na sala de recuperação, perguntou: “É meu filho que está chorando? O que é?” Ela não sabia ainda o sexo do bebê (maternidade C).

Nasceu o bebê e ninguém falou o sexo para a mulher. Nem a residente, nem a doutoranda que fez o parto, preocuparam-se em participar-lhe o nascimento. Quando a mulher perguntou qual o sexo do bebê, a residente disse “Nunca olho o sexo”. As auxiliares de enfermagem demonstraram surpresa pelo fato de a mulher não saber ainda o sexo do filho, ficando ali paradas, ao invés de procurar saber o sexo e o estado do bebê para informar à mulher (maternidade A).

A separação entre a mãe e o bebê logo após o nascimento:

A atendente de enfermagem recebe o bebê e presta-lhe os primeiros cuidados na Sala de Recuperação do Recém-Nascido; depois disto o mostra para a mulher, e leva-o para o berçário, sem dar-lhe a oportunidade de tocar seu filho (maternidade C).

Nas enfermarias a atendente de enfermagem do berçário ia entregando os bebês às suas mães, sem dar orientação alguma: não mostrava identificação, não auxiliava na amamentação. Alguns bebês haviam nascido na manhã do dia anterior e estavam vindo para perto das mães somente agora, era 11h 15 (maternidade C).

Ou mesmo a falta de privacidade existente nas enfermarias:

Muitas vezes os pais permanecem nos quartos, tirando a privacidade das outras mulheres (elas reclamam); não existe um local onde a mulher, seu companheiro e o bebê possam estar reunidos, sem interferir na privacidade das outras mulheres (maternidade A).

Quando é hora de visita fica muito tumultuado, os visitantes se misturam entre si. O local não oferece privacidade às mulheres e seus familiares (maternidade C).

As relações interpessoais, no meu entendimento, mostraram-se prejudicadas de uma maneira geral nas maternidades pesquisadas, seja entre a equipe de assistência e a mulher, seja entre a mulher e seu bebê, ou ainda entre a mulher e seus familiares e amigos. Evidenciou-se o preparo insuficiente da equipe para o desenvolvimento de um bom relacionamento com a mulher. Poucas foram as vezes em que transparecia uma relação terapêutica entre paciente e profissional, e estas experiências positivas perderam a expressão frente à “força” dos eventos negativos. Em momento algum as enfermeiras atuaram de modo a mediar as relações interpessoais.

Atualmente, existe uma tendência na área de saúde que enfatiza a necessidade de se

estabelecer um relacionamento terapêutico com o ser humano que está sendo assistido. Carraro & Radünz (1996, p.51) salientam que “Muitas vezes é disso que o ser humano precisa: sentir que estamos com ele, junto dele! E este “estar com” pode tomar diversas formas: o segurar suas mãos, o sorrir, o secar seu suor, um olhar... o ouvir, sim! Nem sempre precisamos falar! Muitas vezes é preciso ouvir e demonstrar: estou aqui!”.

A reflexão apresentada por Moran & Schultz (1996, p.21) enfatiza a importância da relação interpessoal:

A relação clínico-paciente afeta o resultado do tratamento, porque se o paciente tem um relacionamento caloroso, de suporte com o clínico, se tem uma expectativa positiva, vendo o clínico como um companheiro com conhecimento de causa, na maioria das vezes o resultado é positivo. Se você acreditar que tanto o profissional – ou a droga – vão lhe ajudar, então vão ajudar. Todos nós precisamos encontrar cuidadores que respeitemos, acreditando que eles podem aumentar o nosso processo sarador.

Goleman (1995, p.198) reforça este pensamento ao afirmar que “...há o valor terapêutico do médico ou enfermeiro empático, sintonizado com os pacientes, capaz de ouvir e se fazer ouvido. Isso significa promover uma ‘assistência centrada no relacionamento’, reconhecer que o relacionamento entre médico e paciente é em si um fator importante”.

De acordo com Arruda & Marcelino (1997, p.163) “Interagir é um ato inerente ao processo de cuidar e confortar e implica a troca de energia, informações, sentimentos, conhecimentos, ações e reações entre seres humanos. Acreditamos que embora outras pessoas possam confortar, a enfermeira tem uma oportunidade única de preencher este papel quando dada pessoa mais necessita”.

Reconhecendo a importância das relações interpessoais e o fundamental papel da família na vida das pessoas hospitalizadas, “...o visitante deve ser considerado como parte contribuinte na recuperação do ser humano quando hospitalizado” (Stier et al., 1995, p.15). Por outro lado, existe a preocupação sobre as possibilidades de contaminação, tanto de pacientes quanto de visitantes.

No que se refere a esse assunto, Richtmann (1997, p.271) salienta que

Não há evidências na literatura de que crianças menores de 11 anos aumentem as taxas de infecção hospitalar quando liberadas para visitar suas mães no pós-parto, nem que as mesmas adquiram infecções devido à visita. É claro que visitas numa maternidade não devem ser totalmente livres, estas deverão seguir orientações de que tanto crianças quanto adultos

que estejam apresentando tosse, espirros, exantemas, diarreia ou infecção cutânea não devem entrar no hospital

Quanto às visitas de familiares aos recém-nascidos, segundo Alves Filho, Ferrari & Zaroni (1997, p.243), estas "...têm se tornado parte importante no cuidado ao RN. Os visitantes devem seguir as mesmas orientações e restrições aplicadas à equipe de saúde. A criança visitante deve ser supervisionada pelos pais ou responsáveis. Pesquisas mostram que não há aumento da colonização bacteriana ou subsequente infecção nos RN visitados pelos irmãos".

Tendo por base os princípios bioéticos de autonomia e autodeterminação, a mulher tem o direito de ser esclarecida e orientada quanto aos procedimentos a que será submetida, assim como aos riscos e benefícios, consentindo ou não com os mesmos. Não se trata de um monólogo em que o profissional espera que a mulher responda afirmativa ou negativamente, para então lhe atribuir total responsabilidade pela decisão. Trata-se antes de um diálogo entre profissional – mulher, buscando a beneficência e respeitando a autodeterminação, o qual deve ser em linguagem acessível e ao nível do conhecimento da paciente, garantindo um melhor entendimento (Hossne, 1995; Santos, 1997).

Conforto e bem-estar:

O conforto e bem-estar das mulheres não eram priorizados pela equipe de assistência. No sentido físico:

A mulher foi colocada na mesa sobre um lençol que cobria apenas a metade superior da mesma. Da sua nádega para baixo estava sem lençol, diretamente sobre o plástico que reveste o colchão. Foi anestesiada e mostrava-se ansiosa, porém ninguém prestou atenção nela, ou aos sinais de ansiedade que apresentava, tais como agitação, mãos frias, mal-estar... (maternidade C).

A mulher foi encaminhada para a sala, colocada em posição para o parto, e somente depois disto a atendente de enfermagem trouxe o material para o parto (maternidade C).

Ao trazer a puérpera do CO pós-parto cesáreo, a maca foi batida várias vezes contra móveis e a própria cama. Ao puxar a mulher para o leito, as duas auxiliares de enfermagem foram tão bruscas que levaram o colchão para fora da cama, ficando metade deste sobre e metade fora da cama. A mulher assustou-se, porém nada falou. Cobriram-na, puseram o bebê junto a ela e foram embora. (maternidade A).

As macas são colocadas uma ao lado da outra, numa ante-sala do CO, onde a mulher é transferida. Sem observação da técnica de transferência a mulher é puxada de uma maca para outra, neste procedimento ninguém lhe dirige a palavra. Em seguida seu filho é colocado entre suas pernas e são empurrados, sem muito cuidado, geralmente por uma só pessoa, até seu quarto (maternidade A).

No sentido emocional:

A mulher que estava sendo cesareada gemia e reclamava de dor e mal-estar, porém o anestesilogista, o cirurgião e os integrantes da equipe de Enfermagem não deram atenção a suas queixas (maternidade C).

Na visita, entravam nos quartos uma médica, um residente, uma sextanista de medicina e uma enfermeira que ia falando alto para todas as mulheres: “*Barriga para cima e calcinha para baixo*”, ao que nem todas obedeciam... (maternidade B).

Também as necessidades de higiene ou fisiológicas não representaram preocupação:

A parturiente estava no pré-parto, com oito centímetros de dilatação, sua bolsa estava rota e seu leito inundado de líquido. A atendente de enfermagem, responsável pelo pré-parto, não tomou providências para realizar a higiene do leito e colocar um “forro absorvente” na mulher (maternidade C).

Nightingale (1859) primava pelo conforto e bem-estar dos pacientes, orientava a atenção às suas necessidades, sejam físicas ou emocionais. Salientava que a doença nem sempre era a causa dos sofrimentos que a acompanham, mas que os sintomas e ou sofrimentos, muitas vezes, decorrem da falta de aquecimento, limpeza e pontualidade na assistência às necessidades do paciente, a quem a Enfermagem deve assistir de forma que haja um mínimo de dispêndio do seu poder vital. Woodham-Smith (1951, p.171) registra que os soldados, durante a Guerra da Criméia, falavam: “Experimentávamos um grande conforto simplesmente ao vê-la passar. [...] Sempre nos dirigia uma palavra, um aceno, um sorriso”.

De acordo com Arruda, Larson & Meleis (1992, p. 388) o conforto é “...inerente à natureza da Enfermagem, central ao papel da enfermeira e uma dimensão chave do cuidar e nutrir. [...] Conforto é, às vezes, associado com estados subjetivos de bem-estar físico e mental, ou significando a diminuição do sofrimento do paciente”.

Ao presenciar a assistência às mulheres percebi que o conforto e bem-estar delas não foi priorizado pelas equipes de saúde. Não notei o entendimento da parte destes profissionais quanto à necessidade de elas receberem uma assistência ao pré-parto, parto e puerpério que

lhes proporcionasse saúde, incluindo o conforto e bem-estar durante o seu processo de parturição. As enfermeiras na maioria das vezes estavam ocupadas com questões administrativas e não atuavam junto às pacientes, ou na orientação da Equipe de Enfermagem quanto aos cuidados com as mulheres, mostrando que não partilham da compreensão de conforto, conforme registram Arruda & Marcelino (1997, p.158)

...a enfermeira ajuda a pessoa a alcançar o conforto enquanto cuida. Alcançar o conforto, como uma meta da enfermagem, implica que a pessoa experiencie um sentimento agradável de harmonia consigo mesmo e com o ambiente, sinta-se cuidado e estimado, seja capaz de viver uma vida tão normal quanto possível, na situação que está enfrentando e se sinta seguro e protegido.

Remen (1993, p. 178) enfatiza que: "...de certo modo, a obrigação de promover a saúde e o bem-estar envolve um compromisso com a livre escolha, para apoiar e desenvolver essa força vital que existe dentro de cada pessoa, doente ou saudável".

Segundo McKenzie, Canaday & Carrol (1982), a provisão adequada de segurança e conforto é uma das responsabilidades principais da Enfermagem. Medidas que asseguram conforto e segurança incluem: prevenção e controle de hemorragias, infecções puerperais, tromboembolismo, hipertensão e hipotensão. Segundo as autoras, medidas de conforto produzem assistência.

Ao proporcionar conforto e bem-estar à mulher no período do pré-parto, parto e puerpério, a equipe de Enfermagem estará auxiliando-a a vivenciar este período e, concomitantemente, potencializando seu poder vital.

Goleman (1995, p.180), ao discutir as questões da mente e da medicina, enfatiza: "...qualquer encontro com uma enfermeira ou médico pode ser uma oportunidade de uma informação tranquilizadora, conforto e alívio – ou, se tratado com infelicidade, um convite ao desespero". Prossegue salientando que "Embora seja um passo para a assistência mais humana quando um médico ou enfermeiro oferece conforto e consolo a um paciente angustiado, é possível fazer mais. Mas a assistência emocional é uma oportunidade demasiadas vezes perdida na maneira como se pratica a medicina hoje; um ponto cego para a medicina" (p.199).

As mulheres no processo gravídico-puerperal se expõem ao risco de ter o corpo e a dignidade totalmente submetidos ao poder da ciência, da técnica e do profissional de saúde. A paciente que no processo saúde-doença deve ser considerada sujeito ético, no mínimo tanto

quanto o médico, corre o risco de ser colocada em posição passiva e subalterna (Berlinguer, 1996).

Condições oferecidas pelo ambiente que influenciam na potencialização do poder vital:

As questões do ambiente surgiram, mostrando sua influência direta sobre o poder vital das mulheres, quer sejam referentes ao meio ambiente externo ou interno a elas. A aparência dos locais onde foram atendidas se evidenciou tanto positiva quanto negativamente:

Os quartos estavam limpos, aerados, sem corrente de ar. Em cada enfermaria existia um banheiro espaçoso, com um hamper para as roupas sujas (maternidade A).

A enfermaria era aerada e limpa, possuía 4 leitos divididos dois a dois por um biombo; era para mulheres conveniadas. Em outra enfermaria, com 6 leitos, a aparência era a mesma, limpeza e ordem. As mulheres pareciam bem cuidadas neste aspecto (maternidade B).

As enfermarias eram amplas, aeradas, iluminadas naturalmente, era um ambiente silencioso, que possuía 7 leitos afastados entre si. Cada enfermaria tinha um banheiro com chuveiro (maternidade C).

Em um determinado dia o banheiro de uma enfermaria estava inundado, sujo, havia sangue pelo chão e no vaso sanitário, papel jogado no chão e ainda três sabonetes caídos. Era impossível ser utilizado daquela forma. Num dado momento a atendente de enfermagem encaminhou uma das puérperas para o banheiro a fim de trocar de roupas (maternidade C).

Quanto à possibilidade de receber visitas e de relacionamento entre pacientes e equipe:

Entre as pacientes o relacionamento acontecia, uma amparava a outra, o cooperativismo entre elas era evidente (maternidade C).

No horário de visitas o movimento era intenso. Pessoas se apinhando em cima das mulheres e seus bebês, sentando-se nas camas, trazendo todo tipo de alimento. Pais faceiros, avós felizes (maternidade C).

Ao término das visitas uma atendente de enfermagem foi de enfermaria em enfermaria gritando: *“Acabou a visita. Vamos colaborar”*. Alguns iam reclamando, outros quietos, resignados (maternidade C).

Não existe um local próprio para estar com as visitas. As mulheres não costumam sair dos quartos (maternidade A).

Ao chegar no pré-parto a mulher não recebeu, por parte da Equipe de Enfermagem, orientações sobre os procedimentos que seriam realizados com ela (maternidade B).

Os integrantes das equipes de assistência não se dão conta que suas atitudes influenciam diretamente o ambiente e a situação vivenciada pela mulher; como refere Nightingale (1859), o meio ambiente propicia meios de prevenção e contribui para a saúde ou para a doença.

A equipe de assistência só falava com as mulheres quando precisava que ela realizasse algum procedimento, geralmente para “ordenar” alguma ação. A colocação de Nascimento, Santos & Souza (1997, p.161) vai ao encontro desta observação: “O cuidado prestado à mulher durante o trabalho de parto parece ser norteado por um poder institucional que se expressa através de rotinas que lhe expropriam a participação ativa em todo o processo”.

Os profissionais das equipes de saúde ainda não estão conscientes daquilo que Le Shan (1992, p.91) nos diz: “A idéia que não é nova na medicina, mas que neste século desempenhou um papel menor – é a de que, se houver um ambiente positivo – social, emocional, nutricional, espiritual –, a capacidade de autocura do corpo pode fazer muita coisa”. Nightingale – 1859 e Semmelweis – 1861 defendiam estas questões. Ela, ao afirmar a importância da mobilização do meio ambiente no sentido de oferecer as melhores condições para que o poder vital do ser humano seja potencializado. Ele, ao acreditar na vida e desencadear as pesquisas para a evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais, inclusive considerando as influências ambientais, seja ao questionar por que as mulheres que tinham seus filhos na rua não contraíam febre puerperal, ou seja ao evitar que as mulheres internadas ouvissem os rituais religiosos daquelas que estavam morrendo por febre puerperal.

Berlinguer (1996) refere-se ao valor atribuído ao sistema de relações interpessoais no enfrentamento de doenças pelo reforço do sistema imunológico e outras defesas pessoais. Relacionando este assunto com a citação hipocrática “*Oponha-se ao mal o doente juntamente com o médico*”, o autor faz referência à psiconeuroimunologia. Enfatiza que o principal meio preventivo está no comportamento responsável, além do peso da contribuição emocional e das relações interpessoais, destacando que de fato muitas vidas têm sido preservadas com o auxílio

da psiconeuroimunologia..

Estas ponderações vão ao encontro do que refere Marino Júnior. (1975, p.89-90): “Desde a época de Hipócrates já existia o postulado de que a mente influencia o corpo e o corpo influencia a mente. [...] Somos forçados a inferir que os fenômenos da mente não podem se processar no vazio...”

O postulado **poder vital/vida** mostrou-se justificado, também, pelos pressupostos da psiconeuroimunologia (PNI), a qual, de acordo com Goleman (1995, p.182), constitui atualmente uma ciência de ponta, cujo “...próprio nome reconhece as ligações: *psico*, de “mente”; *neuro*, do sistema neuroendócrino (que inclui o sistema nervoso e o de hormônios); e *imunologia*, do sistema imunológico”.

Em 1974 o psicólogo Robert Ader observou que o sistema imunológico possui a capacidade de aprender, assim como o cérebro. Esta observação levou à investigação das várias formas de comunicação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico – rotas biológicas que tornam a mente, as emoções e o corpo não separados, mas sim intimamente ligados. Com o passar dos anos, estes estudos conduziram a uma nova visão sobre as ligações do sistema imunológico e o sistema nervoso central (Goleman, 1995; Lazar, 1996).

Solomon (1987) reforça estas afirmações ao referir que estudos sobre psiconeuroimunologia indicam que eventos estressantes, quebras de defesas psicológicas ou adaptações são relacionados com o início de alergias, doenças auto-imunes, infecciosas e neoplásicas. O que ainda é reforçado pela pesquisa de Pert, citada por Moran & Schultz (1996), cujos resultados mostram que o sistema imunológico é afetado toda vez que o sistema nervoso é afetado.

Na afirmação de Schisler (1997), atualmente existem cientistas que já confirmaram a presença de peptídeos e receptores em várias partes do corpo, carreando mensagens dentro do cérebro, do cérebro para o corpo e vice-versa, e ainda de uma parte do corpo para outra. Existe um diálogo entre as células. Estas pesquisas no campo da psiconeuroimunologia já estão avançadas o suficiente para podermos afirmar que os peptídeos e receptores são unidades bioquímicas que traduzem em eventos físicos as emoções das pessoas. Assim, a mente não está mais limitada ao espaço acima do pescoço, ela está espalhada pelo corpo. Mente e corpo são componentes inseparáveis de um organismo total, falando a mesma “linguagem química” e continuamente “conversando entre si”.

Goleman (1995) discute esta relação, salientando que os hormônios liberados sob tensão influenciam as emoções e o sistema imunológico. As catecolaminas (epinefrina e norepinefrina ou, também conhecidas como adrenalina e noradrenalina), cortisol e prolactina e os opiáceos naturais betaendorfina e encefalina, são todos liberados durante a tensão emocional. Cada um destes exerce forte impacto sobre as células imunológicas. Estas relações são complexas, contudo a principal influência é que, enquanto esses hormônios percorrem o corpo, as células imunológicas são obstruídas em sua função, ou seja a tensão elimina a resistência imunológica, ao menos temporariamente. Mas se esta tensão é constante e intensa, essa eliminação pode tornar-se duradoura.

Segundo Lazar (1996, p.169) “As funções cognitivas e emocionais implicam a patogênese ou perpetuação de doenças cardiovasculares, pulmonares e gastrointestinais, a dor aguda e crônica, e igualmente câncer e infecções. A medicina do corpo-mente é uma disciplina integrativa que examina estas questões”.

Essas recentes descobertas científicas vão ao encontro das ações e dos registros deixados por Nightingale e Semmelweis. Seja na afirmação de Nightingale de que o ser humano possui um poder interior usado para vivenciar o processo saúde-doença, para o qual ela buscava estratégias de fortalecimento, respeitando cada ser humano como único e singular, dando-lhe a atenção e o cuidado necessários, seja na preocupação de Semmelweis em descobrir a causa da febre puerperal, levantando hipóteses, que à época pareciam insanas, tais como o medo da morte e o pudor ao serem atendidas por homens.

Esta relação psiconeuroimunológica faz-se presente, desde o pré-natal até os períodos do pré-parto, parto e puerpério, os quais, por suas características peculiares, geram tensão e ansiedade para a mulher. Esses sentimentos podem aumentar de intensidade caso a equipe de assistência não esteja preparada e sensibilizada para atuar de modo a minimizar os estressores destes momentos. A fim de potencializar o poder vital da mulher nesta situação e, conseqüentemente fortalecer seu sistema imunológico enquanto uma das medidas de prevenção de infecções puerperais, ela necessita de uma equipe que, além de ser competente técnico-cientificamente, seja humanizada, vendo-a e respeitando-a em sua singularidade, disposta a “estar com” ela nesta sua vivência.

Sobre a assistência humanizada à mulher durante a parturição a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde recomendam que os profissionais

conheçam aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento; que a equipe perinatal seja estimulada a enriquecer o relacionamento entre a mãe, o bebê e a família; que técnicas de comunicação estejam incluídas no treinamento dos profissionais visando promover trocas sensíveis de informações entre provedores de saúde, gestantes e famílias (WHO, 1985).

As observações da assistência e as reflexões sobre as questões referentes ao postulado **poder vital/vida** e a influência que exerce sobre a mulher nos períodos do pré-parto, parto e puerpério levaram-me ao encontro da afirmação de Simões & Souza (1997, p.176-7):

A mulher compreende sua vivência parturitiva como angustiante e temerosa, porque, a partir do momento em que é internada na maternidade, não tem mais controle da situação, tudo se revela como imprevisível, como não familiar. Refletimos que o profissional de saúde que assiste à parturiente não detém seu olhar para isto. Mesmo quando surgem, no pré-parto, expressões de angústia, medo, inquietação, indiferença, isto não se revela como compreensão, já que tudo o que acontece com a mulher faz parte da rotina assistencial, é indiferente. E neste estar aberta à sua vivência de trabalho de parto, a mulher percebe que o atendimento da equipe volta-se, em geral, para a satisfação das necessidades biológicas ao evoluir do processo de forma mecanicista e impessoal. A equipe de saúde decide sobre seu corpo, sobre sua saúde e de seu filho. Cada profissional desenvolve atividades que lhe competem, mas ninguém se aproxima, ninguém valoriza sua singularidade.

7.2 PREVENÇÃO/CONTÁGIO: O SEGUNDO POSTULADO

Apesar de terem vivido antes do advento da teoria microbiana, ambos, Nightingale e Semmelweis, atuavam de forma a prevenir o **contágio**, num movimento empírico de **prevenção**. Ele na luta contra as infecções puerperais, ela na luta contra as infecções hospitalares de modo geral. **Prevenção/contágio** formam a segunda categoria analítica desta investigação que se divide em seis subcategorias:

- ☉ *Assistência direta à mulher;*
- ☉ *Limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia;*
- ☉ *Observação de princípios básicos de prevenção de infecções;*
- ☉ *SCIH atuante;*
- ☉ *Educação à saúde e*
- ☉ *Educação continuada.*

Assistência direta à mulher:

No que se refere à assistência direta à mulher, durante o tempo em que estive nas maternidades incluídas nesta pesquisa, de acordo com o instrumento de coleta de dados, dirigi meu olhar basicamente para dois pontos da Assistência de Enfermagem: *o cuidado e preparo da mulher para o parto e a atenção às mulheres com maior risco de infecção.*

Quanto ao *preparo da mulher*, vários procedimentos, que variaram entre as maternidades pesquisadas, chamaram minha atenção dentre eles a rotina de higiene. Quando a mulher estava no período pré-parto não observei por parte da Equipe de Enfermagem investimento na higienização da parturiente:

Não observei existência de rotina de higiene prévia da parturiente; o banho não apresentou-se como rotineiro apesar de existir um banheiro disponível (maternidade A).

As mulheres entram para o pré-parto e ali ficam até serem encaminhadas para o CO. Não observei a aplicação de medidas de higiene; se a bolsa está rota ela fica em leito inundado. Uma paciente estava apresentando vômitos, então a atendente de enfermagem colocou um lençol no chão ao lado da cama, para que ela vomitasse ali mesmo (maternidade C).

Em outra maternidade a rotina do banho está presente:

No CO a parturiente foi encaminhada para o banho antes de ir para o pré-parto. [...] É rotina o banho da parturiente antes do parto (maternidade B).

Após o parto a higiene é rotina nas unidades observadas, devendo as pacientes tomar banho antes de os médicos passarem:

A rotina da Enfermagem nos postos é a seguinte: receber plantão, fazer a listagem da dieta e, em seguida, encaminhar as pacientes das enfermarias para o banho. Nos apartamentos as mulheres tomam banho mais tarde porque dormem mais (maternidade B).

Nas enfermarias a rotina de higiene era a seguinte: após as mulheres serem encaminhadas para o banho, as alunas do Curso Auxiliar de Enfermagem faziam desinfecção dos leitos com álcool e trocavam a roupa de cama (maternidade A).

A *tricotomia*, processo controverso que vem caindo em desuso até porque, ao ser realizada com lâmina, pode causar lesões de pele, que são porta de entrada para infecções. A realidade pesquisada apontou para o uso de tricotomia enquanto rotina, tanto de partos quanto de cesáreas, apresentando semelhanças no modo de realização:

Em cada sala de admissão existe um frasco com aparelho para tricotomia imerso em álcool; as lâminas utilizadas são descartáveis (maternidade B).

A atendente de enfermagem fez uma tricotomia a seco, com aparelho e lâminas reutilizáveis (maternidade C).

Uma tricotomia foi realizada pela auxiliar de enfermagem com lâmina descartável e PVP-I degermante. Após o procedimento não foi realizada higiene local (maternidade A).

O toque vaginal, procedimento necessário para o acompanhamento do trabalho de parto, até por ser considerado como de risco para infecção puerperal, requer, ao ser realizado, a observação de princípios de assepsia, tais como a lavagem das mãos, o uso de luvas e lubrificantes esterilizados. Devem, também, restringirem-se ao mínimo necessário. Berle e cols., citados por Richtmann (1997), recomendam que os toques vaginais não ultrapassem o número de sete por trabalho de parto. O que observei com relação a este procedimento:

No pré-parto, um obstetra examinou uma parturiente, com luva de procedimentos sem lubrificação e sem lavar as mãos, nem antes, nem depois. Após o toque ele jogou a luva usada no chão, ao lado da cama (maternidade C).

A atendente de enfermagem fez um toque sem lavar as mãos; calçou luva de procedimentos mas não aplicou vaselina. Quando a mulher reclamou que aquilo doía muito, ela lubrificou a luva (maternidade C).

O médico veio da sala de cafezinho, não lavou as mãos, fez toque em uma das mulheres que estava no pré-parto com luva de procedimento lubrificada. Retirou essa luva e, sem lavar as mãos, calçou outra, lubrificou-a e tocou a outra mulher (maternidade C).

Observei ainda o número de toques:

No pré-parto a mulher foi acompanhada pelos residentes que realizavam a dinâmica e os toques para controle da dilatação. As luvas utilizadas para o toque foram lubrificadas e, após o uso, foram encaminhadas para reprocessamento. O residente tocou e, em seguida, o doutorando também o fez (maternidade B).

Quanto ao número de toques, a enfermeira relatou o seguinte: *“Um para admissão e, depois, conforme a evolução, o menos possível. A não ser aquelas pobrezinhas que ficam no pré-parto e que os residentes atendem; estas eles tocam até aprender, viram uma flor!”* (maternidade B).

A frequência com que os toques são realizados varia conforme o número de doutorandos presentes. O preconizado é um toque por hora, e quando o trabalho de parto está no final, são mais próximos. Quando a bolsa está rota evita-se tocar (maternidade A).

Em um encaminhamento para parto, o doutorando tocou duas vezes em 10 minutos, então o residente veio, tocou novamente e mandou levá-la para a sala de partos (maternidade A).

As mulheres que apresentavam maiores riscos de infecção – segundo Eschenbach & Wager (1990): aqueles referentes aos riscos gerais de infecção, intercorrências do trabalho de parto e riscos cirúrgicos – receberam a mesma atenção dispensada às outras:

Não observei um cuidado mais específico para com as mulheres que apresentam maiores riscos de infecções. As atendedoras de enfermagem vão aos quartos quando solicitadas, no horário de medicação ou de outro procedimento prescrito, ao passo que deveriam estar atentas aos sinais e sintomas de infecção tais como hipertermia, aspecto e odor dos lóquios, mal-estar e anorexia (maternidade C).

As mulheres que apresentam maiores riscos de infecção recebem a mesma atenção que as outras. Aquelas que apresentam infecção são isoladas (maternidade A).

A realidade espelhada através desta investigação aponta para a assistência massificada. Quando se submete ao sistema de saúde, a mulher enfrenta, juntamente com seu filho, a “loteria da vida”. Neste momento tão especial de sua vida, ela corre o risco de morrer por falta de cuidados singularizados e especializados. Estes cuidados mínimos de prevenção de infecções podem fazer uma grande diferença: a diferença entre a vida e a morte.

Nightingale (1859) enfatizava a higiene pessoal do paciente enquanto atividade da assistência de Enfermagem prestada. Para ela a higiene proporcionava alívio e conforto como sinais de que o poder vital foi fortalecido. Salientava que o profissional deverá estar apto para observar o paciente e detectar sintomas que indicam melhora ou piora de seu estado geral, sabendo também reconhecer os sinais importantes, e os menos importantes.

Semmelweis (1888) registrou que, em suas buscas sobre as causas da febre puerperal, uma das hipóteses levantadas era que os homens eram mais brutos ao realizar o toque vaginal do que as parteiras. Em resposta a esta hipótese, na clínica em que atuava o número de exames vaginais foi restrito ao mínimo necessário para o acompanhamento dos partos.

Os registros aqui apresentados apontam a falta de esclarecimentos sobre prevenção de infecções, sendo a higiene pré-parto/cirúrgica fundamental. De acordo com Stier et al. (1995, p. 10), como medida preventiva de Infecção Hospitalar, em “...procedimentos cirúrgicos que envolvam regiões altamente colonizadas, como o períneo, recomenda-se a

higienização prévia do paciente, preferencialmente banho de aspersão”. Esta orientação é reforçada por Grinbaum (1997b, p.156): “O banho pré-operatório na noite anterior, ou na manhã da operação tem como principal objetivo eliminar o excesso de resíduos orgânicos e, conseqüentemente, reduzir a colonização da pele por microrganismos patogênicos”. Alguns estudos recomendam o banho pré-operatório com solução anti-séptica, embora sua validade na redução das infecções não esteja comprovada para todas as cirurgias (Stier, 1995; Grinbaum, 1997b).

Nas três maternidades observadas a tricotomia era realizada rotineiramente, com lâminas de barbear. Segundo Stier et al. (1995, p.76), o “Colégio Brasileiro de Cirurgões recomenda que se evite a tricotomia para qualquer tipo de cirurgia”. Sobre este assunto, Cerqueira (1997) ressalta que existem controvérsias. A depilação era tradicionalmente justificada como maneira de prevenir a contaminação na incisão através dos microrganismos existentes nos pêlos, todavia nos últimos anos tem-se demonstrado a relação da tricotomia com o aumento da incidência de infecções incisionais. Segundo o autor, o problema não é causado pela tricotomia em si, mas pela quebra de barreira cutânea provocada pelas múltiplas lesões superficiais, as quais criam um meio propício para multiplicação e invasão de microbiotas resistentes.

Recomenda-se, no caso de realização da tricotomia, que esta seja feita até duas horas antes da cirurgia, aparando os pêlos, deixando-os curtos, sem no entanto raspá-los, evitando lesões cutâneas (Stier et al., 1995; Cerqueira, 1997). Stier et al.(1995) recomendam a lavagem do local tricotomizado, se possível o banho do paciente. Cerqueira (1997) sugere o uso de anti-séptico degermante adequado para remover os pêlos e diminuir o trauma da pele e Grinbaum (1997b) orienta a realização da tricotomia restrita à topografia da operação e realizada o mais próximo possível da mesma.

Nas realidades observadas, as parturientes são submetidas aos toques vaginais sem a observação de critérios claros estabelecidos quanto à técnica do procedimento e ao número de vezes recomendado para sua execução. Estas observações mostraram que a rotina assistencial esteve mais voltada para a execução da técnica ou procedimento enquanto exercício de aprendizagem dos estudantes de medicina, de diferentes níveis (doutorandos e residentes). Não percebi, por parte destes, a preocupação com os riscos a que estão expondo estas mulheres, sem contar com o desconforto, físico e emocional, que lhes é imputado ao serem examinadas

inúmeras vezes e por vários e diferentes “profissionais”.

Os autores consultados são unânimes em afirmar que a restrição dos toques vaginais é uma medida preventiva, pois sérias infecções decorrem de exames vaginais demasiado frequentes (Friedman, 1980; Eschenbach & Wager, 1990; Kwast, 1991, Ledger, 1997). Zanon & Amado (1987, p.399) orientam a “Redução do número de toques e restrição ao toque feito por diferentes profissionais nas gestantes em trabalho de parto” como medida preventiva. Mañaná-Rodríguez et al. (1991) enfatizam que entre os fatores de risco de infecção puerperal na atualidade estão as manipulações vaginais durante o trabalho de parto, sendo elas as responsáveis pela introdução de bactérias no trato genital superior. Como conclusão de sua pesquisa *Fatores de risco de infecção puerperal*, eles afirmam: “Os toques vaginais repetidos aumentam o risco de infecção e morte nas pacientes estudadas” (1991, p.33). Friedman (1980) orienta que os toques vaginais, além de serem reduzidos em número, devem ser realizados após lavagem das mãos dos profissionais, com luvas lubrificadas. Segundo Richtmann (1997), Berle & cols. realizaram um estudo no qual registraram que mais de sete exames vaginais significativamente estavam ligados a um maior número de infecções pós-parto.

Ledger (1997, p.556) salienta que os toques vaginais devem “...ser limitados ao necessário para um bom direcionamento da paciente. [...] A lavagem das mãos e o uso de luvas esterilizadas para o exame vaginal continua sendo importante medida geral de controle”.

De acordo com Eschenbach & Wager (1990), aquelas mulheres que apresentam anemias, má nutrição, baixo nível socioeconômico, obesidade, prolongado período de membranas rotas, sofreram monitoração fetal intrauterina e elevado número de toques durante o trabalho de parto, possuem maior risco de contrair infecções puerperais.

Nas maternidades estudadas as mulheres recebem equivalente “atenção/desatenção” por parte da Equipe de Enfermagem. Não observei assistência específica àquelas com maior risco de contrair infecções puerperais, até porque, as equipes não receberam treinamento adequado quanto ao assunto. Acrescente-se a isto o fato de as enfermeiras não atuarem diretamente com o paciente, e a Equipe de Enfermagem realizar as atividades de assistência sem o acompanhamento necessário desta profissional. Isto é agravado pelo fato de nos prontuários das mulheres não serem registradas as ocorrências e intercorrências do pré-parto e parto, indicadoras de possíveis complicações, o que contribui para a falta de qualidade da assistência. Aqui é possível destacar ainda que, embora a assistência nas 24 horas do dia seja

de responsabilidade da Enfermagem, a maioria das atividades desenvolvidas pela mesma não são registradas. Sem se configurar como produto claramente identificado, até pelos próprios profissionais da Enfermagem, as atividades de assistência ainda não possuem o reconhecimento de sua validade para a prática da profissão, ou mesmo, não sugerem um valor econômico/financeiro.

Os fatores que influenciam os riscos de infecção puerperal, segundo Landers & Sweet (1995), são a duração da ruptura da membrana uterina, número de toques vaginais ou retais, monitoração fetal intrauterina, duração da cirurgia, estimada perda sangüínea e obesidade. De acordo com Kwast (1991, p.103) o “...diagnóstico das infecções puerperais genitais depende da observação precoce e correta interpretação dos sinais físicos”.

Há instituições de saúde que restringem-se ao simples credenciamento legal, sem atividades de prevenção e controle, em quais seus dirigentes se iludem ao pensar que estão livres da responsabilidade ético-legal pelos possíveis danos à clientela. É relevante a comprovação de suas atividades, atendendo ao seu papel profissional o contínuo aprimoramento e atualização, a contínua busca de situações de risco e sua solução. Cabe pois, aos profissionais da equipe de assistência, atender à finalidade de seu trabalho, que deve ter como prioridade a assistência integral, segura, competente e responsável ao ser humano (Cruz, 1997).

Limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia:

A preocupação com estes itens remonta a épocas anteriores a Nightingale e Semmelweis, haja vista que Moisés²¹ já pregava, como meio de evitar doenças, a higiene e o afastamento de objetos contaminados. Esta subcategoria buscou a visualização de como se está realizando a prevenção e controle com relação à limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia.

Como primeiro parâmetro surge a lavagem das mãos, em unidades de internação:

Os integrantes da equipe de assistência não lavam as mãos entre um procedimento e outro. [...] Durante o período observado, em momento algum vi-os lavando as mãos, seja antes ou após a realização de procedimentos nas mulheres (maternidade A).

²¹ Encontra-se na Bíblia Sagrada, no livro chamado Levítico.

A médica e o residente faziam exames físicos: olhavam as incisões, os lóquios e as mamas, tocando períneo, abdome e mamas. Nenhum deles lavava as mãos entre os exames de uma mulher e outra, nem sequer usavam álcool glicerinado, o qual estava disponível. Somente ao final da visita das quatro enfermarias eles lavaram as mãos (maternidade B).

Em uma ablação de pontos feita pela auxiliar de enfermagem, ela usou lâmina de bisturi nova, luva de procedimentos na mão direita e uma gaze. Deveria ter lavado as mãos antes e após o procedimento, porém não o fez (maternidade C).

E em unidade cirúrgica:

De um modo geral os integrantes da equipe de assistência deste serviço, durante as observações por mim realizadas, lavaram muito pouco as mãos (maternidade A).

O cirurgião entrou na sala após degermação mecânica e química, usou escova esterilizada e PVP-I degermante. [...] Na cesárea seguinte o mesmo cirurgião refez a degermação usando escova estéril, porém não obedeceu à técnica adequada, paramentou-se e entrou em campo. A atendente de enfermagem que o auxiliava, ao fazer degermação, não achando escova estéril, usou a mesma que o cirurgião usara (maternidade C).

O cirurgião havia saído do CC, mas quando entrou novamente, estava com a mesma roupa, ao passo que deveria ter colocado roupas limpas. Foi até o lavabo, degermou as mãos sem observar a técnica adequada e entrou em campo (maternidade C).

As condições para a realização da lavagem das mãos nem sempre favorecem:

A sala de recuperação não possui pia. [...] Naquela ocasião, não havia sabão nem toalhas de papel na pia do pré-parto. [...] Na unidade do alojamento conjunto existem três pias: uma localizada no posto de Enfermagem, uma no expurgo e uma na sala do RN, que é a mesma utilizada para o banho do bebê. [...] Em outro dia, novamente, não havia toalhas de papel no pré-parto (maternidade A).

Em um dos Postos de Enfermagem não havia sabão e nem toalha descartável, apenas uma toalha de tecido (maternidade B).

No lavabo existente, com três torneiras, o degermante não ficava em dispensadores, as escovas eram reesterilizadas e endurecidas (maternidade C).

Outras condições favorecem:

O CO possui 5 lavabos distribuídos por toda sua área física; existem dispensadores com PVP-I degermante. [...] Por todo lado encontram-se cartazes com orientações, principalmente sobre prevenção de infecções e lembretes: "Lave as mãos" (maternidade B).

Lavar as mãos, este procedimento tão simples e antigo, é determinante na prevenção e no controle das infecções puerperais, contudo, conforme afirma Pruitt Junior (1993), mesmo após 145 anos das descobertas de Semmelweis, as infecções puerperais continuam acontecendo por falta de cuidados por parte dos profissionais de saúde.

Semmelweis, em 1847, instituiu a lavagem das mãos, suas e dos estudantes que atuavam na Maternidade, reduzindo com isto a ocorrência das infecções puerperais e conseqüentes mortes maternas. Em 1849, após Semmelweis ser afastado do Hospital Geral de Viena, onde vinha atuando, seu sucessor não seguiu as medidas profiláticas instituídas por ele e a mortalidade materna subiu novamente (Semmelweis, 1988; Suassuna, 1980). Nightingale (1989, p. 107) dizia que “As enfermeiras devem ter o cuidado de lavar freqüentemente as mãos”.

Nas maternidades por mim observadas existiam poucos locais para a lavagem das mãos, entretanto chamou-me a atenção o fato que alguns profissionais, mesmo quando da disponibilidade de pias, água, sabão e papel toalha, não procediam a lavagem das mãos conforme preconizado. Evidenciou-se que a degermação das mãos variou entre as equipes cirúrgicas: alguns profissionais mostraram-se criteriosos ao proceder a técnica, usando escovas esterilizadas e degermante químico, outros porém, não usavam adequadamente o degermante. Mesmo apresentando controvérsias quanto à forma de realização de tal procedimento, a degermação cirúrgica das mãos foi observada pelos médicos. Em contrapartida, a simples lavagem das mãos, indicada antes e após qualquer tipo de procedimento em pacientes, foi deixada de lado por estes profissionais.

As Equipes de Enfermagem, que estão em contato com as rotinas do dia-a-dia, não demonstraram o hábito de lavar suas mãos nas ocasiões por mim observadas. Por outro lado, as instituições são co-responsáveis por essas falhas na prevenção das infecções, ou mesmo induzem os profissionais a cometê-las, quando instalam poucas pias e lavabos, e ainda deixam faltar sabão e papel toalha, sem os quais a lavagem das mãos não é realizada de acordo com a técnica correta.

A lavagem das mãos é a medida mais simples e importante para o controle de infecções (Ayliffe & Babb, 1995; Rotter, 1997). Rotter (1997) afirma que a lavagem das mãos com água e sabão é uma efetiva medida de higiene para a redução das bactérias presentes nas mãos dos profissionais. De acordo com Larson (1996), o propósito da lavagem das mãos na

rotina de cuidados é remover a contaminação adquirida por recentes contatos com pacientes infectados ou colonizados ou ainda por fontes do meio ambiente. Para ela o propósito da anti-sepsia das mãos é minimizar a presença de ambas as floras bacterianas na pele, a transitória e a resistente.

Segundo Stier et al. (1995), a degermação cirúrgica das mãos e antebraços deve preceder cirurgias e procedimentos invasivos, porque estes configuram sério risco para a ocorrência das infecções hospitalares. Ressaltam a importância da redução da flora microbiana residente e transitória das mãos e antebraços da equipe de saúde, recomendando o uso de solução anti-séptica com vistas a uma ação letal ou inibitória sobre a referida flora.

A importância da lavagem das mãos para a prevenção e controle das infecções, seja no dia-a-dia da assistência, ou em procedimentos invasivos, como (no caso deste estudo) as cesáreas e partos normais com episiotomias, já foi demonstrada no século dezenove quando a medicina adotou este pensamento científico. No entanto, a introjeção deste procedimento, enquanto atitude inerente aos profissionais de saúde, vem deixando a desejar como mostra esta tese, segundo a qual os preceitos recomendados por Nightingale e Semmelweis foram feridos em seus princípios, acarretando com isso riscos para as mulheres em termos de infecções puerperais.

Olhada sobre o prisma da ética, a não lavagem das mãos representa um ato que fere princípios, conforme afirma Santos (1997, p.79) ao discutir os aspectos bioéticos das infecções hospitalares: “A lavagem das mãos, medida simples e barata no controle e prevenção das infecções hospitalares, preconizada por Semmelweis desde 1847, é, até hoje, muitas vezes, negligenciada por muitos profissionais da saúde. A falha desses profissionais, ao não lavar as mãos, pode causar prejuízo ao paciente...”.

Larson (1996) enfatiza a necessidade de mecanismos de educação dos profissionais de saúde sobre a questão da lavagem das mãos, em que multifatoriais abordagens podem ser utilizadas, considerando-se alguns componentes:

- ☐ Materiais convenientes e adequados em disponibilidade;
- ☐ Treinamento da equipe, relacionando esta prática com a prevenção de infecções;
- ☐ Suporte da chefia do setor;
- ☐ Presença de modelos fortes;
- ☐ Educação que incorpore estratégias motivacionais, aulas práticas e grupos para discutir

atitudes e identificar estratégias;

- 9 Envolvimento do grupo no planejamento da educação ou mudança de práticas.

As técnicas assépticas variaram entre as equipes e maternidades, desde a paramentação:

Enquanto as residentes se paramentavam, uma delas disse que não precisava fechar todo o avental. A outra respondeu que sim, que haviam surgido algumas infecções de parede e o professor estava cobrando que isto fosse observado. Então fecharam os aventais, procedimento adequado para a situação (maternidade A).

Neste hospital nenhum dos cirurgiões durante os períodos observados fechou o avental nas costas. De acordo com as técnicas de paramentação, os aventais devem ser fechados nas costas para oferecer maior segurança ao campo estéril (maternidade B).

O anestesista permaneceu o tempo todo com a máscara abaixo do nariz. [...] A doutoranda também estava com a máscara abaixo do nariz ao suturar a episiotomia e a residente que a acompanhava nada disse a respeito. Obedecendo aos princípios assépticos as máscaras devem cobrir todo o nariz, protegendo o campo operatório dos microrganismos exalados através da expiração e, por outro lado, protegendo o profissional de possíveis respingos de secreções e sangue do paciente (maternidade A).

Um dos cirurgiões ficou, durante toda a cirurgia, com a máscara abaixo do nariz e, ao final desta, retirou-a estando ainda dentro da sala, próximo ao campo operatório, no momento em que a outra cirurgiã concluía os pontos (maternidade B).

As máscaras do cirurgião e da atendente de enfermagem que o auxiliava em campo estavam abaixo do nariz (maternidade C).

Ao preparar o campo operatório para uma cesárea, uma das residentes perfurou e trocou de luva (maternidade A).

Durante um parto, a residente perfurou a luva esquerda e solicitou nova, trocando-a. Procedimento correto perante as técnicas assépticas (maternidade B).

O preparo cirúrgico da pele foi realizado das seguintes formas:

O preparo cirúrgico da pele na região operatória foi realizado com compressa estéril e PVP-I degermante pela circulante e depois o cirurgião aplicou PVP-I alcóolico (maternidade A).

O preparo da região a ser incisionada foi realizado primeiramente pela auxiliar de enfermagem, com PVP-I degermante e compressa estéril. Depois disto o cirurgião passou PVP-I tópico com pinça estéril, mantendo a técnica asséptica (maternidade B).

O preparo do local a ser incisionado foi realizado com álcool iodado, sem lavagem prévia, ferindo as indicações técnicas preconizadas atualmente (maternidade C).

Os procedimentos e o comprometimento de princípios científicos:

Preparando a pele da paciente o cirurgião, ao aplicar álcool iodado, não obedeceu ao princípio do menos para o mais contaminado: iniciou pelo abdome, passou nas pernas da mulher e voltou para a região a ser incisionada (maternidade B).

Ao fazer o preparo cirúrgico da pele o cirurgião notou no abdome da mulher, próxima do local a ser incisionado, uma ferida com secreção, já em fase de cicatrização. Perguntou-lhe o que era, ao que ela respondeu ser um furúnculo. Questionou se havia tratado, se seu médico havia visto. Ela respondeu que ele viu, mas não tratou, e que havia também uma ferida no rosto. Enquanto isto, ele continuou fazendo a anti-sepsia, passando álcool iodado por cima deste ferimento, sem os cuidados necessários para não correr o risco que a ferida não contaminasse o local da incisão cirúrgica (maternidade C).

Durante um parto houve um momento em que o médico tocou na perna da paciente com as mãos enluvadas, estéreis, contaminando-as, mas continuou o procedimento sem se preocupar em trocar as luvas. Neste mesmo parto as atendentes de enfermagem contaminaram os campos estéreis com as mãos e nenhuma medida em relação à troca dos mesmos foi adotada. (maternidade C). Em uma cesárea, o anestesista ao entrar na sala encostou no campo estéril da mesa. O campo não foi substituído (maternidade A).

A segunda cesárea deste dia foi realizada em uma sala de partos pequena, sem muita estrutura para cirurgia. Isso dificultava a circulação e as pessoas não percebiam que, ao bater nos campos estéreis, contaminavam o procedimento (maternidade C).

Quando o cirurgião terminou a terceira cesárea e retirou o avental, sua roupa estava suja de sangue na região abdominal, que ficava na altura da mesa. Ele foi até a sala de cafézinho e depois, já no pré-parto, sem lavar as mãos, fez um toque em uma parturiente, usando luva de procedimentos sem lubrificação. Dirigiu-se ao berçário, voltou e entrou para o CC, com a mesma roupa. Foi até o lavabo, degermou as mãos e entrou em campo (maternidade C).

O anestesista perfurou o frasco de soro para entrada de ar. Perfurou também o equipo do soro, ao invés de usar a via correta para medicação. Neste momento comentou: *“As enfermeiras não gostam que faça isto, principalmente a CCIH”* (maternidade A).

A anestesista furou o frasco de soro com uma agulha (maternidade C).

O cuidado/falta de cuidado com a incisão:

Na enfermaria a auxiliar de enfermagem fazia um curativo na incisão de cesárea

com material estéril, porém sem obedecer princípios de assepsia. Ao abrir o pacote de curativo, contaminou o material e, em determinado momento, viu um cabelo nos pontos da incisão, retirando-o com a mão (maternidade C).

O obstetra terminou a sutura de uma cesárea e a atendente de enfermagem, que o auxiliava em campo, colocou gaze sobre a incisão, sem limpar ou passar anti-séptico, deixando inclusive sangue por sobre os pontos; ambos saíram de campo (maternidade C).

Os curativos das cesáreas são feitos pelos residentes, não existe uma rotina única. Alguns usam apenas PVP-I, outros colocam primeiro micropore e aplicam PVP-I sobre este... (maternidade A).

Ao proceder a observação da assistência dispensada às mulheres percebi que as técnicas assépticas não foram aplicadas com uniformidade pelas equipes de saúde das maternidades que compõem este estudo. Percebi também a falta de gerenciamento por parte das enfermeiras atuantes nos Centros Cirúrgicos, pois as medidas assépticas necessitam de constante supervisão e orientação. Atualmente existem estudos sobre infecções hospitalares que orientam e direcionam os profissionais no que tange à assepsia. Estes estudos podem divergir entre si em aspectos técnicos, mas possuem um eixo norteador de princípios assépticos que lhes garantem a cientificidade, a eficiência e a eficácia.

Os registros aqui apresentados sugerem desempenho profissional comprometido ética e legalmente porque feriram os princípios científicos. As intervenções, que têm como obrigação facilitar um processo natural e saudável, constituíram mais um risco para as pacientes, comprometendo inclusive seus direitos. Enquanto profissionais, imputam à instituição altas taxas de infecção, interferem na economia da saúde à medida em que seus atos podem redundar em ônus para a instituição, a família e a sociedade; ou até para si mesmos, no momento em que se expõem a processos legais por não observação de medidas adequadas de prevenção de infecções.

Semmelweis, ao deduzir que a infecção puerperal era transmitida através das mãos após manipulação de cadáveres, não só instituiu, como também exigia que todos os profissionais da clínica em que atuava lavassem as mãos antes de manipular as mulheres. Esta foi uma medida asséptica que resultou em redução da mortalidade materna. Nightingale, por sua vez introduziu práticas assépticas relativas ao cuidado direto ao paciente e ao meio ambiente hospitalar, e exigia que médicos e enfermeiras as cumprissem fielmente.

Os princípios básicos das práticas de assepsia, conforme registram De Castro;

Fauerbach & Masters (1996), são:

- ☉ Os microrganismos são capazes de causar doenças em seres humanos;
- ☉ Microrganismos prejudicam os seres humanos e podem ser transmitidos por contato direto e indireto;
- ☉ Doenças causadas por microrganismos podem ser prevenidas pela interrupção da transmissão do microrganismo do reservatório para o hospedeiro suscetível.

No que se refere à paramentação da equipe em centros cirúrgicos e/ou obstétricos, existem grandes controvérsias sobre os padrões utilizados pelos profissionais. O uso do gorro previne a dispersão de partículas do couro cabeludo, além de evitar que cabelos caiam sobre o campo cirúrgico. Quanto aos aventais, seu objetivo é evitar o contato da pele do cirurgião com líquidos que possam vir a contaminar as roupas, minimizar a concentração de bactérias no ar e funcionar como barreira contra bactérias que possam ser dispersas no ar provenientes do corpo do profissional (Grinbaum, 1997b).

O preparo cirúrgico da pele, segundo Rotter (1997), tem por finalidade remover e inativar a flora bacteriana presente na pele na área adjacente à incisão cirúrgica. Segundo este mesmo autor, os agentes mais rápidos e efetivos são os álcoois, e também as combinações com iodo ou cloroexidina .

Stier et al. (1995) e Grinbaum (1997b) sugerem que, ao se preparar a pele para o procedimento cirúrgico, observem-se os mesmos princípios de degermação das mãos. Orientam o uso de compressa estéril e solução degermante, friccionando a pele por 5 minutos, da área menos para a mais contaminada, sem retornar ao ponto inicial. Retirar o excesso de solução com outra compressa estéril seca e após estes procedimentos, friccionar solução de álcool iodado ou PVP-I tópico por um minuto, observando o princípio do menos para o mais contaminado.

Quanto aos curativos, segundo Grinbaum (1997b), eles possuem a finalidade de proteger os tecidos internos da contaminação por patógenos da pele e do meio ambiente. O mesmo autor salienta que “A cicatrização da ferida operatória é um evento relativamente bem estudado. Após 24 horas, a camada de fibrina formada unindo as bordas da incisão em geral já está consolidada, prevenindo o acesso de microrganismos aos tecidos mais profundos, então, por estas razões teóricas, a cobertura da ferida operatória não seria necessária após 24 horas”(1997b, p.160). Contudo, Grinbaum enfatiza que, se a opção for manter a incisão com

curativo, este deve ser feito com gaze seca estéril, a higiene da incisão deve ser rigorosa e a troca do curativo freqüente.

A assistência à saúde da mulher, do ponto de vista ético, deve a princípio beneficiá-la, assim como à sua família e comunidade. Segundo Hossne (1995, p.28), “A beneficência não pode ser entendida apenas como um desejo paternalista de fazer o bem. Eticamente, a beneficência pressupõe análise crítica das ações ou omissões, cotejando riscos ou custos e os benefícios. Em outras palavras, o princípio da beneficência exige sempre reflexão crítica, cotejando todos os aspectos, e não simplesmente um sentimento de procurar fazer o bem”.

No que se refere à desinfecção/limpeza observei que, nas três maternidades que fizeram parte deste estudo, são aplicadas técnicas, procedimentos e componentes químicos que representam rotinas diferentes e que suscitam questionamentos conforme a seguir registro:

Quando uma enfermaria fica desocupada é realizada desinfecção terminal pelos funcionários da limpeza. [...] Em uma desinfecção de leito feita por uma auxiliar de enfermagem a roupa foi retirada e jogada no chão e o leito desinfetado sem limpeza prévia. Ela jogou álcool por sobre o colchão e passou um pano, virou o mesmo e procedeu igualmente do outro lado (maternidade A).

Os leitos são lavados com água e sabão quando da alta da mulher e, então, arrumados. Este procedimento é realizado pela funcionária da rouparia (maternidade B).

Uma atendente de enfermagem arrumava uma das enfermarias que estava vazia. Ela retirou as roupas da cama, jogou-as no chão, colocou roupas limpas na mesma. Depois disto, ao perceber minha presença (eu estava fora do quarto) foi até o expurgo, trouxe o hamper, juntou aquela roupa, trocou as fronhas dos travesseiros de outros leitos. Foi até o Posto de Enfermagem e voltou com um vidro de álcool, despejando no colchão. Com um pano grande que parecia uma fronha, “limpou” o colchão dos dois lados sem obedecer à técnica de desinfecção e arrumou o leito (maternidade C).

Contradições sobre limpeza e desinfecção no Centro Cirúrgico:

A zeladora, usando luvas, limpava a sala de partos para outra cesárea. Estava muito suja; havia sangue pelo chão e a mesa estava inundada de sangue e líquido amniótico. Era uma mesa de partos, com gaveta para receber sangue e placenta. Estava muito ensangüentada. A limpeza foi assim: com um balde contendo água, sabão e um pano, ela limpou a mesa, retirando a bandeja e enxagüando-a no lavabo de degermação cirúrgica. Prosseguiu limpando as partes da mesa e o colchão, virando-o para limpar do outro lado. Depois disto limpou o chão com o mesmo pano utilizado para limpar a mesa, ao invés de usar panos específicos para cada fim (maternidade C).

A sujeira retirada da sala operatória não parecia de apenas uma cirurgia. A

zeladora, com as mãos enluvasadas, molhou o pano na torneira do lavabo de degermação cirúrgica e passou no chão, não usou balde específico para este fim (maternidade C).

Após o procedimento, seja o parto ou a cesárea, a atendente de enfermagem retira a paciente da sala e a zeladora faz a limpeza, passando álcool nas mesas e pano no chão. [...] Em uma sala havia sangue no chão, próximo à cabeceira da mesa, quando a nova cirurgia iniciou (maternidade C).

A zeladora fazia a limpeza da sala operatória, a atendente de enfermagem trouxe o lap e o instrumental para a próxima cesárea para dentro da sala. A zeladora pediu-lhe para esperar a conclusão da limpeza, ao que a atendente respondeu: “*Só vou pôr ali*”. As técnicas para o preparo da sala para o procedimento cirúrgico, preconizam que a sala deve estar limpa para somente então ser colocado outro material esterilizado e montada para a próxima cirurgia (maternidade C).

Após o parto a auxiliar de enfermagem recolheu o material usado, colocou as roupas no hamper de plástico lavável e a zeladora se encarregou da limpeza. A sala foi limpa com água e sabão, assim como a mesa. Depois disto, a auxiliar de enfermagem passou álcool na mesa e deixou a sala preparada para o próximo parto (maternidade B).

O lixo, o instrumental e a roupa suja foram levados para o mesmo expurgo. [...] Após o parto a circulante limpou a mesa e fez desinfecção com álcool, deixando a sala preparada para o próximo parto. A limpeza do chão e a remoção do lixo e hamper foi feita pela zeladora (maternidade A).

A limpeza e desinfecção na Central de Materiais e/ou no expurgo:

O material sujo entra por um lado, percorre a área de lavagem, acondicionamento, esterilização, esfriamento e sai por outro lado, seguindo um fluxo único. A lavagem do material do CO é feita na central, entrando por um expurgo, onde são lavados frascos de aspirador e intermediários. Existe um bacio sem tampa, com descarga para se desprezar os líquidos destes frascos. Existe ar comprimido para secar os intermediários (maternidade B).

O material é colocado em solução desincrostante para, em seguida, ser lavado. Existe um cartaz indicando a quantidade de produto e de água. As luvas são lavadas, secas e entalcadas numa máquina apropriada (maternidade B).

Em uma sala de expurgo/preparo de material para esterilização, estes são lavados, desinfetados, acondicionados, então encaminhados para a central de esterilização (maternidade A).

No expurgo ficam duas auxiliares de serviços gerais por período. O material sujo é descontaminado, lavado e preparado ali, então encaminhado à central de esterilização. Não existe rotina na limpeza do material. Às vezes usa-se sabão líquido, às vezes desinfetante, às vezes dez minutos, outras vezes trinta, outras vezes uma hora... depende da avaliação da auxiliar de serviços gerais. Neste

local deveria haver normas claras e objetivas sobre os procedimentos ali realizados, além da supervisão direta da enfermeira do setor (maternidade A).

O conteúdo dos frascos de aspiração (sangue, líquido amniótico, urina, e outros) são desprezados em bacio com tampa, na bancada, e dada descarga. Estes frascos são então lavados com sabão comum e depois secos; as funcionárias usam luvas para a realização destes procedimentos (maternidade A).

No expurgo do CC os materiais são recebidos por uma janela, colocados em solução e depois lavados. Inexiste uma rotina orientando a diluição do produto ou o tempo de imersão. Quando perguntei para a atendente de enfermagem sobre a rotina de procedimentos com o material ela disse-me: “Este produto é mais fraco, então eu ponho mais”, “Eu deixo um pouco de molho, uns quinze minutos” “Depois lavo, enxáguo em água quente corrente, seco e ponho pela janela da CM”. Além da orientação e supervisão direta da enfermeira deste setor, deveria haver normas claras e objetivas, por escrito, sobre os procedimentos ali realizados (maternidade C).

No concernente à esterilização, nas maternidades investigadas encontrei realidades diferentes:

As três autoclaves são periodicamente revisadas preventivamente e quando necessário. São realizados testes bacteriológicos quinzenalmente e usadas fitas adesivas de teste químico (maternidade B).

Os frascos com soluções são esterilizados e trocados a cada sete dias. Para as cirurgias são utilizadas luvas novas, luvas reprocessadas e seringas descartáveis (maternidade B).

No CO propriamente dito, encontra-se uma sala para guarda de materiais onde também são armazenados os materiais estéreis, tais como laps, instrumental cirúrgico e compressas, os quais são repostos diariamente; material médico hospitalar e medicamentos são providos semanalmente (maternidade A).

A Central de Esterilização recebe das unidades o material já limpo, desinfetado e preparado para esterilização (maternidade A).

Na Central de Esterilização estão em funcionamento três autoclaves, sistema de pasteurização e ultra-som. [...] São realizados os testes bacteriológicos duas vezes por semana e os químicos diariamente. [...] Os equipamentos passam por manutenção preventiva e “curativa”. As autoclaves são do tipo de barreira (mat. A).

Os laps são arrumados na sala de preparo do CE e os instrumentais são acondicionados em dois campos. Os materiais de um dos cirurgiões são acondicionados em caixas. [...] A forma como o material é embalado, apesar de ser em dois campos, propicia a contaminação, pois a dobradura do pacote não obedece à técnica adequada. [...] As luvas são reprocessadas (maternidade C).

A CE possui duas autoclaves, uma mais moderna que está instalada e uma mais antiga, para substituição em caso de defeito na outra. Não existe revisão preventiva de autoclave. São utilizadas fitas para teste químico e quinzenalmente são realizados testes bacteriológicos (maternidade C).

Limpeza, desinfecção e esterilização, enquanto procedimentos inerentes ao controle de infecções, apresentam variações em suas técnicas de acordo com a evolução dos estudos e dos produtos a serem utilizados. Este fato constitui um alerta para a necessidade de constante atualização e orientação daquelas pessoas diretamente envolvidas com esses procedimentos, papel esse desenvolvido pelo enfermeiro.

Nightingale (1859), numa era pré-bacteriana, ao fazer a relação entre a falta de higiene e saneamento com as infecções hospitalares, instituiu medidas sanitárias e higiênicas, orientando aos médicos e enfermeiras e exigindo que todos as cumprissem, reduzindo com isto a incidência destas infecções. Semmelweis (1861), além de preconizar a lavagem das mãos dos profissionais, ao continuar suas observações e descobrir que as infecções se transmitiam de uma mulher para outra, que as roupas de cama infectadas podiam desencadear infecções, instituiu medidas preventivas, dentre as quais a limpeza.

Ayliffe & Babb (1995) referem limpeza, desinfecção e esterilização como procedimentos que descontaminam instrumentos, equipamentos e meio ambiente, sendo fundamentais para a prevenção e o controle de infecções.

Segundo Rutala (1996a & b), existem publicações documentando infecções ocorridas após descontaminação inapropriada dos itens utilizados no cuidado ao paciente, e enfatizando a necessidade de estes procedimentos serem realizados adequadamente. Não é preciso esterilizar todos os materiais usados no cuidado: antes, é necessário saber identificar quais são os que necessitam limpeza, desinfecção ou esterilização. Esta decisão precisa estar embasada, a princípio, nos itens que se pretenda usar mas, também, em outros princípios científicos que indiquem qual procedimento é adequado. A seleção e o uso de desinfetantes no campo da saúde é dinâmica e os produtos podem e devem ser avaliados seguindo-se as diretrizes sobre o assunto, estabelecidas cientificamente.

O processo de *limpeza, desinfecção e esterilização* é fundamental para a prevenção e controle de infecções. Assim sendo, a Central de Esterilização é um órgão vital para o hospital que, contudo, nem sempre é tratado como requer sua importância. Molina (1997, p.498) ressalta que “Para a prevenção das infecções hospitalares, deve-se adotar como

prioridade o trabalho de normatização e acompanhamento dos procedimentos realizados no Centro de Materiais. Para esta atuação é necessário, não apenas conhecer os métodos recomendados de desinfecção e esterilização, mas também a dinâmica e o fluxo de trabalho realizado neste setor”.

O descaso para com estas questões apontam para a falta de reconhecimento do quanto as atividades dos profissionais de saúde estão comprometidas, constituindo risco comprovável para o desencadeamento de um processo infeccioso que comprometerá a vida das mulheres em particular, e da sociedade em geral. Evidenciam, ainda, não só a desinformação dos profissionais, mas também o desinteresse por conhecimentos específicos sobre prevenção e controle de infecções. Segundo Cruz (1997, p.48), “...o conhecimento de hoje, quando não continuamente atualizado, torna-se rapidamente obsoleto, impróprio e conseqüentemente fere a ética profissional; por outro lado a resistência à mudanças incorre no mesmo erro”.

Observação de princípios básicos de prevenção de infecções:

Nas três maternidades em que a pesquisa foi realizada o Centro Cirúrgico/Obstétrico fornece roupas adequadas e possui vestiário próprio:

Recebi roupas limpas na ante-sala e a chave de um armário do vestiário, que era limpo e organizado, com banheiro e chuveiro. As sapatilhas eram colocadas na entrada do CO e o hamper ficava entre os dois vestiários. As roupas eram de uso privativo do CO (*maternidade A*).

Fui conduzida pela enfermeira chefe até o CC, onde recebi um jogo completo de roupas limpas e a chave de um armário. Troquei-me e entrei (*maternidade B*).

No CC existem roupas limpas à disposição de quem ali atua (*maternidade C*).

Quanto às medidas gerais que se referem a cabelos, unhas e jóias:

A Equipe de Enfermagem, de um modo geral, utilizava jóias: correntes, brincos, anéis e pulseiras. Quanto às unhas, não existia um padrão, havia compridas e curtas, com e sem esmalte. Os cabelos eram curtos ou presos (*maternidade A*).

No que se refere a cabelos, a Equipe de Enfermagem usava-os curtos ou presos; suas unhas eram curtas e sem esmalte. Não usavam jóias (*maternidade B*).

As atendentes e auxiliares de enfermagem usavam jóias: anéis, pulseiras e correntes. Algumas estavam com unhas compridas e esmalte descascando, tanto no CC quanto nas enfermarias. Quanto aos cabelos, no CC utilizavam gorros, mas muitas vezes deixavam escapar cabelos para fora. Nas enfermarias usavam

cabelos soltos (maternidade C).

O leito do paciente sendo usado para outros fins:

Nesta tarde um acadêmico de medicina ficou por longo tempo deitado, dormindo num dos leitos do pré-parto, sem providência alguma por parte de seus supervisores, ou mesmo da enfermeira da unidade (maternidade A).

Em um outro dia o mesmo doutorando estava deitado num leito no pré-parto e uma auxiliar de enfermagem deitada em uma maca na REPAI (maternidade A).

Medidas básicas não eram respeitadas:

As portas das salas de cirurgia não eram fechadas durante a realização dos procedimentos, facilitando a entrada e saída de pessoas que não a equipe destinada para aquela sala, e ainda o processo de contaminação (maternidade A).

Ao lado do lavabo de degermação, no hall das salas cirúrgicas, existe uma cama. Ali a anestesista fez seu lanche numa manhã, sem demonstrar preocupação com as possibilidades de contaminação que isto representa num centro cirúrgico (maternidade C).

Algumas pessoas (instrumentadores, médicos) levam suas bolsas para dentro das salas operatórias na busca de segurança. Isto deveria ser evitado uma vez que o CC é um local restrito e que estes pertences podem ser fontes de contaminação. Compete à administração da instituição colocar à disposição dos integrantes das equipes cirúrgicas locais seguros para guardar seus pertences durante sua atuação (maternidade C).

As medidas de controle de infecções são tão elementares que existe uma tendência a se considerar esta questão como já elaborada, desenvolvida e implantada nas instituições de saúde. Nightingale e Semmelweis, no século passado, ao presenciar mortes por infecções, instituíram medidas básicas de prevenção de infecções e conseguiram baixar a mortalidade. Muitas destas medidas são teoricamente preconizadas até os dias de hoje. Não obstante, os dados aqui apresentados apontam para a falta de observância das mesmas, seja nos hospitais-escola ou não.

Stier et al. (1995, p. 1) salientam que a prevenção das infecções hospitalares depende de procedimentos básicos e simples, que devem ser adotados por todos:

- ☉ Evitar o uso de jóias; elas são possíveis fontes de germes. Alguns estudos têm demonstrado o crescimento persistente de bacilos gram-negativos na pele subjacente aos **anéis**.
- ☉ Não sentar no leito do doente. Pode-se carrear germes para casa ou deixar os próprios no leito do doente.

- ☉ Manter os cabelos compridos presos durante o manuseio do doente.
- ☉ Manter o avental sempre abotoado. Sua finalidade é a própria proteção; funciona como uma barreira, isolando os germes da comunidade dos germes hospitalares.
- ☉ Lavar sempre as mãos.

Na realidade observada, os princípios básicos de prevenção foram feridos nos muitos aspectos apontados pelos dados aqui apresentados, deixando ver que ainda não ocupam o devido lugar em importância nas ações assistenciais. É premente que os profissionais sejam conscientizados de que, ao se submeter aos seus cuidados, a mulher "...deve ter a garantia de que seu estado de saúde não será agravado por imprudência, imperícia ou negligência do profissional que o atende ou da instituição em que se internou" (Neves, 1995, p.306).

SCIH atuante:

Quanto ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), apresentaram-se de formas diferenciadas entre as maternidades que fazem parte deste estudo. Há o efetivamente atuante, o que se percebe ao entrar na instituição:

O SCIH funciona desde 1987, possui regimento e normas internas, sendo elaborados relatórios sistemáticos, os quais ficam arquivados. Os registros são organizados, com busca ativa e passiva de infecção hospitalar (maternidade B).

Quando ocorre infecção, a enfermeira, presidente do SCIH conversa com os residentes para reverem as técnicas assépticas, principalmente a degermação que, segundo ela, é a maior causa de infecção puerperal (maternidade B).

Os procedimentos técnicos são todos normatizados de acordo com a Portaria Ministerial e bibliografia atual, disponíveis nos Postos de Enfermagem, onde também existem as orientações necessárias para desenvolvimento dos procedimentos. Alguns são colocados em cartazes e afixados em lugares estratégicos, buscando incentivar a equipe quanto à prevenção de infecções. [...] As normas de limpeza e lavanderia são elaboradas e supervisionadas pela enfermeira do SCIH (maternidade B).

Encontrei SCIH, que embora constituído e atuante, não está totalmente estruturado:

Possui duas enfermeiras 8h/dia, 2 médicos, 1 secretária e três estagiários. As enfermeiras do SCIH realizam busca ativa e vigilância epidemiológica. Atuam no sentido curativo, onde há surto e onde há maiores taxas de infecção (maternidade A).

A enfermeira do SCIH afirmou que são comuns as infecções de parede em cesáreas. Disse-me: "Acredito que sejam problemas de lavagem das mãos dos

médicos, das suturas... Porém não foram instituídas medidas preventivas, a prioridade é a UTI” (maternidade A).

Não existem normas de CIH a serem seguidas pela Enfermagem (maternidade A).

Quanto à educação em serviço, somente os funcionários de Enfermagem participam de um programa de treinamento antes de ingressar no trabalho, quando o SCIH faz palestra abordando lavagem das mãos, paramentação, funções do SCIH, doenças de notificação compulsória. Os médicos e estudantes de medicina não participam deste programa (maternidade A).

Ou ainda aquele que está constituído, com atividades restritas:

A enfermeira do serviço realiza a busca passiva das infecções. Segundo a enfermeira chefe, existem rotinas; contudo, pelo que pude observar, estas não estão implantadas (maternidade C).

Apesar de ser uma regulamentação do Ministério da Saúde a implantação e efetivo funcionamento do SCIH, há uma diversidade de atenção à questão da prevenção das infecções hospitalares nas instituições observadas. Fazendo a relação entre o SCIH, mantidas as devidas proporções de tempo e avanço científico, Nightingale e Semmelweis, cada um na sua realidade, implantaram serviços de prevenção e controle de infecções, não só com medidas práticas, como também com registros e controles estatísticos.

Na realidade brasileira a prevenção e controle de infecções hospitalares é normatizada pela Portaria Ministerial 930, cujo anexo 1, item 2, regulamenta:

2. Programas de Controle de Infecções Hospitalares:

Todos os hospitais do País deverão manter programa de controle de infecções hospitalares, independente da natureza da entidade mantenedora.

2.1. Considera-se Programa de Controle de Infecções Hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares (Brasil, 1992)

Ainda segundo esta portaria, o Programa de Controle de Infecções Hospitalares deve ser composto pela Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e pelo Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH). A CCIH é um órgão deliberativo, formado por representantes de nível superior dos serviços: médicos, Enfermagem, farmácia, laboratório de microbiologia e administração, e ainda por técnicos e profissionais do SCIH.

Cabe à CCIH definir, ratificar, avaliar e comunicar as ações para o controle de infecções hospitalares. O SCIH é um órgão executivo, formado por pelo menos um médico e um enfermeiro, de preferência com formação em epidemiologia, para cada 200 leitos ou fração deste número, com dedicação exclusiva de pelo menos 4 e 6 horas por dia, respectivamente. O SCIH deverá implantar, implementar e manter o programa de controle de infecções hospitalares.

Hossne (1995) enfatiza que, do ponto de vista de proteção à saúde, referindo-se à infecção hospitalar, a validade da portaria é indiscutível, sendo seu não cumprimento injustificável eticamente. Salieta ainda que é de responsabilidade da administração hospitalar propiciar a infra-estrutura para a operacionalização tanto da CCIH quanto do SCIH.

Educação à saúde:

A prevenção de infecções passa pela vertente educativa, pois não podemos falar em prevenção deixando a educação à margem. Observei as abordagens educativas da equipe de saúde junto às mulheres:

Durante uma ablação de pontos, a auxiliar de enfermagem orientou a paciente a lavar, secar a incisão e usar roupas limpas (maternidade C).

Assisti a uma palestra feita por uma das auxiliares de enfermagem. Ela deteve-se no álbum seriado sobre aleitamento materno (maternidade A).

Acompanhei a enfermeira nas visitas às puérperas. O maior enfoque foi o aleitamento. Uma mulher agradeceu muito as orientações e uma senhora que estava visitando-a disse: *“Que bom que hoje em dia se fazem estas orientações. No meu tempo não recebi e sofri muito para amamentar meu filho!”* Aí a “bisa”, que também estava no quarto, disse: *“No meu tempo era pior ainda. Tinha que ir buscar a parteira de carroça”* (maternidade B).

A médica orientava uso de sutiã adequado, como proceder a amamentação, como colocar o bebê ao seio e consulta de retorno para mãe e filho. Simultaneamente, outras mulheres eram examinadas pelo residente, que não fazia orientação alguma (maternidade B).

As mulheres são orientadas pelas enfermeiras apenas sobre aleitamento materno e retorno para retirada de pontos (maternidade B).

Pude perceber que, neste momento, o processo educativo, tão valioso para prevenção, não é aproveitado, seu enfoque, quando surge, é o aleitamento materno. Deixa-se

de orientar medidas básicas e simples que as mulheres desconhecem ou não valorizam e, quando realizadas, fazem diferença na evolução das puérperas, no referente à prevenção das infecções puerperais. Esta afirmação decorre das seguintes observações:

Não são dadas orientações quanto à higiene perineal no parto normal. Quanto à cesárea, a acadêmica de medicina orienta a lavar o local da incisão e mantê-lo seco (maternidade A).

Conversando com a enfermeira assistencial sobre a higiene das pacientes e sobre as possibilidades de orientação, ela atentou para o fato de isto não ser feito. Disse-me que passará a fazê-lo a partir de agora (maternidade A).

Não observei em momento algum a mulher ser orientada quanto aos cuidados com a incisão (maternidade C).

O desenvolvimento do conhecimento como meta profissional e a aprendizagem de como compartilhar este conhecimento com as mulheres que estão sendo assistidas é primordial na assistência. Para tanto, o profissional de saúde precisa compreender a dimensão educativa de sua atividade, estar consciente de seu papel enquanto educador em saúde e da influência que pode exercer com relação à evolução do período puerperal, especialmente no que se refere à prevenção das infecções puerperais. A colocação de Valverde (1997, p.39) vai ao encontro desta reflexão quando salienta que “A prática educativa associada ao afeto, ao mundo dos sentimentos, das emoções, do subjetivo, acredito, constitui a ponte que facilita o caminhar entre as ciências tradicional e humana; aquela centrada no mensurável, no quantificável, e no explicável, e esta última, direcionada para o vivido, o sentido, o subjetivo, ou seja, para tudo aquilo que é objeto da compreensão, do sutil”.

A educação à saúde desenvolvida atualmente entre as puérperas tem-se voltado com grande ênfase para o aleitamento materno, até por ser este um dos objetivos da iniciativa Hospital Amigo da Criança. No entanto, as necessidades educativas das mulheres não se restringem apenas a esta questão: o que ocorre inúmeras vezes é que, ao “assistir” a palestra sobre aleitamento, sua necessidade recai sobre outra dificuldade que está enfrentando, e nestes casos e com este modo de atuação da equipe de saúde ela não pode opinar sobre o conteúdo da educação à saúde que lhe é ofertada.

Uma estratégia para lidar com este tipo de situação nos é apontada por Freire (1993) quando salienta que não é possível trabalhar em grupo a partir de procedimentos didáticos e

conteúdos estanques; é preciso que os mesmos surjam da reflexão do cotidiano e venham ao encontro dos anseios e necessidades do próprio grupo.

Oba & Tavares (1996), ao perquirirem sobre os receios vivenciados pelas mulheres em suas trajetórias obstétricas, registraram o medo do hospital e da infecção hospitalar enquanto uma das categorias que emergiu das falas das mulheres. Este resultado nos alerta quanto à premência da equipe de Enfermagem estar apta para trabalhar a prevenção de infecções como conteúdo de educação à saúde, esta sendo uma tendência atual no controle de infecções. Segundo Garofalo (1996), a educação e treinamento específico para pacientes e familiares cuidadores inclui princípios de prevenção de infecções, tais como: lavagem das mãos, princípios de assepsia, limpeza do meio, uso adequado de agentes de limpeza e desinfecção, transmissão e prevenção de doenças, sinais e sintomas de infecção.

Para tanto, podemos aproveitar momentos informais de cuidado e orientar as puérperas sobre medidas simples de prevenção, tais como lavar a incisão e mantê-la seca, higiene perineal após cada micção em caso de parto normal com epísio.

Educar em saúde é fomentar a responsabilidade individual, subsidiando o ser humano com os conhecimentos necessários para que ele possa reivindicar seus direitos e ampliar seus horizontes de saúde. Conforme registra Gelain (1994, p.31),

Creio, isto sim, que o compromisso de modificar a realidade problematizando a prática, conscientizar o ser humano para a busca de seus direitos, contenha responsabilidade ética. Neste sentido, então, terá conotação anti-ética toda atividade egoísta, não voltada, como responsabilidade ética, para a luta pela conquista da cidadania, de condições humanas de vida, de assistência de qualidade, de conscientização pela busca dos direitos da pessoa humana.

Educação continuada:

A vertente educativa não se refere apenas à educação à saúde das pacientes. Ela vai além neste processo, abrangendo também a equipe assistencial. Segundo Cruz (1997), diversos são os estudiosos que enfatizam as atividades educativas junto à equipe como essenciais para o controle de infecção.

Todavia, essa investigação vem mostrar que essa vertente está sendo pouco utilizada enquanto estratégia de prevenção das infecções puerperais:

Não há um treinamento em serviço sistematizado; cada enfermeira orienta como

acha que deve e pode. Existe um sistema de avaliação de produtividade que, partindo das deficiências detectadas, programa a educação em serviço. Porém, há apenas uma enfermeira atuando neste sistema em todo o hospital (maternidade A).

Quanto à educação em serviço, somente os funcionários de Enfermagem participam de um programa de treinamento antes de ingressar no trabalho. Os médicos e estudantes de medicina não participam deste programa (maternidade A).

A enfermeira assistencial, que é religiosa, estava assistindo espiritualmente as mulheres. Em momento algum esteve junto com as auxiliares de enfermagem, assim, não incluía, nos momentos de minha observação, a atividade de supervisionar/orientar sua atuação. Era como se desenvolvessem trabalhos independentes (maternidade A).

Segundo a enfermeira chefe não existe um programa de educação em serviço (maternidade C).

Em outra instituição esta vertente é trabalhada, tornando-se visível a educação em serviço em todos os níveis de profissionais da equipe:

A educação em serviço fica a cargo da enfermeira do SCIH, existindo registros das atividades desenvolvidas, que versam sobre: equalização de estresse, aleitamento materno, qualidade de atendimento e uso adequado de extintores, entre outros. Isto mostra a preocupação com a humanização da equipe, não apenas com a vertente técnica. [...] As enfermeiras participam frequentemente de cursos de reciclagem, o que é registrado no mesmo livro (maternidade B).

Quanto à equipe médica, apenas os médicos que iniciam sua residência passam por uma espécie de treinamento, quando são orientados acerca das atividades a serem desenvolvidas por eles com relação à prevenção de infecções, a Portaria Ministerial nº 930 e uma sensibilização sobre o tema. Os acadêmicos de medicina não recebem treinamento algum (maternidade B).

Por todo lado, dentro do CC encontram-se cartazes com orientações, principalmente sobre prevenção de infecções e lembretes: “Lave as mãos”, “As máscaras devem cobrir o nariz e a boca”. [...] Na CM existem cartazes indicando a quantidade de produto e de água a serem utilizados (maternidade B).

Atualmente foi iniciado o programa de separação do lixo, de acordo com a orientação da Secretaria Municipal de Saúde. Nota-se por todo o hospital diferentes sacos/caixas destinados a diferentes tipos de resíduos e cartazes de orientação (maternidade B).

As dificuldades referentes à profissionalização dos Atendentes de Enfermagem surgiram em uma das maternidades pesquisadas. A preocupação em torno deste problema legal e profissional, que influencia diretamente a assistência de Enfermagem prestada às mulheres,

dificultando o controle de infecções, é verbalizada pela enfermeira chefe:

“Preocupo-me com o grande número de atendentes que ainda fazem parte do quadro de Enfermagem deste hospital. O COREN²² tem feito várias advertências. É uma situação que venho “administrando”, pois torna-se uma questão trabalhista; alguns funcionários estão aqui há 30 anos e não aceitam fazer o Curso Auxiliar de Enfermagem” (maternidade C).

Existe preocupação por parte dos Atendentes de Enfermagem, porém apenas no sentido da fiscalização:

Alguns atendentes de enfermagem vieram falar comigo, curiosos, e dando-me as boas vindas. Uma delas mostrou-se preocupada com a profissionalização, perguntou-me sobre o COREN. Disse que não fará o Auxiliar. [...] Uma atendente de enfermagem, que chegou um pouco depois que me apresentei, perguntou-me se eu era do COREN (maternidade C).

Os dados vêm mostrando, no transcorrer da pesquisa, que nesta maternidade as atendentes de enfermagem desenvolvem atividades que não são de sua competência legal. Este fato interfere na qualidade da assistência prestada. No entanto, a preocupação da enfermeira e dos atendentes de enfermagem desta maternidade fundamenta-se mais na habilitação/não habilitação legal para o exercício da profissão, na fiscalização do COREN, do que no resultado qualitativo da Assistência de Enfermagem prestada aos pacientes.

Segundo a Regulamentação do Exercício- Profissional da Enfermagem, os Atendentes de Enfermagem, desde que contratados pela instituição antes da promulgação da lei 7498/86, têm autorização para exercer as atividades elementares de Enfermagem. A Resolução COFEN²³ nº 186/95 dispõe sobre a definição e especificação destas atividades:

Art. 1º - São consideradas atividades elementares de enfermagem aquelas que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou da prática; requerem destreza manual, se restringem a situações de rotina e de repetição, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de enfermagem seja mais eficiente (Brasil, 1995).

A aquisição da competência legal para exercer a Enfermagem, através da realização de cursos, capacita os profissionais a assistir ao paciente inclusive no concernente à prevenção

²² Conselho Regional de Enfermagem

²³ Conselho Federal de Enfermagem

de infecções.

Nightingale, já no século passado, enfatizou a importância de estudos sobre prevenção de infecções nos currículos das escolas médicas. Semmelweis incluiu esses estudos nos cursos de medicina em que atuava, seja no Departamento da Maternidade do Hospital Geral (*Allgemeines Krankenhaus*), em Viena, seja enquanto professor de Obstetrícia da Universidade de Pest, em Budapest.

Como apontam os dados nas realidades observadas, a educação em serviço se configura de modos diversos, o que reflete na assistência dispensada às mulheres. No que se refere à prevenção de infecções, de acordo com a portaria 930, compete ao SCIH “Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares” (Brasil, 1992). Não obstante a educação continuada ainda não estar incorporada enquanto prática constante no dia-a-dia dos profissionais de saúde, ela surge “como uma necessidade básica diante de situações singulares de difícil solução, no cotidiano de uma comissão” (Pereira & Moriya, 1994, p.118).

Na época atual, quando se anseia pela valorização da informação e do conhecimento, o profissional de saúde possui a obrigação ética de manter-se atualizado. Por conseguinte, as instituições de saúde devem se empenhar em desenvolver, atualizar e reciclar o grau de conhecimento e o nível de informação dos profissionais que ali atuam (Neves, 1995). Para tanto, a educação deve ser vista de modo amplo, oferecendo subsídios para que o profissional possa atuar com segurança.

Segundo Freire (1993), a educação é um processo evolutivo, participante, agente de mudança social, centrado no homem e baseado na liberdade e responsabilidade. Ela prepara o homem para viver e atuar em sociedade, levando-o rumo à emancipação. É o aprender a aprender, saber pensar, que resultará em condições para avaliar e atuar nas situações vivenciadas, e acima de tudo na formação de uma consciência crítica e capaz de decidir e agir.

Pereira & Moriya (1994, p.154) afirmam que “A mudança de comportamento, tão necessária no contexto da IH, não ocorre como um passo de mágica. É necessária fundamentação prática e teórica e, ainda, assimilação e introjeção de medidas de prevenção, imperativas à adequada assistência. A formação de hábitos pelos profissionais e, não apenas, a teorização do conhecimento, torna-se alvo a ser alcançado pela CCIH”.

Faz-se necessário que os profissionais percebam que “Educar é assumir um ato de cumplicidade, é possibilitar o resgate ao conceito e à prática da cidadania e permitir a reflexão, a crítica, e o conhecimento indispensável à prática profissional” (Lentz, 1996, p.27). Só então poderão contar com a educação enquanto aliada à assistência à saúde e integrante das práticas de prevenção e controle de infecções hospitalares.

Este postulado **prevenção/contágio**, proposto por Nightingale e Semmelweis no século passado, deposita nos profissionais da assistência uma responsabilidade intangível no sentido de cuidados objetivos e reais de prevenção, cuidados estes que, conforme pudemos ver nos dados aqui apresentados, nem sempre são observados.

Os estudos e pesquisas sobre infecções hospitalares tiveram início no século XVIII. Apesar de estas terem surgido no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar pessoas – doentes ou não, peregrinos, pobres e inválidos – as primeiras práticas de controle destas infecções só surgiram no momento em que o hospital se transformou de um local de assistência aos pobres num local de cura e medicalização. Eram práticas de controle do meio, coerentes com o modelo interpretativo de doença que predominava na medicina da época. Ainda neste período, destaca-se a atuação de Florence Nightingale ao desenvolver uma prática com suporte epidemiológico para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares, numa época pré-bacteriológica, a qual repercute ainda em nossos dias (Lacerda, Jouclas & Egry, 1996).

Semmelweis, contemporaneamente a Nightingale, atuou também de forma a prevenir e controlar as infecções puerperais, de modo empírico porém sempre procurando identificar fatores que estivessem as ocasionando. Suas descobertas foram fundamentais para esta temática a tal ponto de atualmente ele ser considerado o “pai do controle de infecções”.

Com o avanço do conhecimento sobre o homem, particularmente sobre seus aspectos biológicos e conseqüentes intervenções invasivas, principalmente as cirurgias, o controle do meio já não se mostrava eficiente para evitar novas infecções que surgiam. Concomitantemente deu-se o desenvolvimento da bacteriologia e suas conseqüentes aplicações: assepsia, anti-sepsia, desinfecção, esterilização e antibioticoterapia. Todavia, a incorporação dos conhecimentos da bacteriologia à prática da medicina não ocorreu simultaneamente, retardando resultados concretos de evitabilidade das infecções. Surgiram então as infecções decorrentes das intervenções cada vez mais invasivas (Lacerda, Jouclas &

Egry, 1996).

A partir do final do século XIX as práticas de controle de infecções hospitalares tiveram forte respaldo da bacteriologia, levando à criação de um “mundo asséptico”, onde multiplicaram-se os procedimentos de controle sobre o meio. Isto não foi, no entanto, suficiente; seria necessário “esterilizar o homem” também, através da anti-sepsia, degermação e dos antibióticos terapêuticos e profiláticos. Foram desenvolvidas várias técnicas de assepsia, anti-sepsia, desinfecção e esterilização que constituem uma série de procedimentos rituais, muitos deles ainda sem comprovação científica. Todavia, a lavagem das mãos, instituída por Semmelweis antes da era bacteriológica, cuja importância foi epidemiologicamente comprovada, ainda não é desenvolvida criteriosa e sistematicamente (Lacerda, Jouclas & Egry, 1996).

Não obstante toda essa evolução dos estudos bacteriológicos, as infecções continuaram a acontecer. No momento em que o homem imaginou tê-la sob controle, ela incidiu novamente e com mais força, sob a forma de germes multirresistentes. Este fato, em meados deste século, desencadeou vários movimentos de estudos em torno de formas de combate a estes germes, mundialmente.

Lacerda, Jouclas & Egry (1996, p.48) pontuam algumas características comuns relacionadas com estes movimentos internacionais para o controle de infecções hospitalares:

- a consideração de sua ocorrência como problema de Saúde Pública, dessa forma, exigindo medidas preventivas e de controle de caráter coletivo, para uma prática clínica que sempre foi curativista e individual;
- a organização de um processo de trabalho peculiar através da criação de comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH) em cada hospital, elegendo a vigilância epidemiológica como seu instrumento principal;
- caráter multidisciplinar dos agentes desse processo de trabalho, destacando-se a enfermeira como profissional indispensável e, pela primeira vez, num trabalho de controle sobre ações historicamente lideradas pelo médico;
- a multicausalidade para a ocorrência dessas infecções, determinando a necessidade de se estabelecer fatores de risco.

Estas considerações, além de pontuar o desenvolvimento da vertente **prevenção/contágio**, mostram também a luta empreendida contra os microrganismos. Em algumas batalhas o homem venceu e, em outras, perdeu, tendo os germes avançado, criado resistências e se fortalecido, até porque as verdades, mesmo em microbiologia, são relativas e

superadas à medida que o conhecimento avança. Alertam ainda sobre as dificuldades de se combater com adversários tão poderosos e imprevisíveis quanto os microrganismos, alertando para a necessidade de cada vez mais estarmos vigilantes e preparados para novos ataques, novas mudanças nas regras da guerra, para a qual nem sempre possuímos as armas adequadas.

França (1997, p.82) ao discutir a guerra contra as bactérias resistentes, faz-nos um alerta: “Do alto de sua arrogância, os seres humanos costumam achar que dominam a terra e todos os outros seres vivos”. Continua, enfatizando que na batalha contra as infecções, além da versatilidade das bactérias, erros humanos ajudam a aumentar seu poder de luta, apontando como principal causa o uso indiscriminado de antimicrobianos. Salienta ainda outro problema, qual seja o crença de que o risco de infecção pós-cirúrgica pode ser reduzido com a prescrição de antibióticos leva os profissionais a relaxar os cuidados básicos com a higiene e assepsia.

Para Grinbaum (1997b, p.385)

O uso de antimicrobianos profiláticos é uma medida extremamente atraente do ponto de vista prático. A princípio, a administração de uma dada medicação poderia com extrema simplicidade suprir a dificuldade de implementação de medidas mais caras e de difícil assimilação pelos profissionais de saúde.

No entanto, o papel da profilaxia não é tão abrangente quanto desejado. O uso de antimicrobianos não deve substituir as demais medidas específicas de prevenção e, além do mais, é freqüente que profissionais, especialmente da área médica, acabem por se descuidar na disciplina de realização de procedimentos, devido à sensação de segurança, muitas vezes falsa, conferida pela prescrição de antimicrobianos. Além disso, o uso de antimicrobianos pode elevar os custos do tratamento e, com maior gravidade, pode promover a seleção de microbiota resistente aos antibióticos utilizados.

Segundo Ferraz & Ferraz (1997, p.391), “O Brasil tem sido o paraíso da prescrição indevida de antibióticos com a comercialização de antimicrobianos em associações mais esdrúxulas e injustificáveis do ponto de vista científico”. Os autores salientam que o antibiótico não substitui a técnica apurada e os cuidados e anti-sepsia. “O antibiótico é apenas mais uma arma no arsenal da profilaxia da infecção” (1997, p.395).

Esta guerra continua e o homem precisa assumir seu papel preventivo, agindo conscientemente e buscando estratégias para vencê-la, até porque aquelas que estão estipuladas, do modo como vêm sendo desenvolvidas até o momento, não se têm mostrado eficientes e eficazes no combate às infecções, haja vista sua ocorrência nos dias atuais. Vale ressaltar que, neste contexto, o compromisso dos profissionais com a prevenção e o controle das infecções, por serem eles os executores da assistência, configura compromisso ético e

moral para com a vida das mulheres que estão aos seus cuidados, sendo seu comportamento determinante para a prevenção ou para a ocorrência das infecções puerperais.

A prevenção tende a modificar as condições definidoras de agravos, por isso é considerada eticamente como ação específica do ser humano, sendo sua tendência favorecer o cumprimento do ciclo vital deste ser, assegurando-lhe a potencialização de suas capacidades e poder, permitindo-lhe ser ele mesmo agente da moral (Berlinguer, 1996).

7.3 NO RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO AS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO

O olhar crítico sobre os dados referentes às observações, a partir das categorias analíticas apontadas pelo referencial teórico **poder vital/vida e prevenção/contágio**, tendo o respaldo de Nightingale e Semmelweis, permitiu o reconhecimento da situação aqui registrada.

Os postulados de Nightingale e Semmelweis, ao dar sustentação para esta pesquisa, tanto na sua estruturação e coleta de dados quanto em sua reflexão, constituem duas vertentes para a evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais. A vertente relacionada ao postulado **poder vital/vida** sugere que o profissional atue em conjunto com a mulher, não apenas no pré-parto, parto e puerpério mas, também durante todo o pré-natal, visando potencializar o seu poder vital e despertar ou fortalecer nela a força necessária para enfrentar a adversária – a infecção puerperal – e, ao controlá-la, evitar a morte materna.

A outra vertente, manifestada pelo postulado **prevenção/contágio**, aponta para a necessidade de os profissionais da assistência adotarem postura tecnocientífica perante a problemática das infecções hospitalares, assumindo seu papel preventivo, desenvolvendo suas atividades de acordo com os preceitos de prevenção e controle.

Nightingale e Semmelweis há mais de um século atuavam, ensinavam e sugeriam que a assistência fosse desenvolvida de forma a inter-relacionar as vertentes poder vital/vida e prevenção/contágio. No entanto, no transcorrer da história, a vertente poder vital/vida foi deixada à margem da assistência, tendo sido mais enfatizadas as questões referentes à prevenção/contágio. Não obstante esta maior ênfase na prevenção/contágio, como pôde ser visto no reconhecimento da situação aqui apresentado, grande parte dos profissionais atuam

desconsiderando seus princípios, o que contribui para a alta incidência das infecções hospitalares.

Neste estudo, a reflexão sobre a assistência prestada à mulher nos períodos pré-parto, parto e puerpério, resultou no exame da natureza destas atividades e resgatou princípios que fundamentam a prevenção das infecções puerperais, à luz dos postulados de Nightingale e Semmelweis. Trouxe à tona a necessidade da volta aos princípios básicos e elementares da assistência ao ser humano e da prevenção e controle de infecções, aqueles já preconizados por eles no século passado, dentre os quais destacam-se a lavagem das mãos, os cuidados com o meio ambiente, a higiene e a assistência singularizada e humanizada.

Esta tese oferece subsídios para a assistência envolvendo a mulher, lembrando-se da existência de seu poder vital e potencializando-o com vistas ao reforço de seu sistema imunológico. Sugere a atuação da equipe de assistência, imbuída de compromisso moral, ético, filosófico e legal, agindo conscientemente na busca de soluções para os problemas percebidos frente à prevenção e controle das infecções. Indica o desenvolvimento da assistência considerando-se articuladamente estas duas vertentes – *poder vital/vida e prevenção/contágio*, como estratégia de evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais, ressaltando medidas simples e seculares como o é a lavagem das mãos, a limpeza do ambiente e o “estar com” o ser humano, preservando a identidade daqueles que se encontram “temporal” e “espacialmente” como pacientes e profissionais de saúde.

8 NA LÓGICA SECULAR DE NIGHTINGALE E SEMMELWEIS O DESAFIO AO CONHECIMENTO ATUAL

Giles (1979) enfatiza que filosofar é procurar incansavelmente a evidência e o sentido da realidade, mesmo que ambos sejam tecidos pela ambigüidade. Para ele filosofar é vivenciar a dialética que nos conduz do saber à ignorância, da ignorância ao saber.

O referencial teórico proposto para nortear este estudo contribuiu para a visualização da realidade sob o ângulo proposto, qual seja os princípios dos postulados **poder vital/vida e prevenção/contágio**, de Nightingale e Semmelweis, apontando duas vertentes para esta tese. Com relação ao poder vital/vida, a mulher e sua família sendo vistas como o foco da assistência e não o receptáculo de “ordens” e de ações mecanizadas, sob a visão de que a mulher tem direito universal do viver, do devir. No concernente à prevenção/contágio, o saber profissional ético, legal e moral refletindo-se na prática assistencial. Sob esta ótica, a apreensão da realidade estudada sobre as mortes maternas associadas às infecções puerperais em Curitiba – PR, e sobre a assistência prestada às mulheres nos períodos pré-parto, parto e puerpério, evidenciou algumas questões fundamentais para a ampliação das possibilidades de prevenção das mortes maternas aqui tratadas.

Há de ser considerada a possibilidade de sub-registros dos casos de morte materna, fato que pode ter influenciado e limitado os resultados desta pesquisa, especificamente na sua primeira etapa. A negativa de acesso às demais maternidades registrada, restringiu o reconhecimento da situação a 50% das instituições propostas para observação, mostrando um retrato parcial da realidade. A pesquisa foi desenvolvida de tal forma que os participantes da mesma, ou seja, as equipes de assistência, não soubessem quais eram os postulados que a norteavam. Esse fato poderia ser apontado como limitação da pesquisa, mas, por outro lado, o conhecimento dos postulados poderia implicar mudanças na realização das técnicas e procedimentos, o que acabaria por mascarar a realidade.

Este estudo pontuou que a morte de mulheres/mães pode vir carregada de conseqüências pois, sendo a mulher a articuladora da família, nem sempre sua falta pode ser superada, sobrevivendo com isto a desagregação familiar, sem contar que muitas destas mulheres são também mantenedoras de suas famílias.

A massificação da assistência à mulher pode ser visualizada quando ela é tratada como “mais uma” no contexto da rotina preestabelecida, que nem sempre assegura o melhor para esta mulher. Nesse momento ela é marginalizada pelo sistema de saúde, sendo seus sentimentos, suas necessidades, sua individualidade e singularidade desconsiderados por toda a equipe de saúde. Essa massificação configura a desumanização da assistência, evidenciando o que Tanaka (1995, p.101) constatou: “... a necessidade de a parturiente mulher ‘mendigar’ por uma assistência durante o trabalho de parto, corroborada pela falta de obstetrix ou de enfermeira obstétrica para baratear o custo do parto e pela presença de um médico que não tem tempo para acompanhar o pré-parto e não leva em consideração a clínica”.

Na busca da assistência à saúde, muitas vezes o que a mulher encontra são profissionais mal-humorados, frios, autoritários e nem sempre preparados para tal, quiçá tão “pacientes” quanto os que acorrem em busca de assistência, só que sem a clareza de que precisam qualificar a assistência por si, para si, pelos outros e com os outros. A medida que isto se dá, ocorre um processo de determinação que atinge a todos, profissionais e clientes, que perdem o direito de vivenciar o que Horta (1976, p.III) preconizava: “...gente que cuida de gente”, haja vista a prioridade dada ao lucro, à privatização, fato que compromete os interesses clínico-sociais. A mulher ainda enfrenta a pouca familiaridade com o ambiente em que está sendo assistida, onde os profissionais são, na maioria das vezes, desconhecidos. Acrescente-se a isto o fato de que sua família e amigos não têm acesso à ela, ficando impedidos de prestar-lhe suporte nesta situação tão importante e marcante na sua vida. Esta postura adotada evidencia a falta de compromisso ético e moral, e também de compreensão do que é exercício de cidadania para com a assistência e para com a vida da mulher pois, como registra Massi (1992, p.65), “a realização pessoal das mulheres está intimamente ligada à maternidade, havendo uma enorme premência em efetivá-la”.

Mostra também, alguns aspectos do preparo da equipe para assistir à mulher neste momento único de sua vida, salientando o desconhecimento sobre as influências da assistência sobre o poder vital da mulher e conseqüentemente sobre seu sistema imunológico. Fato que pode, ainda, comprometer o poder vital do profissional, que também é expoliado diante da prática não humanizada. Moran & Schultz (1996) enfatizam que a relação entre profissional e cliente também afeta a assistência, porque se este tem um tratamento caloroso, de suporte, e tem uma expectativa positiva, vendo o profissional como um companheiro com conhecimento

de causa, o resultado é, na maioria das vezes, positivo.

A Enfermagem, ao assumir a assistência durante as vinte e quatro horas do dia, necessita tomar posição quanto a sua responsabilidade não apenas técnica e científica, mas também ética, legal e moral, o que poderá torná-la humanística, válida e requerida pela sociedade que passará, por conseguinte, a requalificar seu sentido de valor. Sua equipe é composta por profissionais de diferentes níveis de formação, liderada pelo profissional enfermeiro ao qual compete a liderança dessa equipe. Pela característica de assistência ininterrupta ao paciente, na prática é o enfermeiro que a gerencia, mesmo que esta atribuição muitas vezes venha carregada de invisibilidade. Face a essa sua responsabilidade, o enfermeiro precisa criar e garantir a concepção filosófica e política da assistência, com clareza nas rotinas a serem cumpridas não só pela Equipe de Enfermagem, como também pelos demais profissionais da equipe assistencial. E que essas rotinas sejam constituídas como um guia, um referencial básico, passível de mudanças e atualizações sempre que se fizerem necessárias e que beneficiem os seres humanos assistidos. Essa postura de líder, consciente e responsável pelo andamento da assistência, é que vai garantir segurança e o próprio processo natural de vida da clientela.

O fato concreto, evidenciado pelos dados, de que os profissionais de Enfermagem ainda não possuem o hábito de registrar os componentes de suas ações assistenciais e de gerência na forma de documentação legal, apresentou-se como uma limitação para este estudo, dificultando seu desenvolvimento.

O desconhecimento ou não valorização dos princípios e avanços da prevenção e controle de infecções puerperais foi observado nesta pesquisa, sugerindo o comprometimento do preparo da equipe de assistência para atuar neste sentido. O modo de desenvolvimento das medidas de prevenção e controle de infecções por parte de alguns profissionais que mostravam conhecer os princípios e, apesar disso, não os tinham incorporados à prática, ficou evidente nesta pesquisa. Existe premência de que o profissional adquira o conhecimento, aplique-o no cotidiano assistencial, avalie e reflita sobre essa prática e esse conhecimento, voltando a aplicá-lo. Esse movimento resultará numa prática reflexiva, com embasamento científico, propiciando maior segurança e realização ao profissional e maior qualidade de assistência. Estas considerações vão ao encontro do pensamento de Nightingale (1859): de nada adianta a informação, o conhecimento, se o profissional não estiver motivado a agir no interesse do

paciente.

A falta de estrutura para a assistência à mulher no que se refere à prevenção e controle das infecções fez-se presente, seja na falta de pias, sabão e toalhas de papel para que os profissionais lavassem suas mãos, seja na deficiência de técnicas assépticas por parte destes profissionais, ou mesmo, em determinados momentos, a falta de material apropriado para a realização dos procedimentos.

O observado demonstra que a concepção de prevenção e controle de infecções instituídas por Nightingale e Semmelweis no século passado não está em vigência, acarretando com isto riscos acentuados às mulheres assistidas, levando-as não só a contrair infecções puerperais, como também muitas delas a morrer ao trazer novas vidas ao mundo. Esta tese, pela sua característica de ordem reflexiva e prática, não constituindo mera denúncia ou mais um diagnóstico sobre como a assistência à mulher vem se desenvolvendo, avança no sentido de apontar meios de prevenção das mortes maternas, particularmente no que se refere às responsabilidades da Enfermagem, buscando, inclusive, resgatar a competência e a liderança, como já o fizeram Nightingale e outras enfermeiras de vanguarda de nossa história.

Nesse contexto a Enfermagem, à luz de compromisso ético, moral, filosófico e político, na figura do enfermeiro enquanto gerente do processo assistencial, pode e deve assegurar que esse quadro seja revertido a partir da aplicação de medidas de baixa complexidade e que já foram teorizadas e praticadas no século passado e relatadas nesta tese. Se lavar as mãos e limpar ambientes foi possível em campos de guerra, como o fez Nightingale, por que em uma das cidades brasileiras considerada celeiro da modernidade não o seria?

Nessa concepção, o dia-a-dia da assistência à mulher, sob a gerência da Enfermagem, pode estar agilizando o fazer da equipe assistencial no sentido de salvaguardar as normas de prevenção e controle, sejam as do Ministério da Saúde, sejam aquelas orientadas pelos estudiosos do assunto.

A fim de que a assistência à mulher parturiente/puérpera atinja um nível de satisfação para ambas as partes, sendo esta realmente uma assistência, é preciso que os papéis e relacionamentos se originem de um senso de propósito mais preciso. A finalidade da institucionalização do parto é assegurar a vida à mulher e ao conceito, é prevenir complicações.

Berlinguer (1996), em seu livro *Ética da Saúde*, recorda que uma das primeiras críticas à medicalização relacionava-se com o parto hospitalar, afirmando que este procedimento retirou da mulher o apoio dos familiares e vizinhos, deixando-a só, sofrendo a manipulação de desconhecidos. Prossegue salientando que o parto institucionalizado impede a mãe de participar como sujeito ativo na experiência do nascimento e do primeiro contato com o seu filho. No contexto hospitalar a medicina determina horários e maneiras para este contato, que deveria ser o mais espontâneo, íntimo e natural possível. Segundo o autor, devemos apoiar e facilitar “...as doutrinas e experiências práticas destinadas à recuperação da naturalidade, da intimidade, da participação do sujeito nestes atos cruciais de vida humana, mas em um contexto de assistência especializada” (p.45).

A prática proposta por Berlinguer vai ao encontro dos preceitos de Nightingale e Semmelweis, pois pode ser considerada enquanto a inter-relação entre a humanização da vertente poder vital/vida e o conhecimento científico da prevenção/contágio. Corrobora ainda o pensamento de Nightingale (1859), ao afirmar que o papel do hospital é não fazer mal ao paciente e, também, o de Semmelweis (1861) quando enfatizava que o lado escuro da medicina era a febre puerperal.

O conhecimento a respeito das vertentes que esta tese propõe – prevenção/contágio e poder vital/vida – está posto; inclusive sua utilização está normatizada, seja em portaria ministerial, seja em registros nos Códigos de Ética das categorias profissionais de saúde. O que falta é sua viabilização na prática cotidiana dos profissionais da assistência. Para tanto, a Educação se apresenta como estratégia e tática de transformação da realidade, não só nos hospitais-escola, como aquele em que Semmelweis atuava há mais de um século e onde iniciou o combate às infecções puerperais, mas também em outras instituições hospitalares, no sentido de desenvolver, atualizar e reciclar a equipe assistencial que ali atua.

Necessário se faz também que os grupos de estudos sejam constituídos e fortalecidos até que se desenvolva a consciência necessária para o trabalho coletivo, responsável e comprometido com o que no século passado foi preconizado, como “lavar as mãos”. Até para evitar a solidão, por exemplo, vivida por Semmelweis, a qual redundou em sua demissão, na não observação das medidas por ele apregoadas e no conseqüente aumento das mortes maternas por infecções puerperais.

A subutilização da Educação enquanto aliada à prevenção e controle de infecções,

tanto com relação à mulher e sua família, quanto em relação à equipe de saúde, foi um dos pontos evidenciados. A Educação, em seu sentido amplo, contribui para o treinamento, a atualização de conhecimentos e o aperfeiçoamento da equipe, despertando nos profissionais o senso de responsabilidade ética e o comprometimento para com as ações desenvolvidas, resultando em melhoria da qualidade da assistência prestada aos outros e na qualificação do próprio profissional e de seu trabalho.

A educação em saúde é fundamental para a evitabilidade das infecções puerperais, propiciando orientações sobre medidas preventivas, o que vai ao encontro de uma das tendências atuais nessa área, o envolvimento do paciente e familiares na prevenção e controle de infecções. Conforme Garofalo (1996), a educação do paciente e sua família é fundamental para assegurar um cuidado terapêutico e seguro no domicílio. Enfatiza que essa educação deve incluir informações terapêuticas e conhecimentos sobre prevenção e controle de infecções.

Inclusive considero importante salientar que a atualização, a especialização e o aperfeiçoamento profissional, visando a uma melhor qualidade da assistência prestada, incluindo-se aí a segurança do ser humano que está sendo assistido, são itens regulamentados nos Códigos de Ética dos Profissionais de Saúde.

No que se refere à educação formal, os hospitais de ensino influenciam e simultaneamente são influenciados, pois é na formação dos profissionais de saúde que se inculcam os saberes que sustentam a prática profissional. Entre esses saberes, os conhecimentos sobre poder vital/vida e prevenção/contágio podem significar a diferença entre a assistência segura, humanizada e competente e a assistência que despersonaliza o ser humano e lhe impinge riscos desnecessários. Vale ressaltar que nos hospitais-escola existem três vertentes e controvérsias: menor ou maior gravidade dos paciente ali internados; menor ou maior acerto dos profissionais que ali atuam e ainda o menor ou maior número de erros ou falta de cumprimento adequado das rotinas pelos próprios estudantes.

Semmelweis, à sua época, demonstrou que os estudantes de medicina precisavam criar uma nova mentalidade sobre a assistência à mulher durante o parto e puerpério, orientando e exigindo mudanças de atitudes. Eram mudanças simples e de baixo custo, tais como a lavagem das mãos, higiene e atenção ao estado emocional da mulher assistida. Mentalidade que, ao ser posta em prática, alterou comprovadamente o padrão da mortalidade materna por infecção puerperal da época. Atualmente existem outras maneiras de se pensar

prevenção, todavia elas não são substitutivas aos princípios deixados por Nightingale e Semmelweis; são, sim, complementares, pois os postulados por eles implantados representam as bases da prevenção e controle das infecções hospitalares.

Nos dias atuais Pereira & Moryia (1994, p.155) enfatizam que “A adoção de uma Filosofia que priorize a prevenção torna-se condição indispensável ao desenvolvimento dos avanços alcançados pela tecnologia”.

Ao levantar as questões acima pontuadas, esta pesquisa também buscou um sentido para esta realidade visualizada, seja nos momentos em que conduziu do saber à ignorância, seja naqueles em que conduziu da ignorância ao saber. O sentido da Filosofia em Enfermagem, vislumbrado como contribuição para a evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais, sempre tendo Nightingale e Semmelweis enquanto guias, apresentou-se como um retorno ao que é evidente, simples, objetivo, básico e elementar no controle de infecções. Voltou às raízes da prevenção e controle de infecções, seja na experiência de Semmelweis ao instituir a lavagem das mãos e reduzir a mortalidade materna por infecções puerperais, seja nas medidas de higiene e cuidados com o meio ambiente que Nightingale implantou na Criméia, reduzindo a mortalidade por infecções entre os soldados. Até porque, como diz Rios (1993, p.16), “Como todo saber, a Filosofia, é histórica – transforma-se e explica-se a partir de problemas bem específicos de cada contexto histórico. Não será, entretanto, propriamente a partir dos problemas que descobriremos a especificidade do conhecimento filosófico, mas a partir do modo peculiar com que ele se volta para os problemas para considerá-los”.

Os achados bibliográficos acerca dos estudos sobre infecções puerperais, especificamente os relacionados à assistência de Enfermagem para a evitabilidade da morte materna mostraram-se incipientes. Vale ressaltar que em consulta às bases de dados encontrou-se apenas um texto sobre o assunto, o qual foi solicitado via COMUT, pois encontrava-se em disponibilidade na Inglaterra. O aporte sobre Semmelweis não foi mais farto. Apesar dessas dificuldades bibliográficas, as facilidades em comunicação e as tecnologias disponíveis atualmente não permitiram que esta limitação pudesse comprometer a sustentação deste estudo.

A reflexão como exercício acadêmico permitiu que este estudo avançasse no contexto da prevenção e controle de infecções ao unir os postulados de Nightingale e

Semmelweis, **poder vital/vida e prevenção/contágio**, apontando-os enquanto interligados na assistência prestada à mulher. No momento em que sugere a priorização da observação dos princípios científicos de prevenção, sejam de alta ou baixa complexidade, aliada à humanização da assistência, considerando a interligação mente corpo e a conseqüente resposta do sistema imunológico da mulher, amplia a abrangência da evitabilidade das infecções. Preconiza ainda o envolvimento não só de toda a equipe assistencial, mas também da mulher e sua família na prevenção das infecções puerperais.

Quando a mulher submete-se e entrega-se ao sistema de saúde por ocasião do nascimento de um filho, até por estar exposta aos riscos de morte, necessita de uma assistência singularizada, em que seja vista como um ser humano integral e indivisível, participativo no seu processo de ter um filho. De acordo com Remen (1993), a adoção de uma visão humanística enquanto processo dinâmico e evolucionário é um convite à ampliação de nossas idéias sobre o processo saúde-doença, a refocalização dos objetivos do sistema de saúde e à redefinição da estrutura e natureza dos relacionamentos envolvidos no cuidado à saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil, na Seção II, quando se refere à saúde, registra:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Quanto ao Ministério da Saúde, através da Coordenação Materno-Infantil (COMIN-MS), tem por compromisso promover ações que visem reduzir a mortalidade materna, tendo estabelecidas diretrizes com vistas a avaliar a assistência oferecida à mulher; implantar sistema de Vigilância Epidemiológica dos óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos; e desenvolver um sistema de informações sobre as atividades de assistência à gestação, parto e puerpério e regulação da fertilidade, em todos os níveis do SUS. No intuito de implementar estas diretrizes, foram criados os Comitês de Mortalidade Materna, os quais possuem por objetivo a obtenção de informações confidenciais sobre mortes maternas ocorridas na área de sua abrangência. Dentre as finalidades dos Comitês de Mortalidade Materna destacam-se: as avaliações contínuas dos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam; a elaboração de relatórios analíticos anuais; e o estímulo às autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as medidas necessárias (Ministério da Saúde, 1994).

Os Comitês de Mortalidade Materna, considerados seus objetivos e finalidades, quando de sua implantação e efetiva atuação, passam a ser um recurso com o qual a sociedade pode contar no sentido de estar atuando em prol da prevenção das mortes maternas, envolvendo em sua atuação os vários segmentos sociais que podem influenciar nas estratégias de evitabilidade. De acordo com Braga et al. (1992), os comitês não se devem restringir a meras ações de investigação e notificação de óbitos; precisam refletir sobre a real contribuição que podem desenvolver no sentido de redução da mortalidade materna, mediante propostas e ações passíveis de viabilização na realidade de sua atuação.

Ao propor o desenvolvimento de um estudo reflexivo sobre a assistência de Enfermagem prestada às mulheres no período do pré-parto, parto e puerpério, delimito-o ao conhecimento e à análise desta assistência e à reflexão sobre ela, sugerindo possibilidades de prevenção das mortes maternas associadas às infecções puerperais, sem intervir na realidade observada. No concernente à questão metodológica da observação, este estudo apresenta limitações quanto aos vieses que possam ter surgido, como aqueles relativos ao meu olhar de pesquisadora que, apesar de direcionado pelo referencial teórico, mais especificamente pelos postulados poder vital/vida e prevenção/contágio, pode em algum momento ter se detido em detalhes que lhe fossem mais atraentes.

No entanto, concordando com a afirmação de Braga et al. (1992) sobre a atuação dos comitês de mortalidade materna, vislumbro a partir dos resultados emergentes desta pesquisa um maior investimento e busca do fortalecimento da articulação existente entre a Universidade e o Comitê de Mortalidade Materna do Paraná e Comitê Pró-Vida de Curitiba. As possibilidades de evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais sugeridas por este estudo podem subsidiar ações integradas entre os comitês, a Universidade e as equipes de assistência das maternidades curitibanas. Num primeiro momento estas ações integradas, até por um compromisso ético e moral, poderão ser desenvolvidas junto às Maternidades que participaram deste estudo, estendendo-se posteriormente às demais.

Há que se considerar as palavras de Thompsom (1997, p.391):

A mulher, enquanto mulher, é digna de respeito por parte de todos; assim sendo, devemos quebrar o silêncio sobre a mortalidade e morbidade materna. Devemos quebrar o silêncio sobre casamentos sem amor, a gravidez indesejada e a atividade sexual sem desejo mútuo. Devemos quebrar o silêncio da violência seja onde for, nos lares, nos locais de trabalho, nas escolas e nas igrejas [nas maternidades...]. Desta forma, hoje proponho uma meta, a de

trabalharmos juntos para quebrar as amarras que nos imobilizam. Para que sejamos construtivos e produtivos na nossa sociedade, é necessário que se ouça a voz da mulher e que se dê o poder da escolha, da decisão nos muitos momentos da sua vida. As mulheres precisam de vozes, as mulheres precisam exercitar o poder de decidir acerca de sua saúde nas suas vidas.

A morte materna precisa deixar de ser encarada como um quadro normal; ela configura um grave problema de saúde pública, envolvendo todas as esferas de ações de saúde. Para que sua evitabilidade se efetive "...o conhecimento e a definição dos fatores intervenientes são necessidades, até mesmo para projeção da conduta assistencial" (Souza, 1982, p.27).

Portanto, apresento os resultados desta pesquisa, sustentados nesta tese, sempre à luz de Nightingale e Semmelweis, como subsídios para a prática da prevenção das mortes maternas associadas às infecções puerperais, chamando a atenção para:

- ☉ a necessidade premente de preparo da equipe de assistência à saúde da mulher, envolvendo os dois postulados que nortearam este estudo, **poder vital/vida e prevenção/contágio**, culminando com a assistência humanizada e segura à mulher durante uma das fases mais belas e significativas de sua existência;
- ☉ a reflexão contínua sobre o compromisso ético, moral, legal e político dos profissionais de saúde com a vida, enquanto planejadores e executores da assistência;
- ☉ a indignação por mulheres continuarem morrendo ao trazer novas vidas ao mundo por causas preveníveis através de medidas óbvias e de baixa complexidade, já preconizadas e implementadas no século passado por Nightingale e Semmelweis;
- ☉ a realização de outros estudos na área da mortalidade materna;
- ☉ as possibilidades de mudanças na prática da assistência à saúde da mulher, sendo a Pesquisa e a Extensão Universitária meios para compartilhar conhecimentos sobre as possibilidades de evitabilidade das mortes maternas associadas às infecções puerperais.

Desenvolver esta proposta, perpassando suas diversas etapas de construção, planejamento, fundamentação, aplicação, reflexão e sistematização através de sua escrita, conduziu-me não apenas pelos caminhos visíveis que percorre uma pesquisa, mas também aprendi a querer ver mais, até o invisível aos olhos. Procurei também, olhar para as paisagens que permeiam estes caminhos, a parar em seus recantos e descansar em suas pausas, percebendo suas nuances. Isso me reporta às palavras de Ayres (1995, p.203-204), as quais me auxiliam a refletir um pouco mais sobre tudo que venho sentindo no transcorrer desta tese:

O passado não cessa de transformar-se. O que precisamos é assumir, a cada momento histórico, nossos papéis de sujeitos dessa transformação. Reconstruamos, então, o passado do futuro de liberdade e criatividade que nos permite pensarmos como gênero humano. Isso não significa que devemos adulterar ideologicamente a realidade da história em sua interpretação contemporânea. Trata-se, isso sim, de buscar uma atitude possível no presente que faça dos fatos pretéritos não a lembrança de uma experiência “fossilizada”, mas o substrato ainda vivo dos valores pelos quais nos compreendemos hoje e que nos movem rumo ao futuro.

Florence Nightingale e Ignaz Philipp Semmelweis se fizeram muito presentes pelos caminhos desta tese. Sua lógica secular, constante em todos os momentos, desafiou insistentemente o conhecimento, seja aquele vindo da literatura existente em bibliotecas, Internet, bases de dados, o empírico resultante da vivência das situações, ou mesmo aquele produzido pela construção deste trabalho.

Nightingale e Semmelweis, imbuídos de um mesmo ideal – salvar vidas através da prevenção de infecções – mostraram ao mundo que a lógica nas ações do dia-a-dia, a persistência naquilo em que acreditavam, a simplicidade e o exercício profissional comprometido com a vida podem fazer a diferença na assistência à mulher no processo de parturição e puerpério, podem fazer a diferença entre a vida e a morte.

Ao desenvolver esta pesquisa tendo o referencial teórico subsidiado por Nightingale e Semmelweis, seus resultados recomendam a inter-relação entre os componentes que emergiram dos postulados poder vital/vida e prevenção/contágio. Esses foram apontados enquanto duas vertentes para a prevenção e controle das infecções puerperais, as quais deverão ser trabalhadas concomitantemente.

Da vertente poder vital/vida emergiram os componentes: observação e atenção ao estado emocional da mulher; relações interpessoais; conforto e bem-estar e condições oferecidas pelo ambiente na potencialização do poder vital. No que se refere à prevenção/contágio, os componentes foram: assistência direta à mulher; limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia; observação de princípios básicos de prevenção de infecções; SCIH atuante; educação à saúde e educação continuada.

A Enfermagem, enquanto área de conhecimento, oferece esses componentes que – embora não tendo sido evidenciados nas maternidades cenário deste estudo –, constituem subsídios para a prevenção e o controle das infecções puerperais e, por conseguinte, possibilitam a redução das mortes maternas a elas associadas.

O reconhecimento da situação culminou configurando os resultados desta tese que responderam sua questão norteadora: *Quais são os componentes da Assistência de Enfermagem no processo de evitabilidade das mortes maternas associadas às Infecções Puerperais?*

Assim apresentou-se a contribuição para que os componentes da Assistência de Enfermagem no processo de prevenção das mortes maternas por infecções puerperais, à luz dos postulados de Nightingale e Semmelweis, fossem manifestos para a realidade de Curitiba – Paraná.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLIGOOD, Martha Raile, CHOI, Elizabeth Chong. In: MARRINER-TOMEY, Ann. **Nursing theorists and their work**. 3. ed. St. Louis : Mosby, 1994.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Juan Stuardo Yalzlle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo : Cortez, 1986.
- ALVES, Geraldo. As faces da morte. In: REZENDE, Ana Lucia Magela de, RAMOS, Flávia Regina Souza, PATRÍCIO, Zuleica Maria. **O fio das moiras : o afrontamento do destino no cotidiano da saúde**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1995. p. 118-120.
- ALVES FILHO, Mozart Bezerra, FERRARI, Angélica Cristina Saes, ZARONI, Eneida Maria dos Santos. Berçário. In: RODRIGUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle**. São Paulo : Sarvier, 1997.
- ANGERAMI, E.L.S., CORREIA, F.A. Em que consiste a enfermagem. In: I SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO (1987 : Brasília), **Anais...** Brasília, 1987, p. 38-49.
- ARRUDA, Eloita Neves, LARSON, Patrícia J., MELEIS, Afaf I. **Comfort : immigrant hispanic cancer patient's views**. **Cancer Nursing**, v. 15, n. 6, p. 387-394, 1992.
- ARRUDA, Eloita Neves, MARCELINO, Silvana Romagna. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria. **Dimensões da dor no câncer**. São Paulo : Robe, 1997.
- AYLIFFE, Graham, BABB, John. **Pocket reference to hospital acquired infections**. London, Science Press : 1995.
- AYRES, José Ricardo de C.M. **Epidemiologia da emancipação**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1995.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado : o mito do amor materno**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.
- BARACHO, João Carlos G. Apresentação : valorizando a dignidade materna. **Valorizando a dignidade materna**, Curitiba, 1996. 017
- BARROSO. C. **Mulher, sociedade e estado no Brasil**. São Paulo : Brasiliense, 1982.
- BEAUVOIR, Simone. **El segundo sexo**. Buenos Aires : Psique, 1954.
- BERLINGUER, Giovanni. **Ética da saúde**. São Paulo : Hucitec, 1996.

- BIRCH, Beverley. **Louis Pasteur**. São Paulo : Globo, 1990.
- BONDER, Nilton. **A arte de se salvar**. Rio de Janeiro : Imago, 1994.
- BRAGA, Luiz Fernando C.O. et al. Relatório dos comitês de mortalidade materna do Paraná, 1991. In: **Informe Epidemiológico do SUS**. Rio de Janeiro : ENPS - FIOCRUZ, dez., 1992.
- BRAGA, Luiz Fernando C.O. & SOARES, Vânia M. N. Implantação dos comitês de morte materna no Paraná. Rio de Janeiro, **Femina**, p.432-436 jun, 1990.
- BRASIL. **Constituição** : República Federativa do Brasil. Brasília : Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996**. Brasília, 1997.
- _____. _____. Portaria n. 196, 24 jun. 1983. **Diário Oficial da República Federativa da União**, Brasília, 04 set. 1992. Dispõe instruções para o controle e prevenção de infecções hospitalares.
- _____. _____. Portaria n. 930, 27 ago. 1992. **Diário Oficial da República Federativa da União**, Brasília, 04 set. 1992. Dispõe sobre normas e instruções para o controle das infecções hospitalares no país (revoga a portaria 196/83).
- _____. _____. Resolução n. 196, de 1996. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 1996. Dispõe instruções sobre pesquisas envolvendo seres humanos.
- _____. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro : v. 56, 1996.
- _____. Ministério do Trabalho. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução COFEN 169/93. Rio de Janeiro, 1993.
- _____. _____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 186/95. Rio de Janeiro, 1995.
- BREILH, Jaime. **El genero entrefuegos** : inequidad y esperanza. Quito : CEAS, 1996.
- BRIQUET, R. **Obstetrícia normal**. Rio de Janeiro : Freitas Bastos, 1939.
- BROWN, Pan. **Florence Nightingale**. São Paulo : Globo, 1993.
- BRUNNER, Lillian Sholtis, SUDDARTH, Doris Smith. **Prática de enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1980. v. 2.

- BRUSCHINI, Cristina, SARTI, Cynthia. Apresentação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 54, p. 3-4, ago, 1985.
- CANEDY, Brenda Haran. Florence Nightingale : woman with a vision. In: KJERVIK, Diane K., MARTINSON, Ida M. **Women in stress : a nursing perspective**. New York : Appleton-Century-Crafft, 1979. p. 208.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação : a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo : Cultrix, 1982.
- CARRANZA, Maria. Saúde reprodutiva da mulher brasileira. In: SAFFIOTI, Heleieth I.B., MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1994.
- CARRARO, Telma Elisa. A mulher no período puerperal – uma nova visão possível. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, p. 84-91, jan./abr. 1997a.
- _____. **Enfermagem e assistência : resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB, 1997b.
- _____. **Resgatando Florence Nightingale : a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARRARO Telma Elisa et al. Aspectos éticos e legais no centro cirúrgico. In: GUELLERE, Terezinha, ANTONIO, Celicina, SOUZA, Maria de Lourdes de. **Centro cirúrgico : aspectos fundamentais para a enfermagem**. 3.ed. Florianópolis : UFSC, 1993.
- CARRARO, Telma Elisa, RADÜNZ, Vera. A empatia no relacionamento terapêutico : um instrumento do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 50-52, jul./dez., 1996.
- CARVALHO, Denise Siqueira de. Avaliação da qualidade do pré-natal, parto e puerpério em Curitiba : uma análise preliminar. In: **Valorizando a dignidade materna**, Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- CASTIGLIONI, Arturo. **Historia de la medicina**. Barcelona : Salvat, 1941.
- CERQUEIRA, Wellington F. de A. Antissepsia das mãos e do campo operatório. In: RODRIGUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle**. São Paulo : Sarvier, 1997.
- CDC. Nosocomial infections rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorefare, v.12, p. 609-621, oct., 1991.

- CIARI Jr., Ciro, SIQUEIRA, A.A.F. de. Problemas de Saúde materno-infantil no Brasil. In: PARETA, J.M.M. et al. **Saúde da comunidade** : temas de medicina preventiva e social. São Paulo : Mc. Graw-Hill, 1976. p. 203-223.
- CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade** : uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1990.
- COWMAN, Lettie. **Mananciais no deserto**. Belo Horizonte : Betânia, 1986.
- CRUZ, Elaine Dhemer de Almeida Cruz. **A formação de um elo** : uma proposta para a prevenção das infecções hospitalares. Curitiba, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa.
- CURITIBA. Decreto nº 700, de 22 de setembro de 1994. Constitui o Comitê Pró-Vida de Curitiba. **Diário Oficial do Município**, Curitiba, nº 72, 27 set. 1994.
- CURITIBA NAS TRILHAS DA IGUALDADE. Curitiba : Instituto Municipal de Administração Pública, 1994.
- DE CASTRO, Marth G., FAUERBACH, Loreta, MASTERS, Linda. Aseptic techniques. In: OLMSTED, Russel N. (org.) **Infection control and applied epidemiology principles and practice**. St. Louis : Mosby, 1996.
- DENNIS, Karen E., PRESCOTT, Patrícia A. Florence Nightingale : yesterday, today, tomorrow. **Advances in Nursing Science**. p. 66-81, jan. 1985.
- DONAHUE, M.P. **Historia de la enfermería**. España : Egedsa, 1993.
- DU GAS, Beverly Witter. **Enfermagem prática**. Rio de Janeiro : Interamericana, 1978.
- DURHAM, Eunice R. Família e reprodução humana. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro : Zahar, 1983. v.3.
- EAGLI, A. Mulheres ganham menos que os homens. **O Estado do Paraná**, Curitiba, 4 mar. 1997.
- EMORI, T.G. et al. National nosocomial surveillance system (NNIS) : description of surveillance methods. **The American Journal of Infection Control**, St. Louis, v. 19, n. 1, p. 19-35, Feb. 1991.
- EMORI, T.G., HALEY, R.D., GARNER, J.S. Techniques and uses of nosocomial surveillance in U.S. hospitals, 1976-1977. **The American Journal of Medicine**, Newton, v. 70, n. 7, p. 933-9, Apr. 1981.
- ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade e do estado**. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1995.

- ESCHENBACH, David A., WAGER, Gael P. Puerperal infections. **Clin Obstet Gynecol**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 1003-1037, Dec. 1990.
- FERRAZ, Edmundo Machado, FERRAZ, Álvaro A.B. Experiência em cirurgia. In: RODRIGUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle**. São Paulo : Sarvier, 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1988.
- FIGUEIREDO, Juan Manuel Sotelo. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna : una perspectiva latino-americana. **Bol. Oficina Sanitária Pan-americana**, Washington, D.C. v. 114, n. 4, p. 289-301, 1993.
- FONSECA, R.M.G.S. da. Atenção : mulheres trabalhando (na vida, na saúde, na enfermagem). In: FONSECA, R.M.G.S. da (org.). **Mulher e cidadania na nova ordem social**. São Paulo : Núcleo de Estudos da Mulher, 1996. cap. 8, p. 96-110.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1995.
- FRANÇA, Valeria. Elas venceram : surgimento de bactérias resistentes a todos os antibióticos aumenta os riscos para a saúde. **Veja**, São Paulo, v. 30, n. 37, p. 82-3, set. 1997.
- FREIRE, Paulo. Educação e participação comunitária. In: FREIRE, Paulo. **Política e educação : ensaios**. São Paulo : Cortez, 1993.
- FRIEDMAN, Candance. Maternal infections : problems and prevention. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. 817-824, Dec. 1980.
- GAARDER, Jostein. **O mundo de Sofia : romance da história da filosofia**. São Paulo : Companhia das Letras, 1995.
- GAROFALO, Kathy. Home care. In: OLMSTED, Russel N. (org.). **Infection control and applied epidemiology principles and practice**. St. Louis : Mosby, 1996.
- GELAIN, Ivo. Repensando o enfoque da ética profissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 29-34, jul./dez. 1994.
- GILES, Thomas Ransom. **Introdução à filosofia**. São Paulo : EPU/EDUSP, 1979.
- GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro : Objetiva, 1995.
- GRINBAUM, Renato S. Antibioticoprofilaxia : conceitos gerais. In: RODRIGUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle**. São Paulo : Sarvier, 1997b.
- _____. Infecção do sítio cirúrgico em cirurgia. In: RODRIGUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle**. São Paulo : Sarvier, 1997a.

- HAWKINS, Joellen W., GORVINE, Beverly. **Postpartum nursing : health care of women.** New York : Springer Publishing, 1995.
- HORTA, Vanda de Aguiar. Gente que cuida de gente. **Enf. Novas Dimen.**, São Paulo, v.2, n.4, p. III, set./out., 1976.
- HOSSNE, W. Saad. Infecção hospitalar - aspectos éticos. **Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 23-33, jan./fev. 1995.
- INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. Curitiba em dados. Curitiba : IPPUC, 1996.
- JAPIASSU, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia.** 2. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1991.
- JARVIS, William R. Handwashing - the Semmelweis lesson forgotten? **The Lancet**, v. 344, p. 1311-1312, Nov. 1994.
- KWAST, Barbara E. Puerperal sepsis: its contribution to maternal mortality. **Midwifery**, v. 7, n. 3, p. 102-106, 1991.
- LACERDA, Rubia A., JOUCLAS, Vanda M.G., EGRY, Emico Y. **A face iatrogênica do hospital : as demandas para o controle das infecções hospitalares.** São Paulo : Ateneu, 1996.
- LAFORCE F. Marc. The control of hospital infections : 1750 to 1950. In: WENZEL, R. **Prevention and control of nosocomial infections.** 3. ed. Baltimore : Williams, Wilkins, 1997. p. 1-12.
- LANDERS, Daniel V., SWEET, Richard L. Infections of the female genital tract. In: HOWARD, Richard J., SIMMONS, Richard L. **Surgical infections diseases.** 3. ed. EUA : Appleton e Lange, 1995.
- LARSON, Elaine. Hand washing and skin preparation for invasive procedures. In: OLMSTED, Russel N. (org.). **Infection control and applied epidemiology principles and practice.** St. Louis : Mosby, 1996.
- LAURENTI, Ruy. Perfil da mortalidade materna. In: MINAYO, Maria Cecília et al. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- LAZAR, Joel S. Mind-body medicine in primary care : implications and applications. **Models of Ambulatory Care.** v. 23, n.1, Mar. 1996.
- LEDGER, Willian J. Puerperal Endometritis. In: BENNET, John V., BRACHMAN, Philip S. **Hospital infections.** 7. ed. Philadelphia : Lippincott-Raven, 1997.

- LENTZ, Rosemary Andrade. **Processo de normalização : a jornada participativa como fator de qualidade nas ações de controle das infecções hospitalares.** Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina.
- LE SHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação.** São Paulo : Summus, 1992.
- MACKENZIE, Carole Ann, CANADAY, Mary Elizabeth, CARROLL, Elizabeth. **Comprehensive care during the postpartum period.** *Nursing Clinics of north America*, v. 17, n. 1, March, 1982.
- MALUF, Eliane M.C.P. **Investigações de morbimortalidade materna. Valorizando a dignidade materna,** Curitiba : Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- MAÑANÁ-RODRÍGUEZ, Minerva et al. **Fatores de riesgo de infección puerperal.** *Revista Medica Dominicana*, v.52, n.3, p.31-35, jul./sep., 1991.
- MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **A família, o "feminino", a cidadania e a subjetividade.** In: CARVALHO, Maria do Carmo B. **A família contemporânea em debate.** São Paulo : EDUC, 1995.
- MARINO JR, Raul. **Fisiologia das emoções.** São Paulo : Sarvier, 1975.
- MARRINER-TOMEY, Ann. **Nursing theorists and their work.** St. Louis : Mosby, 1994.
- MASSI, Marina. **Vida de mulheres : cotidiano e imaginário.** Rio de Janeiro : Imago, 1992.
- MENDES, Isabel Kugler. **Igualdade salarial ainda é uma conquista distante.** *Gazeta do Povo*, Curitiba, 8 mar. 1997.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo : Hucitec, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** Brasília: COMIN, 1994.
- _____. **Saúde no Brasil.** Brasília : Idéias, Marketing e Informática, 1997.
- MOLINA, Elaine. **O centro de material.** In: RODRIQUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle.** São Paulo : Sarvier, 1997.
- MORAES, Maria Quartim de. **A mortalidade materna e o município.** Brasília, 1996.
- MORAN, Beth, SCHULTZ, Kathy. **Finding the healer within.** New York : National League for Nursing, 1996.

- NASCIMENTO, Maria da Graça P., SANTOS, Odaléa M.B. dos, SOUZA, Maria de Lourdes de. Vivenciando o processo do nascimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 157-167, jan./abr. 1997.
- NEVES, Jayme. Aspectos éticos e legais das infecções hospitalares. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v. 69, n. 6, jun. 1995.
- NEWMAN, Margareth A. Nigthingale's vision of nursing theory and health. In: NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing : what it is, and what it is not**. Edição Comemorativa. Philadelphia : J. B. Lippincott, 1992.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é**. São Paulo : Cortez, 1989.
- _____. **Notes on nursing : what it is, and what it is not**. Condon: Harrison, 1859.
- OBA, Maria das Dores do V., TAVARES, Maria Solange G. As mulheres e os receios em suas trajetórias obstétricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 4, p. 569-580, out./dez. 1996.
- OLIVEIRA, Antônio Bernardes de. **A evolução da medicina : até o início do século XX**. São Paulo : Pioneira, 1981.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Código internacional de doenças**. 10.revisão. 3.ed. São Paulo : EDUSP, 1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE SALUD. **Documento de referencia sobre estudio y prevencion de la mortalidad materna**. Washington, 1986.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Bol. Epidemiol.** v. 7, n. 5/6, 1986.
- _____. **Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna**. Washington, 1990.
- _____. **Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectiva para los años noventa**. Washington, 1993.
- PADOVANI, Humberto, CASTAGNOLA, Luís. **História da filosofia**. São Paulo : Melhoramentos, 1984.
- PALMER, Irene Sabelberg. Florence Nightingale: reformer, reactionary, researcher. **Nursing Research**, v. 26, p. 84-89, March-April, 1977.
- PAULA, Sérgio Góes de. **Morrendo à toa : causas de mortalidade no Brasil**. São Paulo : Ática, 1991.

- PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- PEREIRA Milca Severino, MORYIA Tokico M. **Infecção hospitalar : estrutura básica de vigilância e controle**. Goiânia : AB, 1994.
- PETRILO, V.F., KUPLICH, N.M., WAGNER, M.B. Infecção hospitalar : uma revisão. **Revista Médica da Santa Casa**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 126-130, 1990.
- PIMENTEL, Sílvia (org.) et al. **Mulher e educação : o papel da mulher na sociedade (debate)**. São Paulo. SE/ATPCE, 1987.
- POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- PONCE DE LEON. The needs of developing countries and the resources required. **J. Hosp. Infect.** v. 18, p. 376-81, jun. 1991.
- POTIA, A.F. Mulheres ainda levam desvantagem. **O Estado do Paraná**, Curitiba, 8 mar. 1997.
- PRITCHARD, Jack A., MACDONALD, Paul C. **Williams obstetrícia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1983.
- PRUITT JUNIOR, Basil A. Cadaverous particles and infection injured man. **Eur. J Surg**, v.159, p.515-520, 1993.
- REED, Pamela G., ZURAKOWSKI, Tamara L. Nightingale : a visionary model for nursing. In: FITZPATRICK, Joyce J., WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing : analysis and application**. Maryland : Prentice Hall, 1983. p. 11-25.
- REED, Pamela G. A treatise on nursing knowledge development for the 21st century : beyond postmodernism. **Advances in Nursing Science**. v. 17, n. 3. p. 70-84, Mar. 1995.
- REMEN, Raquel N. **O paciente como ser humano**. São Paulo : Summus, 1993.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1995.
- RICHTMANN, Rosana. Ginecologia e obstetrícia. In: RODRIQUES, Edwal A. Campos et al. **Infecções hospitalares : prevenção e controle**. São Paulo : Sarvier, 1997.
- RIOS, Terezinha Azerêdo. **Ética e competência**. São Paulo : Cortez, 1993.
- ROMANELLI, Geraldo. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, Maria do Carmo B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo : EDUC, 1995.

- ROTTER, Manfred L. Hand washing, hand disinfection, and skin disinfection. In: WENZEL, Richard P. **Prevention and control of nosocomial infection**. 3. ed. Baltimore : Williams e Wilkins, 1997.
- ROYSTON, Erica, ARMSTRONG, Sue. **Prevenção de la mortalidad materna**. Genebra : Organización Mundial de la Salud, 1991.
- RUTALA, Willian A. Delection and use of desinfectants in health care. In : Mayall, C. Glen. **Hospital epidemiology and infection control**. Baltimore : Williams e Wilkins, 1996.
- _____. Guidelines for selection and use of desinfectants. In: OLMSTED, Russel N. (org.). **Infection control and amplified epidemiology principles e practice**. St. Louis : Mosby, 1996.
- SANTOS, Neusa de Queiroz. **Infecção hospitalar : uma reflexão histórico crítica**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1997.
- SCHISLER, Edith Long. O conceito de dor total no câncer. In: NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria. **Dimensões da dor no câncer**. São Paulo : Robe, 1997.
- SCHUYLER, Constance B. Florence Nightingale. In: NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing : what it is, and what it is not**. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1992. p. 3-17.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA. **Diagnóstico de saúde de Curitiba II**. Curitiba: 1997.
- SELANDERS, Louise C. Florence Nightingale: an environmental adaptation theory. In: McQUISTON, Chris Metzger, WELB, Adele A. **Foundations of nursing theory : contributions to 12 key theorists**, Thousand Oaks : Sage Publications, 1995.
- SEMMELWEIS, Ignaz. Etiologia, concepto y profilaxis de la febre puerperal. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **El desafio de la epidemiologia : lecturas seleccionadas**. Washington, 1988. p. 47-62. Extrato de Ignaz Semmelweis, *The Etiology, Concept, and Prophylaxis og Childbed Fever*. Traduzido por K. Códell Carter. Madison, The University of Wisconsin Press, 1983.
- SIMÕES, Sonia M. F., SOUZA, Ívis Emília de O. Parturição: vivência de mulheres. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 168-180, jan./abr. 1997.
- SIMONETTI, Eliana. O fim do feudo. **Veja**, São Paulo, v. 31, n. 8, p. 46-52, fev. 1998.
- SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F. et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, p. 448-65, 1984.
- SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986.

SOLOMON, G.F. Psiconeuroimunologia : interações entre o SNC e o sistema imune. **Journal of Neuroscience Research**, n. 18, p. 1-9, 1987.

SOUZA, Maria de Lourdes de. Alguns aspectos básicos da assistência pré-natal em Florianópolis, Santa Catarina. São Paulo, 1978. Dissertação (Mestrado) Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1978.

_____. Coeficiente de mortalidade materna segundo tipo de óbito, grupo etário, paridade, local de residência e tipo de parto. **Obituário hospitalar**, 1975 a 1979. Florianópolis, SC (Brasil). **R. de Saúde Pública**, São Paulo, n. 17, p. 279-89, 1983.

_____. **Mortalidade materna, no período de 1975 a 1979, em Florianópolis - SC**. São Paulo, 1982. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde materno - Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SOUZA, Maria de Lourdes de, LAURENTI, Ruy. **Mortalidade materna : conceitos e aspectos estatísticos**. São Paulo : Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 1987.

SOUZA, Maria de Lourdes de, PRADO, Marta Lenise. **Impacto da mortalidade materna na Região Sul do Brasil - algumas questões**. Florianópolis : UFSC, 1994 (texto mimeografado).

STIER, Christiane J.N. (org.) et al. **Rotinas em controle de infecção hospitalar**. Curitiba : Netsul, 1995.

SUASSUNA, I. **Ignaz Philipp Semmelweis : um médico antes de seu tempo**. Brasília, [s. n.] ca. 1980.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade : dilema entre nascimento e morte**. São Paulo - Rio de Janeiro : Hucitec-Abrasco, 1995.

TANIGUCHI, Marina. Compromisso com a mulher. **O Estado do Paraná**, 8 mar. 1997.

TEIXEIRA, P.C., ALZUGARAY, P., PAMPLONA, G. Trabalho sim, salário não. **Isto é**, São Paulo, n. 1352, p. 32-8, 1995.

THOMPSON, Joyce E. A mulher no contexto da saúde, do trabalho e da sociedade. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 391-4, mai. 1997.

TOLEDO, J. R. Empregadores preferem as mulheres. **Folha de São Paulo**, 26 ago. 1996.

TORRES, Gertrude. **Theoretical foundations of nursing**. Connecticut: Appleton-century-crafts, 1993.

- VALÉRY, Françoise Dominique. À la croisée des chemins : mulher e cidadania na nova ordem social. In: FONSECA, Rosa Maria G. S. da. **Mulher e cidadania na nova ordem social**. NENGE/USP, 1996.
- VALVERDE, Maria Marlene Montes. **Um referencial amoroso para assistir-cuidar das adolescentes grávidas**. Pelotas : Universitária/UFPEL/UFSC, 1997.
- VISCOTT, David. **A linguagem dos sentimentos**. São Paulo : Summus, 1982.
- WATSON, Jean. Notes on nursing : guidelines for caring then and now. In: NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing : what is, and what it is not**. Edição Comemorativa. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1992, p. 3-17.
- WOODHAM-SMITH, Cecil. **Florence Nightingale**. Nova York : Mac Graw - Hill, 1951.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate tecnology for birth. **The Lancet**, LONDON, v. 24, p. 436-7, ago., 1985.
- WRIGHT, Maria da Glória M. e CARNEIRO, Anamaria. O espaço da mulher brasileira e o espaço da enfermeira brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 55-62, jan./mar., 1985.
- ZANON, Uriel, AMADO, Onofre Lopes. Infecções hospitalares e tocoginecológicas. In: ZANON, Uriel, NEVES, Jayme. **Infecções hospitalares : prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro : Medsi, 1987.
- ZELLER, Janice M. et al. Methodological issues in psyconeuroimmunology research. **Nursing Research**, Baltimore, v. 45, n. 5, p. 314-318, Sep./Oct. 1996.
- ZIEGEL, Erna, CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro : Interamericana, 1995.

ANEXOS

ANEXO I - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOBRE MORTES MATERNAS

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Nº de MM								
C(x) MM/100.000								
Nº de MM/IP								
% por causa								
Classificação de causa								

ANEXO 2 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOBRE MM/IP E CARACTERES DESCRITIVOS DAS MULHERES QUE MORRERAM EM CURITIBA/PR

ano					
idade					
escolaridade					
local de residência					
estado civil					
ocupação					
grupo etnico					
pré-natal					
paridade					
data do óbito					
data da alta					
data do parto					
local do óbito					
local do parto					
tipo de parto					
tipo de anestesia					
momento do óbito					
causa registrada					
causa pós-investigação					
morte evitável					
topografia infecção					
responsável pelo óbito					
morte evitável por medidas					
R. N.					
obito materno declarado					

ANEXO 3
INSTRUMENTO PARA OBSERVAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À MULHER NOS PERÍODOS DE PRÉ PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO¹

POSTULADOS		COMPONENTES	OLHAR PARA
P	V	☐ observação e atenção ao estado emocional da mulher →	Percepção e atuação da equipe de saúde: ☐ frente as reações da mulher na situação quanto à: medos: do parto/ da morte/ de assumir o filho... pudor: se expor perante a equipe, ser tocada/ examinada por diferentes profissionais emoções e sentimentos: amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupação, saudade, felicidade, quietude/tagarelice, cansaço... individualidade: seu espaço e necessidade de individualidade
O	I		
D	D		
E	A	☐ relações interpessoais	☐ quanto às relações interpessoais (RN, família, amigos/colegas, equipe de saúde, companheiras de hospitalização, etc...)
R			☐ quanto à necessidade da mulher estar sendo acompanhada por alguém durante esta situação, não sentir-se só e desamparada na situação
V		☐ conforto e bem estar	☐ com respeito aos critérios da mulher quanto ao seu conforto e bem estar, por exemplo favorecendo horários de higiene, sono, amamentação, cuidados com o RN., caminhadas, etc... .
I		☐ condições oferecidas pelo ambiente influenciando a potencialização do poder vital	☐ atuação junto ao meio ambiente facilitando a estada desta mulher no meio hospitalar, ajudando a potencializar seu poder vital, promovendo seu bem estar
T			☐ ambiente é silencioso, propicia o descanso, a recuperação quanto à clareza
A			☐ existe possibilidade de receber familiares, oferece privacidade
			☐ existe possibilidade de relacionamento entre as pacientes
L			☐ o local é aerado, sem correntes de ar
		☐ assistência direta à mulher	☐ cuidados e preparo da parturiente para o parto: - tricotomia - - higiene geral, especialmente perineal - anti-sepsia da região genital - material de uso único - toques vaginais - uso de luvas descartáveis - lubrificação adequada das luvas ☐ atenção às mulheres com maior risco de infecção: - baixo nível sócio econômico - anêmicas
P			
R			
E			

¹ Instrumento elaborado por Carraro (1997), a partir dos postulados de Nightingale e Semmelweis, das orientações para controle de infecção do Ministério da Saúde e de sua experiência profissional.

V	V	- mal nutridas
E	- obesas	
N	- submetidas a monitoração fetal intra-uterina	
Ç	- com trabalho de parto prolongado	
Ã	- submetidas à anestesia	
O	- submetidas à cesariana	
E	- com membranas rotas há mais de 12 horas	
C	- que tiveram parto com fórceps	
O	- que apresentaram trauma em tecidos moles	
N	- que tiveram intercorrências durante o trabalho de parto (hemorragias, lacerações, remoção	
T	- manual da placenta, parada cardíco-respiratória...)	
Á	☐ normatização de procedimentos	
G	☐ disponibilidade de materiais e equipamentos de proteção anti infecciosa	
I	☐ equipamentos necessários para esterilização	
I	☐ controle de qualidade da esterilização	
O	☐ manutenção periódica dos equipamentos	
O	☐ existência de lavatórios para a equipe de saúde	
N	☐ existência de lavatório para familiares	
T	☐ disponibilidade de sabonete e toalha de papel	
Á	☐ limpeza do ambiente	
G	☐ local disponível para higiene da paciente	
I	☐ roupas e leitos limpos	
I	☐ lavagem das mãos	
O	☐ anti-sepsia das mãos	
O	☐ degermação cirúrgica das mãos e antebraços	
N	☐ anti-sepsia cirúrgica da região perineal/campo operatório	
Á	☐ rotina de higienização da gestante	
G	☐ uso adequado de precauções padrão	
I	☐ técnicas assépticas	
I	☐ uso de instrumental esterilizado	
O	☐ campos estéreis	
O	☐ cabelos presos, roupa exclusiva para CO, unhas curtas, ausência de jóias...	
O	☐ de acordo com a Portaria 930/92 MS	
O	☐ orientação da paciente e familiar sobre cuidados com a saúde, especialmente preventivos	
O	☐ existe um serviço de educação continuada em funcionamento	
O	☐ abordagens de temas de prevenção de infecções, fatores de risco e cuidados com parturientes e puérperas	

**ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO
UFSC - CCS - PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

A enfermeira Telma Elisa Carraro, doutoranda do Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, está desenvolvendo sua tese na área de Saúde da Mulher, especificamente trabalhando com a prevenção de mortes maternas.

A proposta de pesquisa busca identificar no cotidiano de maternidades de Curitiba-PR, local onde vem desenvolvendo seu trabalho, ações que sejam preventivas e ações que sejam contributivas para a mortalidade materna. A partir desta identificação seu trabalho visa, tendo o suporte do Referencial Teórico, refletir sobre as possibilidades de prevenção das mortes maternas associadas às infecções puerperais.

Assim, a Professora Telma Elisa Carraro solicita consentimento para realizar a coleta de dados nesta maternidade, na forma de observação das ações de assistência à mulher nos períodos de pré-parto, parto e puerpério, comprometendo-se em manter o sigilo devido em uma pesquisa científica, não identificando em momento algum a instituição onde foram coletados os dados, assim como os protagonistas da assistência.

Curitiba, ___/___/___

Representante da Maternidade

ANEXO 5 - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
UFSC - CCS - PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eu, Telma Elisa Carraro, doutoranda do Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, através do presente termo, comprometo-me a utilizar eticamente as informações coletadas, na elaboração da Tese de doutoramento, garantindo sigilo e o anonimato da instituição pesquisada, assim como dos protagonistas da assistência.

Subscrevo-me e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Telma Elisa Carraro
COREn PR - 35.233

R. Padre Camargo, 280 - 8º Andar
Fones: 264-2011 R. 43
264-9527

ANEXO 6 – CARTA DE APRESENTAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Of. nº 1133/97-SMS

Curitiba, 17 de julho de 1997.

Prezado Senhor:

Curitiba definiu como uma das metas prioritárias a redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

Estamos avançando na busca de melhores indicadores de saúde nesta área, sendo que no ano de 1996 a mortalidade infantil foi de 18/1000 NV e a mortalidade materna, de 52/100.000 IV.

Para reduzir esses índices será necessário conhecer melhor as causas e os fatores que estão contribuindo para esses óbitos e poder agir no sentido de preveni-los.

A professora de enfermagem da UFPR, Telma Elisa Carraro, está desenvolvendo tese de doutorado sobre o tema Mortalidade Materna ligada à infecção puerperal, com o objetivo de subsidiar o município no planejamento em saúde.

Em função do exposto gostaríamos de solicitar sua colaboração acolhendo a referida profissional quando demandado.

Atenciosamente,

João Carlos Gonçalves Baracho
Secretário

Ao Senhor
Diretor do Hospital
DTW

EPÍLOGO

Há uma paciência que eu creio ser mais difícil - a paciência capaz de correr. Deitar-se no tempo da dor, estar quieto sob o golpe da hora difícil, exige grande força; mas eu sei de uma coisa que exige força ainda maior: é o poder de trabalhar debaixo de um golpe; ter um grande peso sobre o coração, e ainda correr; ter uma profunda angústia no espírito, e ainda executar a tarefa diária.

Cowman, 1925/1986, p. 244.