

**O NASCIMENTO: UM ATO DE VIOLÊNCIA
AO RECÉM-NASCIDO?**

The birth: a violent act against the newborn?

Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹

Celina Maria Araujo Tavares²

RESUMO

O parto institucionalizado e as intervenções tecnológicas tornaram o nascimento um evento pertencente à equipe de saúde e não à mãe/família e seu filho, interferindo na ligação afetiva entre pais e bebês. O presente trabalho procura discutir, numa perspectiva teórico-reflexiva, que o evento do nascimento tem sido um ato de “violência” ao recém-nascido. Analisa as atuais concepções e práticas do processo de nascimento institucionalizado e que o recém-nascido deve ser considerado como sujeito de direito. As necessidades e expectativas de seus familiares devem ser uma meta das equipes para a humanização do parto e nascimento, dando mais atenção às relações mãe-filho e família, visando contribuir com a melhor qualidade de vida emocional das gerações futuras.

UNITERMOS: humanização do parto; recém-nascido; relações mãe-filho; família.

1 Enfermeira Pediátrica, Professora Mestre do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Universidade Federal de Mato Grosso, Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

2 Enfermeira Obstétrica, Professora Mestre do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Universidade Federal de Mato Grosso.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e terapêuticos, ocorridos nos últimos anos, têm contribuído para a diminuição dos coeficientes de mortalidade perinatal, no entanto, esses avanços não consideraram valores humanos e acabaram por imprimir, no atendimento ao cliente, o paradigma tecnicista, desumanizando a assistência. Neste contexto, o atendimento hospitalar ao bebê no momento do nascimento não tem valorizado os aspectos emocionais da experiência.

Nos primórdios da humanidade, os fenômenos relativos ao nascimento eram encarados como parte da vida das pessoas. O evento do parto não envolvia o trabalho de outras pessoas como atividade profissional. Segundo Pires (1989, p. 107)

as mulheres de uma mesma tribo ou grupo populacional se auto-ajudavam pela experiência e vivência dos fenômenos relativos ao parto e nos primeiros cuidados com os bebês, ou qualquer pessoa que estivesse perto no momento do parto ajudava a parturiente.

A história demonstra que as mulheres eram provedoras de cuidado e entendidas na arte de curar. Elas eram chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelos médicos, pela igreja e pelos poderosos. Do século XIV a XIX o trabalho feito por elas foi duramente perseguido, em toda Europa, pela ação conjunta da corporação médica e das igrejas Católica e Protestante (PIRES, 1989).

Com o início do processo de industrialização, iniciaram-se as atividades assistenciais, à parturiente, de cunho profissional. Aos poucos, a formação de pessoal para a assistência ao parto foi sendo absorvida por profissionais, mas as parteiras continuaram a executar suas atividades centradas na aprendizagem empírica, com o reconhecimento popular pelo trabalho desenvolvido com as mulheres e os bebês. Somente em 1852 é que a prática das parteiras passou a ser institucionalizada, mas sob o controle médico. As parteiras, então, eram admitidas em escolas médicas passando a desenvolver suas atividades em instituições hospitalares, abandonando, assim, seus conhecimentos empíricos sobre os ritos de passagem da gravidez, parto e lactação. Elas passaram a receber formação científica, deixaram de ver a mulher como um todo e passaram a se concentrar mais no útero grávido e nos ritos patológi-

cos da gravidez, ignorando tanto a vivência e experiência das mulheres quanto à relação com as famílias (PIRES, 1989).

Na atualidade, a tecnologização e a medicalização na atenção obstétrica tornaram-se uma constante. Tanto a população como os profissionais de saúde tendem a considerar que a atenção adequada ao nascimento passa pela assistência mais complexa e onerosa. O hospital traduz uma forma organizacional de expressão da medicina muito especializada e tecnologicamente avançada, mesmo que esta organização faça a conversão dos casos sociais em casos clínicos, através da medicalização dos problemas sociais (CARAPINHEIRO, 1993).

Atualmente os órgãos governamentais e instituições científicas têm-se mobilizado e proposto ações que contemplem a humanização do parto/nascimento. Os profissionais de saúde envolvidos na assistência perinatal têm, também, demonstrado preocupação no sentido de propor medidas que melhorem o atendimento no nascimento.

Neste sentido é que nos motivamos a discutir o evento do nascimento como um ato de violência ao bebê, analisando as dimensões que o envolvem, o ambiente, a organização do trabalho, as intervenções terapêuticas, a violência e os direitos do bebê.

2 O EVENTO DO NASCIMENTO

O evento da gravidez, parto e nascimento, que antes transcorria em família (espaço privado) onde as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos humanos e suportes sociais, hoje transcorre em instituições hospitalares (espaço público) onde os vínculos passaram a ser meros contatos superficiais. As maternidades são instituições empresariais que têm verdadeiro poder de decisão e imposição sobre a vida das mulheres e famílias, controlando como e quando será o parto, quem e quando pode ter contato com a mãe-filho e como devem ser os comportamentos das pessoas envolvidas.

O advento das instituições de saúde e das práticas dos profissionais de saúde fez com que os indivíduos e famílias passassem a incorporar, também, em suas práticas populares, os conhecimentos da chamada “medicina científica”. Estudos mostram que os profissionais da área de saúde não têm levado em consideração a experiência das famílias, principalmente a vivência das mulheres durante o processo de nascimento. O conhecimento delas é consi-

derado, se não obsoleto, no mínimo sem muito significado, se comparado à alta tecnologia desenvolvida na produção do conhecimento e no oferecimento de materiais, instrumentos e técnicas existentes, hoje, nas maternidades (MONTICELLI, 1994).

Para Damatta (1978, p. 15), o processo de nascimento tem um significado social muito acentuado. *“Não se reduz a um fenômeno individual, mas adota sempre a perspectiva da totalidade ... Por ser social, ele tem um peso coercitivo específico, um peso político fundamental, um papel crítico na dramatização das situações sociais”*. Além de aproximar as famílias de origem, o processo de nascimento abre espaço à participação de outras pessoas, principalmente vizinhas, que por serem amigas, são convidadas a fazer parte do acontecimento. Desta forma o parentesco simbólico também vai se ampliando.

Para Monticelli (1994), embora o nascimento *per si* seja considerado, universalmente, um evento biológico, não há como se desconsiderar o contexto cultural em que ele ocorre. Ele é organizado e padronizado diferentemente de acordo com os valores, atitudes e crenças específicas de cada cultura. Em algumas culturas o nascimento é considerado uma experiência natural da vida, não sendo considerado uma doença, no entanto em outras culturas, como na cultura chinesa e em algumas comunidades mexicanas, a menstruação, a gravidez e o parto são considerados doenças. Nos Estados Unidos, Malásia e Coréia o nascimento é considerado um evento estressor para toda a família, visto não só como um momento crítico biológico, mas também como um período de estresse psicológico e social.

Por outro lado, as representações de que o bebê encontra-se num período de margem e que ainda não está completamente “ser humano” (é um ser frágil de corpo e espírito), auxilia na compreensão do status de que ele está revestido.

As profissões da área da saúde, especificamente a medicina e a enfermagem enfocam o nascimento na perspectiva do modelo biomédico do mundo ocidental. Nesse modelo, o nascimento é considerado um evento médico que necessita ser controlado por meios tecnológicos e cirúrgicos. Dificilmente essa questão é tratada sob o ponto de vista das mulheres, incluindo valores, crenças, condutas ou suas experiências acerca do nascimento. O meio científico e as leis médicas transformam o processo natural do nascimento em um evento médico (BAUER, 1990).

3 O AMBIENTE E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO GERADORES DE VIOLÊNCIA

Mesmo sendo considerado um evento normal na vida das famílias, o nascimento pode ser permeado por alguns perigos potenciais que merecem medidas preventivas e protetoras para minimizar futuros riscos fisiológicos, psicológicos ou sociais, seja em relação à mãe ou à criança. Por esse motivo foi-se introduzindo novas práticas e tecnologias na assistência ao parto com o objetivo de controlar as complicações e situações de risco.

Muita ênfase, justificadamente, é dada aos riscos que enfrenta o bebê nas primeiras horas de vida. Muitas vezes, essa preocupação faz com que a equipe de saúde tome condutas extremamente tecnicista em prejuízo da humanização do cuidado e de um maior e melhor relacionamento mãe-filho.

O ambiente das maternidades é estruturado de forma que a organização, o funcionamento e a área física atendam às necessidades dos profissionais. A disciplina é rígida as normas e rotinas são generalizantes e o ambiente não lembra em nada a chegada de um bebê.

A organização do trabalho na saúde é burocratizada e hierarquizada e os procedimentos são rotinizados. A divisão técnica do trabalho tem no médico o elemento central, determinando o trabalho como um todo, cabendo às enfermeiras o controle e supervisão da equipe de enfermagem, das pacientes e do ambiente, zelando pelo cumprimento das normas e regulamentos da instituição.

O evento do nascimento é constituído por inúmeros rituais, sendo que esses iniciam já no pré-natal onde, principalmente nos serviços públicos, ela é submetida a uma consulta médica, sem acompanhantes, centrada nas queixas (geralmente de sintomas gravídicos), devendo sair sempre com uma receita medicamentosa, mesmo que seja de vitaminas. O acompanhamento pré-natal nem sempre é percebido como algo realmente necessário, pois a gestante não recebe orientações claras sobre a sua gravidez e as condições do feto; o máximo que se ouve é “está tudo bem, mãezinha”.

Em muitas instituições, a entrada na Sala de Parto, porém, constitui-se no principal mistério que cerca o momento do parto, com novos rituais. Nesse ambiente, o cerimonial não permite a entrada do pai ou familiares e a mãe é submetida a preparações que consistem no registro de dados sobre as condições da mãe-feto, em ritos como raspar os pêlos, tomar banho, vestir a camisola do hospital e deitar-se. Questionar ou não aceitar uma destas rotinas ou querer permanecer em outra posição, que não deitada, não são

atitudes permitidas e que a podem levar a ser desrespeitada ou desacatada pela equipe.

Ainda hoje, na maioria de nossas grandes maternidades, não é permitida a presença do pai, seja no trabalho de parto ou no momento da parturição. Porém, em países desenvolvidos, a participação do pai no nascimento do filho já faz parte da cultura popular, assim como a interação precoce pai-bebê. As visitas antes restritas são estimuladas, não só a visita como o contato mais intenso do pai com a mulher e com o recém-nascido, com a intenção de propiciar à criança um melhor desenvolvimento cognitivo e, aos pais, laços de apego (ROHDE *et al.*, 1991).

Por ser o nascimento um evento ímpar na vida da mulher, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe um ambiente de carinho e atenção, recebendo apoio e tendo suas dúvidas e anseios respondidos de forma clara e acessível. As salas de pré-parto e parto não podem ser um ambiente hostil, com rotinas e normas rígidas centradas somente nos interesses do serviço e da equipe de saúde, onde a mulher não pode manifestar seus sentimentos, angústias e medos. Ao contrário, ela deve sentir-se segura, amparada e ter presente o pai do bebê ou uma pessoa da família/amiga, permitindo com isso que o parto/nascimento seja para a mulher uma experiência de alegria e amor. A mãe e a família devem ser consideradas o “Centro” do processo de nascimento.

A humanização do parto vem sendo discutida desde a década de 80 pela Organização Mundial de Saúde, que em 1985 revisou as tecnologias apropriadas para o nascimento, e a seguir reforçou esta idéia através do documento “Assistência ao Parto Normal” (WORLD..., 1996). Recentemente o Ministério da Saúde, através das Portarias 569 e 570, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000a, 2000b), definiu os princípios e diretrizes do programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, visando a adoção de medidas que assegurem o acesso da mulher aos serviços de assistência pré-natal, parto e puerpério, de forma humanizada e segura, garantindo a qualidade do atendimento à mãe e ao recém-nascido.

4 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS COMO GERADORAS DE VIOLÊNCIA AO BEBÊ

Segundo Basbaum, o nascimento hospitalar é antinatural e afeta pelo menos duas leis da natureza: a da adaptação lenta às novas condições de vida e a espontaneidade com que esta adaptação tem que ser conseguida:

ao nascer, o bebê está, há muito, estruturado sensitiva, afetiva e organicamente. Devemos respeitá-lo, como pessoa que é, não lhe impondo, súbita e agressivamente, o seu novo mundo. O nascimento é, já por si, um acontecimento traumatizante. Por que não suavizar o trauma e, antes, aumentá-lo inutilmente? (BASBAUM, 1984, p. 38).

Ainda para este autor, o trauma do nascimento há muito vem sendo discutido na literatura, principalmente na área da psicologia. Freud já afirmava que as fobias presentes na infância têm sua origem na situação de extrema angústia que sente a criança no momento do nascimento, ao ser separado de sua mãe. Essa tese reafirma, atualmente, a necessidade da humanização do nascimento.

Em muitas maternidades, os bebês são automaticamente separados de suas mães para serem levados para o berçário ou para a sala de cuidados e, em algumas situações, sequer permitem que a mãe pegue no bebê depois do parto ou, se permitir, a criança esta toda enrolada em campos para proteger do ambiente frio da sala de parto.

No nascimento hospitalar, a criança torna-se propriedade do hospital e não da mãe. Devemos ver o momento do nascimento como algo pertencente à mãe e seu filho, e não à equipe. Na realidade o que vemos é o nascimento sendo tomado como uma apropriação tecnológica indesejável. Quando os bebês nascem em casa, a mãe tem um período tranqüilo, após o parto, para conhecer o filho. Nas maternidades nem sempre a mãe tem essa oportunidade, pois a relação mãe-filho não é a principal preocupação da equipe, já que a ligação afetiva ainda não faz parte da rotina da sala de parto, promovendo, com isso, uma violência/agressão psicológica e emocional ao bebê.

A mãe não necessita apenas ver e ouvir o seu filho logo após o parto, mas também do contato físico, o que muitas vezes lhe é negado. Levam o bebê, com a alegação de que deve ser pesado, medido, verificado o seu Apgar, aquecê-lo e colocá-lo na incubadora. As mães sentem necessidade de tocar, acariciar e “lamber” seu filho neste primeiro contato físico. O primeiro momento após o parto é considerado por alguns autores como um dos momentos mais importantes da vida do bebê e talvez da mãe.

O período imediato ao parto não é considerado, por muitos profissionais, como um momento especial em que a mãe e o bebê têm necessidades psico-biológicas que necessitam ser satisfeitas,

mas como um período em que o bebê deve ser isolado para ser submetido a exames laboratoriais e médicos antes de ser considerado “normal” e pronto para ser entregue a sociedade.

Ziegel e Cranley (1985) já diziam que os contatos, nos primeiros minutos e horas de vida mãe-filho e pai-filho, são importantes para o posterior desenvolvimento afetivo da família. A colocação do bebê sobre o ventre materno é como trazê-lo novamente ao seu lar, respeitando com isso os seus direitos. O bebê necessita do toque e da carícia. A ausência do aconchego, do carinho e do embalo, no momento inicial de sua vida, poderá deixar marcas em seu desenvolvimento afetivo (BASBAUM, 1984).

Para Kitzinger (1978) embora o bebê que nasce na maternidade tenha mais possibilidade de sobrevivência, sobretudo se for prematuro ou correr qualquer outro risco, a qualidade humana do ambiente em que nasce é muitas vezes inferior e ele pode sofrer carências emocionais desde o momento do parto. Entendemos que as intervenções durante o parto hospitalar e a tecnologia podem, ocasionalmente, ser um processo para salvar a vida da mãe ou bebê e que alguns precisam de cuidados especiais depois do nascimento, embora em muitos casos isso pudesse ser feito junto à mãe, o que normalmente não ocorre na maioria das maternidades.

Há momentos na sala de parto, como em situações de necessidade de reanimação do bebê, em que se torna necessário e irrecusável uma certa violência sutil. Chamamos de violência porque, apesar das intervenções serem bem indicadas, tem um componente agressivo representado pelo procedimento doloroso/traumático e também pela relação de dominação simbolizada por decidir pelo outro. No entanto, a não execução pode significar injúria ou morte do bebê. Pode ser uma violência justificável se for considerada através do “princípio ético da beneficência”.

O estresse a que é submetido o bebê no exato momento do nascimento é grande, seja ele físico ou metabólico, desencadeando reações que vão perturbar a homeostase do organismo, fazendo com que ele enfrente uma crise de adaptação à vida extra-uterina. Estas agressões começam pelo ar condicionado da sala de parto, geralmente frio e que somente é desligado poucos instantes antes do parto. Outra agressão é o excesso de luminosidade e sonoridade para alguém que ficou nove meses no ambiente uterino. Deparar-se com um ambiente intensamente ruidoso e claro pode ser uma experiência traumática e intolerável.

Outros atos agressivos são realizados pelos profissionais durante o atendimento imediato ao bebê como: a ligadura precoce do cordão, bloqueando sua comunicação com a mãe; a aspiração das vias áreas, com sondas e aparelhos inadequados para o seu tamanho; a realização dos procedimentos sem secar o corpo molhado, fazendo-o perder calor por evaporação; a instilação de nitrato de prata, que lhe arde os olhos e o impede de olhar sua mãe e a aplicação da vitamina K intra-muscular, que lhe causa dor, choro e gritos.

O bebê sofre diferentes tipos de agressões, pois em nossa atuação profissional o agredimos por ação indevida, por omissão e por falta de preparo. Mesmo durante uma atuação correta, agredimos o bebê, seja através da manipulação excessiva, da exposição desnecessária, através da administração de medicamentos e de procedimentos que rotinizamos, dentre outros. São situações que podem ser evitadas ou amenizadas e cuja viabilização depende dos profissionais de saúde envolvidos na assistência.

5 VIOLÊNCIA E ASPECTOS ÉTICOS

Abordar a temática violência nem sempre é de fácil compreensão. Ela não se restringe às agressões físicas ou verbais, mas deve ser encarada como um processo biopsicossocial dada a sua complexidade. A violência permeia as relações sociais e pode apresentar-se, também, através de atos, palavras, costumes e práticas institucionalizadas ou difusas. Pode ser fruto de ação individual ou em “rede”, pois está sustentada em uma teia de relações sociais muitas vezes oculta em situações que não chamam muita atenção, que se encontram prolongadas pelo tempo e protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável (NOGUEIRA, 1994).

A violência institucional nem sempre se manifesta como violência, pois ela bloqueia imperceptivelmente os processos comunicativos, seja no nível estrutural ou das relações, passando muitas vezes despercebida, não pelo fato de ser menos cruel, mas pela forma sutil com que se apresenta. Estes processos de dominação e de relação social podem estar tão arraigados na cultura que parecem até naturais.

Na área de saúde o médico detém o poder por ser o principal agente da prática e do conhecimento no setor. Isto acaba levando a uma aceitação quase que inquestionável das regras e procedimentos por ele determinados, mesmo que isto signifique uma violência pela

falta de escolha, de conhecimento ou por uma mutilação física. Além disso, tem-se que refletir que os motivos que levam os profissionais à escolha ou determinação de uma ou outra conduta/atitude nem sempre são movidos pela questão ética da beneficência, mas, muitas vezes, por questões de interesse pessoal e/ou financeiro. Este vem sendo o principal entrave na redução dos índices alarmantes de cesáreas no Brasil.

A violência de procedimentos e condutas médicas, com indicações questionáveis e maquiadas muitas vezes como uma melhor opção de assistência, são sustentadas, na maioria das vezes, na sofisticação do linguajar técnico e na falta de conhecimento da população sobre o assunto e sobre os seus direitos. Esta dominação passa despercebida pela maioria das pessoas e dos próprios profissionais.

No atendimento ao recém-nascido isto é ainda mais velado, pois o bebê é considerado um ser frágil com possibilidade de não sobreviver. Além disso, a especialidade é de domínio de poucos e os procedimentos e condutas, que podem ser mera rotinização institucional do que necessidades assistenciais acabam sendo aceitos por todos como naturais para aquela clientela. Isto explica a perpetuação de berçários para recém-nascidos à termo em diversas instituições hospitalares.

Sob o discurso da beneficência e do conhecimento científico o direito à autonomia do paciente/família não é exercido ou sequer reconhecido pelos profissionais. Neste trabalho, entendemos que autonomia é o respeito à autodeterminação e escolha das pessoas, protegendo as que estão impossibilitadas de exercê-la. O limite da beneficência, mesmo que tentando ajudar, é a autonomia para que a singularidade do indivíduo não seja anulada.

6 O BEBÊ ENQUANTO SUJEITO DE DIREITOS

Quando se discute os direitos do indivíduo, logo nos vem que, antes de tudo, precisamos reivindicar e objetivamente exercer os nossos direitos para que as leis sejam adotadas, seguidas e cumpridas. E em relação ao bebê, a quem cabe a defesa de seus direitos? Entendemos que, primeiramente, à família cabe esse papel e depois a nós profissionais.

Nas maternidades, assim como nos hospitais de um modo geral existe, como já dito, a questão da técnica sobrepondo qualquer outro interesse; é o procedimento que não pode ser adiado. Nesse

contexto o bebê é percebido como um ser menor que não tem direito de questionar as intervenções que são realizadas em seu corpo. O adulto ainda pode discordar ou dialogar, exercendo sua autonomia, mas o bebê acaba não tendo seus direitos assegurados. A relação de poder entre adulto e criança é histórica e cultural. Os profissionais no ambiente hospitalar apenas reproduzem o comportamento da sociedade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991) em seu título II, artigo 7º, expressa de forma clara os direitos da criança no que se refere à saúde: “*A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência*”. Ele é abrangente, pois procura garantir não só a sobrevivência da criança, mas sua integridade física, psicológica e social.

A legislação sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (CONSELHO..., 1995) traz em seu artigo 1º: “*Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação*”. O que se vê em muitas maternidades é o descuido, o despreparo e a submissão à rituais e procedimentos violentos, que além de atentar contra a saúde desrespeitam a mãe e o bebê enquanto cidadãos. As normas impostas ferem a sua dignidade e lhes tiram o direito de serem ouvidos e considerados nas decisões sobre o próprio corpo e vida.

Um outro aspecto que devemos considerar nesta discussão, é que a falta de implantação do alojamento conjunto em muitas maternidades brasileiras sem um ambiente planejado para isso gera improvisações nem sempre adequadas. A permanência conjunta da mãe-bebê é um direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e na legislação sobre os Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que somente a criação de programas e estratégias para humanizar o parto e nascimento não são suficientes para mudar a forma de assistir. Os profissionais precisam transformar suas práticas e reconhecer a mulher e feto como protagonistas no processo de nascimento. Para efetivar esse direito do bebê é necessário que nós, profissionais da saúde, percebamos o nascimento como um evento vivenciado não por doentes, mas por pessoas humanas e sujeitos de direito – cidadãos.

É necessário, cada vez mais, que os profissionais compartilhem as experiências junto com os clientes a fim de que o processo de cuidar leve em consideração os conhecimentos, crenças e valores e respeite a autonomia da mulher/família. Além disso, é imprescindível que a equipe compreenda o nascimento como um momento fisiológico e natural, que valorize a experiência humana, vendo a mulher e a família como centro do processo de atenção e fortalecendo-os como cidadãos. Modificando, assim, a cultura vigente do nascimento somente como um evento médico-hospitalar.

Se realmente queremos mudar nossa prática em relação ao nascimento, seja hospitalar ou não, precisamos antes de tudo humanizar a assistência perinatal e isso começa por permitir uma maior participação da família no processo de nascer, tornando-o um evento menos biológico e mais social/cultural. Resgatar princípios, valores éticos e de relacionamento humano, fará com que o profissional seja um facilitador do processo e não seu ator principal.

ABSTRACT

The institutionalization and technological interventions of birth have made it an event that belongs to the health team and not to the mother, family and the child, interfering on the attachment bounds of parents and baby. This paper discusses on a theoretical-reflexive perspective the fact that the event of birth has been an act of violence against the newborn. It analyses the current conceptions and practices of the institutionalized process of birth and also emphasizes that the newborn must be considered a human being with rights. To meet the needs and expectations of the newborn's relatives should be the goal of health teams to humanize delivery and birth. Also, the fact of giving adequate attention to mother/baby and family relations will contribute to a better emotional life quality of future generations.

KEY WORDS: *humanizing delivery; newborn; mother-child relations; family.*

RESUMEN

El parto institucionalizado y las intervenciones tecnológicas tornaran el nacimiento un éxito perteneciente al cuadro de salud y no a la madre/familia y su niño; interfiriendo en la ligación afectiva entre padres e hijos. El presente trabajo busca discutir en una perspectiva teórico-reflexiva que el evento del nacimiento tien sido un acto de "violencia" al recién-nacido. Analiza las actuales concepciones y práctica del proceso de nacimiento institucionalizado y que el recién-nacido tiene que ser considerado como un sujeto de derecho. Las necesidades y expectativas de sus familiares deben ser una meta de los cuadros de salud para la humanización del parto y del nacimiento concediendo más atención a las relaciones madre-hijo y familia, visando contribuir con la mejor cualidad de vida emocional de las geraciones futuras.

DESCRITORES: *humanización del parto; recién-nacido; relaciones madre-hijo; familia.*

REFERÊNCIAS

BASBAUM, C. Nascer sorrindo. In: FONTES, José Américo da Silva. **Perinatologia social**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1984. cap. 2, p. 37-39.

BAUER, B. R. Childbirth and postpartum care: biomedical constrains and lay practice social. **Science and Medicine**, Great Britain, v. 31, n. 2, p. 171-173, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no SUS. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 8 jun. 2000a, Seção 1, p. 5.

_____. Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000. Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 8 jun. 2000b. Seção 1, p. 6-8.

_____. Projeto minha gente. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: 1991.

CARAPINHEIRO, Grasça [Maria Gouveia da Silva]. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Lisboa: Afrontamento, 1993. 295p.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução n. 41 de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção 1, p. 16319-16320.

DAMATA, Roberto. **Os ritos de passagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 1978. 181 p. (Coleção antropologia, 11).

KITZINGER, Sheila. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978. 221 p.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado em enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. 1994. 263f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994. 157 p.

PIRES, Denise [Elvira Pires de]. A institucionalização da enfermagem. *In*: _____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. cap. 4, p. 106-143.

RODHE, L. A. *et al.* A função paterna no desenvolvimento do bebê. **Revista Psiquiátrica**, v. 13, n. 3, p. 127-35, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe mother-hood-care in normal birth**: a practical guide. Geneva:WHO, 1996. (Cientific publication, 54).

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 713 p.

Entrada na revista: 17/08/01

Início do período de reformulações: 22/03/02

Aprovação final: 19/04/02

Endereço da autora: Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Author's address: Rua General Valle, 431, aptº. 1304
Bairro Bandeirantes
Cuiabá-MT
CEP- 78010-100