



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE**

**TRAJETÓRIA DE GESTANTES E PARTURIENTES PELO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO**

Francisca Auricélia Furtado Rocha

*Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do Título de
Mestre em Ciências na área de Saúde
Pública*

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Jeni Vaitsman

Rio de Janeiro, setembro de 2004.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA: POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE**

**TRAJETÓRIA DE GESTANTES E PARTURIENTES PELO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO**

Apresentada por
Francisca Auricélia Furtado Rocha

Dissertação de Mestrado Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a.Dr^a.Jeni Vaitsman (Orientadora)
Prof^a.Dr^a.Ligia Giovanella (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)
Prof^a.Dr^a.Jane Márcia Proganti (FE-UERJ)

Dissertação defendida e aprovada em 15 de outubro de 2004

AGRADECIMENTOS

No processo da construção de uma tese conta-se sempre com a participação de tantas pessoas, tantos amigos, tantos afetos, pois estes se fazem necessários à constituição de um trabalho que se apresentou com complexidades maiores que os já desenvolvidos por mim em cursos acadêmicos anteriores. Torna-se, de certo modo, uma construção coletiva, com a participação de muitos, embora, ao final, todos estejam isentos de qualquer responsabilização pelos resultados apresentados no estudo.

Dessa forma, quero expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente e que foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa:

Primeiro, a Deus, firmeza maior – em momentos de desânimo ou até de “desespero” – para a retomada da caminhada;

A toda a minha família, em especial, aos meus pais, Alza e Manuel, por serem “a origem” e por me terem transmitido valores que são alicerces fundamentais na minha vida;

Um agradecimento muito especial à minha orientadora, professora e amiga Jeni Vaitsman, pela orientação prestada, por todo o aprendizado proporcionado e pelo prazer que foi e é poder contar com o seu apoio e presença sempre iluminada;

À minha irmã, Francisca de Assis, que sempre me transmitiu, ao seu jeito, força e persistência;

À Lívia, querida sobrinha e afilhada, pela paciência e grande ajuda a mim prestada nos assuntos de informática e pelo auxílio na digitação dos textos;

À Brígida, sobrinha, e Irany, cunhado, pela convivência;

À amiga-irmã Márcia e ao Marcos, por todo o incentivo para cursar o mestrado, desde a época da seleção, e todo o apoio e partilha a mim dispensados ao longo de todo o processo;

Às amigas-irmãs, Belinha e Ana Lúcia;

À Ívia, pela leitura atenciosa e por suas reflexões fundamentais a respeito do texto da primeira categoria de análise da tese;

À Professora Jane Márcia, pelas reflexões e por toda a ajuda na fase do projeto da pesquisa;

À minha médica “do corpo e da alma”, Célia Barrientos;

Às minhas colegas de trabalho e chefes, Iraçy França, Liane e Sueli, do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães;

À minha parceira da sala de partos, Ana Lúcia;

À Divisão de Enfermagem do HUCCF/UFRJ, representada pelas enfermeiras Nair Flor e Isabel.

Às amigas enfermeiras Nilcilene e Joyce;

Aos amigos de turma da subárea de Políticas de Saúde, do mestrado de 2002/2004: Especialmente, à Bernadeth, pela amizade e ajuda dispensadas; Ao Alex, sempre atento e pronto para socorrer a todos – um jovem paizão! Ao Ricardo e ao Rodrigo;

À super equipe: Renata, Cíntia e Luiz Otávio;

Aos professores do curso, em particular, a José Mendes Ribeiro, a Nilson do Rosário e a Lígia Giovanella;

À Eliana Granja – o que seria de mim sem a sua experiência e clareza na revisão e editoração da tese?

Aos professores doutores, titulares e suplentes que compuseram as bancas examinadoras da qualificação e da defesa da tese;

E, por fim, às doze puérperas que, por sua disponibilidade, receptividade e riqueza de relatos, possibilitaram a construção deste trabalho. Espero que a reflexão aqui desenvolvida possa contribuir para que suas novas gestações e partos ou as de suas filhas possam ser vividas de forma mais segura e prazerosa.

RESUMO

Trata-se de um estudo desenvolvido com base em metodologia qualitativa, no qual se buscou descrever as vivências de gestantes e parturientes no acompanhamento de pré-natal e no atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde. As categorias utilizadas na análise foram – do ponto de vista da organização do sistema – o acesso e a referência para o atendimento ao pré-natal e ao parto e – do ponto de vista da qualidade do atendimento – as de integralidade, que envolvem o acolhimento e a humanização, ambas preconizadas pela política de humanização do SUS. Os resultados sugerem que as questões relativas à melhoria do acesso e da referência para o pré-natal e parto constituem ainda grandes desafios a serem enfrentados pelo SUS e que, para a melhor qualificação desses atendimentos, necessita-se da conformação de uma cultura de reconhecimento da parte dos profissionais da medicina e demais profissionais da área da saúde, cuja base devem ser as evidências científicas, além de nova relação assistencial, centrada nas necessidades das usuárias e não nas conveniências dos profissionais e de suas corporações, o que viria a permear um novo modelo comunicacional entre os sujeitos, no qual se pressupõe o respeito às mulheres, enquanto pessoas, e aos seus direitos tanto humanos quanto reprodutivos. Os achados evidenciam também que o SUS vem se empenhando, ao longo de sua história, no desenvolvimento de atitudes políticas que buscam a modificação do modelo de assistência obstétrica dominante. Assim foi possível perceber, nos esforços orientados nessa direção, a necessidade de se olhar a conformação das ações prestadas “na ponta” e de se constituírem espaços em que o foco seja o relato das experiências das usuárias dos serviços, que são fundamentais nos processos avaliativos e de implantação das ações propostas que visam à modificação desse modelo.

Palavras-chave: Humanização; Acesso; Referência; Integralidade; Assistência Obstétrica.

ABSTRACT

This work aims at describing some experiences mothers-to-be and women in labour had throughout their prenatal care gestation period till the delivery assisted by the Sistema Único de Saúde (SUS). This study was developed taking into consideration qualitative methodology. As so, the analysed categories were the access and reference to the prenatal and childbirth service carried out by the SUS and, on the other hand, the integrity which involves friendly work and humanization, both stated by the policy led by the SUS. The results suggest that the issues related to a better and easier kind of access and reference to prenatal and perinatal work are up to now challenges to be faced by the SUS and that more and more there seems to be a kind of urge to what touches not only practitioners, but also whoever is in charge of health services. It is crucial that these professionals make a relevant point to expectant moms necessities and not to practitioners and clinics convenience. This would set up women respect as human beings and their right to be mothers as well. This paper also takes as standpoint the fact that the SUS is day by day improving its services in order to change and achieve better standard to the current perinatal processes. So, we could say and perceive that one of the most important practice related to all stages of pregnancy is to establish a kind of personal rapport and consider users' experiences to empower the evaluating processes and implementation of proposed trends aiming at changing the current model followed by the SUS.

Key words: Humanization; Access; Reference; Integrality; Child Birth Surveice.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I. ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS.....	16
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	17
1.1 Assistência Obstétrica – Da práxis feminina (parteira) à práxis masculina (médico).....	17
1.2 Assistência Obstétrica Moderna e Medicalização do Parto	22
1.3 Assistência Obstétrica – Conflitos entre Paradigmas: Tecnocrático x Humanista	28
Conclusões.....	34
CAPÍTULO II. CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	36
2.1 Busca da Integralidade na Atenção: construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).....	36
2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e Novos Desafios	40
2.2 Novo Paradigma de Atenção: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção no SUS.....	43
2.2.1 Princípios Norteadores da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)	44
2.2.2 Programa de Humanização da Assistência ao Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN).....	46
2.3 Acolhimento como Estratégia de Qualidade da Assistência em Saúde	49
Conclusões.....	52
CAPÍTULO III. METODOLOGIA.....	53
3.1 A Pesquisa no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM) .	55
PARTE II. RESULTADOS.....	57
CAPÍTULO IV. O PRÉ-NATAL.....	58
4.1 Acesso ao Pré-Natal e Referência para o Alto-Risco	58
Conclusões.....	71
4.2 Integralidade: Acolhimento e Humanização no Pré-Natal.....	72
Conclusões.....	84
CAPÍTULO V. O PARTO.....	87
5.1 Acesso / Referência para o Parto.....	87
Conclusões.....	95
5.2 Integralidade: Humanização e Acolhimento no Atendimento ao Parto.....	96
Conclusões.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
ANEXOS.....	128

Anexo 1. Características Gerais das Entrevistadas	129
Anexo 2. Carta à Chefe do Serviço de Enfermagem do Instituto da Mulher Fernando Magalhães	130
Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	131
Anexo 4. Roteiro Piloto para Entrevistas	132
Anexo 5. Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático – Organização Mundial de Saúde, 1996.....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
AP	Áreas Programáticas
BENFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar
DINSAMI	Divisão de Saúde Materno Infantil
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização em Saúde
PHPN	Programa de Humanização da Assistência ao Pré-natal, Parto e Nascimento
PNH ou HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
REHUNA	Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado da trajetória que norteia a minha formação e inserção profissional ao longo de anos.

Como enfermeira, venho desenvolvendo há treze anos uma prática no campo da saúde pública, em serviços constituintes do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual venho prestando atenção direta aos usuários, sempre em busca de manter o vínculo com a academia através de especializações e de reflexões sobre a dinâmica da saúde. Ao longo desse tempo permaneci na crença de que a prestação de serviços de atenção à saúde deve ser realizada no âmbito do setor público e que o SUS, apesar dos percalços enfrentados no percurso de sua implementação, caminha no sentido do avanço da cobertura e da qualidade na atenção pública prestada.

Há seis anos atuo como enfermeira obstétrica na sala de partos de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, assistindo diretamente a mulher durante o trabalho de parto e no parto. Tenho procurado contribuir para a mudança do modelo dominante de atenção obstétrica por meio de minha prática, visando o resgate da mulher como protagonista no seu parto e vivenciando os conflitos e disputas cotidianas na correlação de forças entre as duas lógicas assistenciais, que são: o modelo tecnocrático corporativo centrado e o "novo" modelo de atenção proposto pelo sistema, que é o humanista ou holista (usuário-centrado), que tem evidências científicas por base e busca desenvolver a integralidade e a humanização na atenção.

INTRODUÇÃO

A descentralização das ações e serviços de saúde é o princípio básico a nortear o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu curso vem avançando desde a década de 90, quando o nível federal transferiu as responsabilidades com a gestão e a prestação de serviços de atenção à saúde para os Estados e, principalmente, para os Municípios.

No final do ano de 2001, 99% dos municípios encontravam-se habilitados às condições de gestão definidas pelo Sistema,¹ embora ainda persistam contradições entre o *status* de habilitados e o desenvolvimento prático da gestão e oferta de serviços. Assim, a população de gestantes deve ser atendida no primeiro nível do sistema, no ambulatório, tendo a ‘garantia’ da assistência básica nos Municípios por meio da habilitação destes pela Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB)² e, posteriormente, através da Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA).³

É no ambulatório onde se procede ao acompanhamento pré-natal da gestante, a qual, em dado momento, demandará assistência no nível hospitalar do sistema, quando deixar essa condição para passar à de parturiente,⁴ haja vista que a cultura brasileira é a de partos hospitalares.

Os princípios que orientam o sistema de saúde brasileiro buscam estabelecer a integração entre os três níveis da assistência à saúde e, neste caso, entre os três períodos da assistência obstétrica: pré-natal, parto e puerpério.⁵ Porém, vários trabalhos mostram que o encadeamento desse processo é falho no País como um todo, o que faz com que a assistência no período pré-natal seja feita sem a garantia do suporte hospitalar (cf. HOTIMSKY, 2002; TANAKA, 1995).

¹ Ministério da Saúde (MS). *Relatório de Gestão*, 2001.

² Norma Operacional Básica (NOB) de 1996.

³ Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001

⁴ Mulher em trabalho de parto (DELASCIO, Domingos, 1981, p. 37)

⁵ Período correspondente a cerca de 6 a 8 semanas posteriores ao parto (DELASCIO, Domingos, 1981, p. 377).

Apesar dos avanços que foram desenvolvidos pelo SUS no tocante à cobertura assistencial e da ampliação das ações voltadas para a atenção à saúde da mulher, que vem evidenciando melhorias nos indicadores de cobertura e no número médio de consultas de pré-natal – temas discutidos mais detalhadamente em capítulo posterior –, ainda persistem grandes desigualdades no acesso ao pré-natal.

Vários estudos evidenciam que a população de gestantes de maior risco – que, em geral, são aquelas mais desprovidas de proteção social: as de baixa renda, de menor escolaridade, as adolescentes, entre outras – são as que apresentam os piores indicadores de utilização desses serviços (cf. NOGUEIRA, 1994; VICTORA, 1989; GAMA, 2004; ENKIN, 2001; GOMES, 1995).

Desse modo, a maior cobertura de pré-natal está associada à redução da morbimortalidade materna e perinatal, porém se faz necessário efetivar a garantia de leito obstétrico para o parto.

Rea et al. (2002) referem que as causas de mortalidade materna passam primeiramente por fatores relacionados ao retardo no acesso à vaga para parir e à qualidade da assistência prestada. Dessa forma, ter o pré-natal adequado, mas não a garantia do acesso para parir, é fator responsável pelos riscos de mortalidade materna e perinatal (cf. REA, 2002; TANAKA, 1995).

Essa conformação inadequada do sistema de atenção obstétrica gera distorções, tais como a do ‘fenômeno de peregrinação por leitos’ durante o trabalho de parto e o parto. O estudo realizado por Tanaka (1995) constatou que 55% das mortes maternas estudadas no município de São Paulo ocorreram durante a peregrinação.

A falta crônica de vagas de leitos obstétricos e o drama da perambulação constituem motivos de angústia e de sofrimento para as gestantes, como mostram HOTIMSKY et al. (2002).

Estudo sobre o panorama da assistência ao parto no Brasil – desenvolvido por Leal et al. no ano de 1999, com os dados revisados para o ano de 2001 – que foi divulgado pela revista RADIS (2002, p.23), aponta que há “*diferenças abismais na oferta e na qualificação dos serviços de atenção ao parto entre as regiões do Brasil e*

os Estados da Federação.”. Tal assertiva confirma a informação de que a pior performance ocorre nas áreas periféricas e interioranas.

A esse respeito, Leal et al. (2001) constataram que, com a suboferta de leitos obstétricos no Estado do Rio de Janeiro como um todo, o déficit de leitos públicos se faz maior nas regiões periféricas e pobres, onde há a predominância de clínicas privadas contratadas pelo SUS, o que caracteriza forte desigualdade da atenção e na oferta de leitos obstétricos.

No município do Rio de Janeiro há desigualdades na oferta de leitos obstétricos nas regiões geográficas e entre as áreas programáticas, o que permitiu a Campos & Carvalho (2000) – em suas pesquisas sobre o acesso de gestantes ao sistema para parir – constatarem variações significativas no fluxo de gestantes em busca de vaga, que são grandes as distâncias percorridas, bem como o direcionamento desse fluxo, em grande parte, no sentido das regiões mais ricas da cidade, onde se concentram a maior oferta e os melhores serviços.

Paradoxalmente a todo esse arcabouço de dificuldades para o acesso à assistência obstétrica necessária, a grande maioria dos partos é hospitalar. No Brasil, os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 1999, informaram que 96,8% dos partos foram hospitalares. O parto e os problemas obstétricos são a principal causa de internação nos hospitais públicos e conveniados do SUS, o que corresponde a 22,6% do total das 11.756.354 internações realizadas e a 13,7% do gasto total com as hospitalizações no País em 2001 (MS/DATASUS, 1999. Apud RADIS, 2001).

A questão do acesso/referência ao pré-natal e parto constitui ainda um grave problema a ser enfrentado pela gestão do sistema – embora avanços sejam reconhecidos. Outra questão fundamental a ser pensada diz respeito à qualidade da assistência prestada tanto no atendimento ao pré-natal como no atendimento ao parto e ao nascimento, que está ligada diretamente à conformação do modelo hegemônico da atenção obstétrica – o tecnocrático –, que é altamente medicalizado e responsável por intervenções indiscriminadas no processo da gestação, do parto e do nascimento, recorrendo-se à aplicação de tecnologias, na maioria das vezes, inadequadas (este tema será discutido mais adiante). Tal modelo está associado a altas taxas de mortalidade

materna e perinatal; à desconsideração das mulheres e seus direitos reprodutivos e sexuais; à relação médico-paciente comumente assimétrica; e fortemente associada às elevadas taxas de cesarianas no País.

Para Tornquist (2003), a "epidemia" de cesáreas no País é o exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e a dinâmica fisiológica das mulheres.

No tocante às características desse modelo de atenção ao parto que secundariza a mulher em seu próprio processo de parir, o Ministério da Saúde considera que:

(...) a mulher parturiente está cada vez mais distante da sua condição de protagonista da cena do parto. Totalmente insegura submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir. (MS, 2001. p.18)

Lima (1997) confirma, em sua fala, os aspectos desse modelo que minimizam a figura feminina:

(...) dentro da orientação do modelo biomédico, onde a assistência é caracterizada por partos hospitalares em que a mulher permanece deitada todo o tempo, assistida exclusivamente pela equipe médica e submetida a ações medicalizadoras, distante da família, submissa, controlável... (LIMA, 1997, p. 26)

Nesse contexto, o SUS vem desenvolvendo, durante os últimos anos, várias iniciativas para a mudança deste quadro dominante na atenção obstétrica. A crítica a esse modelo de atenção talvez tenha sido formalizada, enquanto política, na proposta do PAISM e abarcada pelo SUS em seus princípios norteadores, em particular, o princípio de integralidade da atenção.

Entre as medidas apresentadas quanto ao âmbito obstétrico estão as propostas para a humanização da assistência conformada no Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), ao passo que, no que diz respeito ao âmbito mais geral da assistência, tem-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS (que também serão mais detalhados em capítulo posterior).

O Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e do Nascimento (PHPN) – portaria n° 569 de 1 de junho de 2000 e um conjunto de portarias –⁶ foi recomendado pelo Ministério da Saúde nesse mesmo ano e vem sendo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Constitui política pública fundamental, e estratégia primeira para se operacionalizar a humanização da assistência ao pré-natal e nascimento. Preconiza maior acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério tanto à gestante quanto ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania, com diferentes componentes de incentivo financeiro à assistência pré-natal, à organização e à regulação da assistência obstétrica. Busca principalmente corrigir as enormes distorções relativas à qualidade dessa assistência e suas formas de pagamento e, fundamentalmente, vincular de modo formal e efetivo o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliando o acesso aos serviços pelas gestantes e parturientes.

Através das descrições acima apresentadas, buscamos situar as questões mais relevantes que permeiam o objeto deste estudo: o acesso/referência para o pré-natal e o parto e a integralidade, quer esteja ou não presente nesses atendimentos, os quais serão verificados através dos relatos de acolhimento e de humanização apresentados pelas puérperas que participaram das entrevistas.

Portanto, esta pesquisa tem os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Descrever as vivências de gestantes e parturientes no acompanhamento de pré-natal e no atendimento ao parto no SUS.

Específicos

- Analisar o acesso e a referência para o acompanhamento de pré-natal e do parto no município do Rio de Janeiro.

⁶ Portaria n°570 MS/GM, de 1/6/2000. Dispõe sobre os incentivos à assistência pré-natal.

Portaria n°571 MS/GM, de 1/6/2000. Dispõe sobre a organização, a regulação e os investimentos na assistência obstétrica e neonatal.

Portaria n°572 MS/GM de 1/6/2000. Dispõe sobre a nova sistemática de pagamento ao parto.

Portaria n°2815 MS/GM, de 29/5/1998. Dispõe sobre as restrições da incidência de partos cesáreos no SUS e o incentivo ao parto normal com a inclusão, na tabela de procedimentos do SUS, do pagamento ao parto realizado por enfermeira obstétrica.

Portaria n°1091 MS/GM/DOU, de 25/8/1999. Dispõe sobre o apoio à montagem de unidades perinatais.

- Analisar a vivência relatada pelas gestantes e parturientes no acompanhamento de pré-natal e do parto, com base nos pressupostos de integralidade e acolhimento preconizados pela política de humanização do SUS.
- Contribuir para a reflexão sobre os direitos humanos na assistência ao ciclo gravídico-puerperal e suas relações com as propostas de humanização dessa assistência.

A principal questão norteadora para este estudo é o entendimento de que, no processo de construção de um novo modelo de atenção obstétrica, se faz necessário desenvolver principalmente avaliações a partir dos relatos de vivência daqueles que buscam o cuidado – neste caso, as mulheres gestantes e parturientes – para que esta atenção possa ser vista "por dentro", de acordo com a descrição de Campos (2002), sob a ótica de quem a demanda – o (a) usuário (a).

Privilegiar momentos em que se possa dar voz aos usuários – neste caso, às mulheres – para que possam expor suas vivências ou percepções, favorecerá o direcionamento das políticas para remodelagem da atenção no sentido de torná-la mais qualificada, equitativa e humanizada (CAMPOS, 2002).

Este trabalho é constituído de duas partes: a primeira, é relativa aos aspectos teóricos e históricos da conformação do modelo de atenção obstétrica dominante no País. A segunda parte contempla os resultados da pesquisa, quando são analisadas as categorias predeterminadas no estudo, que são: acesso e referência no acompanhamento de pré-natal e ao parto; integralidade: acolhimento e humanização no acompanhamento de pré-natal e no atendimento ao parto.

PARTE I. ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS

“... o drama da cultura patriarcal reside no fato de ela ter usurpado o princípio masculino somente para os homens, fazendo com que este se julgasse o único detentor da racionalidade, do mando e da construção da sociedade, relegando para a privacidade e para tarefas de dependência a mulher, não raro considerada um apêndice, objeto de adorno e de satisfação. Ao não integrar o feminino em si, o homem se enrijeceu e se desumanizou. Por outra parte, o patriarcado identificou o feminino com a mulher, impedindo-a de uma realização mais completa, com a inserção no masculino e dos seus valores no seu processo de personalização e socialização. Ambos se depauperaram antropológicamente e mutilaram a construção da figura do ser humano uno e diverso, recíproco e igualitário, mas muito mais padeceram as mulheres sob a opressão dos homens e as suas formas de crueldade inimagináveis, que persistem ainda hoje em algumas culturas androcêntricas em várias partes do globo.”

(BOFF, 2002, p. 76)

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Assistência Obstétrica – Da práxis feminina (parteira) à práxis masculina (médico)

A história da medicina ocidental envolveu uma longa luta, que acompanhou o surgimento da abordagem racional e científica da saúde e da cura, cujo resultado foi o estabelecimento de uma elite médica, quase que exclusivamente masculina, e o domínio da medicina em setores que eram tradicionalmente atendidos por mulheres, como o parto (VIEIRA, 2002).

A construção do modelo tecnocrático de assistência médica e, aqui, em particular, da assistência obstétrica tem início no começo do século XIX, quando a instituição médica começa a tomar para si o controle do processo reprodutivo. Até meados do século XVIII, na Europa e nos EUA, as questões sobre reprodução, as que envolvem contracepção, concepção e parto, eram de domínio exclusivo das mulheres, pois pertenciam à esfera familiar, e o âmbito dessas questões dizia respeito unicamente ao conhecimento feminino (cf. CHACHAM, 1999; GIFFIN, 1999).

Por longo período, o partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres. Era uma arte milenar constituída como um saber/fazer feminino, rico em conhecimentos populares e orientado tanto pela intuição quanto pelas experiências adquiridas na vida cotidiana.

A partir do século XVI, essa tradição começou a sofrer intervenções do Estado emergente e da Igreja Católica, os quais, em meio à instituição de políticas pró-natalistas e à exaltação da maternidade, iniciaram um processo de intervenções repressivas através de regulamentações, submetendo as parteiras das cidades européias a exames, que eram prestados diante das autoridades municipais ou eclesiásticas. O objetivo principal de toda essa regulação era adquirir a certeza de que não se realizariam abortos ou infanticídios. À parteira examinada, o Estado e a Igreja exigiam a profissão da fé em Cristo; afora isso, que soubessem batizar um recém-nascido moribundo e que

tivessem moral e reputação ilibadas. Esse processo de regulamentação coincidiu com o período de perseguição das feiticeiras, dentre as quais, muitas eram parteiras (VIEIRA, 2002).

Vieira (2002) comenta o fato de vários autores afirmarem que milhares de pessoas foram executados na Europa e que, dentre estas, 70% a 90% eram mulheres. Nesse processo de "caça às bruxas", a extinção de curandeiras e parteiras faz parte da história de exclusão de mulheres da prática médica como estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura e das doenças, procurando-se legitimá-lo por meio das universidades criadas no Renascimento.

Para o desenvolvimento da medicalização do processo reprodutivo foi necessário suplantar, tornar ilegítimo e destruir a imagem do que havia de melhor em termos de prática obstétrica – o conhecimento das parteiras. Por sua vez, os textos médicos que visavam instruir as parteiras, caracterizavam-se pela sátira e pela condenação de sua ignorância (VIEIRA, 2002).

No entender de Corrêa (2002), o principal movimento de intervenção da medicina no parto foi o afastamento das parteiras, que, por serem mulheres, partilhavam com aquelas que davam à luz um interesse e um tipo de conhecimento sobre o corpo e a natureza próprios e bastante diferentes do produzido pelo corpo médico. A mesma autora refere que:

A deslegitimação das parteiras e a desapropriação do conhecimento das mulheres em geral sobre aqueles fenômenos da reprodução faz parte de um processo mais amplo de racionalização das condutas cotidianas, tal processo tem nos médicos e educadores como agentes primordiais e as regras de puericultura como veículo principal. (CORRÊA, 2001, p. 43)

Nesse contexto mais amplo, em que a corporação médica estava ascendendo para a posição de detentora única e legítima de conhecimentos sobre a saúde, a doença e o corpo, foi principalmente o corpo feminino que estava sendo medicalizado (CHACHAM, 1999).

Os conflitos entre médicos e parteiras estenderam-se durante séculos. Vieira (2002) relata fortes resistências por parte das parteiras, mas, na competição de mercado que se instalou, estas e sua prática foram progressivamente colocadas na marginalidade,

sem acesso ao conhecimento nas universidades, e sua hegemonia na prática obstétrica foi gradativamente usurpada.

O desenvolvimento da obstetrícia como atividade eminentemente médica sofreu, além da resistência das mulheres, diversos conflitos também internos, no interior do meio médico.

Segundo Vieira (2002), a etimologia da palavra obstetrícia, que tem origem no termo em latim *obstetricum*, significa "estar diante de" (obs); ao passo que mórbido, tétrico (*tetricum*) expressa um dos aspectos que a apropriação dessa área de saber trouxe para os médicos da época, quando se deparavam com situações que não dominavam tecnicamente.

Na verdade, até o século XVIII, o parto foi vivido como perigo de morte real, pois a mortalidade materna era bastante elevada na Europa Ocidental (GIFFIN, 1999).

Em sua institucionalização como disciplina médica, o desenvolvimento da obstetrícia viveu muitos conflitos dentro do próprio meio médico, além das dificuldades relativas à moralidade e à técnica – para muitos, a arte obstétrica era tida como um conhecimento menor dentro da medicina, talvez porque a arte de partejar tinha sido, até então, uma prática de mulheres.

Ao final do século XIX se discutia ainda, nas academias médicas, a quem competia a responsabilidade de cuidar do parto. O Colégio dos Médicos de Londres declarou pública e oficialmente, nessa época, que cuidar de partos não era mister digno de um médico ou de um cirurgião e que estes deveriam voltar-se apenas aos partos difíceis, à aplicação do fórceps e à execução de cesarianas. Havia a sensação de indignidade ou de desonra em assumir um trabalho que, por tradição, era eminentemente feminino. Mesmo assim, o discurso médico relativo à obstetrícia se caracterizava, até a metade do século XIX, pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades, ao mesmo tempo em que colocava a competência das parteiras em dúvida. (VIEIRA, 2002).

O atraso da obstetrícia médica em relação ao desenvolvimento da medicina, como um todo, se deveu, em parte, a obstáculos de ordem moral, mas a maior influência foi exercida pelo paradigma primeiro de assistência ao parto, em que este era um

processo natural, de forma que sua assistência permaneceu por bom tempo desvinculada da prática médica oficial (CHACHAM, 1999).

A medicina necessitou de todo o século XIX para desenvolver conhecimentos técnicos que possibilitassem dominar essa prática, os quais eram relativos a técnicas cirúrgicas, de anestesia e de assepsia.

O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nessa área e para o desenvolvimento do ensino médico, porém o índice de morte materna por infecção puerperal era imenso, pois as salas de cirurgia não tinham assepsia até o ano de 1880. Foi graças à Bacteriologia que houve o combate com sucesso da infecção puerperal e a contribuição necessária para o desenvolvimento do hospital moderno, bem como para sua aceitação na sociedade (VIEIRA, 2002).

Assim, a partir do momento em que a febre puerperal foi contida pela prevenção e pelo isolamento, a medicalização certamente pôde ser vista como mais segura, sobretudo nos casos de complicações. Porém muitas questões foram negligenciadas, como o sentimento não de dor, mas de solidão e de submissão à autoridade médica vivida pela parturiente (THÉBAUD, 2002).

O processo histórico em que a medicina domina a atenção à saúde – em especial, o controle sobre o processo reprodutivo, desenvolvendo hegemonia no atendimento obstétrico, do qual as mulheres / parteiras foram excluídas – fez com que o parto e todo o processo reprodutivo passassem a ser tidos como eventos de caráter essencialmente médico e que o exercício das práticas assistenciais fossem médicas e desenvolvidas nos hospitais.

No Brasil, desde o início da colonização, do século XVI até o século XIX, a assistência ao parto era também desenvolvida exclusivamente por parteiras, conhecidas igualmente como aparadeiras ou comadres. Assim, partejar era uma tradição exclusiva de mulheres, cujos conhecimentos – eminentemente femininos – eram transmitidos de umas para as outras. As antigas parteiras acompanhavam o parto e a dieta da mulher, além dos cuidados e da alimentação do recém-nascido, decidindo quando a mãe devia ou não amamentar.

Mesmo no século XIX, bem poucas mulheres parturientes ricas e nobres procuravam a assistência de um médico para parir e, quando o faziam, ou era por ser um caso difícil, ou era por ostentação.

No Brasil Colônia, as mulheres que detinham o conhecimento e o domínio da arte de partejar eram negras, portuguesas ou caboclas designadas como ‘curiosas’, cujos valores poderiam transgredir a moral religiosa católica (PROGIANTI, 2001).

A Igreja Católica lutou para a exclusão dessas ‘curiosas’, que eram associadas a componentes simbólicos negativos, e esses componentes foram transferidos para as parteiras diplomadas, que também sofreram os ataques movidos por médicos e por religiosos, os quais as acusavam de aborteiras e infanticidas (OSAVA, 1997. Apud PROGIANTI, 2001).

Com a vinda da família real, em 1808, chegaram também as parteiras estrangeiras – em sua maioria, francesas aprovadas pela faculdade de medicina de Paris – que aqui se estabeleceram nas principais cidades, dando novos rumos à assistência obstétrica, pois, dentre outras coisas, elas também vacinavam e tratavam algumas doenças. Em 1832, as academias médico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de medicina e iniciaram-se os cursos de parteiras para mulheres. Dentre as parteiras formadas sobressaiu-se madame Durocher, que completou o curso de obstetrícia no Rio de Janeiro no ano de 1834. (VIEIRA, 2002)

Em 1890 criam-se uma escola profissional para enfermeiros que ainda não inclui o curso de obstetrícia; em 1922, foi fundada a Escola de Enfermagem Ana Neri, surgindo então, em nosso País, a enfermagem moderna, cujo currículo incluía a disciplina de enfermagem obstétrica; no entanto, em 1925 foi suprimido o curso de parteiras (LIMA, 1997).

O treinamento formal de parteiras em escolas de medicina não se expandiu no Brasil nem houve apoio ou interesse oficial para que isto ocorresse. A profissão de parteira nunca foi reconhecida ou estimulada oficialmente, uma vez que a ênfase sempre foi a de aumentar o número de obstetras e expandir seu campo de trabalho através da hospitalização do parto. (VIEIRA, 2002).

Por sua vez, o esforço oficial de expansão do processo de medicalização do parto fez com que este fosse redefinido como inerentemente problemático, de modo a exigir a presença de um médico e suas intervenções para a garantia de bom desfecho, o que gerou a progressiva marginalização das mulheres parteiras, das curandeiras, cujo mercado de trabalho foi ativamente disputado pela corporação médica no período, cujo poderio corporativo possibilitou a criação de legislação que tornava ilegal ou restringia severamente a prática das parteiras (CHACHAM, 1999).

1.2 Assistência Obstétrica Moderna e Medicalização do Parto

Foi no Renascimento que se confirmou o interesse da medicina em tomar pra si o controle dos processos de saúde, doença e cura, começando pelo processo de medicalização⁷ do parto, que se dará durante os séculos XVIII e XIX.

A intervenção dos especialistas da medicina no parto comportou primeiramente o afastamento das parteiras, deslegitimando o seu conhecimento, e o conhecimento das mulheres, em geral, sobre os fenômenos femininos, como discutido no capítulo anterior.

Luz (1988) refere que o paradigma médico baseia-se em uma concepção ontológica da doença: organicista, localizante e mecanicista em termos de causalidade.

A autora afirma que houve um deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, onde o normal é deduzido a partir do patológico. A nova racionalidade médica descreve o corpo humano como uma grande máquina, um grande engenho, cujas peças

⁷ Medicalização, para Illich (1975), é o processo de expansão da área de atuação da medicina nos diversos setores da vida social, modificando comportamentos e podendo se constituir em violência contra pessoas; é o resultado da invasão da medicina burocrática, tecnicizada e monopolizante sobre os domínios da vida social e política, que lhes concede terapias, as quais elas foram ensinadas a desejar pela sociedade;

Para Vieira (2002), por sua vez, é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é normalizado pela medicina e por meio do qual os indivíduos se constituem.

A medicalização pode ser referida a uma série muito diferenciada de fenômenos; a partir da década de 60, foi definida em estudos de análise e de crítica ao consumo médico; nesta perspectiva, pode ser compreendida como a forma pela qual a continuada evolução tecnológica vem modificando a prática da medicina por meios de inovações na área de métodos diagnósticos e terapêuticos, da indústria farmacêutica, de equipamentos médicos; evolução esta que leva ao aumento exagerado do consumo de atos médicos e, notadamente, de equipamentos; o termo medicalização é empregado também, quando se quer fazer referência aos jogos de interesses envolvidos na própria produção de atos médicos que impliquem na expansão de lucros, na comercialização de serviços, equipamentos, produtos, em particular associada à proliferação tecnológica (CORRÊA, 2001).

se encaixam perfeitamente para funcionar o homem – o mais elevado dos autômatos (LUZ, 1988).

No que diz respeito aos valores sociais construídos pela medicina, Davis-Floyd defende que esse mecanismo foi aplicado de forma diferenciada na concepção de corpo para homens e para mulheres: os corpos masculinos passaram a ser percebidos metaforicamente como os mais próximos de máquinas perfeitas, tidos como o padrão, enquanto o das mulheres, em razão de seu completo desvio do protótipo masculino, por suas características femininas únicas – como útero, seios e ovários – e pelos processos fisiológicos unicamente femininos – como a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa – são vistos como inerentemente sujeitos a mau funcionamento. Assim, Davis-Floyd conclui que seria compreensível que, a mulher, em cujo corpo processos tão degenerativos tomam lugar, fosse vista, dentro do modelo biomédico, como estando melhor sem eles (DAVIS-FLOYD, 1994, p. 1.120).

Desse modo, o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes de ideologia sexista em nossa cultura. A "patologização" do corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto, em evento cirúrgico (EHRENREICH & ENGLISH, 1973. Apud VIEIRA, 2002).

O processo de medicalização da sociedade brasileira tem uma trajetória histórica que passa pela ordem médica de regulação do corpo, a qual se inicia com o processo de industrialização da sociedade durante a implementação do modo capitalista de produção, constituindo-se como o processo de extensão do cuidado médico individual na vida da sociedade (DONÂNGELO, 1979).

Costa (1978) fala do papel da medicina social na regulação das relações familiares, na disciplina do corpo e normatização da sexualidade no Brasil, no século passado. Afirma que a família burguesa do século XIX foi submetida a uma nova norma familiar, pela medicina social, através da política higienista, que deixou a família na dependência dos agentes educativos – terapêuticos com o pretexto de salvar os indivíduos do caos da vida colonial e que o médico insinuou-se na intimidade das famílias.

Para Cordeiro (1985), a medicina nas sociedades modernas não só imobiliza as pessoas, como exerce um controle social sobre todas as dimensões da vida do indivíduo, ao legitimar e institucionalizar o papel de doente. Refere que o investimento na patologia é uma forma geral de regulação da sociedade e que o controle médico é uma forma de controle político, o qual tem ligação com o complexo médico-industrial, que lida com a saúde das populações e afeta a vida das pessoas, visando prioritariamente o lucro, sem se importar com as conseqüências.

O médico não está fora desse processo, pois também sofre os seus efeitos no cotidiano:

O médico sofre o efeito da indústria da saúde e não consegue deixar de ser o 'mascate' de drogas, aparelhos e ferragens sofisticadas, passando a ver no próprio paciente uma extensão dessa tecnologia. (LANDMAM, 1982. Apud PROGIANTI, 2002, p.45)

Ainda sobre a construção histórica da intervenção médica na sociedade, é através do corpo e no corpo que se inscreve a marca de poder e de autoridade e, em relação à cultura reprodutiva brasileira, a concepção do corpo receptivo à intervenção seria legitimada e naturalizada pela racionalidade científica do paradigma biomédico através das desigualdades de gênero. Sem a garantia de direitos individuais por um sistema judiciário desacreditado, o corpo não é protegido por direitos que estabeleçam fronteiras e limites a interferência alheia.

Desta forma, a receptividade à intervenção médica no Brasil, em especial, no corpo da mulher, seria acentuada pela fragilidade dos direitos individuais no País e também pelo processo histórico no qual a ordem médica, ao disciplinar o corpo e a sexualidade no Brasil, instaura uma nova norma familiar burguesa, dependente da intervenção médica na vida familiar (COSTA, 1978; CHACHAM, 1999).

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se constitui. Segundo Vieira (2002):

Um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais; aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. (VIEIRA, 2002, p. 24)

Assim, transformado o parto em evento médico mediante o processo de intervenção, houve a construção de rituais médicos e tecnológicos que substituíram os tradicionais na assistência ao parto e ao nascimento (DAVIS-FLOYD, 1994).

Em meados de 1970, a instituição médica conseguiu obter hegemonia no atendimento obstétrico em todos os países desenvolvidos e, como consequência desse controle pela medicina, o parto e todo o processo reprodutivo tornou-se um evento de caráter essencialmente médico, que exige atenção e cuidados médicos em hospitais (CHACHAM, 1999).

Nesse sentido, a medicalização do parto ocorre dentro de um contexto em que há a concepção do corpo feminino como frágil, cujas funções e órgãos, em especial, os reprodutivos, são vistos como potencialmente patológicos e indutores de doenças, além de envolver basicamente questões de controle sobre o corpo e a saúde.

A consolidação da hegemonia da medicina obstétrica na atenção ao parto veio acompanhada de uma série de práticas, que têm por finalidade intervir, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, constituindo o paradigma tecnocrático de atenção obstétrica, no qual os méritos das intervenções tecnológicas são supervalorizados (OMS, 1996).

Também alterou a percepção das mulheres a respeito de seus corpos e do parto, alienando-as e gerando sua aceitação dos valores da biomedicina, desenvolvendo demandas pelas intervenções médicas sobre seus corpos e funções reprodutivas.

Para Progianti (2001), a posição das mulheres perante o processo de medicalização não foi propriamente o de vítimas. A autora relata que, já no início do séc. XIV, as mulheres reformistas das classes médias e altas da sociedade tinham ideologia progressista e desejavam alterar as condições opressivas da vida das mulheres. Assim, a gravidez não poderia mais ser encarada com fatalismo e passividade. Elas não queriam mais sentir a dor do parto nem correr riscos. Além disso, para essas mulheres, parir com a assistência de um médico demonstrava o poder aquisitivo de seus maridos, que podiam pagar por esses serviços e pela moderna tecnologia.

No campo obstétrico, os anos 50 e 60 são considerados como os do auge da tecnologia médica, quando todas as orientações estabeleciam que os partos fossem

hospitalares. Nesse período, a assistência ao parto tornou-se objeto de intensa medicalização e, para exemplificar o período, tem-se os exames de ultra-sonografia, a fetoscopia, a aminioscopia, a aminiocentese e o monitoramento fetal eletrônico⁸ (BOARETO, 2003).

Tal medicalização excessiva, além de demandar o uso de mais e mais tecnologias com conseqüências nem sempre positivas, também fez com que houvesse a redução do número de horas durante as quais a evolução de um trabalho de parto ainda poderia ser considerado "normal" – em particular, para as primíparas – mesmo que a mãe e o feto estivessem bem. Esse uso crescente da tecnologia na gravidez resultou também em dirigir a atenção do médico para o feto, ignorando, muitas vezes, as sensações e os sentimentos das gestantes sobre o processo da gravidez, tendendo assim a diminuir o papel central da mãe nesse processo e no qual alguns obstetras passam a ver a mãe e o feto como entidades distintas, não aceitando que os interesses de ambos são consistentes uns com os outros (GREGG, 1993. Apud CHACHAM, 1999).

Essa ênfase no bebê, visando a sua perfeição, é o resultado direto da combinação da visão tecnocrática no bebê como produto, do surgimento de novas tecnologias para determinar a qualidade do feto e de poderosos incentivos econômicos e legais para usá-las (DAVIS-FLOYD, 1994).

No entendimento de Chacham (1999), essa ênfase no produto – o bebê – é vista como tendência e característica da obstetrícia ocidental, além de constituir mais uma alienação da mulher para com o seu corpo e suas funções reprodutivas.

A cesárea seria apenas mais um entre os vários procedimentos obstétricos que são usados em excesso para intervir no parto, porém o mais radical. O Brasil é um dos

⁸ O uso rotineiro de várias condutas obstétricas associadas ao uso de certas tecnologias acaba, muitas vezes, autolegitimando a tecnologização do parto e demandando mais intervenção.

Chacham (1999), sobre a monitoração eletrônica fetal, relata que esse aparelho foi adotado em grande escala nos EUA e na Europa a partir da década de 70, com o objetivo de evitar a mortalidade e hipóxia fetal intra-parto (que teve sua eficácia celebrada antes da realização de testes controlados que comprovassem sua utilidade); com o passar do tempo, constatou-se que, além de não reduzir os índices de morbi-mortalidade fetal, esse aparelho tinha grande sensibilidade para captar as variações na frequência cardíaca do feto, mas pouca especificidade no diagnóstico, acabando por acusar sofrimento fetal em várias situações em que este não ocorreu, acarretando mais intervenções desnecessárias causadas pelo número de falso-positivos.

Outro exemplo do progresso tecnológico e dos riscos progressivos em obstetrícia dessa mesma época foi o uso da Talidomida nas décadas de 50 a 60, que causou a catástrofe do nascimento de crianças

líderes mundiais em cesarianas, apresentando taxas elevadas – em torno de 30% – desde o início da década de 80,⁹ pelos excessos que vêm sendo cometidos na assistência ao parto neste País, em que há a prática indiscriminada de cesarianas, existe forte associação desse evento tecnológico extremo com a morbi-mortalidade materna e perinatal.

Essa prática convencional é também responsável por uma (des)assistência caracterizada pelo abandono da gestante na sala de partos, trazendo graves conseqüências, como os altos índices de hipóxia e/ou asfixia para o recém-nascido e de mortalidade peri e neonatal.

Apesar da clara associação entre a excessiva tecnologização com a baixa qualidade na assistência ao parto é inegável que, no processo de tecnologização, ganhos tenham sido obtidos ao longo de toda essa história, como, por exemplo, a melhor assepsia no parto; o recurso da cesariana – se indicado adequadamente; o pronto atendimento ao recém-nascido de risco por profissionais capacitados e tecnologias adequadas. O que se questiona é essa abordagem assistencial no campo obstétrico, a qual valoriza muito mais a atuação intervencionista em um processo, que é fisiológico antes de qualquer coisa.

O modelo biomédico, como diz Caprara (1999), trouxe importantes conquistas e transformações – tais como o nascimento da clínica, a teoria dos germes de Pasteur, os sucessos recentes na genética, na imunobiologia e na biotecnologia – porém, por outro lado, esse modelo tem desprezado a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença.

Dentro do paradigma de atenção instituído por esse modelo, a assistência à mulher no momento do parto tornou-se objeto de grande medicalização e, na maioria das vezes, há a perda de sua autonomia, fator esse explicado pela intensa medicalização

malformadas; foi necessário longo período de observação e de nascimentos de crianças malformadas para a ciência médica aceitar que a causa disso era a Talidomida.

⁹ O fato de o governo ter incentivado através de remuneração atos médicos praticados no setor privado dirigido basicamente ao lucro gerou distorções como a prescrição de partos cirúrgicos - mais convenientes em termos financeiros e de tempo para médicos e instituições privadas - este tipo de parto não parou de crescer desde os anos 70 (CORRÊA, 2001).

A maior remuneração de cesárea até 1980 pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e a não remuneração da analgesia para os partos vaginais, contribuíram para as altas taxas de cesárea no País, todavia, mesmo com a modificação destes fatores a tendência crescente não foi modificada (HOTIMSKY et al., 2002).

que o corpo feminino tem sofrido nas últimas décadas. A relação com os serviços e a equipe de médicos e demais profissionais de saúde protagonizam cenas de violência institucional referidas em muitos trabalhos científicos e de denúncia. Todos esses fatores contribuem para a transformação do cenário do nascimento em “desconhecido e ameaçador” para as mulheres e “mais conveniente e asséptico” para os profissionais de saúde (MS, 2001).

Esses e diversos outros fatores influenciam diretamente a manutenção das altas taxas nacionais de cesarianas e no desenvolvimento de uma atenção aquém da desejada e, porque não dizer, “desumanizada”.

1.3 Assistência Obstétrica – Conflitos entre Paradigmas: Tecnocrático x Humanista

O paradigma biomédico, em sua hegemonia, inseriu a tecnologia na gravidez, no parto e no nascimento, destituindo a mulher parturiente de seu protagonismo na parturição e separando-a de seu filho nesse momento, pois, antes de estar com a mãe, o bebê será avaliado pelo saber médico, sofrendo uma série de intervenções dolorosas e, muitas vezes, desnecessárias – manipulação, aspiração, frio, luzes...

Por sua vez, tal paradigma desenvolveu importante evolução tecnológica, com a aplicação de conhecimentos e tecnologias que, se aplicadas de forma racional, muito contribui para a saúde de mães e filhos bem como da população em geral.

O século XIX caracterizou-se pela hegemonia da biomedicina e de seu modelo de atenção, principalmente nos países ocidentais. No Brasil, a assistência obstétrica que foi constituída, reproduziu todas as características deste modelo – centrada no atendimento hospitalar; valorizando mais a medicina curativa, mais intervencionista; favorecendo o uso da alta tecnologia com pouco investimento na prevenção; centralizando todas as etapas do atendimento obstétrico nas mãos do médico – ao contrário do que ocorre em muitos países europeus, onde parteiras e enfermeiras têm participação fundamental na assistência ao parto normal – e gerando uma série de distorções na assistência com a supervalorização das tecnologias de intervenção.

É impossível negar as contribuições dos avanços técnico-científicos, que ajudaram a reduzir os riscos materno-fetais tornando, por um lado, o parto mais seguro;

no entanto, esse modelo que considera o parto como uma patologia e, por isso, enquanto prática, se antecipa à prevenção do risco obstétrico, resultou na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos no atendimento ao parto.

Não é difícil observar que esse modelo de assistência obstétrica propiciou um modelo de atenção mais intervencionista; o próprio modo de pagamento favoreceu isto, por remunerar melhor os procedimentos considerados mais complexos tecnicamente. Tanto o sistema público quanto o privado tiveram grande parte dessas características, sendo ainda mais acentuadas no setor privado – principalmente, a tendência à valorização de uma medicina mais intervencionista e tecnologizada (CHACHAM, 1999).

Segundo a autora, houve um grande crescimento do setor privado nos últimos anos, cujas práticas médicas em grande parte não são reguladas pelo Estado. Em razão da queda na qualidade dos serviços públicos, qualquer mulher que possa pagar ou que tenha acesso a plano de saúde é atendida, pelo setor privado de saúde, em hospitais e por médicos conveniados com planos de saúde. O SUS atende a grande massa de mulheres que não têm acesso ou não podem arcar com os custos de um plano de saúde ou de médicos privados (CHACHAM, 1999).

A valorização das tecnologias de intervenção tanto por parte das parturientes quanto dos profissionais vem ocultando uma medicalização indiscriminada, na qual o desejo das mulheres tem sido pouco considerado principalmente para os seguimentos mais pobres da população e com menos acesso à informação (BOARETO, 2003).

Nessa lógica, Faúndes e Cecatti (1991) apontam para o uso excessivo da cesárea no País e identificam a esterilização cirúrgica como importante fator para as elevadas taxas, além da conveniência médica em virtude do maior pagamento dos honorários médicos pelo poder público e da economia de tempo para eles. Referem que, após anos desta prática, instituiu-se a cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos. Assinalam ainda que a cesárea é uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, se indicada de modo adequado, mas quando usada somente por conveniência seja do médico ou da mãe, ou como resultado de incongruências do sistema de saúde, torna-se um perigo.

A crítica a tal modelo excessivamente medicalizante vem sendo desenvolvida mundialmente a partir do final do século XX. Surge então o encontro de vários grupos profissionais para sistematizar estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério com base em estudos de epidemiologia clínica – conhecida internacionalmente como "medicina baseada em evidência". Esse processo envolveu a utilização de estudos randomizados controlados como método preferencial de pesquisa e o uso de meta-análise como instrumento de sumarização sistemática das pesquisas existentes (cf. DINIZ, 2001; BOARETO, 2003).

Esse movimento histórico e sua conjugação de forças culminaram na avaliação crítica dessas práticas médicas em todas as áreas, desenvolvendo um conjunto de diretrizes e de recomendações que a OMS vem adotando, nas últimas décadas, como as que devem nortear o atendimento na saúde, por serem recomendações formadas com base na evidência científica – através de árduos estudos realizados ao longo de mais de uma década – e nos princípios de humanização. Existem vários documentos que sintetizam todo um conjunto importante de pesquisas no mundo inteiro. Na área obstétrica destacam-se os seguintes documentos: *Care in Normal Birth: A Practical Guide* (WHO, 1996) e *World Health Day: Safe Mother Hood* (WHO, 1998).

A sistematização se deu em colaboração internacional e teve o epidemiologista inglês Archibald Cochrane (1909 -1988)¹⁰ como grande incentivador dessas revisões. Todos os trabalhos foram compilados e disponibilizados em publicações eletrônicas desde a segunda metade da década de 90. Em sua homenagem, tais estudos ficaram conhecidos também como iniciativa Cochrane ou biblioteca Cochrane.

A classificação das condutas obstétricas tinha por meta o acesso à consulta por parte dos profissionais a respeito do que seria e do que não seria recomendável hoje com base nos estudos de uma década, coordenados por obstetras com a parceria de pesquisadores e profissionais, tais como pediatras, enfermeiras, estatísticos, cientistas sociais, parteiras, epidemiologistas, entre outros, que implementaram uma revisão das práticas obstétricas desde 1950. Da mesma forma houve a formação de outros grupos para revisões sistemáticas das práticas clínicas nas outras especialidades médicas. O

¹⁰ O epidemiologista clínico britânico Archibald L. Cochrane (1909–1988) tornou-se conhecido por seu livro *Effectiveness and Efficiency: Randon Reflections on Health Services* (1972), no qual afirmava que, como os recursos para a saúde serão sempre limitados, estes deveriam prover equitativamente as formas de assistência que se provassem efetivas em estudos avaliativos bem desenhados.

objetivo dessas revisões foi o de levantar evidências sobre a eficácia e a segurança dos procedimentos em todas as áreas médicas.

Cochrane afirmava que, em geral, a prática médica se orientava por 10% de evidência científica e 90% de pajelança, ao passo que a obstetrícia recebeu suas mais duras críticas, por ser uma das áreas consideradas das mais desvinculadas da evidência científica em sua prática.

Este processo de revisão do campo obstétrico acumulou o maior volume até então desenvolvido de documentos sobre a avaliação sistemática como especialidade médica e, em meados da década de 90, a OMS passa a divulgar amplamente documentos fundamentados nesses estudos, classificando sinteticamente esses procedimentos de rotina na prática obstétrica em quatro categorias – condutas essas descritas em detalhe no Anexo:

- a) condutas claramente úteis e que deveriam ser recomendadas;
- b) condutas altamente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- c) condutas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que deveriam ser utilizadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto;
- d) condutas utilizadas, com frequência, de formas inapropriadas, provocando mais danos que benefício.

A avaliação científica das práticas de assistência obstétrica – já em meio à década de 80 – vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com o mínimo de intervenções sobre sua fisiologia evolutiva. Estimula a prática de procedimentos centrados nas necessidades das parturientes. Dessa forma, qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se provar mais segura e/ou mais efetiva que a não intervenção.

Isso tudo resultou em novo paradigma, que desmonta o valor das práticas rotineiras na assistência obstétrica, tidas então como ritualistas e perigosas, além de desvinculadas de valor científico. Assim, esse novo paradigma propõe que:

O objetivo da assistência é o de obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo de intervenção possível que seja compatível

com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural. (WHO, 1996, p. 4)

A sistematização da reflexão crítica sobre esse modelo de assistência no parto se inicia no Brasil no ano de 1979, Ano Internacional da Criança, quando um comitê regional se forma na Europa para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e mortalidade perinatal e materna naquele continente (DINIZ, 2001).

No Brasil recebe significativo destaque do movimento feminista a partir dos anos 60, 70 e 80, desde quando vem se firmando a noção de que a assistência à saúde deve ser permeada por uma estratégia de integralidade e que deve apoiar as pessoas no sentido de ampliar suas prerrogativas sexuais e reprodutivas.

O modelo de atenção ao parto excessivamente medicalizado fez do Brasil um País caracterizado como epidêmico em cesarianas, o que, para Tornquist (2003) e vários outros autores, é um exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e a dinâmica das mulheres. Apesar dos esforços políticos implementados pelo Ministério da Saúde de 1998 em diante, ainda se mantém elevado o índice de cesarianas (38,8%, 2000/SINASC) com variações significativas por região e serviços.

Desse modo se vê que a proposta de uma nova forma de assistir em obstetrícia propõe a construção de um novo paradigma que resgate o parto normal e revalorize a mulher e a criança nesse processo. Porém há resistências para a sua implementação prática em muitos países, dentre os quais o Brasil em seus vários contextos e práticas assistenciais.

Na opinião de Diniz (2001) e na de vários outros autores, as resistências a tais mudanças passam por questões extratécnicas, relacionadas a percepções e a expectativas de profissionais e pacientes quanto ao parto e a sua assistência; à estrutura funcional e física dos serviços; aos problemas de acesso ao leito obstétrico; às questões de financiamento do sistema de saúde; à cultura sexual e reprodutiva, entre outras.

Diniz (2001), em sua tese sobre os limites e possibilidades da humanização de assistência ao parto, defende que existe variação entre os países na implementação desse novo paradigma e na sua prática, até mesmo no reconhecimento da existência desses

trabalhos de revisão sistemática. Há, muitas vezes, grande distância entre evidência e prática, de forma que a disseminação passiva das evidências científicas por si só não é suficiente para mudar a prática clínica (cf. GOER, 1995 e ENKIN, 1996. Apud DINIZ, 2001).

Em razão disso, a autora refere que uma das questões mais importantes que se colocam para uma agenda de pesquisa, seria o estudo de como promover as mudanças que tais evidências colocam.

Excessivamente medicalizado, o modelo dominante de atenção ao parto é apontado como responsável pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil em vários países, pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e pela redução de um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado, conforme relata Tornquist (2003), que ainda refere, no bojo dessa crítica, que a epidemia de cesárea aparece como exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre o corpo e a dinâmica feminina.

O novo paradigma de atenção obstétrica propõe uma lógica de assistir que resgate a figura feminina como sujeito do processo, buscando sua centralidade e favorecendo a sua autonomia, exercida com práticas que tornem esse momento único digno de lembrança, como deve ser, por seguro e tranqüilo.

Esse movimento pela humanização do parto busca a formação de um novo arranjo de assistência, que seja orientada tanto pela evidência da segurança quanto pela eficácia dos procedimentos, do mesmo modo que pela maior promoção dos direitos das pacientes. Tudo isso é fruto de uma história desenvolvida pelas mulheres em suas lutas e no momento atual do sistema de saúde, em que a busca por uma prática assistencial em saúde mais solidária se apresenta como imperativa através das diversas propostas de humanização dessa prática.

O termo humanização vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. As iniciativas identificadas com a humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos femininos fazem parte há décadas da pauta dos movimentos feministas em saúde (DESLANDES, 2004).

Diniz (2001) aponta que não há consenso sobre o sentido do termo humanização e seus derivados e que os vários atores sociais envolvidos nesse diálogo parecem utilizá-lo de maneira distinta, sendo empregado com várias interpretações há muitas décadas.

O conceito de humanização da assistência ou de atenção humanizada tem sido focalizado como aspecto primeiro para uma melhor qualidade de atendimento em saúde. Refere-se a um atendimento personalizado, *no qual o assistir se inspire em uma disposição de abertura e de respeito ao outro como ser autônomo e digno* (PNHAH, 2001, p. 2).

Pode também ser tida como a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e de suas referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes.

As propostas de humanização buscam promover uma transformação na cultura de atendimento em saúde no Brasil, na qual os valores de solidariedade e alteridade sejam considerados norteadores das mudanças culturais na assistência. É nessa perspectiva de mudança paradigmática e cultural que as propostas de humanização vêm oferecendo uma alternativa positiva para o resgate da centralidade feminina nesse processo, mediante a valorização de seus direitos e da autonomia, assim como do resgate do parto normal na sociedade, em uma atenção de qualidade, com a aplicação de condutas baseadas na evidência científica e, quando necessário, a utilização adequada das tecnologias obstétricas.

Conclusões

Neste capítulo apresentamos uma série de desenvolvimentos teóricos, a partir dos quais se propõe a análise do objeto de estudo. A princípio discutiu-se a constituição da obstetrícia como ciência através da apropriação do parto pelos médicos tanto no contexto internacional (Europa) como no Brasil. Tal fato se efetivou por meio da exclusão das mulheres (parteiras) da prática tradicional de assistir os partos, bem como em razão dos conflitos sociopolíticos criados na época, com o objetivo de legitimar o parto como evento médico e do domínio da medicina enquanto ciência. Para exemplificar citou-se, como exemplo, o movimento de "caça às bruxas", que foi responsável pela morte de milhares de mulheres, entre elas, as parteiras.

No Brasil foram destacadas as dificuldades encontradas pela medicina no sentido de transformar o parto em ato médico, como a resistência das mulheres a se colocarem sob os olhares masculinos e os conflitos para a institucionalização do parto em hospitais, afora os obstáculos técnicos. Também se ressaltou o quanto o desenvolvimento tecnológico foi fundamental para a construção da história da obstetrícia e de sua hegemonia no atendimento obstétrico mediante o processo de medicalização do corpo feminino e de seu controle.

Buscou-se mostrar como esse processo chegou a constituir o paradigma da atenção obstétrica dominante, que se caracteriza pela excessiva tecnologia, o que – em especial, no final do século XX – vem sendo criticado e apontado como responsável por vários males – embora se reconheçam diversos benefícios – em virtude das irracionalidades em sua prática, a qual desconsidera, muitas vezes, as evidências da própria ciência e, principalmente, a figura humana no processo de atenção. Conclui-se o capítulo pela indicação de que o novo paradigma proposto – que busca resgatar o humano, o feminino e a ciência na prática obstétrica – está em processo de construção no mundo e no Brasil.

CAPÍTULO II. CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL

*"Não se pode acreditar em coisas impossíveis" (diz Alice)
"suponho que tens falta de treino." (diz a Rainha...)
"Aconteceu-me algumas vezes acreditar em seis coisas impossíveis antes do pequeno almoço."
(LEWIS CARROL, Do Outro Lado do Espelho)*

2.1 Busca da Integralidade na Atenção: construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Até os anos 80, a política pública de saúde voltada à população feminina restringia-se ao ciclo gravídico-puerperal – o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério – preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), o qual foi criado, no final dos anos 60, pela Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde (DINSAMI / SNPES), tendo sido implementado pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

O PSMI seguia as recomendações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que priorizava as estratégias de intervenção em grupos de riscos ou em situações de vulnerabilidade. Era caracterizado pela verticalidade – com estratégias e recursos próprios e sem articulações entre as várias propostas de implementação e demais programas e estratégias.

Costa (1999) refere que o conceito de verticalidade e de centralização do sistema foi praticado radicalmente nessa época. Havia o estabelecimento de metas operacionais para os serviços a partir de decisões centrais formuladas pelo Ministério da Saúde e não existia qualquer relação com as necessidades identificadas por meio da avaliação epidemiológica local. Além disso, os recursos financeiros eram específicos para o suprimento dessas metas predeterminadas, já chegando aos Estados e Municípios destinados a certo uso, o que não permitia aos gestores locais a programação de ações que fossem mais adequadas às reais necessidades de saúde de suas populações.

A verticalidade programática não facultava a articulação com os outros programas contemporâneos do PSMI, mesmo que oferecessem ações também voltadas para problemas femininos. O exemplo clássico é citado por Costa (1999): o controle do câncer de colo uterino realizado pelo Programa de Doenças Crônico-Degenerativas, não articulava com o PSMI no tocante ao diagnóstico do câncer ginecológico em mulheres que freqüentavam o pré-natal, de forma que a mesma mulher, para acessar os cuidados à saúde, devia buscar, em momentos diferentes, equipes e prontuários distintos. Desse modo, a desarticulação entre os programas dificultava o acesso e impedia uma ação mais integrada entre os serviços, caracterizando-os como irracionais, do ponto de vista gerencial e operacional, pois eram burocráticos e desenvolviam baixo impacto sobre os indicadores.

Na década de 70 assistiu-se um amplo e vigoroso debate sobre as políticas demográficas, polarizado entre os pró e os anticontrolistas. Todo o debate era relativo ao crescimento demográfico e às políticas de controle impostas ao terceiro mundo pelos Estados Unidos, visando prevenir riscos em seus projetos econômicos e políticos pela possibilidade de uma “explosão demográfica” do planeta.

Nessa mesma época, a ditadura militar recrudescia o discurso de segurança nacional, pois o País seria ameaçado pelo grande contingente de pobres e pelas famílias numerosas, afora que, nessa época, exacerbavam-se as idéias de eugenia. Nesse sentido, Costa (1999, p. 326) afirma que:

(...) a súbita radicalização do discurso dos militares em relação à temática da população, no início da década de 80, talvez tenha sido o toque necessário para provocar a conformação do cenário que resultou na formulação do PAISM.

Desde a década de 60, inspiradas pelo feminismo internacional e pelo clima de liberdade sexual que a pílula contraceptiva conferia, as mulheres brasileiras vinham processando a ruptura com o papel social clássico que a elas era atribuído exclusivamente (COSTA, 1999).

Com o surgimento dos movimentos sociais na esfera pública do Brasil no final dos anos 70, o movimento feminista ganhou corpo, conseguindo trazer os temas referentes à saúde e aos direitos reprodutivos, que até então não faziam parte das agendas de discussão, para o debate público. Nessa mesma década cresceu a influência

das feministas nos partidos de oposição e – com a realização das eleições e uma vitória expressiva da oposição em grandes centros, como SP, MG e RJ – criam-se os primeiros espaços governamentais, que são os conselhos, com o objetivo de implantar políticas públicas na perspectiva de gênero (PITANGUY, 1999).

Na sociedade brasileira, a trajetória das mulheres feministas para o interior do Estado se fez com grande desafio, conflitos e com muita articulação política. A história da luta do movimento feminista no Brasil está intrinsecamente ligada ao controle da população e ao planejamento familiar. As feministas criticavam as tendências pró-natalistas ou controlistas calcadas em preceitos religiosos, econômicos, geopolíticos ou demográficos (Pitanguy, 1999). Incorporaram uma ética própria, em que as questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos se tornaram os objetos centrais e estruturantes de sua ótica.

A crítica desenvolvida pelas organizações feministas aos programas oficiais de atenção à mulher ensejou propostas inovadoras e democráticas. No debate do que hoje se denomina “saúde reprodutiva”, incluíam-se tanto a possibilidade de acesso legal aos métodos contraceptivos como a necessidade de uma visão de integralidade na atenção à mulher na prática assistencial dos serviços.

O processo de articulação desenvolvido entre feministas, universidades e Ministério da Saúde resultou na criação do Programa de Atendimento Integral a Saúde da Mulher (PAISM, 1983/1984), que trouxe a proposta de uma atenção integralizada à mulher. Para o Estado brasileiro e suas políticas de saúde materno-infantil de até então, nas quais a mulher era objeto apenas em seu ciclo gravídico-puerperal, com a nova proposta, a mulher passaria a ser vista pelo sistema, para além de mulher-mãe, na condição de mulher / cidadã portadora de direitos (VARGENS, 2001).

O PAISM era constituído de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres em distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais em suas necessidades detectáveis epidemiologicamente. Assim, sua formulação baseou-se em dada realidade epidemiológica e foi norteadas por princípios democráticos e feministas, em que as idéias apresentadas questionavam a relação autoritária entre profissional de saúde x usuário, enfatizando uma visão mais integral da mulher assistida (VALADARES, 1999).

As linhas estratégicas de intervenção do PAISM explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde.

Costa (1999) comenta que a inclusão das ações de planejamento familiar ou de controle da fecundidade no PAISM não significava a priorização destas em detrimento de quaisquer outras ações identificadas no diagnóstico epidemiológico. Assim, o conceito de política de saúde integral para as mulheres colocou o Brasil em privilegiada posição internacional.

Acerca desse reconhecimento, a autora relata – a partir de documentos emergidos das conferências internacionais de 1994 (Cairo) e de 1995 (Beijing) – que as conquistas recentes sobre os direitos reprodutivos não devem limitar as políticas brasileiras, mas, sim, amparar os avanços conceituais já institucionalizados aqui. Refere ainda que a inclusão do homem nas ações de saúde reprodutiva – tida como a grande novidade – já se encontrava contemplada nos princípios do PAISM e em suas diretrizes, desde a sua formulação, através da orientação da integralidade assistencial proposta. Por conseguinte, não seriam aceitáveis recuos diante do conceito de integralidade da assistência em razão de todo o processo histórico e da conquista de um programa e de uma política tão atuais e caras para o processo de luta das mulheres.

Costa (1999) entende que a assistência integral concebida no PAISM no âmbito do movimento feminista brasileiro, constitui-se um patrimônio inegociável e deve constituir a referência conceitual estratégica em saúde para a implementação das ações de saúde reprodutiva. O PAISM, no plano dos conceitos e das políticas públicas para a atenção às mulheres, é a referência e satisfaz plenamente.

O PAISM é uma importante contribuição como política pública inovadora e abrangente tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender o atendimento integral construído desde a base, com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas, mas com a liderança e a participação direta e fundamental das maiores interessadas, as mulheres.

Semelhante concepção rompeu com a forma verticalizada de se construir a política pública na época, ao propor a alteração da perspectiva limitada à atenção

materno–infantil e sugerindo, como seus objetivos, a contemplação dos vários aspectos da saúde feminina, de modo a abarcar todas as suas fases de vida, como, por exemplo, ao oferecer atividades integrais clínicas e educativas, visando aprimorar o controle do pré-natal, do parto e do puerpério; ao abordar os problemas existentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controlar as doenças sexualmente transmissíveis; ao tratar cânceres preveníveis; ao oferecer assistência à concepção e à contracepção. Entretanto, não logrou a locação de recursos em nível nacional nem a priorização necessária ao seu funcionamento (GIFFIN, 1999).

Desse modo, o PAISM representou um marco pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva no contexto da atenção integral, e a sua adoção mostra-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. O princípio de integralidade preconizado pelo PAISM acompanhou a formação do SUS na década de 90 e surgiu como uma primeira proposta para o que, então, no ambiente da redemocratização do País e da reforma sanitária, culminou em uma política de saúde com princípios de descentralização e de integralidade das ações. A nova proposta é ambiciosa e buscou a quebra do modelo hegemônico, calcado no biologicismo, em uma relação de poder extremamente desigual e perversa e eminentemente masculinizado. A proposta do PAISM emergiu pouco antes da grande reforma que ocorreria no setor saúde – a formulação do SUS – mas nunca chegou a ser totalmente implantado no País (VIEIRA, 2002).

2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e Novos Desafios

A concepção de integralidade surgiu no PAISM com o movimento feminista. O termo assistência integral procurava indicar a ampliação do horizonte em que os problemas da saúde da mulher deveriam ser pensados. Nesse sentido é pertinente o comentário de Mattos (2001, p. 59):

(...) integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas se incidem.

Para o SUS, o pensar e propor a integralidade da atenção constitui um desafio maior. Desde a Constituição Federal de 1988 oferecer arranjos locais dos serviços de

saúde capazes de propiciar a atenção integral à saúde conforma um dos maiores desafios para os gestores do SUS.

Mattos (2003) refere que esse desafio se desdobra em três dimensões que, embora estejam intrinsecamente associadas entre si, nem sempre são tomadas como condições para reflexão dos sentidos da integralidade.

Como primeira dimensão está aquela relativa à capacidade de as políticas governamentais ordenarem o sistema de saúde, como a capacidade de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população.

Na segunda dimensão destaca a organização dos serviços de saúde, no sentido de garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica, demandados em cada situação assistencial, para que o atendimento prestado tenha resolutividade;

Por fim, a terceira dimensão é aquela relativa aos conhecimentos e às práticas dos trabalhadores da saúde, pois se refere à capacidade de gerar acolhimento e de desfragmentar o atendimento prestado aos usuários.

Nessa perspectiva, um dos maiores desafios para o SUS e suas equipes de gestão é constituir foco comum entre os profissionais, de modo a centrar a atenção no paciente, para possibilitar a constituição de um modo competente de realizar as mudanças de um modelo de atenção corporativo - centrado para um modelo usuário - centrado.

O PAISM e o SUS, no entender de Valadares (1999), trazem o princípio de integralidade para o atendimento à mulher, porém há grande dificuldade na sua implementação efetiva dentro de um sistema de saúde em que os profissionais trazem, em sua formação, o modelo de especialização clínica.

A ênfase em procedimentos e tecnologias, bem como a incapacidade de serem produzidos núcleos comuns de discussão, conduz a visões fragmentadas, desfocando a integralidade do paciente (MERHY, 2003).

Sobre as possibilidades do tratamento da questão da integralidade na prática dos serviços hoje, Teixeira (2003) comenta que o foco está claramente voltado para a

relação trabalhador-usuário e, ainda, defende que as várias formas de afastamento do outro, desenvolvidas no modelo assistencial convencional, tem gerado tensão nessas mesmas práticas de atenção à saúde – os próprios serviços de assistência:

(...) principalmente por comprometer negativamente o duplo cerne da razão de ser desses serviços: sua eficácia técnica e a satisfação da clientela. Apesar das entusiásticas promessas de eficácia da biomedicina triunfalista, o funcionamento concreto dos serviços que distribuem suas tecnologias vem demonstrando uma eficácia e, sobretudo, um grau de satisfação dos usuários bem mais decepcionante. De fato, parece que a coisa não funciona mesmo muito bem sem esse outro chamado 'paciente'... (TEIXEIRA, 2003, p. 92)

A tensão que surge no âmbito do SUS, focada na crítica ao modelo de assistência que desconsidera o usuário em suas demandas e singularidades, evoluiu do problema mais geral, o da garantia do acesso universal ao sistema de atenção, para a crítica da qualidade dessa atenção, muito em função dos avanços de cobertura no SUS e de suas políticas de ação, pois, em algum momento, ao longo da última década, atingiu um patamar importante na cobertura de serviços (LEVCOVTZ et al., 2001).

Os usuários, segundo Merhy (2002, p. 121), "*(...) na maioria das vezes não reclamam da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mais sim da falta de interesse e de responsabilização dos serviços, sentindo-se inseguros, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.*"

Assim, a criação de um vínculo/responsabilização desses trabalhadores com relação aos problemas apresentados pelos usuários faz-se imperativa para a construção de um modelo assistencial permeado pela noção integralidade. Para Teixeira (2003):

(...) a mudança na relação do poder técnico-usuário permeia a pretendida 'reversão do modelo técnico-assistencial', o que muitas vezes parece com uma 'reversão do modelo comunicacional' em vigor nesses serviços. (TEIXEIRA, 2003, p. 91)

A organização do SUS ainda tem, como grande desafio, a construção de um modelo tecno-assistencial coerente com as necessidades da população, e vem se esforçando nesse sentido, pois tem buscado desenvolver atualmente, dentro do princípio proposto, uma abordagem cada vez mais centrada no usuário, além de promover a discussão sobre os direitos de o cidadão receber um atendimento de qualidade na área da saúde. Surgem então as diversas pesquisas de qualidade dos serviços de saúde,

também trazendo o enfoque da satisfação do usuário e o conceito de atenção humanizado.

2.2 Novo Paradigma de Atenção: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção no SUS

O conceito de humanização da assistência ainda está em construção – assim como o da integralidade – e permite várias interpretações ou diversas definições, de forma que constituem diferentes percepções, sentidos e significados que dependem das diferentes posições ou papéis que ocupam aqueles que a ele se referem sejam dirigentes, profissionais de saúde ou usuários (BOARETO, 2003).

No âmbito do SUS, alguns modelos específicos de atendimento nos moldes da atenção humanizada já aconteciam em programas de hospitais, em várias áreas de conhecimento e de práticas de intervenção voltadas aos recém-nascidos, por facultarem o vínculo e o contato físico e emocional com pai e mãe ou nos cuidados com pacientes terminais e diante da morte hospitalar (BOARETO, 2003).

Apesar de carecer de definição mais clara, o conceito de "humanização da assistência" constitui o alicerce de amplo conjunto de iniciativas, as quais dão voz a demandas antigas na saúde, como, por exemplo, a democratização das relações que envolvem o atendimento, um melhor diálogo na comunicação entre profissionais de saúde e usuários, o reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e a dos pacientes como sujeitos do processo terapêutico (DESLANDES, 2004).

O documento oficial do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH), instituído pelo Ministério da Saúde em 24 de maio de 2000, inicia-se a partir de um diagnóstico da insatisfação dos usuários – no tocante, sobretudo, aos aspectos relacionais com os profissionais de saúde – e busca resgatar a humanização deste atendimento.

Deslandes (2003), em análise sobre o discurso oficial de humanização da assistência hospitalar, defende que resgatar a humanização através do PNHAH, no primeiro momento, é ir contra a violência institucionalizada seja ela física ou psicológica – a qual se expressa em maus-tratos – seja ela simbólica – aquela que se

manifesta na dor de não encontrar compreensão de suas demandas ou expectativas. No segundo momento se exprime na necessidade de melhorar a qualidade do atendimento, em que a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando-se os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Posteriormente, em 2003, o PNHAH foi substituído por uma Política Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS), pois as várias iniciativas já realizadas pelo MS no campo da humanização da atenção à saúde, como o Hospital Amigo da Criança, o Prêmio Galba de Araújo, o Programa de Humanização da Assistência ao Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN) e o próprio PNHAH, embora vistos todos como importantes contribuições e experiências realizadas no âmbito do SUS, também foram tidas como iniciativas fragmentadas, sem articulação entre si, havendo o risco de tornar-se a humanização mais um "programa" a ser aplicado nos diversos serviços de saúde e não uma política.

O HumanizaSUS surge como uma política nacional de humanização, de caráter de transversalidade, entendida como *"um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva"* (MS, 2004).

Levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar-se e de transformar realidades, o HumanizaSUS busca desenvolver a humanização como estratégias de interferência no processo de produção e saúde, além de investir sobretudo na produção de um *"novo tipo de interação entre os sujeitos"* que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (MS, 2004).

2.2.1 Princípios Norteadores da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)

Os princípios que norteiam o HumanizaSUS envolvem a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, de modo a fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, dentre os quais se destacam o respeito às questões de gênero, de etnia, de raça, de orientação sexual assim como às populações específicas – índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.

Desse modo, tais princípios envolvem:

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a população de saúde e a produção de sujeitos;
- Construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde mediante o estímulo dos processos de educação permanente.

Com a implementação da PNH da atenção e da gestão no SUS, busca-se consolidar quatro marcas específicas, expostas a seguir:

1. Reduzir as filas e o tempo de espera com a ampliação do acesso e com atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de riscos;
2. Todo usuário deverá saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, ao passo que os serviços de saúde se responsabilizam por sua referência territorial;
3. As unidades de saúde deverão garantir as informações aos usuários e o acompanhamento de pessoas de sua rede social;
4. As unidades de saúde garantirão a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como o desenvolvimento de educação permanente aos trabalhadores.

Dentro dessa proposta colocada pelo SUS, a da mudança do modelo assistencial a partir da modificação na prática, várias iniciativas se destacaram, todas permeadas pelos incentivos originários dos programas de humanização constituídos. O MS, este ano, instituiu o prêmio David Capistrano para os melhores projetos do SUS voltados ao atendimento humanizado.

Ampliar a oferta dos serviços e melhorar a qualidade do atendimento, de modo a proporcionar o acesso de usuários aos profissionais capacitados, são objetivos que

permeiam o SUS, porém a eficiência não basta, se o atendimento não for humanizado. Essa é a filosofia do PNH - HumanizaSUS, que o MS vem implementando desde 2003.

2.2.2 Programa de Humanização da Assistência ao Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN)

No Brasil, em resposta a toda essa conjuntura de ‘reformas’, o SUS vem investindo na mudança desse quadro de atenção, como temos até aqui discutido. O ano de 1998 – quando um economista esteve no comando do Ministério da Saúde – é o marco da implementação de uma série de iniciativas políticas para aperfeiçoar a qualidade de assistência obstétrica, de modo a, assim, melhorar o quadro de indicadores pela diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal, pela revalorização do parto normal e pelo fortalecimento da relação da mãe com seu bebê. As iniciativas adotadas foram:

- Instituir a iniciativa “Hospital Amigo da Criança” para estabelecimentos que desenvolvem estímulo ao aleitamento materno;
- Estabelecer mecanismos de controle de cesáreas, com a criação de um teto percentual decrescente de limites dessa intervenção: 40% no ano de 1998; 35% para 1999 e 30% para 2000, havendo previsão de sanções financeiras para os serviços que não reduzissem suas taxas (MS, 1998).
- Instituir, no novo modelo proposto, o pagamento para a assistência ao parto de baixo-risco realizado por enfermeira obstetra (MS/GM 2815, de 29 de maio de 1998);
- Instituir, no mesmo ano, o prêmio “Galba de Araújo”¹¹, com o objetivo de reconhecer e incentivar as unidades que se destacam pelo atendimento humanizado. A cada ano são premiadas cinco maternidades brasileiras;
- Criar o PHPN, em 2000, através de um conjunto de Normas e Portarias (MS/GM 569, 570, 571, 572 de 1 de junho de 2000), com estrutura de incentivos financeiros específicos para garantir um número médio de consultas de pré-natal e a qualidade de atendimento ao parto, estimulando a organização da assistência, a vinculação formal do pré-natal ao parto e ao puerpério,

ampliando o acesso das mulheres, garantindo qualidade e consolidando a atenção obstétrica integral, em uma perspectiva associada à afirmação dos direitos das mulheres incorporados como diretrizes institucionais.

O PHPN, criado em junho de 2000, estabelece diretrizes para a assistência pré-natal e o atendimento ao parto no SUS. Cada município que adere o programa tem que definir a sua rede de atenção ao pré-natal, ou seja, as unidades que vão ser referência para os exames previstos e os hospitais responsáveis pela assistência ao parto. Tem enfoque fundamental na humanização da atenção – busca promover a garantia do acolhimento à gestante, a escuta e o esclarecimento de dúvidas, o respeito à privacidade e a individualidade no pré-natal e parto.

Entre os incentivos financeiros oferecidos aos municípios, o PHPN prevê o repasse de R\$ 10/gestante captada precocemente para a realização do pré-natal (até 120 dias de gestação), mais R\$ 40/gestante, se forem realizados os procedimentos básicos da atenção ao pré-natal: mínimo de seis consultas durante a gravidez, realização dos exames laboratoriais básicos, imunização antitetânica e consulta pós-parto; e, para a instituição do SUS responsável pelo parto, são repassados mais R\$ 40/gestante que fez acompanhamento pré-natal.

Os repasses financeiros são feitos a partir da comprovação de que os municípios estão atendendo as mulheres de modo adequado. A monitoração é feita através do sistema de informação especial criado pelos gestores do SUS – o SISprenatal – disponibilizado pelo DATASUS, onde são registrados os dados relativos ao atendimento prestado.

Até fevereiro do ano de 2004, cerca de 4.503 municípios aderiram ao PHPN (mais de 80%). Apesar de todo investimento no programa, a avaliação feita pela equipe técnica é que as taxas de realização de exames no pré-natal ainda são muito baixas e que, também, a qualidade do atendimento aos partos – a maioria, feita em hospitais públicos – é também, no geral, baixa (MS, 2004).

A estratégia de humanização da assistência pré-natal, além do atendimento ao parto e ao nascimento, está inserida no pacto nacional pela redução da mortalidade

¹¹ Homenagem ao médico obstetra Galba de Araújo, que trabalhou junto às parteiras no nordeste deste

materna e neonatal, lançada em março de 2004, cuja meta é reduzir os elevados índices para 15%, até o final de 2006, e em 75% até 2015.

É ainda bastante incipiente a implantação do PHPN. Em Fórum realizado na data de 26 de maio de 2003, na cidade do Rio de Janeiro, intitulado ‘Primeiro Fórum Fluminense: Maternidade Segura e Cidadania’, o objetivo era realizar um debate sobre a humanização da assistência ao pré-natal e ao parto, a prevenção da mortalidade materna e a consolidação dos direitos reprodutivos. Nessa ocasião surgiu a informação formal de que apenas 14% dos municípios do País não são habilitados ao PHPN, porém, dos 86% habilitados ao programa, apenas 29% enviam os dados exigidos e necessários como condição para a manutenção desses municípios no programa, ficando então a taxa de 71% dos municípios sem o envio dos dados e com a conseqüente desabilitação ao programa (descredenciamento), o que revela a enorme dificuldade de efetivação/implantação do PHPN.

A seguir estão descritos os objetivos mais relevantes do PHPN:

- Diminuir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no País;
- Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento de pré-natal, do atendimento ao parto e ao puerpério e da assistência neonatal;
- Estabelecer a implementação de redes de assistência à gestação de alto-risco, com incremento de custeio e investimento nas unidades hospitalares integrantes destas redes;
- Integrar e regular o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e, ainda, o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial.
- Estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal, definindo mecanismos de regulação, criando fluxos de referência e contra-

referência que garantam o atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

Expostos tais objetivos do PHPN, conclui-se que a reforma da atenção na área materno-infantil está na pauta da agenda política do SUS e em processo de realização.

Boareto (2003) considera que a política de humanização ao parto encontrou, para sua implementação, todo um conjunto de desafios institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, recursos humanos e de cultura sexual e reprodutiva, mas que, apesar disso, avanços foram alcançados.

Isso porque todo processo de reformas constrói-se historicamente na formação de novos valores legitimados pela sociedade e com convergências sociais e políticas; assim também se constitui o SUS e, igualmente, caminha o PHPN.

2.3 Acolhimento como Estratégia de Qualidade da Assistência em Saúde

Dentre os desafios do SUS, aqueles que estão voltados principalmente para a modificação da lógica de atendimento dominante na tentativa de interferir e de produzir elementos que possam constituir o novo modelo de atenção, que seja humanizado e permeado pela noção de integralidade e da responsabilização para com o usuário, o acolhimento passa a ter valor fundamental.

A proposta de atenção em saúde recomendada pelo SUS traz o acolhimento como diretriz operacional básica e propõe principalmente a reorganização do serviço no sentido da garantia do acesso universal, da resolubilidade e do atendimento humanizado (Franco et al., 1999). Os autores exprimem que a definição básica do acolhimento constituído como diretriz operacional é a de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

Enquanto diretriz operacional que propõe a inversão da lógica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde, o acolhimento parte dos seguintes princípios, segundo Franco et al. (1999):

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua,

a de acolher, escutar e dar resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.

2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central desde o médico para uma equipe multiprofissional – equipe do acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário e se compromete a resolver seu problema de saúde.
3. Qualificar a relação trabalhador–usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

No dizer de Franco et al. (1999), o acolhimento traz um arsenal técnico de extrema potência, no qual se coloca, em primeira mão, na inversão do modelo tecno-assistencial, o atendimento multidisciplinar e a ótica do usuário – centrada na perspectiva de efetiva construção de um sistema de saúde com base no acesso para todos, na equidade, na integralidade das ações, na eficácia, no atendimento de qualidade, humanizado e sob controle social. Nesse sentido, o acolhimento é um mecanismo para o desenvolvimento da humanização da assistência.

Para Leite et al. (1999, p. 166):

Pensar e internalizar o acolhimento como uma prática que supera o modelo hegemônico de produção de serviços de saúde, requer uma reflexão crítica e uma tomada de decisão na construção de um novo modelo. Nesta perspectiva, acolher deve configurar-se como uma prática na qual o usuário passa a ser o sujeito central e justificador do processo assistencial, cuja composição tecnológica deverá manter uma relação de paridade com a dimensão da necessidade e/ou demanda expressa pelos indivíduos e por grupos organizados da população.

O processo de acolher (“atender”, “dar ouvidos”...), não se restringe somente a uma intervenção. É uma nova prática e ação sanitária que deve ser sustentada por aparato tecnológico que incorpore novos pensares e saberes, baseados em paradigmas que permitam a visão antecipada do “ser saudável”. O acolher deve gerar a responsabilidade de disponibilizar a assistência à saúde para o cidadão, podendo provocar efeito positivo sobre a situação apresentada, o que conforma a utilidade do serviço de saúde para as pessoas (LEITE et al., 1999).

Merhy (2002), em seu trabalho intitulado *Saúde, a Cartografia do Trabalho Vivo em Ato*, no qual desenvolve um estudo sobre a micropolítica do trabalho em saúde, faz uma reflexão e uma classificação das tecnologias aplicadas em saúde para além do convencional, e o acolhimento vem como componente vital da tecnologia leve do agir em saúde. Eis sua classificação:

- a) tecnologias leves – tecnologias das relações do tipo produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho;
- b) tecnologias leve-duras – relativas aos saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o Taylorismo e o Fayolismo;
- c) tecnologias duras – equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

Para Merhy (2002), do ponto de vista do usuário, pode-se dizer que este reclama não da falta de conhecimento tecnológico em seu atendimento, mas sim da ausência de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seu problema de saúde. Todas essas questões são relativas também à falta da utilização da tecnologia adequada no processo de trabalho em saúde – tecnologias leves, a das relações.

Assim, o autor defende que há a necessidade da elaboração de um agir em saúde ou de se produzir saúde de modo a enfrentar o tema do acolhimento aos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir em que exista cumplicidade do trabalhador com a vida individual e coletiva, estimulando um conjunto de reflexões teóricas que permita constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado.

O processo de acolhimento, em um modelo de atenção em defesa da vida, representa um desafio rumo a um assistir mais humanizado, no qual exista maior responsabilização e sensibilização dos trabalhadores da saúde em relação aos problemas apresentados pela população e no tocante ao processo assistencial (LEITE et al., 1999).

Desse modo, o acolhimento – tido como elemento fundamental a ser desenvolvido na práxis dos profissionais de serviços de saúde para tornar a assistência humanizada, seja este assumido como diretriz operacional (Franco, 1999) ou como tecnologia a ser utilizada de modo adequado (Merhy, 2002) – constitui um elemento da atenção a ser abrangido também na atenção obstétrica, desde os momentos ambulatoriais do acompanhamento do pré-natal ao atendimento do parto, e está colocado nas políticas implementadas pelo SUS – PHPN bem como imbricado na mudança do perfil relacional hegemônico entre profissionais e usuárias – gestantes ou parturientes.

Conclusões

Neste capítulo procurou-se estudar, levando em conta a situação atual da política de atenção obstétrica nacional, os esforços que o SUS vem empregando no sentido não somente de melhorar sua cobertura assistencial e o acesso da população a esses serviços, mas, principalmente, aqueles realizados para qualificar essa atenção. Destaca-se, em particular, o movimento para inverter a lógica de atenção dominante, a qual se caracteriza por desconsiderar o contexto e a subjetividade envolvidos na atenção às pessoas durante a relação profissional x usuário, pois esta se apresenta, na maioria das vezes, assimétrica e despersonalizada.

Enfatiza-se, na conformação de um novo modelo, o repúdio ao descompromisso com os usuários, com suas necessidades e demandas, bem como no atendimento obstétrico, o que conforma toda uma caminhada para tornar a assistência mais segura tanto para a mãe como para a criança desde o acompanhamento do pré-natal ao parto, mediante o resgate do parto normal e a valorização das mulheres na qualidade de pessoas e cidadãs de direitos.

Foram abordados as políticas e os programas elaborados no âmbito do SUS ao longo da história de sua implantação, permeados pelo princípio de integralidade.

Observa-se, através de sua constituição, todo o esforço empregado dentro do SUS para qualificar, diante da lógica do atendimento dominante, a perspectiva do acolhimento e da humanização na prática de atenção.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

Para a construção deste trabalho optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa, cuja pertinência é explicada por Minayo (2003):

(...) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2003, p. 22)

Em virtude dessas características, a abordagem qualitativa possibilitou a análise dos relatos das puérperas entrevistadas no tocante à realidade social que vivenciaram, o que está em consonância com Minayo & Sanches, que assinalam a força da palavra para a pesquisa qualitativa:

(...) o material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nas discursivas, intelectuais, burocráticas e políticas. (Minayo & Sanches, ano, p. 245.)

A parte empírica da pesquisa foi desenvolvida no Instituto Municipal de Mulher Fernando Magalhães (IMMFMM) – que será melhor descrito a seguir – no município do Rio de Janeiro.

Foram realizadas doze entrevistas de puérperas que deram à luz seja de parto normal ou de cesareana nesse Instituto. Para o desenvolvimento das entrevistas foi aplicado um questionário de perguntas abertas, que se pautavam em um roteiro temático voltado às questões da pesquisa. Tal forma de coletar dados – com base no depoimento de vivências – favorece a atenção ativa do pesquisador e do sujeito na busca de respostas, interagindo, quando necessário, para a condução mais adequada dos questionários.

A condução dessa técnica levou à coleta de grande volume de informações, o que demandou, para a sua análise, uma tarefa bastante árdua de separação das questões mais relevantes e que estivessem relacionadas com a orientação da pesquisa.

Segundo Schraiber (1993. Apud Lima, 1997), as vivências singulares são meios de aproximação da totalidade e representam, de certa forma, o coletivo a que pertencem. São construções que se determinam a partir da vida em sociedade, no pertencimento aos grupos. Assim, a entrevista pode ser um modo de contar e de lembrar, pressupõe interpretações daquele que relata, e esse significado não é exatamente único. A entrevista individualizada é uma experiência singular e os relatos então colhidos são formas ricas que se ampliam na profundidade e na diferenciação com que trabalham o coletivo. O individual não necessita reproduzir tudo o que se passa no coletivo para que faça parte de sua constituição. O relato também não se reduz a uma impressão unicamente subjetiva, uma vez que constitui um produto da elaboração intelectual do entrevistado, que é efetuada com base na reunião de sentimentos e na reconstrução da experiência vivida. O relato é assim um pensamento produzido especialmente.

O período de realização das entrevistas foi de julho a novembro de 2003, excetuando-se o mês de setembro, quando surgiram dois casos de varicela na UTI-neonatal, motivo pelo qual houve o fechamento de vagas para novas parturientes por um período de quarenta dias, excetuando-se aquelas que estivessem em período expulsivo.

A população inclusa para as entrevistas foram as puérperas que tiveram seus bebês no IMMFM, procedentes do município do Rio de Janeiro ou de outros municípios, referidas ou não, ou aquelas que tiveram que passar por vários serviços até conseguir acessar o leito obstétrico.

A captação das depoentes foi feita no alojamento conjunto, no quinto ou sexto andares (puerpérios), onde eu me apresentava, não sem certo constrangimento, porque houve a sensação inicial de “intrusão” naquele universo essencialmente “materno” e de cuidados com os bebês. Ali mesmo procedia a minha apresentação pessoal e a da pesquisa e seus objetivos, bem como dos critérios para a inclusão das depoentes que quisessem participar.

Ao surgirem voluntárias, a entrevista era marcada com elas sempre que estivessem disponíveis, o que, em geral, ocorria depois da visita dos familiares (depois das 15 horas) e depois da mamada do recém-nascido.

As entrevistas foram realizadas na sala de exames – único local disponível e com alguma privacidade para o processo. Nessa reunião eram prestados mais esclarecimentos acerca da pesquisa e de seus propósitos e a informação de que as entrevistas seriam gravadas, garantindo-se o anonimato e o sigilo das depoentes, de modo a se respeitar os princípios éticos norteadores das pesquisas com seres humanos.

Depois de feitos esses esclarecimentos, as que ainda quisessem integrar a pesquisa davam uma autorização por escrito para a realização da pesquisa – a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Em média, a duração das entrevistas foi de 30 a 40 minutos e contaram, muitas vezes, com a participação ativa dos bebês.

Após a coleta de dados passou-se para a fase de tratamento do material, que foi composta de ordenação, classificação e análise propriamente dita, conforme descreve MINAYO (2003).

3.1 A Pesquisa no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM)

Localizado na zona norte do Município do Rio de Janeiro, o IMMFM é serviço integrante do AP I da Secretaria Municipal de Saúde, da qual fazem parte os serviços localizados na região mais central da cidade, que são os que atendem a usuários de todas as regiões do município, inclusive de municípios vizinhos, especialmente os da Baixada Fluminense. É referência para alto risco materno e neonatal para toda a cidade. Dispõe de adequado espaço físico, pois conta com 9 andares, 104 leitos obstétricos e 64 neonatais intensivos.

Esse Instituto é pioneiro na assistência da Enfermeira Obstétrica às Parturientes desde 1988, quando foi implementado um modelo de assistência à parturiente que incluía a ação da enfermagem obstétrica assistindo a partos normais. Esse modelo teve a sua importância reconhecida pela Secretaria e foi expandido como política pública. Em

1994 foi adaptado como nova filosofia assistencial na maternidade Leila Diniz e, hoje, na conformação de inovador modelo assistencial na Casa de Partos David Capistrano.

Por ser unidade gerida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que vem investindo e desenvolvendo uma política de humanização em suas unidades, tem embutida diversas iniciativas humanizadoras da assistência nas suas ações, como o projeto “Mãe-canguru”; a flexibilização de visitas para os pais; o acesso do acompanhante durante o trabalho de parto normal; a permissão de acompanhamento nas primeiras 24 horas pós-cesárea; a permissão de acompanhamento integral para mulheres que deram à luz a gêmeos; e o incentivo ao aleitamento materno, entre outras.

Sendo referência para alto risco materno-fetal, o IMMFM, talvez por sua localização geográfica na cidade, recebe um número significativo de mulheres de risco gestacional provenientes de outros municípios vizinhos – que não possuem condições para atendimentos de maior complexidade e que demandem leitos para gestações de riscos e de UTIs neonatais – como também recebe muitas mulheres em trabalho de parto de baixo-risco, de regiões próximas da mesma forma que mulheres vítimas da peregrinação por leitos.

PARTE II. RESULTADOS

"(...) sabemos que as mudanças no agir dos seres humanos acontecem muito mais lentamente que aquelas que se verificam no campo do conhecimento, da técnica, pois tais mudanças pressupõe uma implicação destes seres humanos com o que fazem, a começar com o que fazem com eles próprios."

(LIMA, 1997, p. 53)

CAPÍTULO IV. O PRÉ-NATAL

Neste capítulo buscou-se, através das experiências relatadas pelas mulheres (puérperas) integrantes da pesquisa, conhecer ‘por dentro’ como foram vivenciados os atendimentos de pré-natal, da mesma forma que o processo de inclusão no acompanhamento de pré-natal no município do Rio de Janeiro – dificuldade ou facilidade de acesso. Procurou-se igualmente vislumbrar de que maneira ocorreu o mecanismo de referência para os casos que exigiram acompanhamento para alto-risco gestacional. A análise das falas, foi norteadada pela noção de integralidade, de acolhimento e de humanização do atendimento, tidos como direitos das usuárias para um atendimento adequado e de qualidade.

4.1 Acesso ao Pré-Natal e Referência para o Alto-Risco

As desigualdades sociais e econômicas ainda são importantes fatores responsáveis pela diferenciação das condições de saúde da população. Alguns indivíduos e grupos sociais têm pior situação de saúde e são expostos a todo um conjunto de iniquidades sociais. Cor, etnia gênero e região colaboram para tais condições de iniquidade.

O aumento da cobertura assistencial mediante o incremento da participação do setor público na prestação dos serviços de saúde é medida que se baseia nos princípios doutrinários do SUS, os quais têm na descentralização e na universalização das ações de saúde os motes para o surgimento do nível local como principal responsável pelas ações de saúde promovidas pelo Estado junto à sociedade.

Para Levcovitz et al. (2001), a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contracorrente das tendências hegemônicas de reformas dos Estados nos anos 80, enquanto sua implementação, nos anos 90, se dá de forma bastante desfavorável, mas, apesar das adversidades, que são inúmeras, há ‘relativo consenso’ a respeito dos avanços do SUS.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS, 2001) estabelece critérios de regionalização nos Estados, propondo uma reorganização do sistema, o que significa, em linhas gerais, ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica e estabelecer o processo de regionalização da assistência. Desse modo busca imprimir maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema através da organização e da articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade. Através da NOAS são definidos sete grupos de ações estratégicas e mínimas para a atenção básica: controle da tuberculose, da hipertensão arterial, dos diabetes Mellitus e da hanseníase, bem como ações de saúde bucal, de saúde da criança e de saúde da mulher.

Das ações de atenção à saúde da mulher, na atenção ao pré-natal, o acesso constitui um primeiro indicador bastante sensível para revelar a qualidade dos serviços avaliados. Assim, a cobertura do pré-natal consiste em um dos principais indicadores do pacto de atenção básica do SUS.

A prioridade no atendimento à população materno-infantil tem norteado o discurso das políticas de saúde. A necessidade da ampliação da cobertura da assistência pré e perinatal através da garantia ao acesso de serviços tem sido ressaltada, em muitos países, como essencial para o alcance dos objetivos relacionados à redução do baixo peso ao nascer e da mortalidade materna e infantil (GOMES, 1995).

Apesar das ações voltadas à saúde da mulher no Brasil, as desigualdades no acesso à atenção pré-natal são marcantes, pois são as gestantes de maior risco¹² – as de baixa renda, de baixa escolaridade, com antecedentes obstétricos desfavoráveis, com déficits nutricionais pré-gestacionais, de menor ganho ponderal durante a gravidez, as adolescentes etc. – as que apresentam os piores indicadores de utilização dos serviços de saúde, como, entre outros, o início tardio do pré-natal, o menor número de consultas e o atendimento obstétrico feito exclusivamente por acadêmicos (cf. NOGUEIRA, 1994; VICTORA, 1989; GOMES, 1995; ENKIN, 2000; GAMA 2002).

¹² Gestação de alto-risco é prenhez com evolução desfavorável para o concepto. Esse “alto-risco”, intimamente associado à evolução fetal, pode estender-se, *lato sensu*, ao prognóstico materno (REZENDE, MONTENEGRO, 1995).

Uma pesquisa realizada pelo IBGE (1999) mostrou que, no Brasil, é bastante diferenciado o uso dos serviços de saúde por quintil de renda, por nível de instrução e por área geográfica de residência. O acesso é mais elevado entre os sujeitos de melhor condição social. Portanto, indicadores como escolaridade, renda e local de moradia parecem determinar tanto o acesso quanto a qualidade prestada por esses serviços, ou seja, parecem contribuir fortemente para a persistência nas desigualdades de acesso.

Quanto à qualidade da assistência ao pré-natal, o manual técnico do Ministério da Saúde (MS, 2002) afirma:

O principal objetivo da assistência ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças – que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo.

Dessa forma, o atendimento pré-natal de qualidade privilegia, além das ações técnicas, preventivas e de controle, os aspectos emocionais, subjetivos e de apoio social.

Atualmente, as pesquisas revelam que um número cada vez maior de mulheres tem tido maior acesso à informação e busca o acompanhamento pré-natal para avaliar se suas condições de saúde são adequadas, de modo que percebem a importância de se prevenir ou de tratar algum risco, para ela ou para o futuro bebê, durante a gravidez através do diagnóstico e dos cuidados precoces no atendimento pré-natal.

Segundo dados do SINASC, em 2001 houve cobertura de atendimento pré-natal de 96% das mulheres, dentre as quais apenas 4% informaram não ter feito qualquer consulta; 7% realizaram até 3 consultas; 2% sem informação ou número de consultas ignorado; 87% fizeram quatro consultas ou mais.

O Ministério da Saúde recomenda um número mínimo de seis consultas de pré-natal para o bom acompanhamento das gestantes. Dados oficiais mostram que, embora existam dificuldades para a realização dos procedimentos previstos no pré-natal, houve aumento do número de consultas de gestantes no SUS. O DATASUS registrou a média de 1,2 consultas de pré-natal no ano de 1995, no Estado do Rio de Janeiro, e esse número aumentou para 5,1 no ano de 2003.

De acordo com estudo realizado pela BENFAM (1997. Apud Rea, 2003), mais de 90% das mulheres de áreas urbanas e cerca de 70% de mulheres de áreas rurais fazem, pelo menos, uma consulta de pré-natal. O número médio de consultas é respectivamente de 7,6 e 6,4 nas áreas urbanas e rurais, porém ainda se mantêm as diferenças regionais de oferta, pois, no nordeste e no norte, a quantidade de mulheres sem pré-natal chega a 26,1% e 19%, respectivamente, embora o número de consultas de pré-natal em todo o País seja crescente (REA, 2003)

Leal et al. (2004), em amplo estudo realizado para a avaliação da saúde perinatal no município do Rio de Janeiro – com amostra de 10.072 puérperas –, verificaram que é grande o acesso de gestantes à assistência pré-natal no município do Rio, onde 71,8% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre, enquanto somente 3,0% começaram no terceiro trimestre. Quanto ao número de consultas de pré-natal verificaram que 61,5 das mães fizeram sete ou mais consultas.

Boareto (2003), em sua tese de mestrado, desenvolveu uma avaliação da política de humanização do parto e do nascimento no município do Rio de Janeiro em abordagem quantitativa, em que entrevistou duzentas e noventa e duas puérperas em unidades do SUS. Evidenciou-se então que 93,2% dessas mulheres haviam feito o pré-natal, observando-se que, dessa amostra, apenas vinte mulheres não haviam efetuado qualquer consulta.

Ribeiro et al. (2004) fizeram um estudo comparativo quantitativo sobre a atenção ao pré-natal na percepção de 203 usuárias gestantes do SUS. O estudo foi desenvolvido em 22 municípios, distribuídos nas grandes regiões brasileiras, utilizando unidades básicas de saúde tradicionais e módulos de saúde da família. Verificou-se que 86,2% das entrevistadas relataram facilidade para marcação de consultas de pré-natal.

Os estudos citados acima corroboram a afirmação de que, hoje, o acompanhamento pré-natal está sendo bem mais valorizado pela população feminina.

Quanto ao conteúdo das consultas de pré-natal, Enkin et al. (2000) defendem que tais conteúdos são mais ritualistas do que racionais, privilegiando-se os aspectos preventivos / prescritivos e não os de apoio social e emocional. O autor refere que, nessa lógica de atenção, a frequência e o intervalo entre as consultas nunca foram

testados de modo adequado. Para ele, essa característica da atenção se adaptaria mais às mulheres das classes médias e superiores e menos para as mulheres das classes mais pobres. No dizer de Enkin há estudos confirmatórios de que as mulheres que recebem cuidados no início da gravidez e têm mais consultas de pré-natal tendem a apresentar melhores resultados perinatais e menos mortalidade materna, razão pela qual haveria a tendência dos programas de pré-natal no sentido de aumentarem o número de consultas oferecidas, desconsiderando as diferenças sociais.

Villar (1998), com o objetivo de avaliar a efetividade clínica e psicossocial da assistência ao pré-natal, comparou todos os estudos efetuados com metodologia adequada – ensaios aleatórios e controlados – disponibilizados *na Cochrane Library on line*. Os principais resultados observados foram de que a redução moderada das consultas de pré-natal não se associaria ao aumento de qualquer resultado perinatal negativo. Da mesma forma, a eficácia clínica dessas consultas seria comparável quando a atenção fosse realizada por médico ou por enfermeira. Em síntese, até que se prove o contrário, a quantidade mínima de consultas que deve realizar uma grávida de baixo risco parece ser de quatro.

Rea (2002) afirma que a obrigatoriedade das consultas de pré-natal objetiva prevenir a mortalidade materna, que ainda é bastante elevada no Brasil – de 45,8/100.000 nascidos vivos, em 2000, e estimada para 63,8/100.000, em 2001 (DATASUS/MS) –; prevenir e/ou tratar as doenças da mãe e o nascimento de bebê prematuro, de baixo peso ou com patologia que se pode prevenir.

Contudo, as quatro principais causas de morte materna são: hemorragia, obstrução do trabalho de parto (distócia), septicemia puerperal e doença hipertensiva (eclâmpsia), das quais somente a última é evento da gravidez e pode ser evitada no pré-natal. As síndromes hipertensivas são a principal causa de morte materna em nosso meio e evidenciam deficiências na assistência ao pré-natal, tais como: falta de diagnóstico oportuno e falha na referência e no acesso a serviços de maior complexidade.

Para essa autora, a tendência histórica da melhoria das condições sócio-econômicas não se aplica ao caso das mortes maternas, pois estas estariam mais ligadas a intervenções médicas específicas. A prevenção da mortalidade materna não estaria

necessariamente associada apenas ao número de consultas no pré-natal , mas sim a outros fatores ligados diretamente ao parto.

Rea (2002) defende que as causas da mortalidade materna passam basicamente por três aspectos, que estariam diretamente relacionados ao retardo no acesso e à qualidade da assistência prestada:

1. Retardo na busca da assistência;
2. Retardo na busca do primeiro nível da assistência;
3. Retardo da intervenção após o acesso.

Segundo a autora, o último ponto parece ser o mais crítico, pois diz respeito às falhas profissionais e/ou institucionais. Falta de equipamentos, de medicamentos, de anestésicos, de material de sutura, de luvas, de sangue adequado para transfusão, assim como de sala de cirurgia disponível e de equipe treinada são alguns dos obstáculos que levam ao retardo fatal do atendimento às mulheres, resultando no desfecho cruel de sua mortalidade.

Embora a tendência histórica de melhoria das condições sócio-econômicas pareça não se repetir em relação à prevenção da mortalidade materna – como demonstra o estudo de Rea (2002) – a melhoria dessas condições se associa diretamente ao acesso ao serviço, como já discutido anteriormente.

Para exemplificar o que foi exposto, tem-se a situação das adolescentes. Dentre as doze puérperas entrevistadas nesta pesquisa, cinco são adolescentes (idades entre 15 e 19 anos) e apenas uma não realizou qualquer consulta de pré-natal. Iracema – uma adolescente de 16 anos, negra, com baixa renda familiar e baixa escolaridade – passou pela fase de grande estresse emocional e depressão que levou à negação e ao ocultamento da gravidez; ao desejo de abortamento e aos riscos inerentes a essa prática, no Brasil, com o conseqüente retardo do acompanhamento pré-natal.

– (...) a minha pressão subiu, foi a primeira coisa que me aconteceu, comecei a chorar, fiquei com medo de falar para minha mãe. – Então você desejou tirar o neném? – É. – E o seu parceiro? – Também, mas ficou com medo. (...) queria até tirar, mas fiquei com medo, que era chá de maconha. (...) medo de acontecer alguma coisa comigo, porque eu tive uma colega que foi tirar, só sei que deu problema nela, ela quase morreu.

Essa adolescente apresentou hipertensão grave ao longo da gestação, tendo tido duas internações hospitalares, em cujos intervalos não houve qualquer acompanhamento de pré-natal:

(...) eu fui no Andaraí... fui, que a minha perna tava muito inchada, meus braços, meu rosto (...) me deram remédio pra pressão e me mandaram pra casa. (...) foi logo no início e no meado também (...) eu engravidei e a minha pressão ficou alta, porque será? (Iracema)

Como revelam alguns estudos, as adolescentes iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal e, em sua maioria, aquelas que são pobres terminam por fazer menor número de consultas quando comparadas a mulheres de 20 anos ou mais, tendo como causas os diversos fatores e conflitos que permeiam o surgimento de uma gravidez precoce (GAMA, 2001, 2004).

O atendimento pré-natal, nesses casos, tem sua importância duplicada, pois ser acessível e sensível a essa população provoca impacto significativo na prevenção da prematuridade, do baixo peso ao nascer, das síndromes hipertensivas e das DSTs (especialmente, sífilis e HIV), uma vez que se trata de população jovem e exposta.

A assistência pré-natal de qualidade terá a abrangência necessária para dirigir-se a aspectos que são fundamentais ao bom encaminhamento psico-sócio-cultural de uma gestação precoce, contendo abordagem educativa familiar, o que vai além da avaliação clínico-obstétrica. Portanto, se faz necessário que se adote uma abordagem mais sensível a essa população, que consiga melhorar a acessibilidade, assim como qualificar o atendimento, para que saia fundamentalmente da dimensão medicalizadora e clínica e se volte para os aspectos mais gerais, conforme orientam os estudos de qualidade da atenção. Não apenas essa população, mas ela, especialmente, traz a demanda urgente da qualificação do atendimento que se presta às gestantes, uma vez que os prejuízos de uma atenção inadequada se fazem mais intensos para as grávidas adolescentes.

Segundo Gama et al. (2004), as possibilidades para que os efeitos de um pré-natal inadequado nesse grupo sejam mais pronunciados são maiores, porque a gravidez na adolescência é fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, que são, com frequência, desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade. É de notar, segundo a autora, que o fator aceitação conjugal e familiar está diretamente associado à elevação da estima da adolescente e à adesão ao pré-natal.

Muitos relatos de experiências apontam para as dificuldades no estabelecimento de um sistema de referência e de contra-referência nas ações de saúde. Vários são os fatores impeditivos da concretização dos princípios de regionalização e de hierarquização dos serviços de saúde no SUS. Um sistema de referência e de contra-referência atuante revela o grau de responsabilização da rede de serviços com a resolubilidade da demanda de saúde apresentada pelo usuário, ou melhor, como define Mendes (1993, p. 149), “... a garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com cada nível e ao nível do sistema como um todo.”

Um sistema de referência e de contra-referência que vincule pré-natal, parto e puerpério à garantia de acesso das gestantes de alto-risco aos serviços de maior complexidade e com equipes treinadas, além de uma central de regulação de leitos para alto-risco, possibilita o atendimento precoce e a diminuição do risco de morte perinatal.

Experiências pontuais – como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foram implantados em alguns municípios – parecem dar conta de questão tão complexa, e as atividades “extramuros”, como as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, caberiam certamente no resgate/inclusão de, no caso encontrado na pesquisa, uma usuária adolescente, com risco materno-fetal e desestruturação familiar e social, fatores que colaboraram para que a jovem não atribuísse valor algum ao acompanhamento médico de sua gestação.

Considera-se que, para a existência de um sistema de referência e de contra-referência atuante e efetivo se faz também necessário não apenas o estabelecimento dos fluxos e contra-fluxos de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas, muito mais que isto, como o reconhecimento de que deverão ser difundidos, nesse sistema, os conhecimentos indispensáveis para a melhoria da qualidade do atendimento realizado por ele no local em que está inserido.

Pinheiro (2003), analisando o sistema de referência que considerou atuante no Município de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro, pôde verificar que um dos nós impeditivos para o seu andamento era representado pela figura do médico – o principal vetor das ações de referência e de contra-referência –, o qual se destacava como foco de questionamento do modelo a ser mudado, provocando tensões na relação entre serviços,

profissionais e usuários. Tal resistência era tida pela autora como oriunda talvez do desconhecimento ou, mesmo, pela não incorporação, por parte desse profissional, da racionalidade política a que o projeto se propõe em Volta Redonda, concluindo-se que o envolvimento dos atores no engajamento de qualquer proposta que provoque mudanças se faz preciso para a maximização dos resultados positivos, donde um obstáculo significativo a ser vencido pelos gestores é a dificuldade de se estabelecer esse envolvimento.

Por ser capital, o município do Rio de Janeiro apresenta mais concentração de serviços de maior complexidade, que oferecem melhor estrutura para o acompanhamento de gravidez de risco, o que atrai mulheres residentes nos municípios vizinhos. É a principal referência para alta complexidade no Estado, sendo pólo de referência estadual para as áreas de oncologia, hematologia, hemoterapia, transplantes, cirurgia cardíaca, entre outras. A intervenção na atenção materno-infantil é prioridade para o Plano Diretor de Regionalização em Saúde (PDR) do Estado, que abrange o período 2001/2004.

O município do Rio de Janeiro tem divisão territorial própria, que é posta em prática pela Secretaria Municipal de Saúde para a organização e gerência dos serviços de saúde desenvolvidos, conformando as áreas programáticas (AP). Há uma hierarquização da atenção obstétrica no município do Rio de Janeiro, apresentando um mecanismo formal de referência e de contra-referência para gestação de risco no atendimento de pré-natal.

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios; 75,7% da população do Estado residem na região metropolitana, onde estão os populosos municípios que compõem a Baixada Fluminense e que são os grandes demandantes de assistência obstétrica de alto-risco, por não possuírem estrutura pública mínima e adequada para esse atendimento. Não há maternidades de alto-risco. Os serviços públicos que prestam atendimento limitado a essa demanda são o Hospital Geral de Nova Iguaçu (Hospital da Posse) e Saracuruna, porém ambos convivem com o permanente drama da desassistência (não condições de atendimento).

Por absorver demandas de diversos outros municípios pertencentes às demais regiões do Estado – como a região Metropolitana, a Noroeste, a Serrana, a do Norte

Fluminense, a Baixada Litorânea, a do Médio Paraíba e a do Centro Sul – pode haver um estrangulamento desse sistema. No entanto, a realização de ações de reorganização da assistência à gravidez, parto e puerpério previstas no PHPN, na região metropolitana, pode provocar forte impacto na redução da morbi-mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro.

A atenção pré-natal está inserida na atenção primária e cada vez mais se faz preciso trabalhar para a ampliação de seu acesso nas regiões brasileiras bem como a de sua capacidade resolutive.

Nesta pesquisa constatou-se a acessibilidade ao pré-natal, em que pese algum grau de dificuldades para a obtenção do agendamento de acesso à atenção.

Nove entrevistadas buscaram o atendimento pré-natal após o primeiro trimestre e apenas duas delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre:

(...) fiz, no posto de saúde de DC, que é público. (...) depois da quinta consulta tava com cinco mês. (...) no primeiro dia tive (dificuldades), porque tem de enfrentar fila... chegar de manhãzinha logo cedo. (Ana)

(...) sim... todas elas... no PAM Matoso. (Maria)

– (...) fiz, no SASE, Caxias. (...) é público (...) Tava com nove semanas.. (Carolina)

– (...) lá perto de casa no Posto de saúde, consegui no mesmo dia. Lá, toda quarta-feira é o dia do médico de pré-natal. (Irene)

– (...) ah, eu tava com quatro mês... foi no Del Castilho... me deram um encaminhamento... (Lígia)

– (...) eu comecei a fazer o pré-natal com um mês e duas semanas... No Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu, hospital novo, público... seis consultas. (Júlia)

– (...) fiz, no Mal. Rondon que é um hospital, só que é do INPS. (Clarissa)

Duas adolescentes referiram dificuldades no acesso ao pré-natal, por não terem a presença de um responsável para acompanhá-las, e uma delas informou dificuldades por não ter em mãos o registro civil de seu nascimento:

– (...) *Eu fui em vários lugares porque eles falavam que eu era de menor, e eu tava sozinha. Eles falavam : menor de idade não passa sozinha, tem de levar acompanhante... Só fiz uma... (Tatiana)*

– (...) *não, porque meu pai levou a minha certidão, e no Carmela só aceitava com a certidão e tinha que ter o responsável... (Laís)*

Os relatos fazem refletir sobre a exclusão social em que vivem tais adolescentes grávidas, assim como sobre o papel dos serviços de saúde de atenção pré-natal, que devem facilitar o mais precocemente possível o acesso à assistência através de seu acolhimento. Ainda mais que, de maneira geral, conforme comprovam vários estudos, as adolescentes, em sua maioria, já chegam tardiamente aos serviços de pré-natal e apresentam maior dificuldade de adesão ao acompanhamento e menor número de consultas.

Entre as puérperas que participaram da pesquisa, a referência formal para acompanhamento de pré-natal de alto-risco aconteceu em dois casos:

– (...) *Fui no médico lá no posto perto da minha casa, aí, eles mandaram procurar uma maternidade de alto-risco, que eu tenho pressão alta. Aí vim pra cá, me deram um encaminhamento. (Lígia)*

– (...) *Não, eu vim com encaminhamento. Eu saí de lá do posto, cheguei aqui, umas onze horas, peguei informação e a menina mandou eu voltar no outro dia bem cedo. Aí eu vim no outro dia bem cedinho. Consegui, peguei o número e consegui a consulta pro mesmo dia. (Lígia)*

– (...) *aí a pressão subiu lá e o dr Gilson falou que a gravidez era de alto-risco, aí, me transferiu para cá, nisso ela mandou uma carta , aí eu vim. Aí tinha que passar pela triagem, aí fui atendida na emergência, minha pressão tava 16/10, aí uma mulher me mandou ir lá embaixo e falar com outra mulher. Aí a mulher falou que naquela hora não tinha mais triagem, para mim ir embora, aí fui lá na farmácia e peguei o remédio. Mandou eu voltar na segunda-feira. Aí na segunda-feira voltei com a pressão mais alta, aí eu só fui atendida porque uma mulher que tava na sexta-feira me conheceu, aí eu falei que vim aqui pegar a carta que o médico escreveu, aí essa carta sumiu, ninguém sabia aonde estava essa carta lá embaixo, aí eu só fui atendida porque essa mulher me conheceu, aí ela falou que não era pra eu ter ido embora, porque se acontecesse alguma coisa... que não sei o quê, aí eu falei que a moça tinha mandado eu ir embora. (Maria)*

Nessa última fala, a referência para o alto-risco no pré-natal foi cumprida, a assistência se deu de forma adequada – avaliação médica, uso do medicamento com observação e monitoramento da redução dos níveis pressóricos no repouso, alta para residência com a aquisição, através do recebimento na unidade, dos medicamentos

prescritos e agendamento de retorno para o acompanhamento pré-natal –, porém há o relato do desencontro de informação pela usuária, que fala quase não ter conseguido ser atendida no dia da consulta de retorno. Da mesma forma refere desorganização do serviço, por terem perdido “a carta de referência” feita pelo “seu médico”. A garantia de seu atendimento, no dia do retorno, se deu pelo fato de ter sido reconhecida por uma funcionária, que a vira na instituição dois dias antes no atendimento pela emergência. Segundo o relato, foi por “sorte” que encontrou aquela “mulher”, quem fez com que a usuária tivesse o atendimento naquele dia.

Diante do relato apresentado, percebe-se que a comunicação no interior do serviço se deu de forma bastante inadequada, pois a relação comunicacional foi completamente anônima, haja vista que a única referência da usuária para sua orientação no interior do serviço e em seus encaminhamentos foi o sexo da funcionária. Isso deixa claro que não ocorreu, neste caso, a responsabilização, a atitude ética que deve permear todo diálogo institucional. Se as relações institucionais (usuários-profissionais) são baseadas no anonimato, não havendo a identificação das pessoas, poderá haver responsabilização para com os assistidos?

Uma das quatro marcas específicas da implantação da política de humanização da atenção e dos direitos dos pacientes nas gestões do SUS é a de que todo usuário deverá ter ciência acerca de quem são profissionais que cuidam de sua saúde, mediante o que os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial. Isso implica, de antemão, a implementação da pequena, porém grandiosa, atitude dos profissionais nas instituições, que é a de cumprir a obrigatoriedade de uso do crachá de identificação.

A orientação precisa para os fluxos dos usuários no interior da instituição/serviço otimiza e dignifica o atendimento, bem como desenvolve resolubilidade e satisfação pelo atendimento prestado.

Ainda na discussão sobre acesso, alguns serviços fazem o teste para gravidez como forma de otimização para fornecer o acesso ao pré-natal às gestantes. Esse teste é rápido e simples de ser feito, solicitando-se à gestante uma amostra de urina matinal, em geral, em uma consulta coletiva informacional. No entanto parece que, em alguns

serviços, a testagem inicial tornou-se mais um obstáculo a ser vencido para o agendamento das gestantes no pré-natal, conforme relatos:

– (...) primeiro porque, em março, eu fiz exame de sangue e tava negativo, eu já achava que tava grávida, já porque a menstruação não descia, aí na segunda fiz outro exame de sangue lá no Nossa Senhora de Franco; aí, deu negativo, aí, eu fui na médica e ela falou: você não tem nada, não está grávida. Aí, eu esperei e estava com cinco meses já. (Clara)

– (...) tive que ir lá... mas esse exame (o de urina) dava positivo e outro dava negativo, aí eu não podia começar, só na outra semana ainda. (...) fiz e o resultado saiu na hora, só que eu não podia fazer o pré-natal porque tava lotado, não tinha vaga. (...) (dois dias depois)... umas 5:30, tinha uma fila enorme, mas consegui no mesmo dia. (Maria)

Muitas mulheres buscam os laboratórios particulares para a definição laboratorial da gravidez, por terem tido dificuldades iniciais para o diagnóstico:

– (...) fiz com um mês e no mês seguinte fiz outro. (...) ah, não sei; eu cheguei lá e disse que queria fazer o teste de gravidez, aí, eles fizeram e deu negativo. (...) não, foi no laboratório particular na Figueiredo Magalhães. (...) parei (de tentar saber o resultado do teste de gravidez), descobri, já estava com cinco meses. (Clara)

Neste estudo, a ultra-sonografia figura como recurso definidor de uma gestação e de sua idade no imaginário das mulheres. O significado da ultra-sonografia para as mulheres que participaram desta pesquisa foi o de revelar a concretude da gravidez através da visualização do bebê, o que antes só era possível no momento do nascimento. Muitas delas buscaram este recurso de forma particular para, a partir daí, da “certeza”, acessar o acompanhamento pré-natal:

– (...) aí, eu fui conversar com ela (a mãe), fiquei com medo de, de repente, ele nascer assim... fazer nove meses... aí conversei com ela, aí ela me chamou fui na médica que pediu o exame de ultra-som e falou que eu tava com cinco meses já.

– (...) não ... a ultra-som era particular. (Clara)

– (...) aí, eu fui bater uma ultra-som. (Isabel)

– (...). com seis meses. (...) em Xerém, na maternidade.

Percebe-se que o acesso pode ocorrer de formas variadas. Como exemplo tem-se aquele em que a unidade é credenciada ao SUS, mas, ao mesmo tempo, tem atendimento privado, desenvolvendo dupla porta de entrada, o que causa discrepâncias

na qualidade da atenção e ônus financeiro para uma população que se sacrifica para arcar, ao menos, com os custos ambulatoriais do pré-natal.

– (...) fiz, no SASE, Caxias. (...) é público (...) Tava com 9 semanas. – Quando perguntada se teve dificuldade para começar o pré-natal, respondeu:– (...) não.... ... porque lá as consultas são pagas. – Mas não é público? – (...) tem um desconto, tem pelo SUS, que é o parto, mas você paga as consultas e os exames. – Então, não tem pré-natal público lá? – (...) se tem, eu não fui comunicada, mas eu sabia que o parto tinha público pelo SUS, mas as consultas, eu não fiquei sabendo; se tinha, eu paguei por elas. (Carolina)

Conclusões

Na análise da categoria Acesso/referência ao pré-natal, das doze puérperas que fizeram parte deste estudo verificou-se que onze realizaram alguma consulta de pré-natal. Contudo, apenas duas iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre, mais exatamente, as duas adolescentes com união consensual e apoiadas por seus parceiros e pela família, além de contarem com escolaridade relativamente adequada a suas idades e melhores condições econômicas, o que corrobora que estes são alguns fatores que favorecem o acesso da gestante ao pré-natal de forma precoce (primeiro trimestre) segundo pesquisas já realizadas.

Nove delas realizaram o acompanhamento a partir do segundo trimestre e somente uma não realizou qualquer consulta, por não atribuir valor ao acompanhamento. Esta também é a que representa, de forma mais clássica, as evidências já mostradas na literatura e alguma delas citadas nesta análise, de que fatores como cor, idade, baixa renda, baixa escolaridade e localização de moradia estão fortemente associados à não realização do pré-natal ou o seu início tardio, bem como à baixa adesão.

Quanto ao acesso foi constatado nesta pesquisa que apenas uma gestante não realizou o pré-natal; as demais fizeram algum acompanhamento, embora tenham sido referidas várias dificuldades para a inserção no acompanhamento pré-natal, como a realização do teste confirmatório de gravidez, as filas, as triagens, a exigência de responsáveis e de certidão de nascimento de duas delas.

Na população que compôs a pesquisa, duas gestantes foram referidas para o acompanhamento pré-natal de alto-risco, com a formalização oficial através de seu

“encaminhamento” à unidade. Uma, apresentou dificuldades de inserção no pré-natal após ter sido atendida no setor de emergência do mesmo serviço ao qual foi referida, por não ter havido diálogo de responsabilização entre os profissionais e a usuária, através da não identificação destes para com a usuária e a conseqüente não garantia de seu atendimento na consulta de retorno.

Constatou-se também neste estudo que a ultra-sonografia figurou como recurso tecnológico fundamental na definição da gravidez e da idade gestacional, da mesma forma que funcionou como evento indutor da busca ao acesso, uma vez que revela a “concretude” da gravidez.

Os estudos citados e os dados apresentados nesta pesquisa revelam que a cobertura de atendimento ao pré-natal vem aumentando nos últimos anos. Teixeira (2003) afirma que, ao longo da última década, houve incremento significativo da oferta de serviços de atenção à saúde como conseqüência das políticas implementadas – reforma sanitária; criação, implantação e consolidação do SUS; descentralização; municipalização etc.–, e que os focos de tensão progridem da quantidade das portas de entradas para a qualidade da atenção prestada. Deixa claro que o problema do acesso não depende mais apenas da expansão do número de unidades prestadoras, mas, cada vez mais, do tipo e modelo de atenção operante nessas unidades.

A questão da maior abrangência da cobertura de assistência pré-natal no Brasil ainda está posta, embora avanços significativos tenham ocorrido, porém a exigência por qualidade nesse tipo de atendimento ainda se mantém imperiosa. Sobre o acesso, faço minhas as palavras de Gomes (1995), quando interroga:

(...) ultrapassar as barreiras geográficas, sócio-econômicas e culturais, ter acesso a unidade de saúde, significa sempre acesso a um atendimento adequado? Significa para cada uma destas mulheres acesso à informação sobre a sua saúde, sua gestação, sobre os filhos que estão para nascer?

4.2 Integralidade: Acolhimento e Humanização no Pré-Natal

A integralidade da atenção à saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, tendo sido lema do movimento sanitário, mas, apesar de todos os avanços do SUS desde

a sua criação, acha-se ainda bastante distante de sua concretização no cotidiano das práticas de atenção à saúde.

O termo integralidade apresenta caráter polissêmico (Mattos, 2002), não havendo versão única para defini-lo: há múltiplas definições, ou (in)definições. Trata-se não de conceito único, mas de um conjunto de sentidos, de valor ou valores atribuídos à prática de saúde.

Camargo Jr (2003) comenta que a noção de integralidade surge de uma lacuna, um vazio que é paradoxal. Refere que a tecnociência diagnóstica e a terapêutica nos últimos cento e cinquenta anos, têm apresentado inovações importantes e que, hoje, existe um conjunto satisfatório de soluções para problemas designados coletivamente como doença. Todavia, algo falta. O que seria? Interroga o autor. Para ele, esse impasse se dá quando a medicina tecno-biomédica encontra maior eficácia ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico; afirma ainda que a ênfase na idéia de protocolos padronizados nega o sofrimento como categoria central, como origem do pedido do cuidado. Camargo defende que a aplicação de protocolos à medicina a transforma, cada vez mais, em um conjunto de procedimentos “protocolizáveis”, tornando-se progressivamente menos atenta às expressões individuais dos cuidadores e dos cuidados.

Assim, a noção de integralidade, tida como valor em seus múltiplos sentidos, permite a identificação de situações existentes – “as lacunas” –, que suscitam indignação e mobilizam atores sociais no sentido de sua mudança.

A esse respeito, Mattos, em trabalho desenvolvido no ano de 2001, perguntava:

Integralidade segue sendo uma noção, ou um conjunto de noções úteis para distinguir certos valores e características que julgamos desejáveis no nosso sistema de saúde? Ela ainda segue sendo um bom indicador da direção que desejamos imprimir ao sistema e suas práticas e, portanto, segue indicando (por contraste) aquilo que é criticado no sistema e nas práticas de saúde que existem hoje? (MATTOS, 2001, p. 43-44)

Posteriormente, em 2003, apresentou resposta positiva a essas questões importantes, sugerindo que tais valores continuam a merecer empenho em sua defesa:

... a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente. Ela é uma 'bandeira de luta', parte de uma imagem objetivo, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. (MATTOS, 2003, p. 41)

Acerca da prática de atenção integralizadora, Camargo Jr (2003) refere:

(...) o maior desafio talvez seja encontrar o virtuoso caminho do meio entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e o exercício de práticas supostamente terapêuticas que os desumanizam... (...) não há manuais para isto, esta é uma prática do cotidiano que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos em uma perspectiva ética e emancipatória. (CAMARGO Jr, 2003, p. 42.)

O resgate do sujeito nessa relação de atenção à saúde – tido como fundamental em uma política comprometida com a defesa dos princípios de integralidade – se faz na mudança de modelos de atenção que incluam técnicos radicalmente compromissados com a defesa desses sujeitos, os quais, em uma visão integralizadora, não estarão em lugar secundário ante os aparatos tecnológicos, como na visão medicalizadora de atenção.

Buscar a integralidade na atenção às demandas de saúde, passa pela valorização do sujeito demandante, da pessoa, e não apenas da demanda – a “queixa, a “doença”. Surge então o conceito de humanização da assistência, que também se encontra em construção e, por isso, não possui definição objetiva. O conceito de humanização do assistir em saúde é utilizado para a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico associado ao reconhecimento dos direitos do paciente ou usuário dos serviços, de sua subjetividade e de sua cultura, além do reconhecimento dos profissionais. Hoje, o termo humanização vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde e é a base de amplo conjunto de iniciativas, que visam modificar a forma hegemônica da assistência nos serviços de saúde.

A prática obstétrica excessivamente tecnocrática tornou-se palco de violações múltiplas contra as mulheres e seus direitos, o que tem sido denunciado de modo crescente por profissionais e por movimentos sociais, em especial, o de mulheres. A excessiva medicalização da gestação e do parto, os quais são orientados por esse modelo

tecnocrático hegemônico, é apontada como um dos fatores responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países tanto pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres quanto pela redução de um evento sócio-cultural e de saúde a fenômeno patológico, médico e fragmentado.

O Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal do Ministério da Saúde (2000) traz o acolhimento como fator determinante para o acompanhamento adequado à gestação tal como a qualidade técnica desse acompanhamento, e refere que cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com a gestante, buscar compreender os múltiplos significados desse estado para aquela mulher e sua família.

Por parte das mulheres que participaram desta pesquisa, há diversos relatos de desencontros entre elas e seus pré-natalistas, tendo sido contra essa (não)relação hierarquizada e de comunicação inadequada a mais forte crítica que apresentaram:

(...) Ele chegava e olhava a pressão que as mulheres botavam no cartão, mandava deitar lá, olhava a barriga, ouvia o neném só... não durava nem dez minutos (...) eu não gostava de ir não. (Maria)

(...) Ela chegava, pegava o meu cartão, anotava e dizia que eu tinha que tomar vitamina e pronto, acabou a consulta... (...) uns dez minutos, ela me examinava e pronto. (Júlia)

(...) Media a barriga, colocava aquele aparelho. – E a pressão? – (...) media a pressão e mandava tomar o remédio pra pressão, que ele arrumava pra mim, que não servia de nada. (Irene)

Essa atitude do pré-natalista é eminentemente ritualista, focada apenas no cumprimento de um protocolo técnico de aferições e medidas, em um lapso de tempo que impossibilita qualquer desenvolvimento de comunicação na consulta, o que gerou insatisfação nas mulheres, que se sentiam desvalorizadas quanto a suas demandas, sendo tratadas apenas como barrigas e não como sujeitos demandantes.

É claro que tal atitude estreita por parte do profissional fere qualquer princípio de qualidade da assistência calcada em bases humanizadoras, segundo a integralidade e o acolhimento. Na verdade, mesmo a relação eminentemente tecnologizada, fragmentada e hegemônica da prática obstétrica induz ao estabelecimento de algum diálogo; afinal, por mais assimétrico que seja, o momento dessa consulta é o de relação e de interlocução entre pessoas.

Uma entrevistada apresenta um relato do atendimento durante o pré-natal, em que ocorre comportamento desrespeitoso por parte do pré-natalista, cuja postura relacional é completamente inadequada, precária e impositiva, por meio da qual ele ignorava a presença da gestante, o que fez com que esta tenha tido pouca ou nenhuma chance de estar informada e de ser atendida em suas demandas, afora que ele adotava idêntica atitude também com as demais mulheres que faziam acompanhamento de pré-natal:

(...) eu não gostava de ir, não... Parecia que eu já tinha esquecido tudo... Aí, eu queria que ele falasse, mas ele não falava... – E por que você não falava? – Porque ele tava cantando.

– E as outras mulheres, se queixavam dele? – (...) se queixavam de que ele tava cantando e não conversava. (Maria)

Diante desse relato de (des)assistência, percebe-se que há serviços nos quais falta uma linha diretriz que oriente a aplicação de um modelo de atenção e, em virtude disso, comportam em seus quadros elementos bastante negativos, desvinculados de qualquer proposta lógica de atenção, completamente descomprometidos e, inclusive, sem valores éticos profissionais básicos, como o do respeito humano ou, em última instância, o do respeito “ao paciente”.

A relação médico-paciente é apontada como um dos principais problemas dos serviços de saúde. Pinheiro (2001) defende que a gênese dessa problemática estaria no fato de as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde seja como recurso terapêutico no processo de cura seja como elemento de interseção nas relações entre usuários/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço.

A autora (Ibid.) comenta que a relação funcional laboral da organização da força de trabalho em saúde é componente fundamental para a relação da demanda com a oferta, no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários e desses com o serviço. Relata igualmente que a fragmentação da jornada de trabalho em turnos, os baixos salários e as reduzidas oportunidades de reciclagem de conhecimentos constituem elementos inibidores de transformação nas práticas no interior das instituições – o que já é bastante conhecido por formuladores de política e de gestão – e que mudanças organizativas capazes de garantir a fixação e proporcionar atualização dos conhecimentos profissionais conseguirão auxiliar na superação dos limites e dos

desafios concernentes à modificação de práticas, de modo a resgatar a relação médico-paciente.

Analisando o caso apresentado, onde o médico apenas cantava, durante a “consulta” de pré-natal, ignorando radicalmente a presença da gestante, pode-se dizer que nada justifica tamanha desconsideração e desrespeito para com a gestante. O relato constitui prática de “maus tratos”, em que é total a negação da gestante como sujeito, como pessoa e como cidadã de direitos, não lhe sendo facultado o direito básico de comunicar e expressar suas demandas na consulta de pré-natal.

Corrêa & Petchesky (1994. Apud Giffin, 2002, p. 313), em reflexão acerca das propostas de direitos reprodutivos e sexuais, propõem princípios para a constituição de bases éticas, entre eles, o de integridade corporal, e alertam que a integridade “*implica também na integralidade, em tratar o corpo e suas necessidades como uma unidade e não como colcha de retalhos de funções mecânicas ou fragmentárias.*”

Da mesma forma, esses autores destacam o princípio ético de respeito à pessoa:

...escutar a mulher é a chave para honrar sua personalidade moral e jurídica – ou seja, direito à autodeterminação. Isso implica em tratá-las como atores principais e tomadores de decisões em assuntos de reprodução e sexualidade... (...) respeito à pessoa significa que prestadores devem levar a sério os desejos e experiência das mulheres (CORRÊA & PETCHESKY, 1994. Apud GIFFIN, 1999. p. 313)

Lamentavelmente, o caso citado confirma as reflexões de Campos (2002, p. 230) acerca das várias modalidades da degradação da medicina: “*(...) a alienação, o descompromisso com a cura e com a promoção de saúde não são mais exceções à regra e se constituem quase que em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral.*”

Nos relatos apresentados, essa relação “coisificadora”, que desrespeita os direitos das mulheres como seres humanos, configura a maior responsável pela insatisfação apresentada:

– Você conseguiu, durante o seu pré-natal, discutir a questão do parto? –Não, isso não (...) Ah, só tava escrito no cartão de pré-natal. Tinha algumas orientações... com o médico não.(Lígia)

– Você gostou do seu pré-natal? – Não. – Pra você, o que faltou nele? – Faltou esclarecer essas dúvidas que eu tinha, entendeu? Uma vez o neném mexia, doía e eu ficava com vergonha de perguntar, sentia muito enjôo muitas dores, entendeu? E muitas vezes eu ia a consulta, ela me dava o toque e doía e eu ficava com vergonha de dizer que doía, tinha muito enjôo e tinha vergonha de dizer pra ela. (Júlia)

Eu acho que era timidez... um medo de... – Nossa, mas para mim você é tão tranqüila, tão falante... – Ah, eu acho que era timidez mesmo... eu acho que ela não recebia tão bem como... fechada. (...) tinha medo dela me dar um fora, de dizer: ah, é palhaçada isso, toda gravidez é assim. Então, não foi muito legal pra mim. (Júlia)

(...) o único problema é esse, que a gente fica sem jeito de perguntar, que eles não falam nada... eles não se abrem... não fala... a gente que tem que abrir a boca. Já que eles não abrem a gente não abre também. (Ana)

Nessas falas, as participantes da pesquisa, em sua maioria, foram tolhidas do diálogo que deveria permear as consultas de pré-natal, a que tinham direito como pessoas, como mulheres-gestantes, como usuárias. Esse não-diálogo, essa relação médico-paciente inexistente foi a responsável pela permanência de demandas legítimas e não atendidas pelo serviço na evolução de suas gestações. Os esclarecimentos relativos à evolução gestacional não foram prestados, persistindo então as dúvidas inerentes ao processo.

Dentre as onze participantes, apenas três referiram ter sido esclarecidas em seu pré-natal por seus médicos:

– (...) não, ele me ensinou, me ensinou tudo... – Teve alguma coisa que você não conseguiu discutir na consulta? – Não. – O trabalho de parto, conseguiu discutir no pré-natal? – Ele me explicou sim. (Carolina)

– Você gostou do seu pré-natal? – Gostei. – E, no seu pré-natal, você conseguiu esclarecer as suas dúvidas, conseguiu falar e ser ouvida? – Consegui. – Não tinha dificuldades... porque tem gente que tem dificuldades, tem vergonha... – Não, toda dúvida que eu tinha eu perguntava pra ela e ela me respondia. – Tinha explicação sobre a realização dos exames, do desenvolvimento dos bebês? – Tinha. – Porque, às vezes, tem consultas rápidas que a pessoa, às vezes, não pergunta, porque vê o médico tão atarefado... – Não, mas ela falava direitinho. – Você conseguiu durante o seu pré-natal, discutir a questão do parto? – Não, isso não... (Lígia)

– (...) não, as minhas dúvidas eu perguntei a ela e ela falou que ia ser normal, aí eu não tive medo algum. – Consegui conversar sobre isso com as outras pessoas? – Não, era só com ela mesmo (a médica). – Durante o pré-natal, ela conversou com a sra sobre os sinais e

sintomas que fariam com que a sra buscasse a maternidade? – Sim, ela falou quando a minha barriga arriasse que eu ia entrar em trabalho de parto e quando descesse um líquido pela perna... (Clarissa)

O desenvolvimento da consulta de pré-natal envolve, em geral, procedimentos técnicos bastante simples, podendo o profissional dedicar-se a escutar as demandas de gestante, a dialogar e a transmitir-lhe o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (MS, 2002).

Corroborando a excelência desse entendimento, é possível constatar que três entrevistadas, cujas consultas de pré-natal foram desenvolvidas com diálogo e esclarecimento, apresentam avaliação positiva de seu acompanhamento de pré-natal:

Gostou do seu pré-natal? – Gostei. – Conseguiu esclarecer todas as suas dúvidas no pré-natal? – Sim, toda vez que eu ia lá, ela conversava comigo. (Clarissa)

– (...) não, ele me ensinou, me ensinou tudo... – Teve alguma coisa que você não conseguiu discutir na consulta? – Não. – O trabalho de parto, conseguiu discutir no pré-natal? – Ele me explicou sim. (Carolina)

– Você gostou do seu pré-natal? – Gostei. – E, no seu pré-natal, você conseguiu esclarecer as suas dúvidas, conseguiu falar e ser ouvida? – Consegui. (Lígia)

Um acompanhamento de pré-natal precisa passar basicamente pelo acolhimento e, nessa perspectiva, o profissional deverá buscar compreender os muitos significados daquela gestação para a mulher e a família. Não se pode esquecer que a assistência pré-natal é um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, razão pela qual necessita a escuta mais aberta possível.

Na maioria dos relatos que foram apresentados pelas mulheres participantes da pesquisa, a experiência foi a do não-acolhimento, de uma relação coisificada, na qual emoções foram sublimadas e em que até o temor se fez presente, como refere esta fala:

— (...) Ah, eu acho que era timidez mesmo (...) eu acho que ela não recebia tão bem como... fechada (...) tinha medo dela me dar um fora, de dizer: ah, é palhaçada isso, toda gravidez é assim. Então, não foi muito legal pra mim.

– Você gostou do seu pré-natal? – Não. – Pra você, o que faltou nele? – Faltou esclarecer essas dúvidas que eu tinha, entendeu? Uma vez, o neném mexia, doía e eu ficava com vergonha de perguntar, sentia

muito enjoô muitas dores, entendeu? E muitas vezes eu ia a consulta, ela me dava o toque e doía e eu ficava com vergonha de dizer que doía, tinha muito enjoô e tinha vergonha de dizer pra ela. (Júlia)

– Você gostou da profissional que fez o seu pré-natal? – Não.

A falta de diálogo e da prestação de informações a essas mulheres era suprida, de certa forma, nas relações pessoais, por intermédio da família e dos amigos, em uma rede de solidariedade que, em geral, surge quando há gravidez na família:

– (...) minha mãe, do jeito dela, ela é uma pessoa antiga, não muito informada, mas ela me ajudou bastante, graças a Deus! – Sobre essa questão do nascimento dos bebês, alguém conversou com você sobre isso? – Minha mãe. – E o que ela dizia? – (...) o tipo da dor, que doía muito, que era a dor da morte, mas que toda mulher tem que passar por isto, que, quando eu chegar na maternidade, não gritar, que é feio, me controlar, essas coisas... (Júlia)

– Foi discutido o trabalho de parto nas consultas? – Não. – Teve alguma sugestão do tipo de parto nas consultas? – Também não. – A senhora falou que já tinha medo, que tinha insegurança, e conseguiu discutir isto nas consultas? – Não. – E com as outras pessoas? – Com o pessoal de fora, eu consegui mais do que com o médico mesmo. (Ana)

– Foi esclarecido no PN quais eram os sinais e sintomas em que a senhora deveria buscar o atendimento na maternidade? – Não, procurei me informar fora, com o pessoal de fora. (Ana)

Toda gestante irá ouvir e receber informações e conselhos em suas relações sociais. Essa rede social de solidariedade e de informação, na qual as demais pessoas repassam saberes gerais para a gestante, tem o seu lugar; contudo, o acompanhamento no pré-natal tem também a função de equacionar tais informações. Se a gestante tiver acolhimento no acompanhamento pré-natal, irá certamente levar as informações que lhe geraram dúvida, ansiedade e medo para serem esclarecidas pelo profissional, o qual, para ela, representa o saber oficial. Caberá ao profissional prestar-lhe esclarecimentos e buscar elevar-lhe a autoconfiança, fortalecendo-a e preparando-a para decisões corretas, de modo a desenvolver assim um mecanismo de proteção da gestante e de seu conceito.

Nove gestantes não tiveram diálogo satisfatório em seus acompanhamentos de pré-natal; conseqüentemente, não puderam saber a respeito do parto nem discutir com o profissional sobre isso, ou seja, não houve qualquer condição, por mínima que fosse, de planejá-lo no espaço institucional.

Observa-se que muitos profissionais, ao trabalharem no acompanhamento pré-natal, desvinculam completamente a gravidez do parto, que é um momento fundamental, de rico valor simbólico para a mulher, não havendo o preparo da gestante para esta etapa, esperada, muitas vezes, com dúvidas, temores e, até, em alguns casos, com horror. Semelhantes sentimentos, se não forem trabalhados durante o acompanhamento de pré-natal, o serão nas relações sociais, o que, conforme os relatos apresentados, poderá conformar fortes influências no sentido contrário, o de “incapacitar” a gestante para seu desempenho no parto.

– (...) minha mãe, do jeito dela, ela é uma pessoa antiga, não muito informada, mas ela me ajudou bastante, graças a Deus! – Sobre essa questão do nascimento dos bebês, alguém conversou com você sobre isso? – Minha mãe. – E o que ela dizia? (...) o tipo da dor, que doía muito, que era a dor da morte, mas que toda mulher tem que passar por isto, que, quando eu chegar na maternidade, não gritar, que é feio, me controlar, essas coisas... (Júlia)

– Ah, com a minha sogra, com a minha mãe, muitas tias... – E o que elas falavam? – A mesma coisa que o médico. A minha sogra e a minha mãe foi que me botaram mais medo, que ia doer, mas que não era pra ficar nervosa, que era normal, que depois que nascesse passava, que não era pra mim ter medo, sempre me consolando. (Carolina)

– (...) eu conversava com a minha amiga, que tava grávida também e que a pressão dela tava alta também. (Maria)

– Você teve medo? – Muito. – Medo de quê? – De ter o neném. – Medo da dor? – É, ele me assustou, falou que a gravidez era de alto risco e, na hora, eu fiquei com medo. (Maria)

A ênfase em expressões como “a dor da morte” e o estabelecimento de normas de comportamentos “apesar da dor” são indutores dos sentimentos de medo e ansiedade, além de revelar uma sociedade medicalizada, na qual o parto normal é tido apenas como sofrimento.

Chachan (1999), relatando as causas para os altos índices de cesarianas em Belo Horizonte, verificou que há algumas de natureza médica, outras relacionadas aos médicos, aos modelos de assistência obstétrica e/ou à organização hospitalar, da mesma forma que causas relacionadas às mulheres, e observou que, dentre estas, o medo da dor do parto é agravado para as mais pobres. Em seu estudo cita Serruya (1994), que entrevistou mulheres de classes populares e observou que a cesárea significa, para

algumas delas, um parto sem dor e, mesmo, símbolo de status, por essa prática ser considerada típica de uma classe social mais elevada.

Hotimsky et al. (2002), em trabalho intitulado ‘*O Parto Como Eu Vejo...ou Como Eu Desejo?*’ – realizado com metodologia qualitativa em hospital paulista – buscou saber as expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. Na análise da categoria de pré-natal constatou que o atual modelo de assistência obstétrica não orienta as usuárias de maneira adequada sobre o processo reprodutivo. Verificou significativa demanda por informação e por escuta clínica, tal como que os materiais educativos nem sempre são assimilados e que são insuficientes para esclarecer as dúvidas, afora não suprirem a necessidade de orientação por parte dos profissionais.

Se a prática assistencial é pautada em iniciativas humanizadoras, existe maior diálogo e melhoria na relação entre profissional e paciente (Caprara, 1999), pois o sentido da integralidade permeará essa relação profissional-usuário e, na condução de um acompanhamento de pré-natal, o parto terá o seu lugar de discussão no rol das ações a serem desenvolvidas; desse modo será discutido, planejado, desmistificado...

Uma das gestantes – com acompanhamento em unidade de risco devido à hipertensão – refere ter passado por diversos profissionais:

– Ah... assim, cardiologista? Fui no clínico, na nutricionista e na Dra. Gorete. – Teve algum enfermeiro? – Não. Acho que não. (Lígia)

Porém, mesmo tendo tido consultas com outros profissionais, a menção ao parto não foi feita. Neste caso, o enfoque no risco talvez tenha sido o fator responsável pela desvinculação do pré-natal e parto na práxis desses profissionais, que são especialistas, porém as gestantes com patologias também irão parir, elas não serão excluídas de atravessar esse momento seja através de um parto normal ou cirúrgico. É preciso levar em consideração que, justamente por ter uma evolução gestacional associada à patologia, a ansiedade, a insegurança, as dúvidas, o medo do parto, da dor, da solidão, do hospital e de o bebê nascer com problemas estão fortemente presentes. A abordagem acerca do momento do parto e de suas possibilidades é fundamental e deveria também fazer parte da práxis de profissionais médicos ultra-especializados.

No entanto, algumas unidades desenvolvem trabalhos de grupo com gestantes no sentido de, nesse momento de encontro coletivo, apresentar e discutir questões gerais relativas ao processo gestacional, ao parto e ao puerpério, à amamentação, aos cuidados com o recém-nascido e à sexualidade, entre outros temas relevantes. Esse trabalho pode ser realizado sob diversas formas, tais como discussão no grupo, dramatizações ou outras dinâmicas. Dentre as onze mulheres que participaram da pesquisa, apenas uma relatou ter sido convidada a participar de grupos de gestantes:

– Mas, olha só, você não quis passar pelos grupos, porque achava que era chato, mas você disse que o médico não conversava, não explicava... esse grupo não era um caminho para você ficar esclarecida? – É... – Você falou que já sabia tudo que eles iam falar, você já sabia, mas eu acho que você queria esclarecer algumas coisas, porque você falou que o médico não esclarecia... – Eu não gostava de ir, não. (Maria)

Embora tivesse tido pré-natal com um profissional desrespeitoso, o qual “cantava” durante o “ritual” que desenvolvia na consulta de pré-natal, essa gestante não compareceu aos grupos, embora reconhecesse que seria uma forma de buscar esclarecimentos para suas demandas.

Se, na maioria dos relatos apresentados pelas entrevistadas, não houve vinculação entre pré-natal e parto, em que o planejamento e as possibilidades – tipos de partos – não foram abordados, os sinais e sintomas a partir dos quais as gestantes deveriam buscar o atendimento da maternidade para parir, em sua maioria – nove delas –, não foram sequer listados:

– Durante este pré-natal em que não houve uma relação de esclarecimentos, então também não foi discutido o parto? – Não. – Não foi dito quais seriam os sinais do trabalho de parto em que você deveria ir para maternidade? – Não, em nenhum momento. (Júlia)

– Você conseguiu durante o seu pré-natal, discutir a questão do parto? – Não, isso não. (...) Ah, só tava escrito no cartão de pré-natal. Tinha algumas orientações... com o médico não. (Lígia)

– Foi discutido o trabalho de parto nas consultas? – Não. – Teve alguma sugestão do tipo de parto nas consultas? – Também não. (...) (Ana)

– Foi esclarecido no PN quais eram os sinais e sintomas em que a sra deveria buscar o atendimento na maternidade? – Não, procurei me informar fora, com o pessoal de fora. (Ana)

– Você sabia, Maria, quais eram os sinais para você procurar a maternidade? – Não, só sabia quando sentisse dor. – Quem te falou isso? – Ninguém, todo mundo falava. (Maria)

Referência certa para o local do parto não houve em nenhum dos casos da pesquisa. O acesso a uma vaga para parir é um drama vivido e enfrentado pelas grávidas, como já evidenciado em diversos trabalhos e constatado também neste estudo:

– (...) Porque eu não tive a data certa, digo assim, se eu tivesse a data certa, dois dias antes eu ia me internar no hospital pra lá mesmo eu ganhar, não ter preocupação de carro, porque daonde eu moro é muito longe para Xerém. – Não tinha um cálculo de data provável? Foi falado para você o que seria entrar em trabalho de parto? – Não. (Isabel)

– Houve definição de maternidade em que a senhora deveria ganhar o neném? – Não, fiquei perambulando mesmo... (Ana)

(...) Eu só tinha medo de, no final, não ter para onde ir, chegar na maternidade e não ter vaga. (Lígia)

– Mas, como a senhora fez o pré-natal aqui, tinha insegurança se ganharia o neném aqui porquê? – Ah, porque a primeira coisa que a menina me disse quando eu vim fazer o pré-natal aqui foi ‘você vai fazer o pré-natal aqui, mas não é garantida vaga para você aqui não’. – Foi falado isso? – Foi, lá embaixo, na recepção. – Foi somente o profissional da recepção ou tiveram outros? – Não, só o da recepção. (Lígia)

Conforme já abordado em capítulo anterior, a dificuldade de acesso às maternidades leva ao fenômeno da peregrinação, que é um dos responsáveis pelas mortes maternas no Estado de São Paulo, conforme revelado por Tanaka (1995).

Conclusões

Na análise da categoria integralidade – acolhimento e humanização na assistência pré-natal das mulheres participantes desta pesquisa – observou-se que a maioria das entrevistadas (nove) relatou desagrado com o acompanhamento de pré-natal. A maior insatisfação se deu na relação travada com os pré-natalistas, na relação médico-paciente – todas fizeram pré-natal com médicos, que era pautada pelo ritual técnico de aferições e medidas e em nenhum diálogo, ou em diálogo inadequado, de via única, que não promovia o atendimento de suas demandas legítimas, não facultava o acolhimento para que estas pudessem expor as suas questões.

Para Hotimsky (2002), a nossa cultura política autoritária por vezes se explicita no encontro clínico, em que o médico não reconhece a paciente como sujeito e, assim, não se propõe a estabelecer um diálogo com ela a respeito de sua gestação.

Com relação a isso houve relatos de situação extrema, na qual o médico cantava durante a consulta para não estabelecer diálogo com a paciente, em uma atitude que fere até os princípios originais de sua profissão, um dos quais é o do “respeito ao paciente”. Da mesma forma houve relato do medo da paciente em expressar seus sentimentos, dúvidas e emoções durante o acompanhamento de pré-natal.

Os vínculos sociais cumprem o seu papel prestando informações, buscando preparar a gestante para o parto, porém algumas informações reforçam a insegurança e o temor nas mulheres, pois enfatizam o medo da dor e inculcam normas de comportamento a serem seguidas na instituição, “apesar da dor”, em uma visão social medicalizada, na qual o parto normal é visto apenas como sofrimento.

Como não há relação positiva de integralidade, humanização e acolhimento nos acompanhamentos relatados, há desvinculação entre pré-natal e parto por parte da maioria dos profissionais que as assistiram, de forma que os sinais e sintomas do parto nem sequer são abordados, quiçá discutir o trabalho de parto e suas possibilidades, planejando-o, desmistificando-o.

Apenas três mulheres relataram satisfação quanto aos seus acompanhamentos de pré-natal, justamente aquelas que mantiveram um diálogo positivo com os seus médicos, que tiveram suas demandas esclarecidas e foram informadas sobre parto e trabalho de parto.

O trabalho de orientação em grupo foi oferecido a uma delas, ao qual, porém, não compareceu, apesar de ter tido acompanhamento de pré-natal insatisfatório no tocante a suas demandas, como revelou.

A experiência apresentada pelas mulheres participantes da pesquisa mostrou que é a relação profissional-usuária – no caso, a relação médico-paciente – o ponto-chave de insatisfação, pois eram relações inadequadas, silenciadoras de suas legítimas demandas e que as negavam como pessoas em sua integralidade e nos seus direitos. O estudo

apresentado revela que se constata graves problemas de qualidade no interior dos atendimentos.

LIMA (1997) demonstrou que há enormes dificuldades para transformar a visão dos profissionais de saúde acerca do que constitui a qualidade do atendimento à mulher e, em virtude disso, para modificar comportamentos.

Essa autora (Ibid.) avaliou o esforço realizado durante três anos para desenvolver um atendimento obstétrico humanizado e conseguir que a equipe de uma maternidade pública do Rio de Janeiro despertasse para o atendimento de qualidade. Ela constatou avanços que aconteceram, mas também a manutenção de condutas proscritas no atendimento às parturientes. Desse modo, demonstrou a necessidade de desenvolver cada vez mais a capacidade de gerência dos serviços de saúde e de formar profissionais de saúde orientados a uma assistência integral e humana, com equidade e uso adequado das tecnologias médicas. Assim, a autora defende que a avaliação é uma das ferramentas indispensáveis no alcance dessas transformações.

Buscamos dar espaço para que as mulheres expusessem suas vivências – tanto as satisfações como as insatisfações – no acompanhamento de pré-natal, segundo a premissa de que é preciso olhar o atendimento também por dentro, valorizando e ouvindo a perspectiva do usuário, de modo que se possa contribuir para mudanças mediante processos avaliativos. Enquanto esse atendimento de qualidade não se tornar uma realidade para todas as mulheres, teremos infelizmente exemplos tristes de atendimentos, tais como aqueles revelados pelas nossas entrevistadas.

CAPÍTULO V. O PARTO

Buscou-se conhecer, neste capítulo, através das vozes das usuárias participantes da pesquisa, como foi o desenvolvimento da busca de vaga para parir em instituições obstétricas e, nos casos de alto-risco gestacional, como se deu o processo de referência para instituições de maior complexidade. A análise das experiências de parto vividas pelas participantes da pesquisa levou em conta se os atendimentos foram ou não realizados dentro dos princípios de humanização do parto e do nascimento, conforme orientado pela OMS e pelo Ministério da Saúde brasileiro – atitudes baseadas em evidências científicas –, ou se vigoraram os moldes convencionais do atendimento obstétrico.

5.1 Acesso / Referência para o Parto

Apesar dos esforços do sistema de saúde brasileiro em desenvolver ações que integrem os três períodos da assistência obstétrica – pré-natal, parto e puerpério – no sentido de garantir o acesso das parturientes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade, a questão do acesso à vaga para parir constitui um grave problema a ser enfrentado.

No Brasil há sérias dificuldades de acesso aos serviços, existindo déficits de leitos de maternidades em grandes áreas geográficas, o que leva ao desenvolvimento freqüente do “fenômeno” da “peregrinação” por leito durante o trabalho de parto e o parto, podendo acarretar graves desfechos para a mulher e para o bebê (Tanaka, 1995). Essa autora desenvolveu importante pesquisa no município de São Paulo, na qual investigou as causas das mortes maternas e constatou que, no período de estudo, 55% dessas mortes ocorreram durante a peregrinação.

De fato, a busca de acesso ao leito antes da internação implica, com freqüência, a volta para casa ou a indicação para outro serviço. Embora quase 100% das mulheres tenham seus bebês em hospitais no município do Rio de Janeiro, a questão da dificuldade de aquisição do leito para o parto se mantém, pois há desigualdade na oferta

dos serviços de saúde entre as áreas programáticas, ficando o maior déficit de leitos públicos nas regiões da periferia, em especial, para as gestantes e recém-nascidos que demandem assistência de maior complexidade (CAMPOS & CARVALHO, 2000).

No setor público, tais fatores fazem com que, na maioria das vezes, a assistência no período do pré-natal seja feita sem nenhuma vinculação com o momento do parto.

O município do Rio de Janeiro, como grande centro urbano, concentra também a maior rede de serviços de saúde na área obstétrica e recebe as demandas de municípios vizinhos que não possuem rede de saúde adequada nem leitos para gestação de risco e UTI neonatal.

Contudo, no Rio de Janeiro, a inexistência de planejamento sistêmico para a assistência ao nascimento, que seja articulado com a atenção ao recém-nascido, tem levado a uma grande mobilidade de gestantes do SUS no momento do parto à procura de vagas nos serviços de saúde (LEAL et al., 2004).

Gomes (1995) avaliou aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto mediante a percepção das usuárias em duas maternidades do SUS no município do Rio de Janeiro, onde encontrou que 40% das mulheres não foram internadas na primeira maternidade que buscaram para o parto.

Por sua vez, Boareto (2003) – em estudo de avaliação da política de humanização do parto e do nascimento no município do Rio de Janeiro – constatou que, na amostra estudada – composta por 292 puérperas –, 73,6% destas conseguiram acesso à instituição para o parto na primeira tentativa, de forma que a autora faz uma avaliação otimista ao reconhecer que houve ampliação do acesso às maternidades, embora reconheça as diferenças existentes na metodologia dos dois estudos. No entanto, apesar desse avanço relativo, refere que:

(...) o simples fato de uma expectativa de internação não ter sido atendida evidencia as insuficiências na atenção, sendo muito prejudicial principalmente nesse momento de tantas apreensões e inseguranças das parturientes. (BOARETO, 2003, p. 66)

É possível que a maior disponibilidade relativa de recursos e de acesso seja reflexo das políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas especificamente para a área materno-infantil, no intuito de reduzir, em especial, a mortalidade infantil e materna.

No presente estudo, três puérperas que participaram da pesquisa foram transferidas de outras unidades para internação neste instituto, no qual deram à luz, por apresentarem alto risco materno e fetal – uma gestante de Cabo Frio, uma de Nova Iguaçu e uma de Vila Izabel, respectivamente:

– (...) E você foi transferida quando? – No domingo. – Por quê? – O médico disse que eu tava com a pressão muito alta, e como você viu, muito inchada e aqui tem mais coisa de eu sobreviver do que lá. – Mais recursos... – É. – Ele viu isso quando, na consulta? – É, eu fui na consulta e ele viu, tava 24, filha. – Você tomou o remédio lá? – Aí, eu tomei um remédio lá e fiquei de quarta até domingo internada no hospital das mulher, aí minha pressão só ia subindo. Aí eles mandou pra cá. (Irene)

– (...) Aí, uma doutora muito legal conversou comigo, pra ver se eu queria ser transferida para este hospital, que era muito bom. Aí eu fui transferida pra cá de ambulância. (Júlia)

– (...) no Andaraí. – E aí? – Aí a moça falou: ‘você tá com a pressão muito alta e o CTG do seu neném tá dando não reativo, e isto é arriscado a gente interromper a sua gravidez..’. (...) aí, eu comecei a ficar nervosa e perguntei o porquê e ela falou que ‘a pressão estava muito alta e o coração do neném tá fraquinho, só que aqui nesta maternidade não tem os preparativos certos para o neném prematuro..’. começou a falar um monte de coisas, aí ela falou ‘vou te mandar para uma maternidade que tem... CTI neonatal’. Aí ela falou que eu vinha para cá, pra Fernando Magalhães, aí eu perguntei onde era, ela disse que era em São Cristóvão, eu nunca sabia que existia esse hospital. (Iracema)

Esses foram casos de alto-risco para gestantes e seus bebês nos quais o processo de referência ocorreu de forma adequada – as gestantes foram transferidas de ambulância e com a assistência médica e de enfermagem. Entretanto, a obtenção da vaga depende de contato telefônico e sua disponibilidade, do fator ‘sorte’, por meio do seguinte procedimento: a instituição que busca transferir a paciente de alto risco, liga para instituições que tenham maior suporte e entra em contato com o chefe de plantão – o médico obstetra – para explicitar o caso; o aceite dependerá tanto de existir vaga em leito de risco obstétrico na UTI materna quanto na UTI neonatal para o recém-nato; havendo a confluência desses fatores, o sim é transmitido e o processo de transferência é realizado.

As atitudes políticas que buscam melhorar o atendimento obstétrico no âmbito do SUS através de muitas ações que visam humanizar e qualificar esse atendimento tem no PHPN o principal dispositivo legal e norteador para a reorientação do sistema de atendimento às gestantes e aos recém-nascidos.

A portaria n.571/GM, de junho de 2000, instituiu o componente II do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), que se refere à organização, à regulação e aos investimentos na assistência obstétrica e neonatal no âmbito do SUS, viabilizando – em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, municípios, Distrito Federal e unidades hospitalares que realizam atendimento obstétrico e neonatal no SUS – várias atividades, entre elas, a de implantar centrais municipais de regulação obstétrica e neonatal. Com base na noção de humanização e de qualidade da assistência, tal portaria reconhece a necessidade de se constituir esforços para efetivar o processo de reorientação da assistência obstétrica e neonatal.

Nesta pesquisa, uma das entrevistadas chegou ao termo sem entrar em trabalho de parto e apresentou elevação considerável da pressão arterial, tendo sido referida para este instituto com “carta médica” do atendimento pré-natal:

– (...) Eu cheguei aqui; aí, eles me examinaram lá embaixo, mandaram eu subir, me colocaram no soro, entrei em trabalho de parto; aí parece que... não sei... eu não consegui... eu tive passagem mas não consegui, parece que a pressão subiu na hora; aí, ela (a médica) teve que fazer uma cesárea. (Carolina)

Uma das participantes da pesquisa teve parto prematuro no hotel em que se encontrava, esperando o amanhecer para ir à maternidade. Ela havia realizado o pré-natal – embora de início tardio por não ter à mão, à época, o registro civil de nascimento – e relatou um diálogo com o seu pré-natalista, que foi adequado no sentido da prestação de esclarecimentos. Começou a ter cólicas uma semana antes do parto, motivo pelo qual buscou atendimento e foi orientada a fazer repouso. Uma semana após entrou em trabalho de parto, mas postergou a busca para avaliação obstétrica:

– (...) aí, eu comecei a passar mal, só que eu não sabia... – Você passou mal como? – Começou a me dar cólica; aí, eu fui para a Alexander Fleming; aí, quando eu cheguei lá, o doutor me deu o toque e falou para eu ir pra casa, fazer repouso... Aí, eu cheguei em casa... e que amanhã vou para casa da minha sogra... e que não sei o quê... a dor aumentou; aí, eu falei pro meu marido que, se a dor não melhorasse, de manhã, às seis, ia pro Carmela. Eu tomei o remédio

pra dor e nada... Aí, quando foi meia-noite, a dor aumentou... aumentou... aumentou... Aí, quando foi uma hora da manhã, começou a sair sangue... (Laís)

– Aí, você ficou uma semana em casa; aí, a dor voltou muito forte; aí, à meia-noite começou a sair sangue, o que você fez? – (...) aí, eu continuei em casa... aí, eu tava no hotel quando a dor aumentou... aí, ele (o marido) perguntou ao gerente do hotel qual a maternidade mais próxima; aí, o gerente do hotel falou que era aqui. (Laís)

– Não, é que eu fui para a minha sogra, que ela queria que eu ficasse com ela; aí, eu não me dou muito bem com ela... aí, a gente ficou discutindo... aí, na hora, meu marido falou ‘a gente dorme num hotel e de manhã vai para casa da sua mãe de novo.’ Falei ‘tá bom’; aí chegando lá, a dor aumentou; aí, chegando meia-noite, começou a sair sangue... aí continuei lá. Aí, quando eu cheguei aqui, o neném tinha nascido... (Laís)

Chama a atenção, no relato de que a gestante “*não sabia*”, o fato de a entrevistada não associar as dores fortes que apresentava com o desenvolvimento do trabalho de parto. Quando lhe foi perguntado a respeito das informações sobre o trabalho de parto no atendimento pré-natal, ela disse não ter tido, mas que também “*não houve tempo*”, ao passo que, quando a ela foi indagado se houve maiores esclarecimentos acerca dos nascimentos prematuros no momento em que buscou a avaliação e lhe tinha sido indicado repouso, referiu que não.

Talvez, se o atendimento prestado tivesse tido como foco também a informação – além do exame obstétrico, da prescrição de Buscopam e da indicação de repouso –, o bebê prematuro dessa senhora não teria chegado fora do ambiente hospitalar, expondo esse recém-nascido a sérios riscos.

Neste estudo, seis participantes da pesquisa ‘perambularam’ em busca de vaga para parir, a partir do momento que se desenvolveram os sinais do parto:

– Como é que foi, a senhora perdeu água no trabalho... – Perdi.. estourou a bolsa às 11h, eu estava no trabalho, meu patrão me pegou, me levou para casa para tomar um banho... (Ana)

– (...) ah, eu comecei a perder água de madrugada e falei pra minha mãe e ela resolveu ir pra maternidade em Xerém (Isabel)

– Então como foi? – (...) Muita dor, começou aquela dor fraquinha e, quando apertou mesmo, eu falei: agora vou para maternidade. (Maria)

– (...) comecei sentindo umas dores, quando andava, quando não andava... quando sentava... quando eu ia levantar, doía muito... eu quase não conseguia andar...(...) aí, quando foi de tarde, eu liguei para o meu marido e falei que não tava agüentando mais... aí, eu vim pra emergência, pra poder examinar... (Lígia)

– (...) a minha barriga arriou mais ainda, comecei a sentir dor na terça-feira, bem pouca, era umas sete da manhã, aí ela foi aumentando até a noite; aí, eu tava tomando o banho de água morna que ela falou que era bom. Aí, quando eu tomei o último banho, assim que eu saí do banheiro, desceu a água; aí, eu botei a roupa e vim. Aí cheguei aqui com 10 cm de dilatação. (Clarissa)

– Eu comecei a sentir as dores. De madrugada começou a dar bem fraquinha; aí foi piorando, piorando... aí, eles me levaram pra maternidade em São João de Meriti. (Geórgea)

A busca pela vaga se deu de forma ‘clássica’: fluxos de gestantes em trabalho de parto percorrendo longas distâncias e passagem por mais de um ou dois serviços:

– (...) Aí, eu fiquei em São João de Meriti, na casa da cunhada dele. Aí começou as dores mais fortes a me atacar de cinco em cinco minutos. Aí, eu voltei nessa mesma maternidade. Aí, me falaram pra eu vir prum hospital grande... (Geórgea)

– (...) fui pro SASE, cheguei no SASE já era uma, uma e quarenta... por aí, quando fui esperar passar umas três mulher na minha frente e a bolsa escorrendo... quando cheguei lá dentro, o doutor virou pra mim e falou “aqui a sra não tem condição de ficar, porque o seu menino é de oito mês, tem que procurar alguma casa lá fora.” Eu até virei para o doutor e falei: o senhor tem algum hospital pra indicar pronde eu vou? Ele virou pra mim... “tem a PROMATRE, tem o Saracuruna...” Não que seja ruim, mas eu achava que também não tinha, já que o SASE, que era o SASE, não tinha... Eu fui pra PROMATRE, entrei, fiz a ficha, esperei cinco mulher passar na minha frente, com a bolsa escorrendo... escorrendo onde eu tava, a bolsa ficava lá escorrendo. Cheguei lá dentro: “não tem vaga... porque seu filho é de oito mês”. Só que, para eles, na conta deles que eles estava fazendo, eu tava com oito mês. Como eu vim pra Fernando Magalhães, tô com meu filho aqui agora... Ele tava com nove mês completo e, se ele não tivesse, o menino tava na incubadora. Como você tá vendo, ele tá comigo. Tá tudo satisfeito. (Ana)

– (...) é eu pensei assim: tô com a bolsa rompida (porque o pessoal fala assim: a bolsa rompeu o neném quer nascer), aí eu já tava pensando assim: qualquer hora o neném vai nascer no meio da rua... dentro do carro, porque, se os hospital não tão aceitando, eu vou ficar aonde? Na rua?... agora eles vão ter que aceitar. Foi igual aconteceu quando eu cheguei aqui, já era quatro e quarenta e cinco da tarde, cinco horas eu subi, cinco e dez o neném nasceu, mais um pouco e nascia na rua e por quê? Porque nenhum hospital me aceitava, dizendo que era prematuro, coisa que não era... (Ana)

– (...) *falou realmente que eles estavam com preguiça de atender, porque, lá na PROMATRE, eles atendem sim, mesmo que seja de oito mês, eles atendem sim, só que ela achou que estava supercarregado, e eles não quiseram colocar mais um. (Ana)*

– (...) *Lá em Xerém falaram que, se minha filha nascesse lá, ela poderia morrer, porque lá não tinha condição. Me mandaram para o Duque de Caxias; no Duque não tinha vaga; aí resolvemos vir pra cá. – E como foi lá no Duque? – Falaram que não tinha condição e me mandaram pra outro hospital; aí, nesse hospital, minha mãe não queria, aí, fomos pra casa pegamos as ultra-sons, o cartão de pré-natal e viemos pra cá. (Isabel)*

– (...) *fui pra Praça XV, porque todo mundo falou que lá tinha vaga; aí cheguei lá, a mulher falou que eu tava com dois centímetros de dilatação só, era meio-dia mais ou menos, aí mandou eu voltar pra casa. (Maria)*

Diniz (2001) refere que o direito ao parto é o mais claramente reconhecido e aquele cuja negação mais mobiliza sentimentos de injustiça, em particular, quando causa peregrinação por leito durante o trabalho de parto. Segundo a autora, essa peregrinação é tão velha em nossa cultura quanto a imagem de Maria em busca da manjedoura e continua como uma realidade tão dura e comum.

O relato de Ana revela os sentimentos e todo o sofrimento de uma gestante, entre tantas, que passou praticamente todo o trabalho de parto em ‘trânsito’, em busca de ‘inclusão’ no sistema, o que conseguiu após peregrinar com perda de líquido amniótico por duas instituições, tendo conseguido, enfim, ser admitida no terceiro serviço, já no final do período expulsivo.

Para Diniz (2001), o acesso à internação hospitalar para o parto funciona como um “*ritual de inclusão*”, como uma metáfora: conseguir a internação, significa dar à luz a aquela pessoa que nascerá em um lugar socialmente sancionado, ritualizando, desse modo, sua inclusão enquanto novo cidadão. Para a autora, o tipo de assistência ao parto instaura e explicita o lugar social tanto da mãe quanto do filho, da mesma forma que, em seu entendimento, a primeira etapa, a mais crucial, é a do acesso ao leito.

As usuárias do SUS julgam prioritário serem incluídas em um sistema formal de assistência, ou seja, serem admitidas no serviço para parir, o que, pela crônica dificuldade de inclusão, se torna mais relevante do que a qualidade da assistência;

enfim, conseguir ser incluída, é o mesmo que obter assistência, o que pode significar qualquer assistência (DINIZ, 2001).

Nos casos estudados, a maioria dos argumentos para negar a existência de vaga consistia na alegação de que as gestações eram pré-termo e os serviços não tinham estrutura adequada para os recém-nascidos; porém há um relato de recusa de vaga “*por engano*” no cálculo da idade gestacional:

– (...) *A cunhada dele falou com os médicos, as médicas examinou e falaram: “Está com sete dedos de dilatação e já está com nove meses. Ela já tá em trabalho de parto, coloca ela na mesa, já.” Ai ela me levou rapidinho. Porque o outro médico falou que eu tava com oito meses; aí, se enganaram, né? Ela falou: “então, se enganou.” Que tudo ficou brabo; até a cunhada dele queria voltar lá pra discutir com o médico, porque, se eu ganhasse em casa, ninguém ia saber... (Tatiana)*

Sabe-se que muitos fatores contribuem para a repressão da demanda de gestantes para parir, do mesmo modo que a falta de leitos por superlotação ou de estrutura insuficiente para o atendimento nem sempre são as verdadeiras causas, pois este argumento pode ser utilizado, por alguns profissionais, como mecanismo leviano de regulação da carga de trabalho (DINIZ, 2001).

No que concerne à contenção da demanda de gestantes, a referida autora cita Alves e cols. (2000), os quais, em trabalho etnográfico desenvolvido em maternidades do nordeste brasileiro, descrevem duas formas de negação de atendimento: a primeira, claramente associada à falta de estrutura material ou de pessoal do serviço e a segunda, relacionada ao próprio profissional, por “negligência”. Diniz conclui que há uma tênue linha entre a negação da assistência e a contenção da demanda por motivos óbvios – falta de condições de serviço – e o exercício de uma cultura institucional arbitrária e de pouco cuidado com o direito ao acesso pelas parturientes, o que compromete qualquer proposta de assistência e pode ter, como consequência, o sofrimento de gestantes e de seus bebês na peregrinação por leitos, afora o risco associado a esta.

Gomes (1995) percebeu, por meio de entrevistas, que a lógica – ou a não-lógica – no atendimento ao parto não seguia os princípios obstétricos básicos, que seriam os da necessidade de vigilância e o acompanhamento do trabalho de parto, pois muitas de suas entrevistadas ouviram que não havia vaga ou que a dilatação era insuficiente, enquanto

outras, que só havia vaga para períodos expulsivos, ou seja, para aquelas que já estivessem parindo, o que as levou à peregrinação a outras unidades, contando que sua chance de acessar a vaga aumentava à medida que evoluía o trabalho de parto.

Sobre o estabelecimento de critérios para internação no leito obstétrico, Diniz (2001) observou, em sua pesquisa, que eram extremamente variáveis, pois implicavam o risco de admissão precoce – e o conseqüente aumento das intervenções – ou a peregrinação com os riscos que lhe são inerentes. Para a autora, tais critérios merecem revisão e padronização, de modo a se evitar tanto a admissão precoce quanto a peregrinação de gestantes.

A luta pela obtenção de vaga para o parto é um sofrimento adicional que acomete a gestante de forma bastante precoce, já no pré-natal, e mulheres pobres, dependentes do SUS, são submetidas a essa iniquidade durante a busca pela vaga. Elas lutam de todas as formas, em um momento no qual deveriam ter a garantia do acolhimento pelo sistema, para viverem o momento do nascimento de seus bebês em paz e segurança. Muitas vezes, elas contam apenas com a solidariedade social:

– (...) tive que pagar carro para me levar, o rapaz que ficou rodando comigo teve até a deixar o serviço dele para ficar rodando comigo, porque também não tinha ambulância, nem tanto no SASE para a PROMATRE, quanto da PROMATRE para a Fernando Magalhães e outro que era no Leme, eu não sei o nome do hospital, não lembro. Como eu achei mais perto este, vim pra cá. (Ana)

Hotimsky et al. (2002) referem que a forma como se organizou a assistência no nosso sistema de saúde é iníqua – pois não garante, ao menos, vaga para o cidadão nascente – e ainda relata que, se as angústias vividas por essas mulheres contribuem para distócia no trabalho de parto, este efeito indesejado começa bem antes. Pode-se afirmar que se inicia na longa jornada de busca por uma vaga institucional para parir.

Conclusões

Dentre as doze participantes da pesquisa, três eram pacientes de alto risco gestacional, estavam internadas e foram transferidas de ambulância com a presença de médico e agente de enfermagem para serviço de maior complexidade – o serviço de origem, em atitude de responsabilização pela usuária.

Uma das entrevistadas foi transferida com “carta médica” desde a instituição do pré-natal para aquela apta a lidar com situações de maior complexidade, por apresentar fator de risco já no término do período gestacional.

Outra ganhou seu bebê prematuro no hotel, talvez por não saber que estava em processo de parto e, assim, ter postergado a ida à maternidade.

Sete delas peregrinaram em busca de leito obstétrico e a conseqüente inclusão na instituição.

Embora este estudo tenha abordagem qualitativa, não foi possível deixar de observar que, tirando os casos das pacientes com alto risco gestacional já inseridas na instituição hospitalar – internadas –, a maioria viveu o sofrimento da peregrinação, confirmando, junto a outros estudos, que a questão do acesso para o parto é ainda um grave problema a ser enfrentado pelos gestores do sistema, uma vez que o planejamento precisa tomar em conta a distribuição dos serviços e a de seus usuários em escala local e regional, para tornar os serviços mais acessíveis.

5.2 Integralidade: Humanização e Acolhimento no Atendimento ao Parto

A gestação, o parto e o nascimento conformam um processo que acarreta várias transformações nas mulheres. A experiência do parto é extremamente importante na vida da mulher, pois é um momento de grande intensidade emocional, um marco no transcorrer de sua existência, que a afeta profundamente como também o bebê e a família, afora apresentar conseqüências importantes e persistentes na sociedade (MS, 2001).

No entanto, o modelo hegemônico de atenção ao parto tornou-o um evento patológico e de riscos, que requer inúmeras intervenções com o intuito de torná-lo ‘mais normal’ e de reduzir tais riscos. Transformando o parto em evento médico, esse profissional capturou o papel central no fenômeno da parturição e assumiu então o poder total de decisão sobre a mulher parturiente, relegando-a a papel secundário, de passividade, de alienação e de objeto, bem como ignorando o contexto sociocultural em que está inserida, a sua individualidade e a sua subjetividade (MEDINA, 2003).

Esse paradigma de atenção ao parto, na grande maioria das vezes, invade o nascimento e nele interfere, de modo a fazer com que um evento fisiológico – o parto – se transforme em evento patológico – como princípio –, que vai ser orientado por uma abordagem médico-cirúrgica e pelo modelo de atenção tecnocrática, o qual desrespeita e desconsidera a fisiologia do processo e desenvolve um conjunto de intervenções rotineiras – ritualistas – e desnecessárias, que vão deixar seqüelas físicas e emocionais na mulher que passa por essa experiência.

É com tal perspectiva que, tanto no Brasil como em países desenvolvidos, as tentativas de ‘melhorar a qualidade’ de assistência ao parto levaram à adoção – disseminada, apesar de carente de evidências científicas, de efetividade e de segurança – de intervenções que são, na verdade, inapropriadas, desnecessárias e, muitas vezes, arriscadas para as mulheres no momento da parturição. O modelo dominante de atenção ao parto considera ‘parto normal’ aquele também reconhecido como ‘parto vaginal dirigido’, ou seja, o parto que rotineiramente é conduzido com a parturiente imobilizada ou semi-imobilizada, privada de alimentos e de líquidos, usando drogas para indução e aceleração dos tempos do parto, em posição de litotomia no período expulsivo, com eventual uso de fórceps e emprego de rotinas de episiotomia e episiorrafia. (DINIZ, 2001).

A situação de saúde da mulher, que é vista através de indicadores, reflete claramente o resultado de semelhante modelo de atenção: altas taxas de mortalidade materna e perinatal em vários países; elevada prematuridade iatrogênica; aumento das taxas de cesarianas e mulheres despreparadas para o parto vaginal.

Tornquist (2003) ressalta que esse modelo é apontado como um dos responsáveis tanto pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil em diversos países quanto pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, da mesma forma que pela redução de um evento social, cultural e de saúde a fenômeno patológico, médico e fragmentado.

Chacham (1999) considera que o excessivo número de cesáreas praticadas no Brasil faz parte da tendência mundial à medicalização do parto, que estimularia o uso crescente de tecnologias médicas para controlar o processo do nascimento. Essa

tendência estaria inserida em um processo muito mais abrangente de medicalização do corpo e na tecnologização presente em todas as sociedades industrializadas.

A tecnologização abarca as muitas formas de intercorrência com o trabalho de parto e uma série de convenções clínicas – como a de se imobilizar a mãe ao leito, conceber apenas a posição de litotomia como única para o parto e a restrição da alimentação da parturiente no processo de parto – fatores que aumentam a necessidade de intervenção médica no processo do nascimento e diminuem a capacidade de atuação da mãe (CHACHAM, 1999).

Quando excessiva, a tecnologização, somada a outros elementos típicos do cuidado obstétrico, tem sido associada ao alto índice de cesáreas praticadas no País, ressaltando-se a formação dos obstetras voltada para cirurgia (Scully, 1994. Apud Chacham, 1999).

Das contradições já mencionadas constitui-se o paradigma biomédico no seu modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Diniz (2001), entre outros autores relata que a conformação do modelo da atenção ao parto excessivamente medicalizado construído historicamente fez com que as mulheres se distanciassem cada vez mais da vivência do parto normal; assim, quando podem escolher, optam pela cesárea. Refere que são tantos os procedimentos dolorosos e arriscados realizados no parto tido como ‘normal’, que fica difícil convencer as mulheres e suas famílias de que o parto vaginal, da forma como é vivido, teria vantagens sobre o parto abdominal – as cesáreas. Segundo a Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA):¹³

A violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas perturbam e inibem o desenvolvimento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologias e de intervenção médica, transformando-o em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma não se surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como a

¹³ Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento – fundada no início da década de 90, é formada por representantes de diversos seguimentos sociais, entre eles, profissionais de saúde – médicos, enfermeiras, parteiras – usuárias; gestores; formuladores de políticas; grupos de mulheres; pesquisadores; acadêmicos; movimento popular da saúde; centros de práticas alternativas, entre outros, todos trabalhando com o novo paradigma, que é o da medicina baseada em evidências e os direitos das usuárias.

melhor forma de dar a luz, sem medo, sem risco e sem dor.
(REHUNA, 1993)

Como abordado anteriormente, os processos de reformas são construídos pela história e conformam novos valores, que são legitimados pela sociedade, através das conjugações e convergências sociais e políticas. Sobre a produção de valores legitimados socialmente, Paim (2001) defende que a contribuição fundamental da Antropologia consiste em demonstrar que qualquer apreensão do que seja ‘natureza’, já é feita com base em um universo cultural, de modo que as concepções de saúde, doença e corpo – que, em geral, são percebidas como noções meramente biológicas – também são apontadas como construções sociais.

Mauss (1974. Apud Paim, 2001), em seu texto clássico *As Técnicas Corporais*, problematiza as manifestações corporais, analisando-as como fenômenos sociais – não apenas como fenômenos mecânicos de um corpo físico – e exemplifica que, a esse respeito, na Índia, muitas mulheres costumam ter seus filhos em pé, ao passo que nos países europeus opta-se pelas posições deitadas ou de cócoras. Sua argumentação salienta que as posições adotadas no parto não derivam de escolhas individuais ou meramente mecânicas, mas resultam de intenso processo educativo, que começa desde a mais tenra infância e que se distingue conforme a idade e o sexo das pessoas.

Para que se possa entender quais são esses valores em nossa sociedade, buscou-se ouvir, das entrevistadas desta pesquisa, os relatos das experiências dos últimos partos vividos por elas. Para iniciar tem-se a fala de Ana, integrante da pesquisa que passou praticamente todo o tempo do trabalho de parto em ‘trânsito’, em busca de vaga para parir:

*– A senhora disse que chegou às 17h e ganhou o neném às 17:10...
Então, como é que foi? A senhora chegou na sala de partos... – Deitei
na cama...(...) só deu tempo para chamar o médico, só, quando
chegou, o neném já tava coroando... (Ana)*

Apesar de praticamente ter vivido na solidão o seu trabalho de parto, sem sossego nem abrigo ou segurança e proteção – em verdadeiro abandono pelo sistema –, a parturiente, em sua fala, mostra o alívio de quem conseguiu, enfim, legitimar o seu parto, acessando a instituição e conseguindo que desse tempo para “fazer tudo” – todo o

atendimento socialmente legitimado na concepção medicalizadora do parto e do nascimento.

– (...) fez o corte? – Deu tempo, fez tudo... ponto... tudo certo não faltou nada. (...) não, foi tudo normal. (Ana)

Todas as que tiveram parto ‘normal’, seguiram a concepção de atendimento obstétrico/hospitalar dominante, sendo conduzidas, em seu parto, com uma série de intervenções dolorosas na dinâmica fisiológica:

– Ficou das 10 da manhã às 9 da noite na sala de partos, e o que aconteceu com você lá? – Me botaram no soro com 5ui pra aumentar a minha dor, aí eu fiquei deitada na mesa. – Assim que você chegou lá, logo mandaram botar o soro? – Fiquei um tempo, quase duas horinhas; só aí mandaram botar o soro. (Isabel)

– Fizeram alguma atividade com você, do tipo ir ao banheiro, sentar na bola? – Só fui no banheiro. – Ninguém a levou para ir ao banheiro tomar um banho morno, nem sentar na bola, fazer ginástica no cavalinho? – Nada, nada. – Ninguém lhe ofereceu estas coisas? Porque as vezes se oferece, mas algumas mulheres preferem ficar deitadas. – Não. – Você ficava só deitada ou andava? – Só deitada. (Isabel)

– Teve corte para nascer? – Teve. (Isabel)

– Então, você foi para sala de partos... você ficou deitada na cama? – Fiquei deitada... – Esperando? – Esperando... – Romperam sua bolsa? – (...) demorou um pouquinho, porque eles não estavam conseguindo romper. Aí foram lá três médicos e... eu acho que é enfermeira, tentaram romper, aí não conseguiram. – Aí chegou a hora do neném nascer... – (...) então você bota força. – Levaram você pra tomar um banho... para fazer exercícios de relaxamento antes de o neném nascer? – Não. – Então, somente colocaram o soro e romperam a bolsa de água? – (...) só, e falou: ‘agora você faz força’! Aí eu não agüentei, porque os meus pés começaram a dar câimbras, aí chegou um enfermeiro lá e começou a apertar a minha barriga, aí na hora eu fiz a última força, dessa vez veio... aí eu consegui! (Geórgea)

– (...) ah, eles botaram o soro porque falavam que era bom pra sentir dor e a bolsa, já tava com 9cm parece e para adiantar teve que romper a bolsa. (Maria)

A medicalização excessiva, que norteia as condutas obstétricas no atendimento ao parto, é o modelo de atendimento socialmente legitimado, como já referido, e, na maioria das vezes, é julgada ‘normal’ pelas mulheres, pois essa informação é transmitida pela rede social de acordo com autores das áreas de Antropologia e de

Sociologia. Desse modo se constrói como um valor, a ponto de as mulheres, mesmo não tendo tido uma vivência adequada no atendimento ao parto, em sua maioria, considerarem o vivido normal, como mostram essas falas:

– (...) ah, teve que estourar a bolsa. – Anestesia peridural? – Na hora de fazer a cesárea. (Carolina)

– Além do soro, do rompimento da bolsa, teve alguma outra atividade para controlar a dor, do tipo, banho, massagens...? – Não. (Carolina)

– E durante o parto, teve algum incômodo do tipo, muita gente, muito toque... – Não. (...) não, eu achei tudo tão normal, eu já vim preparada, todo mundo falava como era... (Carolina)

Mesmo assim, a legitimação social dessa forma de atendimento ao parto não exclui a percepção dessa prática, por algumas mulheres, como aquela que as secundariza enquanto pessoas demandantes de direitos e que devem ser valorizadas e respeitadas:

*– Ah, eu achei horrível, toda hora **alguém** vinha me tocava, perguntava quanto eu tava, às vezes vinha uma paciente, aí não me via e saía, deixava eu sozinha com a minha mãe. (Isabel)*

Uma das entrevistadas teve uma abordagem diferenciada por meio da assistência de uma enfermeira obstétrica, que lhe ofereceu a experiência do uso de água morna durante o trabalho de parto para relaxamento e aceleração natural do processo:

– Não, primeiro eu recebi um toque e subi logo. Aí foi na hora que a enfermeira perguntou se eu queria ganhar o neném dentro da água; aí, eu fiquei com medo de o neném se afogar; ela falou comigo que não se afogava... (Clarissa)

Natural a sua surpresa e o medo que referiu, uma vez que a abordagem foi completamente inesperada para uma mulher que teve experiências de partos anteriores da maneira convencional. Porém, mesmo assim, consentiu a experiência:

– (...) aí eu fui e tomei banho dentro da piscina de água quente...aí eu fui e fiquei... (Clarissa)

– (...) ah, as enfermeiras me ajudavam, me orientando... (Clarissa)

– Foi boa a água? Melhorou as dores? – Melhorou, do que eu tava sentindo, melhorou bastante. Foi boa, uma experiência boa. (Clarissa)

No ‘novo’ modelo de atendimento ao parto ‘humanizado’, que se caracteriza também pelo resgate do saber feminino, diz o Ministério de Saúde (2001) que o profissional deve reconhecer a individualidade de cada mulher, estabelecendo com ela um vínculo que lhe permita perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento, passando a adotar atitudes que lhe tragam bem-estar e segurança assim como para seu bebê.

Neste modelo, que se orienta pelas recomendações da OMS (1996/1998) quanto às práticas que devem ser estimuladas, por serem baseadas em evidências científicas, estão prioritariamente a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos¹⁴ para o alívio das dores. Dentre os métodos recomendados está a utilização da água quente.

Sobre a utilização destes métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio das dores no trabalho de parto existem “tecnologias de cuidados da Enfermagem Obstétrica”, que são definidas como a utilização de todos os procedimentos técnicos e conhecimentos utilizados pelas enfermeiras no processo de cuidado.

Essa tecnologia é utilizada mundialmente na assistência ao parto não somente por enfermeiras obstétricas, mas também por todas as parteiras profissionais ou tradicionais e surgiu do resgate de práticas femininas tradicionais milenares, que perpassam gerações de mulheres, as quais, bem antes do surgimento da medicalização na sociedade, já desenvolviam esse conhecimento, quando tradicionalmente assistiam as outras mulheres no processo de dar à luz (MEDINA, 2003).

Esclarece Medina (2003, p.21): “*A característica principal dessa tecnologia de cuidados é não ser invasiva. Permite que a mulher decida sobre o seu uso, e utilize o seu instinto para vivenciar o momento do parto.*”

¹⁴ Medina (2003) refere que existem inúmeros métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio das dores no trabalho de parto, cujos objetivos são a estimulação da produção de endorfinas, que funcionam como analgésicos naturais.

Guyton (1976) refere que a estimulação das fibras não dolorosas – aferências sensitivas mecanorreceptoras – podem suprimir os canais dolorosos, assim como fortes sinais condicionados do cérebro. O que pode explicar a eficiência do calor da água do banho, das massagens e da respiração no alívio das dores entre outras técnicas.

O uso dessas tecnologias de cuidados é amplamente recomendado pela OMS (1996/1998) e pelo Ministério da Saúde (2001).

A entrevistada que se permitiu experienciar o uso da água, apesar da concepção medicalizada – construção social – e não obstante a “boa experiência”, “não conseguiu” e foi “salva” pelo modelo dominante, ao ser retirada da água, encaminhada para o leito e submetida a todos os procedimentos invasivos, arriscados e rotineiros para a “expulsão” do seu bebê, incluindo-se aí a proscrita manobra de Krysteller:¹⁵

– (...) aí foi na hora que a doutora que me atendeu lá embaixo (na admissão) me chamou pra mim examinar; aí examinou e o neném já tava descendo... (Clarissa)

– (...) teve até um médico ou ajudante que perguntou à doutora se precisava de ajuda; aí, ela falou que precisava; aí, ele pegou, mandou eu segurar os ferros da cama; aí, eu segurei e ele ajudou também na hora em que ele começou a forçar aqui; aí, ele ajudou o neném a nascer, que estava subindo. (Cristiane)

‘Naturalmente’, por parte da parturiente não houve a percepção da violência naturalizada (simbólica) a que foram submetidos – ela e o seu bebê –, restando então o agradecimento por parte da paciente.

Tal situação evidencia também – além da violência institucional a que foi submetida a paciente que, até então, estava em uma evolução normal de seu parto na água e, porque não dizer, em uma experiência prazerosa – a disputa corporativa e de poder entre médicos e enfermeiras obstétricas dentro da instituição e na prática assistencial.

A hegemonia do saber médico sobre os demais saberes e práticas profissionais – e, no caso estudado, a interferência na ação da enfermeira obstétrica – conforma

¹⁵ Rezende (1998, p. 197) sobre esta manobra refere que “vezes outras, a expressão do fundo de útero poderá ser efetuada... não é procedimento inofensivo... desarranja a contratilidade uterina, produz hipertonia repercutindo ominosamente na vitabilidade fetal.”

Diniz (2001) afirma que essa manobra na expressão do fundo de útero é um procedimento tão associado a complicações materno-fetais graves que sequer é mencionado em muitos livros e documentos, apesar de ser prática corrente nos serviços brasileiros.

Nota da autora: A ‘expressão’ do fundo do útero, muitas vezes, é feita com a força e o peso de um braço masculino, quando não, o do mais forte. No relatório de parto da SMS/RJ não consta referência à realização dessa manobra, de forma que nunca é registrada, embora seja frequentemente empregada na prática obstétrica.

modelos que empobrecem a ação clínica ou, mesmo, que anulam o núcleo cuidador, na percepção de Merhy (2002).

Em serviços de saúde nos quais o modelo de atenção se impõe como núcleo cuidador, há o favorecimento inclusive da diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais como representantes de certos interesses no interior do modelo de atenção. Pode-se abrir – a partir de um núcleo comum, o cuidador – um espaço semelhante e equivalente ao trabalho de equipe, que explore a cooperação entre os saberes e o compartilhamento decisório (MERHY, 2002).

É preciso crescer nesse sentido e, quando toda a atenção for focada no usuário – no caso, a mulher-parturiente – de maneira mais integralizada, será possível, para estes profissionais, perceberem e assumirem que certas abordagens profissionais em determinadas circunstâncias são mesmo mais eficazes que outras.

No ambiente atual, a enfermeira obstétrica que busca conduzir a sua prática dentro do modelo humanizado – lançando mão das tecnologias recomendadas pela OMS e pela história feminina dentro da instituição médica – enfrenta muitos conflitos; afinal, o hospital é o palco central e supremo da ideologia biomédica dominante.

Nesse contexto, os conflitos corporativos entre médicos e enfermeiras se acentuam no campo obstétrico, em razão, possivelmente, de um momento político em que há empenho do poder público federal em constituir novo paradigma para essa assistência – o paradigma humanista, com forte cunho desmedicalizador e que evidencia a importância do saber/fazer da enfermagem obstétrica em ações que promovem a humanização da atenção e que, com essa visão, realiza atitudes concretas para a mudança da lógica assistencial, favorecendo a visibilidade dessa profissional e incentivando formalmente sua ação, como, por exemplo, pela inclusão do pagamento para parto sem risco realizado por enfermeira obstetra na tabela do SUS e pelo estímulo à construção de casas de partos.

A profissão de enfermagem obstétrica tem-se revigorado politicamente e vem sendo fortalecida através da reorganização de suas instituições representativas, como a Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), por meio também da inserção de novos programas de formação que discutam o modelo dominante e que

promovam a participação ativa da enfermagem obstétrica na atenção ao parto bem como com a intensificação da participação da categoria em encontros internacionais, nacionais e locais.

Os conflitos se acentuam quando a enfermeira obstétrica abre mão de assistir dentro da lógica dominante, deixando claro, assim, todo o seu potencial e a sua pertinência como agente humanizador no campo da prática obstétrica ao orientar a sua conduta pelo resgate da mulher e do feminino no processo do nascimento.

As participantes desta pesquisa que tiveram partos cirúrgicos, em alguns relatos confirmam que a comunicação – mais uma vez, o diálogo, a comunicação entre o profissional e a gestante usuária do SUS – é insuficiente ou, muitas vezes, inexistente.

– (...) Por que decidiram pela cesariana? – (...) eu acho que foi por causa da pressão. (Carolina)

– (...) Você ficou um tempão na sala de partos, houve alguma explicação por parte da equipe de saúde sobre o que estava acontecendo, ou sobre o que ia acontecer? – Não.

– Ninguém conversou com você neste sentido? – (...) só me deixaram sozinha lá com a minha mãe... (Isabel)

– Você foi muitas vezes examinada ou não? – Muitas vezes. (Isabel)

– Essa uma hora e pouca na sala de partos, vocês souberam por que decidiram pela cesárea? – Não, eles não me falaram, só sei que a bolsa estourou, eu estava com muita dor, muita dor; aí, a doutora me examinou e falou: ‘prepara para a cesárea’, mas não me explicaram porque. – Então houve uma decisão de você ir para a cesárea... – Entre eles. – Mas não houve explicação para você... – Pra mim, não. (Maria)

– (...) não; faltou falar o porquê ... (...) eu queria saber o porquê que eu fui operada, porque eu tinha tudo para ser normal... até agora eu não sei. (Maria)

Nas falas apresentadas, as gestantes vão para o centro cirúrgico para serem submetidas a uma cesariana sem a informação básica acerca das razões da opção médica por este procedimento. Ora, estando elas lúcidas, orientadas e sem riscos inerentes de vida, qual o motivo para não informá-las? Não deveriam ser informadas?

Por vezes, conforme relatos, as gestantes ficam horas na sala de parto, com a indicação por cesariana já decidida pela equipe médica; porém, essa decisão não se

transforma em comunicação à maior interessada, a mulher. Vêem-se, nesses exemplos, situações que acentuam o desrespeito à figura feminina e a arbitrariedade na qual se apóiam muitos médicos obstetras em salas de partos do SUS. Mesmo assim, algumas mulheres ficam ainda divididas entre o velho agradecimento – afinal, o bebê nasceu – e a percepção das faltas que esse atendimento, da forma como que foi conduzido, apresentou.

Importantes documentos trazem o reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto (OMS, 1996; MS, 2001). Todas as mudanças na constituição dos serviços concernentes ao acesso e oferta e à constituição de uma “Maternidade Segura” propostos deverão ter, na base, a valorização e o respeito aos direitos humanos das mulheres e a cultura assistencial deverá ser voltada para o fortalecimento desses aspectos, passando basicamente – além da garantia dos serviços – à garantia da informação de qualidade antes e após o parto.

Do modo como se constituiu a assistência, as mulheres são destituídas de singularidade e são desconsideradas enquanto pessoas; a relação profissional-usuária é despersonalizada e, na maioria das vezes – lamentavelmente, no setor público –, não ocorre. Nesse perfil assistencial – se é que se pode chamar assim – têm lugar todos os tipos de distorção, como o exemplo abaixo, tão grotesco, que, se não fosse dramático, seria o inverso:

*– (...) ah, tem... você não sabe se vai sair mal... aí, me confundiram com uma tal de Isabel. **Aí, me pegaram para fazer cirurgia;** aí, quando me colocaram na mesa de cirurgia, **eu ganhei;** aí, a moça deu um esporro no moço que me pegou confundida. – Pegaram você confundida (!!??) ou era mesmo você que iria fazer cirurgia? – Não. – Tinha duas Isabel lá? – (...) tinha – Então sua neném nasceu no centro cirúrgico? – Nasceu. (Isabel)*

O nascimento desse bebê através de parto vaginal na mesa cirúrgica foi o evento que resgatou a mulher de ser operada indevidamente...

– (...) ah, eu acho que cada um tem que ter responsabilidade, tudo bem que na hora do nervoso... mas imagina se ela não viesse na hora e eles me rasgassem? – O quê sua mãe achou disso? – Ela achou um absurdo. (Isabel)

É claro que, como em todo serviço, há heterogeneidade, também existindo relatos de comunicação satisfatória e de cuidados gentis para com as parturientes.

– Ah, ouvi a anestesista conversando muito comigo, disse que os meus filhos eram lindos, me tranqüilizando.

Nessa remodelagem do modelo de assistência obstétrica, novos atores estão presentes na cena do parto. No Rio de Janeiro, as maternidades municipais instituíram a presença do acompanhante no parto normal através de uma resolução do Secretário de Saúde no ano de 1998, determinando essa conduta em todas as maternidades geridas pela secretaria municipal de saúde.

No Instituto em que foi realizada esta pesquisa, a presença do acompanhante, hoje, é não somente aceita pela equipe, como estimulada por alguns profissionais, pois estes vêem nesse personagem uma fonte segura de suporte emocional e de apoio para as parturientes. É claro que ainda existem resistências pessoais por parte de alguns, mas essas reservas não têm mais força para mudar o quadro conquistado e impedir o cumprimento da rotina instituída.

A OMS recomenda: *“Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade: seu parceiro, sua amiga, uma doula ou enfermeira obstétrica.”* (WHO, 1996, p.13)

Diniz (2001) refere que a admissão dos maridos como acompanhantes também nos serviços públicos é uma mudança poderosa, porém alerta que a presença desses novos sujeitos provoca muitas reações positivas ou negativas nos profissionais: alguns são mais receptivos; outros, parecem se sentir invadidos e questionados, *“contaminados pela presença dos leigos”* (DINIZ, 2001, p.216)

De qualquer modo, as falas dessas entrevistadas sintetizam o significado que a presença do acompanhante tem para as parturientes:

– O que achou de poder ter acompanhante? – (...) Uma maravilha!, não sei o que seria de mim, de como é que eu ia pegar ele no bercinho, foi ótimo!! (Júlia)

– Você teve acompanhante? – (...) Tive, meu marido. – Como é que foi para você ter acompanhante no trabalho de parto? – (...) ah, foi bom, deixa a gente tão à vontade, deixa a gente tão segura e tudo é tão esquisito, eu sei que ele não pode fazer nada, mas só de estar ali já ajuda. (Maria)

A realidade que trás novos atores para a cena do parto precisa avançar para ‘contaminar’ a maioria, senão todas as instituições que prestam esses serviços. Contudo, ainda é uma recomendação; é preciso avançar no sentido de torná-la elemento de lei, como, por exemplo, a institucionalização do acompanhante para menores de idade que já existe e é cumprida. No Rio de Janeiro, apenas as instituições municipais – no setor público – facultam o acompanhante na cena do parto normal (mulher ou homem adultos); durante as primeiras 24 horas para as mulheres que passaram por uma cesariana (pessoa do sexo feminino); ao passo que essa presença se torna integral no caso do nascimento de gêmeos.

Com as novas recomendações de assistência humanizada no parto tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, mudanças na prática assistencial já são sentidas, mesmo que ainda não ocorram na maioria dos atendimentos. Em relação ao recém-nascido percebe-se a preocupação, por parte dos vários agentes envolvidos no ato, de apresentar imediatamente o bebê a sua mãe e estabelecer a primeira mamada, se não o mais precocemente possível, ainda na primeira hora após o nascimento, na sala de parto:

– Quando os nenéns nasceram, você ouviu o chorinho, mostraram para você? – (...) vi, mostraram, colocaram no meu peito na mesma hora que nasceram. (Júlia)

– (...) depois que ele nasceu, ele já veio ficar comigo. – E a primeira mamada foi aonde? – (...) deu um banho... ela limpou tudo... a cama que eu tava, e deu o neném pra mim... já mamou na sala de parto. (Ana)

– Em que momento você foi apresentada ao seu bebê? – (...) na mesma hora que nasceu eu vi mexendo nela, aí, na mesa mesmo perguntaram se eu queria pegar nela e eu disse que não quis, porque estava muito fraca, deu câimbra na hora, aí eu não peguei. Depois de um bom tempo eu peguei ela no colo, e levaram ela lá pra baixo. (Isabel)

Vale enfatizar que, nessa instituição onde foram realizadas as entrevistas, existe todo um movimento para merecer o título de “Hospital Amigo da Criança”, havendo a realização sistemática de treinamentos para todos os profissionais, tal como o “Curso de Aleitamento Materno”, e, como foi possível constatar, essa reorientação institucional já dá frutos na prática assistencial.

Quanto aos bebês das entrevistadas que foram para a UTI neonatal em razão da prematuridade e do baixo peso ao nascer, faculta-se acesso livre para suas mães, o que

favorece e fortalece o vínculo mãe-bebê, ao mesmo tempo em que, no tocante aos profissionais, se vai construindo o estabelecimento de um novo diálogo com as mães em decorrência de sua frequência permanente nesse setor, onde, em uma lógica de atenção anterior, reservava-se à mãe apenas as visitas. No que diz respeito à Iracema, aquela adolescente que não atribuiu nenhum valor ao acompanhamento de pré-natal, esse procedimento constitui um aprendizado muito valioso:

– O seu bebê está na UTI, você vai visitá-lo? – (...) toda hora, a moça até fala: ‘de novo!’ Ele é tão pequenininho! Agora é que tá engordando; nasceu com 1415g, aí emagreceu, aí eu perguntei pro doutor: ‘ué, doutor, porque emagreceu?’ (Iracema)

– (...) aí ele falou que os nenéns nascem inchados... isso e aquilo... eu, tudo bem. Sabe o que me perturba lá na UT? Dizem que o neném não pode comer, aí eles pegam a veia lá do neném e botam aquele negócio branquinho, o médico diz que é alimento, só que eu acho que não alimenta não, porque meu filho às vezes fica chupando o dedo... eu acho que não alimente não. (Iracema)

– (...) é alimento? – É. – A barriga dele fica cheia? (Iracema)

Observam-se aqui o apego e a preocupação de Iracema para com o seu bebê, que, em atitude materna exemplar, o acompanha várias vezes por dia, questionando, aprendendo, ou seja, estabelecendo diálogo.

Conclusões

As experiências de parto relatadas pelas mulheres participantes da pesquisa reforçam o conhecimento de que o modelo de atendimento obstétrico convencional é ainda dominante no âmbito do SUS, mas que sua legitimidade já passa por conflitos, pois o sistema de serviços públicos é o mais permeável às mudanças. É nele que convivem os diversos saberes disciplinares – apesar da hegemonia médica – cujos conflitos e consensos podem propiciar a modelagem de uma nova prática.

Os relatos apresentados revelam as mudanças institucionais implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no ato do agir, como, por exemplo, a atuação da enfermeira obstétrica no parto e o direito à presença do acompanhante no parto normal; o estímulo ao aleitamento materno; o acesso livre das mães às UTIs para estarem mais com os seus bebês e as concessões de acompanhantes do sexo feminino para as primeiras 24 horas de mulheres que passaram por cesarianas, ao passo que, no

caso de mulheres que pariram gêmeos, o acompanhamento é integral e a flexibilização dos horários de visitas para os pais dos bebês.

Nesta pesquisa, todas que tiveram partos ‘normais’ foram invadidas pelos rituais rotineiros da prática obstétrica hegemônica, havendo apenas um relato de trabalho de parto diferenciado através do atendimento feito por uma enfermeira obstétrica mediante o uso de água morna para o relaxamento, o que, para a usuária, como afirmou, foi uma experiência muito boa. Contudo, a ‘finalização’ desse parto ocorreu da forma mais condenada pelas evidências científicas, embora a mais legitimada socialmente, de modo que, ao final, a usuária sentiu-se grata por ter sido ‘ajudada’ pelos médicos.

Através desse relato foram discutidas as questões concernentes aos conflitos corporativos no interior da instituição – em especial, entre médicos e enfermeiras obstétricas no momento do agir assistencial – em um contexto atual que favorece a mudança desse modelo ao reconhecer o papel fundamental do saber / fazer da enfermeira obstétrica no desenvolvimento da política de humanização. Dessa forma julga-se possível que se acirrem as disputas nesse momento de questionamento da prática hegemônica atual e da (re)valorização do parto normal mesmo, evidenciando a importância de outros agires e de outros agentes cuidadores, no caso, a enfermeira obstétrica e seu agir.

Uma crítica importante apresentada pelas usuárias refere-se novamente à relação interpessoal e à falta de comunicação e de consideração dos profissionais para com elas, em particular, dos que estão diretamente envolvidos com o parto, uma vez que estes não falam os porquês, tomam decisões sem, ao menos, considerá-las ou, mesmo, sem comunicar às interessadas a respeito, em um momento que *é delas* e que assim deveria ser entendido por todos.

Percebem-se algumas mudanças, desde as já citadas – a respeito da valorização da enfermeira obstétrica e da presença do acompanhante – até a postura de vários profissionais em estimular o aleitamento materno durante a primeira hora pós-parto, mesmo que ainda não imediatamente – postura essa que se espera que seja mais difundida com base no avanço do novo modelo de atendimento obstétrico em uma perspectiva humanizadora.

Assim, através desses relatos pôde-se entender como se deram essas experiências ‘por dentro’ para cada uma delas, parafraseando Campos (2001), o que constitui uma pequena amostra que nos permite ‘conhecer’ com o olhar de quem viveu na pele.

O modelo tecnocrático de assistência ao parto, profundamente incorporado na prática, é um dos mais importantes obstáculos à humanização da assistência. No entanto, o processo em curso quanto à mudança na prática obstétrica hegemônica vem acontecendo lentamente, ao longo de décadas, e mobilizando gerações, apresentando muitos ganhos, pois muito já se avançou sobre as questões técnicas.

Diniz (2001) refere que há formas inéditas de ativismo, os quais inauguram uma nova etapa nesse debate, saindo do espaço meramente técnico para o de negociação das necessidades e dos direitos daqueles sujeitos humanos envolvidos na cena do parto. A humanização possibilita vislumbrar a assistência submetida às necessidades humanas e não o contrário; nesse sentido poder-se-á referir tal assistência como integral e acolhedora e com a segurança necessária com aplicação da tecnologia adequada a que cidadãs têm direito no desenvolvimento de seus partos e no nascimento de seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"E o resto é o prazer de escrever, o mais íntimo e solitário que se possa imaginar, e se a gente não fica corrigindo o livro pelo resto da vida, é porque o mesmo rigor de ferro que fez falta para começá-lo, se impõe na hora de terminá-lo."
(GABRIEL GARCIA MÁRQUEZ)

Neste estudo buscou-se conhecer e descrever as vivências de gestantes e parturientes no acompanhamento de pré-natal e no atendimento ao parto no SUS. A premissa principal que norteou esta pesquisa – já descrita anteriormente – foi a de que se faz cada vez mais necessário para o sistema, na construção de um novo modelo de atenção em saúde, no geral, e na atenção obstétrica, em particular, a constituição de espaços que primem pela centralidade das usuárias, possibilitando que possam expressar suas vivências, expectativas e demandas durante o atendimento.

No processo de construção do novo modelo proposto há avanços no que tange à formulação de políticas e de programas, ou seja, à reflexão acerca do atendimento da forma como este se instituiu, bem como as necessidades de mudanças e de aprimoramento têm sido realizadas. Contudo, na prática assistencial, a concretização ou a efetivação dessas propostas constitui grande desafio para o SUS.

Vive-se um momento em que a reversão desse modelo de atenção em saúde, em especial no campo da prática obstétrica, tornou-se uma forte demanda – ainda que não suficientemente forte – por parte de vários segmentos da sociedade, os gestores, os profissionais, os formuladores de políticas, a academia (em algum grau), os movimentos organizados de mulheres etc. Essa demanda por "intervenção" na medicalização indiscriminada que vem assolando a prática obstétrica foi construída ao longo de décadas e segue o seu curso.

Nesse sentido – o da efetivação dessas práticas já fundamentadas pela ciência, não apenas a médica, mas a de diversas áreas de conhecimento – imperioso se faz que se possa contar com pessoas que tenham compromisso com essa lógica, que vistam a camisa, no dizer popular, e que se empenhem seriamente para que os avanços se dêem a passos mais largos, na prática, para a gerência dos serviços públicos de atendimento.

Para Diniz (2001):

(...) é este movimento, o de pelo menos cobrar dos serviços de saúde coerência com a sua própria lógica, que tem sido o argumento principal para a mudança. Podemos também, nessa direção, argumentar o direito humano e usufruir do progresso da ciência, pois em certa medida, é disso que se trata. (DINIZ, 2001, p. 203)

É fundamental, nessa perspectiva, que se desenvolvam procedimentos gerenciais nas instituições que compõem a assistência obstétrica no âmbito do SUS, nos quais os gerentes compartilhem essas propostas institucionalizadas e que se comprometam a desenvolvê-las (apesar de toda a complexidade do exercício gerencial, das micropolíticas e de suas correlações de forças, das disputas corporativas, do domínio médico no campo, das dificuldades no financiamento, de estruturas etc.), através de um mecanismo de gestão competente que confirme esse compromisso nos resultados apresentados.

No âmbito obstétrico, várias iniciativas foram concretizadas na prática, como já discutido, e revelam possibilidades para essa construção. Gerentes de instituições públicas de atendimento obstétrico, no contexto atual, além de todo o compromisso assumido, deveriam colocar "na agenda" o contato "corpo-a-corpo" na prática assistencial. É preciso visitar com frequência, por exemplo, a sala de parto dessas instituições, sair do gabinete e inverter a lógica de comunicação nesses ambientes – mas não reproduzindo a perspectiva clientelista ou corporativista (sabem aquelas visitas na época da eleição para o cargo da gerência?) – mas, sim, com o objetivo legítimo de relacionar-se e poder ver com "os próprios olhos" os desdobramentos e os acontecimentos no âmbito da atenção "por dentro", segundo Campos, já referido algumas vezes neste trabalho, ou na "ponta", como preferem alguns autores.

Diniz (2001) comenta a postura de um dirigente de instituição obstétrica que se empenha em implementar as rotinas da assistência tidas como humanizadoras; destaca então sua observação ao visitar a sala de partos da unidade que gerencia (o que faz com frequência), quando se depara com uma parturiente tendo a infusão de ocitócito em bomba infusora: *"(...) eu digo para o residente: porque não bota uma corrente com uma bola de ferro, se é para prender a paciente ao leito."* (DINIZ, 2001, p. 169)

Concordamos com Boareto (2001), quando afirma:

(...) a mudança desta política tem um caráter incremental, exigindo um elevado nível de consenso entre os dirigentes centrais e locais e a difusão de protocolos clínicos e programáticos novos, que muitas vezes vão de encontro às práticas cotidianas dos profissionais e às recomendações dos textos clássicos de obstetrícia, gerando muitas vezes recusa e pouca concordância às inovações, o que acarreta baixa implementação das ações. (BOARETO, 2001, p. 97)

Assim como o médico e a medicina se insinuaram na intimidade das famílias durante o processo inicial de constituição de normas na terceira década do século XIX (Costa, 1978) e, posteriormente, o desenvolvimento da medicalização da sociedade e do corpo feminino através do controle de suas funções com a constituição do modelo de atenção biomédico dominante, é preciso hoje, no processo de inversão dessa lógica, reter os excessos – referentes aqui ao processo de medicalização exagerado e suas conseqüências –, "insinuar-se" na intimidade de sua ação, conhecê-la "por dentro" através da transversalidade das políticas instituídas e na postura também transversal dos agentes executores dessas políticas.

Isso poderá contribuir para o equacionamento e o redirecionamento desse modelo no sentido de associar a técnica adquirida com a segurança e a ciência – no sentido das evidências – aos aspectos de "humanidades" indispensáveis. Se gerentes e assessores focarem sua atenção na conformação das práticas propostas, permitirão que usuários/usuárias sejam colocados no lugar devido – o da centralidade – no sentido de que as iniciativas e suas realizações não sejam desvinculadas dos contextos e demandas apresentadas.

Ao referir uma postura inédita também para o gerente na implementação do novo modelo através do desenvolvimento de uma gestão participativa, as discussões, as reflexões, o olhar para os indicadores, a interdisciplinaridade - no dizer de alguns autores: transdisciplinaridade – cada vez mais necessária na conformação de um modelo de atenção inovador em que haja a diluição do excessivo poder médico, constituem elementos fundamentais para caracterizar o perfil dessa nova gestão, permeada pela partilha de decisão em certo nível. Que se busque a redução das taxas negativas, mas que se tenha em mente que, mais que reduzir taxas, é importantíssimo garantir – pois se trata da orientação maior para esses serviços – que toda mulher assistida tenha acesso a um atendimento obstétrico capaz de lhe proporcionar as condições adequadas para um parto humanizado e seguro.

Através dos relatos das usuárias a respeito dos acompanhamentos vividos no pré-natal e no parto coletados neste trabalho, foram encontradas evidências de que há uma distância importante entre o que é preconizado e o atendimento fornecido, em particular, no que se refere às possibilidades de se avançar na direção de um modelo assistencial efetivamente responsável pela integralidade, acolhimento e humanização do atendimento.

O atendimento obstétrico, em sua maioria, é marcado pela tradição e pouco permeável a mudanças, muito em função da manutenção dos mecanismos de concentração de poder e da corporação instituída – a esse respeito tem-se aí, no presente momento, as discussões referentes ao "ato médico" já na agenda de discussões em âmbito jurídico.

Neste estudo confirmou-se o que a literatura, em geral, já descreveu, ou seja, a constituição do parto como evento socialmente construído; daí, a adesão das mulheres, em sua maioria, ao modelo convencional de atendimento ao parto, vista através da busca por um leito obstétrico hospitalar e a "sua inclusão" – compreendida também em seus sentidos simbólicos, como já discutido por Diniz (2001) –, mesmo que signifique procurá-lo durante toda a primeira fase do trabalho de parto "com dor e medo".

Pelos relatos é certo que muitas não percebem a condução inadequada da assistência durante o parto – o desenvolvimento das "rotinas ritualizadas" e condenadas pela ciência –, porém todas percebem, na prática, as relações inadequadas com os profissionais, o que deixa a maior parte de suas demandas não atendidas – demandas simples, na grande maioria, porém grandiosamente necessárias nas relações humanas: ser ouvida, poder se comunicar e expressar; ter segurança; ser olhada nos olhos; saber os nomes dos profissionais que as atendem; ser chamada pelo nome e não por chamamentos durante os momentos de dor, como "mãezinha", "filhinha", entre outros; ter as suas dúvidas esclarecidas, enfim...

Tanto que, neste estudo, como em tantos outros, os principais motivos de insatisfação no acompanhamento de pré-natal como no atendimento ao parto são relativos ao diálogo inexistente ou insatisfatório com os profissionais, em uma relação de violência, no caso, simbólica (Hotimsky, 2002), quando são negados os direitos humanos fundamentais da mulher, da cidadã, da gestante ou das parturiente.

Neste trabalho buscou-se ressaltar o papel do modelo de conhecimento médico e da organização da assistência obstétrica no Brasil, caracterizada pela "patologização" do parto e pela alta valorização e aplicação das tecnologias assim como da visão de riscos em detrimento dos conhecimentos sobre a fisiologia e normalidades, além da exclusão do agir de outros agentes na assistência à gestação e ao parto, como enfermeiras e parteiras, como não ocorre em muitos países e desenvolvidos, com taxas excelentes de qualidade da atenção, em que esses agentes são fundamentais no desenvolvimento dos ótimos indicadores.

Discutiu-se também – neste trabalho, como em tantos outros – de que modo essa lógica do atendimento à gestação e ao parto favoreceu o desenvolvimento da prática indiscriminada de cesáreas, porém concordamos com Chacham (1999), quando refere que é preciso:

(...) superar as limitações de uma abordagem na qual os médicos podem ser caracterizados como vilões e as mulheres como vítimas de interesses escusos dos médicos, ou ao contrário, os médicos seriam pressionados por mulheres 'desesperadas' por uma cesárea. (CHACHAM, 1999, p.197)

Concordamos com a sua posição de que o aumento do número de cesáreas seja reflexo da própria lógica do "atendimento médico" ao parto e que, sob esse olhar, constitui-se um problema mais pervasivo e de difícil controle.

A redução das taxas de cesárea dependerá então muito mais do que de campanhas de conscientização de mulheres e de médicos – embora isto se faça necessário, se aplicadas de forma massiva e permanente –, mas da reorganização da assistência obstétrica – em que, nessa nova lógica, outros profissionais – como enfermeiras e parteiras, que são capacitadas – possam realizar o atendimento a partos normais, cabendo ao médico, nessa reorganização da assistência, resolver partos nos quais a intervenção cirúrgica faz-se realmente necessária (CHACHAM, 1999).

Uma mudança de paradigma na assistência obstétrica que permita a desospitalização do parto de baixo-risco através da revisão do modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico dominante, auxiliaria na criação de um sistema hierarquizado de referência e de contra-referência, que incluísse ou ampliasse o atendimento aos partos de baixo-risco por enfermeiras obstetras nos hospitais ou nas casas de parto (DINIZ, 2001).

No desenvolvimento dessa outra lógica de atenção e na reorientação da prática obstétrica encontram-se formas diferentes – ou, para alguns, "alternativas" – de se atender a partos, como, por exemplo, a constituição de casas de parto – para dar condições efetivas às mulheres de terem um parto normal.

A experiência da Holanda nesse sentido é emblemática: as políticas públicas encorajam oficialmente as mulheres saudáveis a terem seus partos no domicílio ou em casas de parto, com parteiras. Treffers (1990. Apud Chacham, 1999) refere que 45% dos partos são atendidos por parteiras e, destes, 35% são atendidos no domicílio, e que, mesmo tendo uma população heterogênea, com muitos trabalhadores estrangeiros, os quais apresentam maior risco para problemas perinatais, a experiência desse País tem tido resultados físicos e financeiros favoráveis e vem mantendo uma das mais baixas taxas de cesárea da Europa.

Nessa reorientação do modelo de atenção obstétrica considera-se principalmente a inversão da lógica dominante do atendimento em que a figura do médico se sobrepõe à figura da gestante ou da parturiente – o que, em outras linhas, significaria prestar assistência humanizada à gestação, ao parto e ao nascimento –; essa é a questão da centralidade da mulher e do seu protagonismo no processo da parturição.

A Enfermagem Obstétrica vem demonstrando, nessa perspectiva, a sua importância como agente fundamental para a implementação das políticas de humanização no atendimento à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério – na perspectiva integral da atenção – conforme relata Progiante (2001):

(...) a luta da enfermeira por um espaço na assistência ao parto normal, é uma luta pela naturalização do biológico, ou seja, pela valorização do simples. É também uma luta pela democratização das relações sociais, onde o feminino é abafado, inclusive na prática médica realizada por mulheres, que nem sempre se dão conta de que são agentes da reprodução da dominação masculina. (PROGIANTE, 2001, p. 139)

No Brasil, já existem experiências bastante positivas – no sentido da inversão da lógica da prática obstétrica dominante –, tal como as casas de partos de Sapopemba e de Juiz de Fora, entre outras, e, recentemente, apesar da resistência ainda em voga por parte da corporação médica, a casa de partos David Capistrano Filho, no Rio de Janeiro, a qual contabiliza sucessos desde a sua inauguração, prestando um atendimento

humanizado e qualificado – em respeito aos preceitos da OMS – às parturientes. É claro que uma única casa de partos não tem o propósito de causar impacto à demanda reprimida de parturientes, nem teria condições para tal, uma vez que a sua lógica de existir e de assistir pauta-se no modelo de atenção focado na qualidade e nos princípios de cidadania, em que à mulher é facultada inclusive a opção pela posição em que vai querer parir. Isto provoca impacto na qualidade da atenção, em uma lógica de assistir responsável em que a vaga para parir é garantida.

Uma nova lógica reorientadora do sistema que faculte, por exemplo, a criação de uma rede de casas de parto capaz de desenvolver orientação adequada através da seleção de riscos, contribuiria para a constituição de outra forma de assistir em obstetrícia e para a redistribuição de leitos.

Os problemas graves de acesso ao leito obstétrico podem ser equacionados por meio da adoção de uma política que favoreça o aumento do número de leitos, a melhor distribuição geográfica e a sua organização mediante a existência de uma central de regulação de vagas, de forma a reduzir ou eliminar a peregrinação por leitos obstétricos ou neonatais em conformidade com as diretrizes da NOAS 2001/2002 e com o PHPN – em particular, nos casos de alto-risco – o que diminuiria o risco da morte materna e perinatal.

Em suma, este trabalho foi constituído como um recorte que teve o propósito de conceder espaço para as colocações das mulheres que vivenciam a assistência/cuidado em saúde, pois se partiu da concepção de que as avaliações feitas através da perspectiva das usuárias devem ser valorizadas para a reflexão sobre a prática de saúde e para o desenvolvimento das ações de mudanças.

Espera-se ser possível contribuir por meio deste recorte e com as reflexões aqui desenvolvidas para outras reflexões dos agentes envolvidos no processo de construção cotidiana das mudanças necessárias e para a conformação de estudos posteriores com mesma finalidade.

A conclusão a que se chega é que toda mudança envolve um processo de construção histórica e simbólica, em especial, quando se trata de uma mudança paradigmática, que passa por instituições acadêmicas e assistenciais bem como pela

sociedade civil. Desse modo, os conflitos são acirrados, porém a mudança se desenvolve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. T. S. B; SILVA, A. A. M. S. (org.), 2001. Avaliação da Qualidade Maternidades -Assistência à Mulher e seu Recém-nascido no SUS - UFMA/UNICEF - São Luiz, 2000. In: *Entre a Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto* (S. G. Diniz,). Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo – USP.

ARAÚJO, C. L. F., 2003. A Prática do Acolhimento em DST/AIDS e a Integralidade. In: *Construção da Integralidade: Cotidianos, Saberes e Práticas em Saúde* (). Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO.

BERQUÓ, E. (org.), 2003. *Sexo & vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP.

BOARETO, M. C., 2003. *Avaliação da Política de Humanização no Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

CAMARGO Jr, K. R., 2003a. As Muitas Vozes da Integralidade. In: *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Prática em Saúde* (R. Pinheiro; R. A. Mattos, org), Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO.

CAMARGO Jr, K. R., 2003b. *Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica*. São Paulo: HUCITEC.

CAMARGO Jr, K. R., 2003c. Um Ensaio Sobre a (In)Definição de Integralidade. In: *Construção da Integralidade: Cotidianos, Saberes e Práticas em Saúde* (R. Pinheiro; R. A. Mattos, org), Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO.

CAMPOS, G. W. S., 2002. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar o Trabalho em Equipes de Saúde. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy; R. Onocko, org), São Paulo: HUCITEC.

CAMPOS, T. P. & CARVALHO, M. S., 2000. Assistência ao Parto no Município do Rio de Janeiro: Perfil das Maternidades e Acesso da Clientela. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):411-420, jun.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S., 1999. A Relação Paciente - Médico. Para uma Humanização da Prática Médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3).

CARVALHO, A. I., 1999. *Política de Saúde e Organização Setorial no País*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ.

CECÍLIO, L. C. O., 2002. O Desafio de Qualificar o Atendimento Prestado pelos Hospitais Públicos. In: *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público* (E. E. Merhy; R. Onocko, org), São Paulo: HUCITEC.

CECÍLIO, L. C. O., 2003a. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Prática em Saúde* (), Rio de Janeiro, UERJ IMS: ABRASCO.

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E., 2003b. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: *Construção da Integralidade: Cotidianos, Saberes e Práticas em Saúde* (), Rio de Janeiro, UERJ. IMS: ABRASCO.

CHACHAM, A. S., 1999. *A Medicalização do Corpo Feminino e a Incidência do Parto Cesário em Belo Horizonte*. Tese de Doutorado, Belo Horizonte, UFMG.

CNS (Conselho Nacional de Saúde), 2000. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. *Relatório Final* da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS.

CORDEIRO, H., 1985. *A Indústria da Saúde no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CORRÊA, M. V., 2001. *Novas Tecnologias Reprodutivas: Limites da Biologia ou Biologia Sem Limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ.

CORRÊA, S.; ÁVILA. M. B., 2003. Direitos Reprodutivos: Pauta Global e Recursos. In: *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil* (E. Berquó, org.), Campinas, São Paulo: Editora Unicamp.

COSTA, A M., 1999. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K. Giffin; S. H. Costa), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

COSTA, J. F., 1978. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

DAVIS-FLOYD, Robie E., 1994. The Technocratic Body: American Childbirth As Cultura Expression. *Social Science And Medicine*, 38(18):1.125-1.140.

DELASCIO, D & GUARIENTO, A., 1994. *Obstetrícia Normal – BRIQUET*. São Paulo: Ed. Sarvier.

DESLANDES, S. F., 2004. Análise do Discurso Oficial Sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. *Ciências & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14.

DINIZ, C. S. G., 2001. *Entre a Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto*. Tese de Doutorado, São Paulo, Universidade de São Paulo.

DONÂNGELO, M. C. F., 1979. *Saúde e Sociedade*. 2.ed. São Paulo. Editora Duas Cidades.

DUARTE, L. F. D. (org), 1998. *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J.; DULEY, C. C. L. D.; HODNETT, E. & HOFMEYR, J., 2000. *A Guide To Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Inglaterra: Oxford University Press.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G., 1991. A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendência, Causas, Consequências e Propostas de Ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2):150-173, abr./jun.

FRANCO, B. T.; BUENO, W. S.; MERHYE, E. E, 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15.

GAMA, S. G. N. et al., 2004. Desigualdades Sócio-econômicas do Baixo Peso ao Nascer e da Mortalidade Perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (supl.1): S-44-S-51.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD; LEAL, M. C., 2002. Experiência de Gravidez na Adolescência: Fatores Associados a Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1):153-161, jan./fev.

GIFFIN, K., 2000. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a Partir de Uma Perspectiva de Gênero Transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.):103-112.

GIFFIN, KAREN; COSTA, S. H. (org), 1999. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GOMES, M. A. S. M., 1995. *Aspectos da Equidade do Atendimento à Gestação e ao Parto Através da Percepção das Usuárias*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, IFF/FIOCRUZ.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T., 2002. A Definição do Acompanhante no Parto: Uma Questão Ideológica? *Revista Estudos Feministas*, 2:461-481.

HOTIMSKY, S. N.; HATTNER, D. et al., 2002. O Parto Como Eu Vejo... ou Como Eu Desejo? Expectativas de Gestantes Usuárias do SUS, Acerca do Parto e da Assistência Obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1.303-1.311, set/out.

HOTIMSKY, S. N.;ALVARENGA, A T., 2002. A Definição do Acompanhante no Parto: Uma Questão Ideológica? *Revista Estudos Feministas*, 2:461.

IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA), 1999. Pesquisa sobre Padrões de Vida. 1996-1997. 2.ed. Rio de Janeiro: Departamento de População e Indicadores Sociais. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

ILLICH, I., 1975. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M. et al.,. Controle da Qualidade em Atenção Primária à Saúde. I A Satisfação do Usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3).

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N., 2004. Saúde Perinatal no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(supl.1).

LEITE, J. C. A; SENA, R. R., 1999. Acolhimento: Perspectiva de Reorganização da Assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 52(2).

LEVCOVTZ, E.; LIMA, I. D.; MACHADO, C. V., 2001. Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das NOAS. *Cências & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291.

LIMA, K. M. R., 1997. *Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): Nascimento de um Novo Profissional de Saúde?* Rio de Janeiro

LUZ, M. T., 1988. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campos.

MATTOS, R. A., 2003. A Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. In: *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde* (R. Pinheiro; R. A. Mattos, org), Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

MATTOS, R. A., 2003. As Práticas do Cotidiano em Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde* (R. Pinheiro; R. A. Mattos, org), Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

MEDINA, E.T., 2003. *Tecnologias de Cuidado de Enfermagem Obstétrica e seus Efeitos Sobre o Trabalho: Um Estudo Exploratório*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

- MENDES, E. V. (org), 1996. *Uma Agenda Para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- MERHY, E. E., 2002. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: HUCITEC.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.), 2002. *Agir em Saúde: Um Desafio para o Público*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC.
- MINAYO, M. C. S. (org), 1994. *Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade*. 2.ed. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O., 1993. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):239-262, jul./set.
- MS (Ministério da Saúde), 1983. *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases para uma Prática Educativa. Documento Preliminar*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1996. *Portaria 2203*. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde - NOB 96. Brasília DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1998. *A Mortalidade Materna no Brasil*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1999a. *Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém Nascido*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1999b. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2001a. *Norma Operacional de Assistência à Saúde*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2001b. *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2001c. *Portaria nº 95 de 26 de Janeiro de 2001*. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS/SUS 2001. Brasília DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2001d. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2001e. *Relatório de Gestão*. Brasília, DF: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2001f. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH*. Brasília, DF: MS.

MS (Ministério da Saúde), 2002. *Assistência Pré-natal*. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: MS.

MS (Ministério da Saúde), 2003. Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização. *Relatório*. Brasília, DF: MS.

MS (Ministério da Saúde). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 2004.

MURARO, R. M.; BOFF, L., 2002. *Feminino e Masculino: Uma Nova Consciência para o Encontro de Diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante.

NOGUEIRA, M. I., 1994. *Assistência Pré-natal - Prática de saúde a Serviço da Vida*. São Paulo: Editora Hucitec.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C., 2004. Territórios do Sistema Único de Saúde: Mapeamento da Rede de Atenção Hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2):386-402, mar./abr.

OMS (Organização Mundial de Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS.

PAIM, H. H. S., 1998. Marcas no Corpo: Gravidez e Maternidade em Grupos Populares. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas* (L. F. D. Duarte; O. F. Leal, org), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org), 2003. *Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Prática em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (org), 2001. *Os Sentidos da Integralidade: na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

PROGIANTI, J. M., 2001. *Parteiras, Médicos e Enfermeiras: A Disputada Arte de Partear* (Rio de Janeiro 1934 - 1951). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ.

RADIS, 2002. *Comunicação em Saúde: Maternidades do Brasil: Um Panorama da Assistência ao Parto*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, set.

REA, M. F., 2003. Gravidez, Parto, Puerpério e Amamentação. In: *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil* (E. Berquó, org.), Campinas, São Paulo: Editora Unicamp.

REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), 1993. *Carta de Campinas*. Mimeo.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B., 1995. *Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro*. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

RIBEIRO, J. M et al., 2004. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema único de Saúde: Um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2):534-545, mar./abr.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A., 2002. Formação Profissional de Obstetizes e Enfermeiras Obstétricas: Velhos Problemas ou Novas Possibilidades? *Revista Estudos Feministas*, 2:449-459.

ROSA, M. L. G.; HORTALE, V. A, 2000. Óbitos Perinatais Evitáveis e Estrutura de Atendimento Obstétrico na Rede Pública: Estudo de Caso de Um Município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3):773-783, jul./set.

SES (Secretaria Estadual da Saúde), 2002. *Plano Diretor de Regionalização 2001/2004*. Rio de Janeiro: SES.

SES / PAISMCA (Secretaria Estadual da Saúde), 2003. *Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal*. Rio de Janeiro: SES.

TANAKA, A. C. A., 1995. *Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte*. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC/ABRASCO.

TEIXEIRA, R. R., 2003. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: *Construção da Integralidade: Cotidianos, Saberes e Práticas em Saúde* (R. Pinheiro; R. A. Mattos, org), Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO.

THÉBAUD, F., 2002. A Medicalização do Parto e Suas Conseqüências: O Exemplo da França no Período Entre as Duas Guerras. *Revista Estudos Feministas*, 403 (2).

TORNQUIST, C. S., 2003. Paradoxos da Humanização em Uma Maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(supl.2):S419-S427.

TORNQUIST, C. S., 2002. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. *Revista Estudos Feministas*, 2:483-492.

TRAVASSOS, Cláudia, 1997. Equidade e o Sistema Único de Saúde: Uma Contribuição para o Debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2):, abr.

VALLADARES, D. P., 1999. Ações de Contracepção e Assistência ao Parto: A Experiência do Rio de Janeiro. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K. Giffin; S. H. Costa), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

VARGENS, O. M. C., 2001. *Direitos Reprodutivos: A Enfermagem e a Questão do Aborto*. Rio de Janeiro: NEPEN – MUSAS.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. & VAUGHAN, J. P., 1999. *Epidemiologia da Desigualdade: Um Estudo Longitudinal de 6.000 Crianças Brasileiras*. Centro de Estudos da Saúde. 2.ed. São Paulo: Editora HUCITEC.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. A., 2000. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma Introdução ao Tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

VIEIRA, E. M., 2002. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

VILLAR, J.; KHAN - NEELOFUR, D., 1998. Modelos de Atención Prenatal Corriente para el Embarazo de Bajo Riesgo (Translate Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software 1998. Disponível em: <[www. Update - com/abstract/es/es 000934. htm](http://www.update-com/abstract/es/es 000934. htm)>

ANEXOS

Anexo 1. Características Gerais das Entrevistadas

Tabela I. Características Gerais das Entrevistadas

ENTREVISTADA	NATURALIDADE	LOCAL DE MORADIA	IDADE (ANOS)	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	TRABALHO	TIPO DE PARTO	NÚMERO DE CONSULTAS (PRÉ-NATAL)
Iracema	Rio de Janeiro	Vila Isabel	16	solteira	5ª série	não	cesárea	0
Geórgia	São Paulo	Nova Iguaçu	17	solteira	8ª série	não	normal	1
Carolina	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	17	solteira	7ª série	comerciante	cesárea	11
Isabel	Rio de Janeiro	Imbariê - Duque de Caxias	18	solteira	7ª série	desempregada	normal	3
Laís	Rio de Janeiro	Engenho Novo	18	união consensual	6ª série	não	normal no hotel	3
Clara	Recife	Campo Grande	20	solteira	ensino fundamental	desempregada	normal	6
Júlia	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	21	solteira	3ª série ensino fundamental	não	cesárea de gêmeos	6
Ana	Paraíba	Duque de Caxias	22	união consensual	7ª série	doméstica c/ carteira assinada	normal	5
Clarissa	Bahia	São Francisco Xavier	25	união consensual	2ª série ensino fundamental	desempregada	normal com uso de água	5
Maria	Rio de Janeiro	Rio Comprido	26	união consensual	7ª série	balconista	cesárea	6
Lígia	Rio de Janeiro	Ramos	35	união consensual	ensino médio	doméstica c/ carteira assinada	cesárea de gêmeos	8
Irene	Espírito Santo	Cabo Frio	36	união consensual	analfabeta	doméstica / diarista	cesárea	2

FONTE: Pesquisa de campo, ROCHA, F.A .F, 2004: Trajetória de Gestantes e Parturientes pelo Sistema de Saúde no Município do Rio de Janeiro.

Anexo 2. Carta à Chefe do Serviço de Enfermagem do Instituto da Mulher Fernando Magalhães

De : Enfermeira Francisca Auricélia Furtado Rocha

Para : Ilma Enfermeira _____
Chefe do Serviço de Enfermagem do Instituto da Mulher Fernando Magalhães

Rio de Janeiro, _____ de Junho de 2003.

Prezada Enfermeira _____

Venho através desta solicitar permissão para iniciar as entrevistas com algumas puérperas desta instituição, como parte da pesquisa "A trajetória de Gestantes e Parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro".

Esta pesquisa faz parte do projeto de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da Prof. Dra Jeni Vaitsman.

Tal estudo objetiva principalmente, descrever as vivências de gestantes e parturientes no acompanhamento de pré-natal e no atendimento ao parto no Sistema de Saúde; Analisar o acesso e a referência para o acompanhamento de pré-natal no Município do Rio de Janeiro e analisar a vivência relatada pelas gestantes e parturientes no acompanhamento de pré-natal e do parto, com base nos pressupostos de integralidade e acolhimento preconizados pela Política de Humanização do SUS;

Na construção das entrevistas, utilizaremos um formulário de consentimento informado às puérperas que se disporem a participar preservando o seu anonimato a confidencialidade e a confidencialidade das informações prestadas.

Busco com este trabalho, além do conhecimento fornecido pela pesquisa, contribuir para a qualidade da assistência prestada por esta Instituição, através da promoção de diálogos produtivos entre os vários atores sociais interessados na questão.

Venho agradecer a confiança e a abertura da Direção de Enfermagem para a elaboração desta pesquisa e coloco-me a disposição para informações adicionais que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,

Em anexo, envio o projeto de pesquisa.

Francisca Auricélia Furtado Rocha

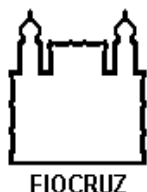
Contatos:

Tel.9684.9693

2763.1071

e-mail: auriceliafurtado@bol.com.br

Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública
Sub-área: Políticas Públicas e Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a senhora para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela aluna do curso de Mestrado Francisca Auricélia Furtado Rocha, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, aqui no Instituto Municipal da Mulher Fernandes Magalhães, com o objetivo de se conhecer a trajetória vivida por gestantes e parturientes durante o pré-natal e durante o trabalho de parto. As entrevistas serão gravadas, porém, garantimos total privacidade e confidencialidade das mesmas.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre qualquer dúvida que a senhora possa ter sobre a pesquisa.

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento, entendendo que poderei pedir esclarecimento a qualquer tempo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2003.

Nome da entrevistada _____

Assinatura da entrevistada

Anexo 4. Roteiro Piloto para Entrevistas

**Fundação Osvaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Ciências Sociais
Mestrado em Saúde Pública – 2003**

Pesquisa sobre a trajetória vivenciada por gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro - Roteiro Piloto para Entrevistas

a) Identificação:

Nome:

Data:

Hora:

Duração:

b) Perfil Sócio-econômico:

Idade:

Raça:

Naturalidade:

Bairro onde mora:

Estado civil / parceria:

Educação:

Profissão:

Trabalho/emprego:

Carga horária do trabalho:

Marido/parceiro:

Idade:

Educação:

Profissão:

c) História Reprodutiva:

No de filhos:

Idade e tipo de parto de cada filho:

Data do nascimento do último filho:

Teve algum filho morto?

Teve algum aborto?

Abortos espontâneos?

Abortos provocados?

Quais os métodos contraceptivos já utilizados?

Método que pretende utilizar após este parto?

No de filhos que pretende ter?

No de filhos que gostaria de ter? (*e o parceiro/marido?*)

d) Última gravidez:

Como foi para a sra o surgimento de sua última gravidez? Foi planejada/desejada/aceita?

Fale sobre a experiência da gravidez (*impressão geral – tentar explorar condições especiais de risco/gravidez normal ou de risco*)

e) Pré-natal:

Fez pré-natal?

Onde?(*caracterizar se SUS,privado,convênio*)

Quando iniciou o Pré-natal? (*explorar idade da gestação*)

Quantas consultas?(*explorar tempo de espera p/ consultas*)

Teve dificuldades no acesso para começar o Pré-natal?

Qual foi o profissional(ais) que realizou o seu pré-natal?

Conseguiu realizar todos os exames e mostrar os resultados ao pré-natalista? (*explorar tempo de espera p/ realização e resultados dos exames*)

Quais os exames que realizou? Fez ultra-sonografia? Quantas?

Gostou do seu Pré-natal?

Gostou do profissional(ais) que fez o seu Pré-natal?

Conseguiu esclarecer todas as suas dúvidas durante as consultas de Pré-natal? (*explorar a comunicação com o profissional, explicação sobre exames e o curso da gravidez*)

O trabalho de parto e o parto foram discutidos nas consultas?

Houve sugestão do tipo de parto?

O que a sra sentia em relação ao parto?Tinha medo?Conversou sobre isto no Pré-natal?

Conversou sobre isto com outras pessoas? O quê elas diziam?

Foi esclarecido no Pré-natal quais eram os sinais e sintomas em que necessitaria buscar a maternidade?

Havia a definição da maternidade em que a sra iria ter o bebê ou não? Se sim, qual?

f) A entrada no serviço para o parto:

Quais foram os sinais que a sra apresentou que a fez buscar o atendimento?

Porquê a sra veio ganhar o bebê nesta maternidade?

Esta foi a primeira maternidade que a sra procurou?

Do momento em quê a sra sentiu a necessidade de procurar a maternidade, como se deu este percurso até o atendimento (*internação/ explorar se passou por outras unidades/ como foi atendida/ porquê não ficou*)

> A recepção:

Como a sra foi atendida na recepção e no atendimento de admissão?(*explorar sobre a sua chegada na instituição e sobre como se eu este atendimento na perspectiva do acolhimento, humanização no atendimento profissional*)

< No parto

Qual foi o seu tipo de parto?

Fale sobre a evolução de seu parto(*explorar as condutas realizadas – enteróclise/tricotomia/indução/rotura artificial das membranas/analgesia/posição no TP e P/episiotomia/manobra de Kristeller/orientações sobre puxos e respiração/fórcep*)

Houve comunicação da realização das condutas/pedido de cooperação e autorização de sua parte?

A sra sabia a formação do profissional(ais) que a assistiu durante o TP e o P?

A sra teve acompanhante? Se sim, quem foi e como foi para a sra?(*explorar a relação da parturiente com o acompanhante e se a relação dos profissionais foi amistosa para com o acompanhante*)

A sra e seu acompanhante tiveram orientação e auxílio na realização de técnicas para o manejo da dor?

A sra teve algum problema durante o parto(*explorar*)

Durante o TP e o P a sra sentiu-se incomodada com a presença de outras pessoas durante o atendimento?

A sra viveu alguma situação em seu parto que considerou injusta/que a revoltou?(*com relação a sua integridade física e moral*)

Em quê momento lhe foi apresentado o bebê? A primeira mamada foi na sala de partos?

A sra já ouviu falar do Programa de Humanização do parto? Se sim, qual a sua opinião?

Poderia falar sobre o atendimento que recebeu na maternidade/ como avalia/ e o que é mais importante para que as gestantes se sintam bem atendidas?

O quê mais a sra gostaria de comentar?

Agradecimento pela sua participação.

Anexo 5. Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático – Organização Mundial de Saúde, 1996

(World Health Organization. **Care In Normal Birth: A Practical Guide**. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Genebra: WHO, 1996.)

Cap.6 - Classificação de Condutas no Nascimento Normal

Neste capítulo há a classificação das práticas comuns e as condutas na categoria de partos normais, dependendo da utilidade delas, efetividade e complicação.

CATEGORIA A:

6.1. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas :

1. Realizar um plano pessoal que determine onde e por quem será assistido o nascimento: se será feito com a pessoa que atendeu a mulher durante a gravidez e se conhece marido ou companheiro dela e, se aplicável para a família (1.3)
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e durante todo o tempo desde o primeiro contato com o obstetra durante o trabalho de parto e parto (1.3)
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo de trabalho de parto e parto, assim como no desfecho do processo de nascimento (2.1)
4. Oferecer líquidos orais durante o trabalho de parto e parto (2.3)
5. Respeitar a escolha informada pelas mulheres do local do nascimento (2.4)

6. Prever cuidados durante o trabalho de parto e parto onde o nascimento será possivelmente realizado com segurança e confiança para a mulher (2.4, 2.5)
7. Respeitar o direito de isolamento das mulheres no local de nascimento (2.5)
8. Enfatizar o apoio através dos obstetras durante o trabalho de parto e parto (2.5)
9. Respeitar a escolha de companhia durante o trabalho de parto e parto (2.5)
10. Oferecer às mulheres muita informação e explicações sobre o que desejarem (2.5)
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagens e técnicas de relaxamento (2.6)
12. Fazer monitoração fetal com ausculta intermitente (2.7)
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto (2.8)
14. Usar luvas no exame vaginal durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta (2.8)
15. Dar liberdade na seleção da posição e movimento durante o trabalho de parto (3.2)
16. Encorajar posição não supina no parto (3.2, 4.6)
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS (3.4)
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou com risco em constante, ainda que de pequena perda de sangue (5.2, 5.4)
19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão (5.6)
20. Prevenir hipotermia do bebê (5.6)
21. Realizar precocemente o contato pele a pele entre mãe e filho, dando apoio na iniciação de alimentação ao peito dentro da primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre alimentação ao peito (5.7)
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas (5.7)

CATEGORIA B:

6.2. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas:

1. Uso rotineiro de enema (2.2)
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos (2.2)
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto (2.3)
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa (2.3)
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto (3.2, 4.6)
6. Exame retal (3.3)
7. Uso de pelvimetria radiodiográfica (3.4)
8. Administração de ocitócitos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito deles não possa ser controlado (3.5)
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto (4.6)
10. Contínuo uso de puxos dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo (4.4)
11. Massagens ou estiramento do períneo durante o parto (4.7)
12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias (5.2, 5.4)
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação (5.2)
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto (5.7)
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto (5.7)

CATEGORIA C:

6.3. Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto:

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa (2.6)

2. Uso rotineiro de amniotomia precoce durante o início do trabalho de parto (3.5)
3. Pressão do fundo de útero durante o trabalho de parto (4.4)
4. Manobra relatada para proteger o períneo e retenção da cabeça do feto no momento do nascimento (4.7)
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento (4.7)
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação (5.2, 5.3, 5.4)
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical (5.6)

CATEGORIA D:

6.4. Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas:

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto (2.3)
2. Controle da dor por agentes sistêmicos (2.6)
3. Controle da dor através de analgesia peridural (2.6)
4. Monitoração eletrônica fetal (2.7)
5. Utilização de máscaras, vestidos estéreis durante o atendimento ao parto (2.8)
6. Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um assistente (3.3)
7. Aumento da ocitocina (3.5)
8. Movimentar rotineiramente a parturiente para para um quarto diferente para ser atendido o parto (4.2)
9. Cateterização da bexiga (4.3)
10. Encorajamento à mulher para realizar puxos quando a dilatação ainda que completa ou quase completa do colo forem diagnosticadas, antes que a mulher sinta o desejo de puxar (4.3)
11. Aderência rígida para uma duração estipulada do trabalho de parto, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto (4.5)
12. Parto operatório (4.5)
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia (4.7)
14. Exploração manual do útero depois do parto (5.7)