

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

***“Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento
no Município do Rio de Janeiro”.***

Maria Cristina Boaretto

Orientador: Profº Drº José Mendes Ribeiro

Professor colaborador: Luiz Felipe Pinto

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Rio de Janeiro, setembro de 2003.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a algumas pessoas e Instituições que possibilitaram mais diretamente tornar realidade este trabalho.

À Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio na concessão da bolsa de estudos durante o Mestrado.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública, em especial a Lígia Giovanella, Nilson do Rosário Costa, Gilberto Hochman, Jeni Vaitsman, Jose Mendes Ribeiro, Sara Scorel, Maria Helena Mendonça e Felipe Luiz Pinto, pelo prazer proporcionado no aprendizado do conhecimento durante o curso.

Aos companheiros(as) do Mestrado de Políticas Públicas e Saúde, pela alegre convivência neste meu retorno à Escola como aluna.

A José Mendes Ribeiro pelo seu discernimento, gentileza, paciência e estímulo na orientação precisa e carinhosa. Reafirmo o grande privilégio de ser sua orientanda.

À Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Instituição na qual tenho a honra e o prazer de trabalhar durante os últimos 13 anos e que vem me permitindo sustentar decisões e ações inovadoras de transformação sobre as iniquidades sociais na área de saúde.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde, particularmente da Superintendência de Saúde Coletiva, pelo apoio que me permitiu realizar e concluir esta etapa.

Aos amigos que me deram apoio, ajuda, estímulo e encorajamento, particularmente a Antonio Werneck, Ana Ramalho, Betina Durovni, Carla Brasil, Cláudio Noronha, Fabio Bitencourt, Hugo Fagundes, Inês Rugani, Luciana Borges, Márcia Torres, Marcos Augusto Bastos Dias, Meri Baran, Mirella Giongo, Paulo César Matos, Sandra Lobo e Tereza Costa.

À Ana Maria Monteiro de Castro, companheira no Mestrado e no trabalho, pela rica partilha nas discussões teóricas e ações práticas.

À Kátia Ratto, parceira constante e grande incentivadora nessas nossas trajetórias de trabalho por uma atenção de qualidade para as mulheres.

À Rosa Domingues pela construção conjunta deste trabalho, e que além do apoio concedido foi completamente generosa nas suas contribuições.

Aos diretores das maternidades que me concederam gentilmente as entrevistas.

À Elen Lucia Pedroso de Sá Borges e Júlia Costa Carvalho, competentes profissionais e entrevistadoras sensíveis que estiveram juntas comigo no trabalho de campo.

Às mulheres, que logo após terem dado à luz a seus bebês, generosamente concederam as entrevistas, intuindo que poderiam estar ajudando a melhorar os serviços para que outras pudessem parir com dignidade.

À Vania Maciel, amiga querida, pelos nossos sonhos e realidades.

À Odila Theme Boaretto, minha iniciadora no mundo e responsável maior pelo que sou, pelo apoio irrestrito sempre.

RESUMO

A política de saúde na atenção ao parto ocupa um importante espaço na agenda sanitária na maioria dos países. O momento do parto é de grande intensidade emocional e afeta profundamente as mulheres, os bebês, as famílias e tem efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade. A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres. Supõe-se que modelos com componentes de suporte emocional e social têm uma importante contribuição para os serviços, no entanto, modelos de atenção altamente intervencionistas, não acompanhados de evidências substantivas sobre seus benefícios, são observados na prática médica obstétrica.

O presente estudo objetivou avaliar os principais serviços de assistência ao parto da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro, verificar alguns resultados obtidos na implementação de processos institucionais e de práticas assistenciais propostas pela política de humanização ao parto nesses estabelecimentos, avaliar o grau de penetração dessa política na percepção dos dirigentes locais e verificar junto à clientela o seu real acesso a essas práticas bem como o grau de satisfação com a assistência recebida.

O estudo foi de caráter transversal e constou de entrevistas com todos dirigentes das vinte principais maternidades do SUS, e de entrevistas com uma amostra representativa da clientela atendida. Foram avaliados itens relativos aos protocolos de procedimentos clínicos e organizacionais do pré-natal e parto, particularmente aqueles referentes à agenda de humanização, bem como itens relativos a aspectos de avaliação dos serviços por meio do relato da clientela e dos dirigentes.

Como principais resultados verificamos alguns avanços importantes na implementação da política de humanização do parto e nascimento. A assistência pré-natal apresentou elevada cobertura e adesão dos profissionais aos protocolos de assistência. Na assistência hospitalar encontramos elevado nível de orientação fornecida sobre a importância do aleitamento materno e a baixa taxa de algumas práticas sabidamente prejudiciais, como a realização de enema, de amniotomia precoce e de uso rotineiro de ocitócicos. Observa-se também a introdução ainda que parcial de algumas práticas que envolvem reorientações do modelo de assistência, como a hierarquização da assistência pela introdução do parto realizado por enfermeiros obstétricos, e o direito à presença de acompanhante no parto. A satisfação das usuárias com o atendimento recebido também foi grande.

Observamos que a adoção dos procedimentos preconizados ocorreu seletivamente, sendo mais disseminada nos itens onde o consenso técnico entre os profissionais médicos é mais consolidado e menos intensa nos aspectos relacionados à redução de assimetrias na relação com a clientela, à redução de intervenções médicas, ao acolhimento e ao suporte emocional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, humanização do parto, avaliação de serviços, satisfação do usuário.

ABSTRACT

The policies relating to hospital care during delivery occupy an important space in the healthcare agenda of most countries. The delivery involves a high degree of emotional intensity and deeply affects women, babies and families, producing important and long-lasting effects on society as a whole. Emphasizing the value of humanized delivery and birth is a crucial step in increasing women's autonomy and decision-making powers. Although models that include emotional and social support as key components are thought to contribute greatly to care services, in practice highly interventionist care models are observed in medical obstetrics, with no substantive evidence as to their benefits.

The aim of the present study was to evaluate the main delivery care services in the public health system in the Rio de Janeiro municipality, verifying some of the results obtained in the implementation of the institutional processes and care practices advocated by the policy of humanizing delivery in these establishments. The study also assessed this policy's degree of penetration in the perception of local management staff, and undertook a grass-roots evaluation of user's real access to these practices as well as their level of satisfaction with the received care.

The study adopted a transversal approach and consisted of interviews with all managers from the 20 main NHS maternity hospitals, combined with interviews with a representative sample of service users. The study assessed items relating to the clinical and organizational procedure protocols for pre-natal and birth care services, particularly those referring to the humanization agenda. It also included items relating to aspects of service evaluation through client and management reports.

The study's main results included confirming key areas of progress in the implementation of the delivery and birth humanization policy. Pre-natal care presented a high degree of uptake and the professional staff's adhesion to care protocols. In terms of hospital care, the study discovered a high level of advice on the importance of maternal breast-feeding and a low incidence rate in relation to some practices known to be harmful, such as performing enemas, precocious amniotomy and the routine use of oxytocin. Also observed was the introduction – albeit still partial – of practices involving certain readjustments of the care model, such as hierarchicalization of care through the introduction of delivery performed by obstetric nurses, and the right to the presence of a companion during delivery. User satisfaction with the received care was also high.

The study discovered that adoption of the advocated procedures took place selectively: it was more widespread in cases where technical consensus between the medical professionals is more firmly established, and less intense in relation to aspects such as the reduction of imbalances in the relationship with users, reduction of medical interventions, creation of a welcoming environment and emotional support.

Keywords: Brazilian National Health Service, humanization of delivery, service evaluation, user satisfaction.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	página
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	01
i) O desenvolvimento de políticas de humanização do parto	01
ii) A construção social do parto	06
iii) As atuais políticas e iniciativas de atenção ao parto – a medicina baseada em evidências	09
iv) O contexto brasileiro	11
v) A política de humanização no Rio de Janeiro	16
CAPÍTULO II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
CAPÍTULO III – PERFIL DA OFERTA E DEMANDA NA ATENÇÃO AO PARTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	30
CAPÍTULO IV- RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA – DIRIGENTES	
i) A implementação da política de humanização do parto pelos dirigentes	42
CAPÍTULO V - RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA – PUÉRPERAS	53
i) A implementação da política de humanização do parto sob a ótica da clientela	53
ii) Comparações entre estabelecimentos municipais e outros estabelecimentos SUS	88
CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	105
Anexo 1: Programa de Qualificação da Assistência perinatal DO pp.27	
Anexo 2: Questionários dos diretores	
Anexo 3: Questionários das puérperas	
Anexo 6: Termo de Consentimento esclarecido	

LISTA DE SIGLAS

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização mundial de Saúde

OPS- Organização Panamericana de Saúde

WHO- World Health Organization

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

REHUNA- Rede pela Humanização do Nascimento

RNFSDR- Rede nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

ABENFO- Associação Brasileira de Enfermagem obstétrica

FEBRASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria

PSF- Programa de Saúde da Família

PAB- Piso de Atenção Básica

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

FNUAP- Fundo das nações Unidas

SINASC- Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SIM- Sistema de Informações de Mortalidade

SIH- Sistema de Informações Hospitalares

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

CLAP – Centro Latino Americano de Perinatologia

LISTA DE TABELAS	página
TABELA 1: Óbitos em menores de 1 ano de idade, segundo causa no Município do Rio de Janeiro (RJ). 2001	31
TABELA 2: Relação das causas mais freqüentes de internações segundo número de internações, valor total das AIHs e valor médio das AIHs. <i>Sistema de Informações Hospitalares (SIH)</i> , Rio de Janeiro (RJ), 2002. (valores correntes).	31
TABELA 3: Nascimentos nas principais Maternidades, segundo o tipo do estabelecimento, Rio de Janeiro (RJ), 2001.	32
TABELA 4: Nascimentos ocorridos por cesarianas, em mães adolescentes e de bebês prematuros, nas principais Maternidades, segundo o tipo de estabelecimento no Município do Rio de Janeiro (RJ), 2001.	33
TABELA 5: Cor das mulheres, segundo o tipo de Estabelecimento, nas principais Maternidades no Município do Rio de Janeiro (RJ), 2001.	33
TABELA 6: Escolaridade das mulheres, segundo o tipo de estabelecimento, nas principais Maternidades no Rio de Janeiro (RJ), 2001.	34
TABELA 7: Frequência de consultas de pré-natal das mulheres, segundo tipo de estabelecimento, nas principais Maternidades no Rio de Janeiro (RJ), 2001.	34
TABELA 8: Resumo síntese das principais características assistenciais das Maternidades SUS no Rio de Janeiro (RJ), 2003.	41
TABELA 9: Características dos dirigentes de maternidades, segundo tempo de formado, na Instituição e na direção, anos, Rio de Janeiro, 2003 (n=20)	42
TABELA 10: Grau de apoio ao Phpn pelos dirigentes de Maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003.	43
TABELA 11: Atividades associadas ao parto por tipo de adesão, segundo dirigentes de Maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003. (N=20)	44
TABELA 12: Procedimentos associados ao parto implantados nas unidades estudadas, segundo dirigentes de Maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003. (N=20)	45

TABELA 13: Acesso de acompanhantes segundo dirigentes de Maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003. (N=20)	46
TABELA 14: Acesso de visitantes segundo dirigentes de Maternidades do SUS, Rio De Janeiro (RJ), 2003. (N=20)	47
TABELA 15: Itens de rotinas de atenção ao parto efetivamente implantadas, segundo dirigentes de maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003. (N=20; Ordem decrescente de Implantação).	49
TABELA 16: Itens de organização dos serviços hospitalares efetivamente implantados segundo dirigentes de Maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003. (N=20; Ordem decrescente de Implantação).	50
TABELA 17: Procedimentos, por tipo de gestor, segundo dirigentes de Maternidades do SUS, Rio de Janeiro (RJ), 2003.	52
TABELA 18: Idade das puérperas entrevistadas	54
TABELA 19: Cor das puérperas entrevistadas	54
TABELA 20: Escolaridade das puérperas entrevistadas	54
TABELA 21: Estado civil e relação conjugal das puérperas entrevistadas.	55
TABELA 22: Trabalho remunerado das puérperas entrevistadas.	55
TABELA 23: Aspectos da gestação das puérperas entrevistadas (N=292).	56
TABELA 24: Aspectos de suporte familiar das puérperas entrevistadas (N=292).	56
TABELA 25: Atividades e procedimentos de pré-natal nas puérperas entrevistadas (N=272).	58
TABELA 26: Local de realização do pré-natal das puérperas entrevistadas.	59
TABELA 27: Trimestre de início do pré-natal das puérperas entrevistadas.	59

TABELA 28: Número de consultas de pré-natal referidas pelas puérperas entrevistadas.	60
TABELA 29: Referência a exames realizados pelas puérperas entre as entrevistadas (N=272).	61
TABELA 30: Participação em grupos de gestantes, preparação para o parto e orientação sobre a Maternidade, nas puérperas entrevistadas (N=272).	62
TABELA 31: Notas para o pré-natal das puérperas entrevistadas.	63
TABELA 32: Meios de transporte utilizados para chegar à Maternidade (N=291).	64
TABELA 33: Relação de parentesco dos acompanhantes na internação na Maternidade (Acompanhante principal). (N=292).	65
TABELA 34: Indicação sobre a Maternidade para internação segundo as puérperas.	65
TABELA 35: Número de tentativas para a internação segundo as puérperas.	66
TABELA 36: Aspectos da informação e comunicação entre os profissionais de saúde e as puérperas.	69
TABELA 37: Relação das puérperas entrevistadas com a equipe que prestou assistência.	71
TABELA 38: Percentual de presença de acompanhante em todos os partos e apenas nos partos normais.	73
TABELA 39: Condutas e práticas de relaxamento e alívio da dor nas puérperas entrevistadas.	76
TABELA 40: Referência à realização de diversos procedimentos nas puérperas entrevistadas.	81

TABELA 41: Referência à ocorrência de contato precoce mãe-bebê e aleitamento ainda na sala de parto.	83
TABELA 42: Avaliação geral da qualidade segundo notas das puérperas entrevistadas.	84
TABELA 43: Aspectos subjetivos do parto segundo as puérperas entrevistadas.	86
TABELA 44: Período, em horas, entre a internação e o nascimento das puérperas entrevistadas.	87
TABELA 45: Características de acesso às maternidades, por tipo de gestor, segundo gestantes entrevistadas, Rio de Janeiro (RJ), 2003.	88
TABELA 46: Características dos tipos de procedimentos adotados nas maternidades com relação às rotinas de atenção ao parto, por tipo de gestor, segundo gestantes entrevistadas, Rio de Janeiro (RJ), 2003.	90
TABELA 47: Avaliação favorável da qualidade dos serviços prestados pelas maternidades do SUS, por tipo de gestor, segundo gestantes entrevistadas (n=292), Rio de Janeiro (RJ),2003.	91

APRESENTAÇÃO

Venho desde 1991 trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde exerço a função de Superintendente de Saúde Coletiva, desenvolvendo ações de organização de programas e serviços e também me dedicado a implementar novos modelos de atenção à saúde.

Até 1993, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) possuía apenas quatro maternidades, quando foi municipalizada a Maternidade do Hospital Rafael de Paula Souza, em Curicica. Tivemos então oportunidade de experimentar algumas estratégias inovadoras de atenção ao parto naquela unidade, que passou a chamar-se Maternidade Leila Diniz, já como resultado deste novo modelo.

Em 1995, foram municipalizadas mais três grandes maternidades federais, o que fez com que a SMS-Rio ficasse responsável por uma grande parcela da assistência perinatal na Cidade. E em 2000, a SMS-Rio assume a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município, passando a ter responsabilidades constitucionais sobre todo o Sistema Público de Saúde. Dessa forma, configurou-se uma área de intervenção em saúde, no caso a assistência ao parto, com grande oferta pública, onde mudanças de modelo e de orientações poderiam trazer impacto na oferta dos serviços.

Foram realizados diversos investimentos nas unidades assistenciais com adequações nas instalações físicas, nos equipamentos e na política de pessoal visando melhorar a qualidade da assistência.

Neste período surgiu o interesse e a possibilidade de avaliar a política implementada pela SMS-Rio e aprofundar a revisão teórica sobre as tecnologias de assistência ao parto.

A estrutura desta dissertação é composta de cinco capítulos.

No primeiro capítulo discutimos o atual modelo hegemônico de assistência ao parto, um breve histórico das políticas de atenção ao parto, a sua construção social, as políticas de humanização, as estratégias sobre o uso apropriado da tecnologia que têm sido estimuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e os aspectos mais relevantes implementados pela SMS - Rio que corroboram a agenda de humanização no pré-natal e parto.

No segundo capítulo relatamos os procedimentos metodológicos da pesquisa. No terceiro, o perfil da oferta e demanda na atenção ao parto no Rio de Janeiro, bem como uma descrição sintética das maternidades do SUS da Cidade.

No quarto capítulo apresentamos os resultados e a análise das entrevistas realizadas com os dirigentes locais dos estabelecimentos, verificando a percepção dos mesmos sobre os processos institucionais e as práticas assistenciais. Buscaremos entender a percepção desses dirigentes para aspectos mais diretamente relacionados ao tema da humanização na sua inserção na prática da assistência ao parto.

No quinto capítulo discutimos os resultados e a análise das entrevistas realizadas com as puérperas, apresentando os principais resultados encontrados e sua discussão à luz do conhecimento científico atual. Verificamos os resultados da política de humanização da atenção ao parto traduzida na implementação de algumas práticas assistenciais, na rede de serviços do SUS, sob a ótica das usuárias, verificando seu real acesso às práticas consideradas humanizadas e sua satisfação com a assistência.

Finalmente apresentamos as principais conclusões do estudo, recomendações e proposições de políticas voltadas para a humanização das práticas assistenciais de atenção ao parto e de promoção de saúde.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

i) O desenvolvimento de Políticas de Humanização do Parto

Os conceitos e práticas de atenção à saúde estão vinculados ao momento histórico e ao contexto social em que se vive, ou seja, são construídos histórica e socialmente. No debate contemporâneo das políticas de saúde, estas são alvo de importantes conflitos, que se tornam mais intensos quando referidos aos momentos de nascimento e morte, como condições especiais aos indivíduos. Neste debate estão envolvidas questões técnicas, éticas e de qualidade de vida.

Supõe-se que modelos com componentes de suporte emocional e social têm uma importante contribuição para os serviços, no entanto, modelos altamente intervencionistas, não acompanhados de evidências substantivas sobre seus benefícios, são ainda observados em diversas áreas da prática médica. As diferentes abordagens, não são meramente técnicas, provocam intensas controvérsias éticas e políticas, principalmente quando questões de acesso e alocação de recursos estão envolvidas, fazendo com que o tema se transforme numa escolha de quem deve nascer, viver e morrer, ou seja, quando se refere ao papel mais apropriado da tecnologia para o cuidado em saúde. São questões que requerem amplo debate público com o envolvimento e a participação de toda a sociedade nas definições de como prover cuidados de saúde.

Os governos também começam a reconhecer que as tecnologias de saúde necessitam estar sujeitas a maior regulação e a parâmetros de utilização para promover efetividade e eficiência. Na questão da assistência ao parto e ao nascimento, o Ministério da Saúde (2001), destaca que o atual modelo dominante é muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenção. Os procedimentos, exames e drogas, muitos deles utilizados com pouco embasamento em evidência científica, podem envolver riscos desnecessários para as mulheres e seus filhos, aumentando a possibilidade da ocorrência de iatrogenias, como por exemplo, a separação da mãe do seu bebê logo após o nascimento, pondo em risco a própria integridade dessa relação que se iniciou na gravidez.

A valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto por profissionais, a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada,

onde o desejo das mulheres tem contado muito pouco, principalmente nos setores mais pobres da população, com menor acesso à informação.

“A mulher parturiente está cada vez mais distante da 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, pp. 18).

A relação médico-paciente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, tenham dificuldades em participar da decisão das condutas médicas frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (MS, 2001). Exemplo desta situação é a que diz respeito ao uso excessivo da cesárea nas últimas três décadas. Estudos realizados por Faúndes e Cecatti (1991) já apontavam para o grande aumento da incidência das taxas de cesáreas no país, abordando suas causas, tendências, conseqüências e propostas de ação. Esses autores identificavam a esterilização cirúrgica como fator importante no aumento da incidência das cesáreas, além do maior pagamento dos honorários médicos pelo poder público e a economia de tempo para o médico. Referem que após anos desta prática, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos que se encontravam desmotivados, e até mesmo incapacitados para o acompanhamento de um parto normal. Não se pode negar o papel fundamental da operação cesariana na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna. No entanto, este procedimento cirúrgico que comparativamente ao parto normal associa-se a maior morbidade e mortalidade materna e neonatal, pelas complicações decorrentes, tem indicações precisas que devem ser ponderadas antes da sua indicação.

“Uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada adequadamente, torna-se um perigo para um ou para ambos, quando utilizada somente para a conveniência do médico ou da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde” (Faúndes e Ceccatti 1991, pp.161).

Segundo Enkin (2000), a diversidade do uso desta cirurgia na assistência ao parto reflete as diferentes culturas técnicas e institucionais vigentes, estando envolvidos vários fatores nesta indicação, tais como condições sócio-econômicas e expectativas das mulheres, práticas inadequadas da medicina, considerações financeiras e conveniências de obstetras e mulheres, fatores estes que se tornam muitas vezes mais importantes que os obstétricos, na decisão de realizar a cirurgia. Além da decisão obstétrica, baseada no conhecimento científico da especialidade, bem como no controle clínico de cada mulher sob cuidado, há seguramente várias ordens de fatores envolvidos, entre eles o que se refere aos abusos da intervenção médica.

Para Domingues (2002), a assistência hospitalar ao parto, no nosso meio, não tem contemplado o suporte social e emocional às mulheres. A autora refere que, de um modo geral, a gestante em trabalho de parto é internada num hospital público, num ambiente estranho, sozinha, afastada de seus familiares, com profissionais desconhecidos, com pouca ou nenhuma possibilidade de opinar e decidir sobre seu corpo e o seu parto, fazendo com que a experiência do parto seja vivenciada com sofrimento desnecessário.

Não se pode negar as contribuições dos avanços técnico-científicos que, ao reduzir os riscos maternos e fetais, tornou o parto mais seguro. No entanto, este modelo medicalizado, que considera o parto uma patologia e por isso estabelece enquanto prática a antecipação e prevenção do risco obstétrico, resultou na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto.

“A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto” (MS, 2001, pp. 18).

Um conflito fundamental se refere ao conceito de atenção em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) vem trabalhando ativamente para desenvolver sistemas de monitoramento e controle de tecnologias de saúde, para fazer com que estas sejam mais apropriadas às necessidades do público do que aos interesses corporativos dos profissionais e sistemas de saúde, envidando dessa forma esforços para disseminar conceitos e práticas de

promoção de saúde. Um dos aspectos mais relevantes da promoção de saúde é o de reordenar as prioridades da oferta dos serviços de saúde, um novo modo de olhar e intervir, resultando num modelo mais social de intervenção nos serviços. Dessa forma, as práticas assistenciais envolvidas no parto e nascimento deveriam ser consideradas fundamentalmente práticas de promoção de saúde.

Neste sentido, iniciativas têm sido adotadas para modificar o quadro dominante. Estas iniciativas são comentadas a seguir, especialmente os: i) aspectos principais da política de humanização; ii) as percepções sobre o parto; iii) as inovações na atenção ao parto; iv) o contexto brasileiro e v) a política de humanização no Rio de Janeiro.

ii) Aspectos principais da Política de Humanização

O termo humanização tem diferentes sentidos, percepções e significados dependendo das diferentes posições ou papéis que ocupam aqueles que a ele se referem, sejam dirigentes, tomadores de decisão, profissionais de saúde, movimentos organizados da sociedade ou usuários. Ele vem se incorporando nas políticas de saúde, em várias áreas de conhecimento e práticas de intervenção. Em programas de humanização de hospitais, na assistência ao recém-nascido favorecendo o contato físico e emocional dos pais com os bebês, nos cuidados aos pacientes terminais e na humanização da morte. No cuidado do recém-nascido de risco, a importância do suporte emocional e do contato intensivo corpo a corpo, já está fortemente estabelecida nos protocolos clínicos de assistência em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

O termo humanização possui também um conteúdo importante de questionamento às práticas de saúde excessivamente intervencionistas, julgadas muitas vezes práticas desumanizadoras, ao desconsiderarem as condições fisiológicas da vida e a importância do apoio emocional na atenção em saúde. Especialmente na atenção ao parto, segundo Machado (2002), verifica-se uma discriminação na prática institucional, a mais silenciosa, a mais escondida e a mais sutil, porque realizada no contexto altamente valorizado do parto hospitalar, que representa hoje o acesso às condições de segura sobrevivência para a mulher e seu filho.

Como afirma o Ministério da Saúde (2001), o momento do parto é extremamente importante na vida de uma mulher, momento de grande intensidade emocional, marco no caminho

da vida, que afeta profundamente as mulheres, os bebês, as famílias, com efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade. A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e fundamentalmente para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.

No Brasil ainda é pequena a produção científica relacionada à discussão de políticas de intervenção nesta área. Também não está no rol das prioridades dos gestores públicos a dimensão mais subjetiva da qualidade da atenção, como o conforto, o acolhimento e a satisfação das usuárias. Segundo o Ministério da Saúde, existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras.

“Um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar para que a mulher possa ter um acompanhante durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor requer, além de boa vontade, também investimentos” (MS, 2001, pp.19).

Dessa forma, recomenda a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, propiciando às mulheres um parto humanizado sob a orientação do princípio da medicina baseada em evidências (MS, 2001).

O reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto, independentemente do uso do termo humanização, tem sido expressado em vários importantes documentos (OMS, 1996; MS, 2001). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), as mudanças no acesso e oferta de serviços não são suficientes, e os objetivos de uma maternidade segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos, incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto, sejam respeitados.

“As condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações do direito da mulher à sua integridade corporal; a imposição autoritária e não informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa, e a crise de acesso, com a peregrinação das mulheres por leitos, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência (Diniz, 1996, pp.14)”.

Por um lado há a resistência profissional e institucional às mudanças de atitudes e práticas requeridas pela abordagem humanizada. Por outro, há a evidência científica acumulada no exaustivo processo de revisão da prática obstétrica, que de acordo com os parâmetros que são hoje considerados o “padrão ouro” da ciência, rigorosamente nenhum procedimento de rotina justifica-se no parto normal, o que se aplicaria à cerca de 90 a 95% dos partos. Isso inclui aspectos raramente questionados, como a hospitalização ou institucionalização do parto ou sua assistência por médicos como rotina. Postula-se que a melhor assistência é aquela que consegue uma mulher e um bebê saudáveis, sem ou com o mínimo possível de intervenção, fazendo-se o possível para facilitar ao invés de atrapalhar a fisiologia do parto e do nascimento (OMS, 1996).

iii) A Construção Social do Parto.

A política de saúde na atenção ao parto ocupa hoje um importante espaço na agenda sanitária na maioria dos países. Esta foi se constituindo a partir de fatos importantes na sua modelagem, comentados em seguida.

Os primórdios da moderna tecnologia ocidental de atenção ao parto podem ser identificados no século XVII, quando os homens começaram a utilizar tanto a cirurgia quanto o fórceps para extrair os bebês das mulheres. Esses homens não eram médicos, mas barbeiros ou açougueiros que se autodenominavam de cirurgiões barbeiros. A primeira prioridade era a vida da mãe, mesmo que isto significasse a destruição do bebê (Wagner, 1994).

Diniz (1996) apresenta as principais configurações históricas das práticas de assistência ao parto, e de sua relação com a construção dos gêneros, relacionando as diferentes formas de articulação entre gênero, sexualidade, reprodução e poder nos vários períodos e contextos históricos estudados. Segundo a autora, no século XIX, a construção do conhecimento científico operou a transformação da reprodução e do parto em eventos patológicos e de risco. O modelo

biomédico então emergente, ao conceber o corpo feminino como normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica, orientou uma concepção de parto como evento de risco, conseqüentemente, indicando um modelo de intervenção de prevenção a esse risco, ou seja, um modelo preventivo ao parto natural.

“Este modelo propiciou a incorporação da prática obstétrica cirúrgica à medicina e a entrada dos homens no quarto de parir, a casa foi substituída pelo hospital e a parteira pelo médico. A pélvis da mulher foi detalhada e esquadrihada no desenvolvimento de uma tecnologia da prevenção do acidente de parto, num modelo de antecipação e prevenção do desastre obstétrico. Para o manejo desse parto propunha-se que a mulher fosse hospitalizada, sedada, imobilizada e alienada dessa experiência, com o médico retirando a criança de dentro dela por meio de recursos como a episiotomia, o fórceps ou a cesárea” (Diniz, 1996, pp. 123).

No final do século XIX e início do século XX, nos países industrializados, mesmo com queda nas taxas de natalidade, ainda persistiam altas taxas de mortalidade materna e infantil, o que fez com que os governos começassem a se preocupar com o tamanho e a vitalidade das populações. São formulados novos conceitos de saúde e de responsabilidade pela saúde, como o de que a saúde do adulto depende da saúde da criança, que essa depende da saúde da mãe e que o Estado deveria atuar na assistência da criança e da mãe.

Embora já naquela época evidências demonstrassem que as condições econômicas, sociais, culturais e ambientais fossem importantes condicionadores das condições de saúde, a abordagem individual enquanto prática de intervenção para este segmento populacional foi a que ganhou maior ênfase, dando assim origem ao que hoje denominamos de acompanhamento pré-natal. Assim, em 1901, no Reino Unido, foi criado o primeiro hospital com leitos específicos para gestantes e foi realizada a primeira consulta de pré-natal nos Estados Unidos (Wagner, 1994).

Durante a I Guerra Mundial, a maioria dos países industrializados estabeleceu uma variedade de regulamentações e instituições de oferta de serviços de atenção ao pré-natal, parto e ao primeiro ano de vida. A profissão de obstetra floresceu e por volta de 1930 foram criadas várias sociedades de obstetrícia. A profissão de parteira também foi regulamentada em diversos

países. Neste período a estrutura básica do pré-natal que hoje conhecemos, já estava definida, consultas mensais até a trigésima semana, quinzenais até a trigésima sexta semana e semanais até o nascimento (Wagner, 1994).

Novas formas de monitoramento também apareceram neste período, o exame de raio X foi incorporado na assistência para todas as gestantes, sendo que apenas em 1956, quando da publicação de um estudo sobre o aumento do câncer em crianças radiografadas no útero, esta prática foi abandonada (Stewart et al., 1956, apud Wagner, 1994).

Durante a II Guerra Mundial, mesmo com pouca influência de intervenções médicas, as taxas de mortalidade materna e infantil declinaram inexplicavelmente, em graus sem precedentes, em quase todo o mundo. Teorias atribuem ao decréscimo da paridade, melhorias na saúde de uma geração para outra, e políticas públicas de redistribuição de recursos, dos ricos para os pobres, e de homens para mulheres, implementadas pelos governos (Wagner, 1994).

Os anos 50 e 60 são considerados como os do reino da tecnologia médica. Todas as orientações estabeleciam que os partos fossem hospitalares. São exemplos desse período os exames de ultrassonografia, a fetoscopia, a amnioscopia, a amniocentese e o monitoramento fetal eletrônico. A assistência ao parto tornou-se objeto de intensa medicalização. O cenário do nascimento transformou-se em um ambiente desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais (MS, 2001).

Nos anos 80, entretanto, as justificativas científicas dessa hospitalização começam a ser questionadas. Há um crescente número de publicações e estudos evidenciando que os hospitais não são mais seguros nem obtêm melhores resultados nos partos normais, sem complicações, que pequenos estabelecimentos, casas de parto ou a própria casa da parturiente (Wagner, 1994).

Em resumo, segundo Wagner (1994), a grande inflexão na assistência ao parto ocorreu há apenas 100 anos atrás, com a legitimação dos hospitais e o início da atenção ao pré-natal. O hospital serviu ao interesse de grupos de médicos que queriam desenvolver uma nova profissão e o ensinamento de uma nova especialidade, a obstetrícia. Iniciou-se assim um processo de restrição das parteiras mulheres, estabelecendo-se o princípio do controle médico sobre as pacientes. O nascimento do cuidado hospitalar no início do século passado ajudou a redefinir gravidez e parto como problemas médicos e não mais como fenômeno natural.

iv) As Atuais Políticas e Iniciativas de Atenção ao Parto - a medicina baseada em evidências.

No que se refere às políticas públicas voltadas para a atenção ao parto, temos os seguintes destaques: no âmbito internacional, na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da OMS, realizaram três conferências de consenso sobre tecnologia apropriada para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento.

A primeira (*WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Prenatal*), foi realizada em Washington. Os principais temas abordados foram os cuidados no pré-natal, fatores sociais e a gestação, recursos humanos no cuidado pré-natal, vigilância, pesquisa e tecnologia apropriada ao parto e ao nascimento.

A segunda (*WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*), foi realizada em Fortaleza, em abril de 1985. Esta Conferência faz recomendações baseadas no princípio de que cada mulher tem o direito fundamental de receber adequado acompanhamento pré-natal; de que a mulher tem o papel central em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação; e que os fatores sociais, emocionais e psicológicos considerados decisivos no entendimento e na implementação do atendimento adequado. A Conferência dá destaque para as dimensões sociais e emocionais no cuidado do pré-natal e do parto e recomenda a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas, consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto. Entre os participantes estavam os brasileiros, José Galba Araújo, Lorena Araújo, Manuel de Carvalho, Silvio Luiz Conter, Hésio Cordeiro, Anibal Faundes, Helenice Ferraz, Humberto Gazi Lipi, Maria Andréia Loiola Leblond, Moyses Paciornik, Angela Maria Magoso Takayanagui e João Yunes.

A terceira Conferência (*WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Following Birth*) foi realizada em Trieste, em outubro de 1986. Enfatiza que certos direitos são fundamentais para atitudes e práticas na atenção ao parto, nascimento e pós-parto, tais quais o direito de escolha da mulher sobre o local do parto e do profissional; o de ter sua integridade e privacidade preservadas; o respeito ao nascimento como uma experiência, pessoal, sexual e familiar e a proteção das crianças contra abuso e maus tratos. Destaca a difícil transição para as mulheres em tornar-se mãe e recomenda que a família e seu sistema de suporte de parentes e amigos precisam entender e estar preparados para as mudanças após o parto, e que planejadores e

trabalhadores de saúde devem considerar a saúde da mulher tanto quanto a saúde do bebê. Os participantes brasileiros foram Conceição Segre e Maria A. Souza.

Durante este período, em 1985 nos Estados Unidos e em 1986, na Europa, a OMS realizou encontros para aplicar os princípios da promoção de saúde nos aspectos relacionados ao parto e nascimento, com profissionais dessas duas áreas de atuação. Um produto desses encontros foi a constatação de que a maternidade representava um tema ideal para se testar a teoria da promoção da saúde, sendo a gestação e o parto uma prioridade e um desafio para as estratégias dessa promoção, ao considerar a maternidade um processo fisiológico, que até certo ponto, não necessita de prevenção.

No decorrer deste processo, foram sendo incorporados nos grupos de trabalho, além dos especialistas, representantes de grupos de mulheres e de organizações de consumidores de serviços de saúde, que vieram cumprir um importante papel neste esforço (Wagner 1994). A partir de então a OMS tem apoiado vários grupos de profissionais em todo o mundo, preocupados em discutir os limites das intervenções sem os respectivos resultados e a falta de consenso sobre os melhores procedimentos. Vários grupos de profissionais passaram a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, baseada em estudos de epidemiologia clínica (“medicina baseada em evidências”), iniciando um esforço que se estendeu mundialmente (WHO, 1985; Wagner, 1994). Este 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.

Um dos resultados mais importantes foi a publicação da revisão sistemática de cerca de 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Este trabalho de uma década, coordenado por obstetras, contou com o esforço conjunto de mais de 400 pesquisadores (obstetras, pediatras, enfermeiros, estatísticos epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras), que realizaram uma revisão exaustiva de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950. O grupo que trabalhou as revisões sistemáticas sobre gravidez e parto foi o primeiro de centenas de outros grupos que se organizaram nos anos seguintes para levantar as evidências sobre eficácia e segurança de procedimentos em todas as especialidades médicas. Este movimento e seus desdobramentos ficaram conhecidos como medicina baseada na evidência científica e se organizou em grande medida sob a influência e o entusiasmo do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane. A colaboração internacional de

grupos de pesquisa que compõem este esforço de sistematização e divulgação da evidência científica disponível tomaram o nome de *Iniciativa Cochrane e Biblioteca Cochrane* em sua homenagem. A avaliação científica das práticas de assistência vem desde então, evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto normal com um mínimo de, se alguma, intervenção sobre a fisiologia, e de procedimentos centrados nas necessidades das parturientes, ao invés de organizados em função das necessidades dos profissionais e das instituições de assistência (Wagner, 1994).

Em meados da década de 90 a OMS passa a divulgar amplamente documentos baseados nestes estudos, classificando os procedimentos de rotina no parto normal em quatro categorias: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser usadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado. (WHO, 1996).

v) O Contexto Brasileiro.

No âmbito nacional, nos anos 70, os processos de industrialização, urbanização e conseqüente incremento da participação das mulheres no mercado de trabalho, resultaram em demandas crescentes por redução do número de filhos. Os governos passaram a permitir a atuação de entidades privadas que executavam programas verticais de controle da natalidade. A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM), entidade financiada com recursos externos que teve ampla atuação no país nesse período, é um exemplo desse tipo de política.

A década de 80 foi marcada por grande debate no setor saúde, envolvendo pesquisadores, feministas, profissionais de saúde e órgãos governamentais. Criou-se um amplo movimento de oposição ao modelo de saúde vigente que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira, baseada nos princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade da atenção (Escorel, 1999).

O movimento de mulheres participou ativamente da formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marco na história das políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres e até hoje inspiração e referência na luta pela equidade de gênero. As concepções ali formuladas repudiavam as políticas de controle demográfico, enfatizavam a importância de uma visão mais ampla e integral da mulher, questionavam a relação autoritária

entre o profissional de saúde e cliente enfatizando a importância das práticas educativas (MS, 1984). O PAISM teve um amplo significado social, constituindo-se em elemento catalizador de debates num momento histórico de democratização da sociedade brasileira.

As entidades de classe, particularmente da categoria médica, também se posicionaram. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina publica no seu boletim mensal, duas importantes matérias. Em agosto, “*Cesariana: Uma Epidemia Desnecessária*”, onde discute a questão das altas taxas deste procedimento, que colocava o Brasil na liderança na realização de partos cirúrgicos, caracterizados como epidemia. No Boletim, o CFM chamava a atenção para o número grande das cirurgias realizadas anualmente.

“São realizadas anualmente 558 mil cirurgias anuais desnecessárias, com um gasto inútil de R\$83,4 milhões para o sistema público de saúde e ocupando desnecessariamente algo em torno de 1.653 leitos a cada dia” (CFM, 1997, pp.12).

Em face da situação, propunha uma ampla campanha de incentivo ao parto normal, na tentativa de romper com a indiferença sobre a questão como também chamar a atenção dos médicos e das mulheres para os graves problemas oriundos do parto cesáreo para a saúde materno-infantil. Neste período foi lançada a campanha pelo parto normal - “natural é parto normal”. Em setembro, outra publicação, “*Mortalidade materna: Tragédia Familiar*”, que destaca o tema das altas taxas nacionais de morte materna, vinte vezes maior que os países desenvolvidos, enfatizando o ciclo trágico para as mulheres e suas famílias. No artigo é proposta “uma ação integrada, envolvendo a efetiva implantação do SUS, o estabelecimento de políticas claras de assistência à saúde da mulher e uma ampla e urgente campanha de esclarecimento popular” (CFM, 1997, pp.18).

Merece destaque nesta área, a atuação do movimento feminista, que agregou ao debate do campo da saúde, um conjunto de novas concepções das relações entre os sexos, numa posição construtiva de estímulo à cooperação e à valorização da individualidade de cada um dos gêneros, contribuindo assim para o avanço no reconhecimento dos direitos de cidadania, iguais entre homens e mulheres expressado nas políticas voltadas para as mulheres. O movimento feminista lutou pela afirmação da autoridade das mulheres na definição de suas necessidades e desenvolveu

uma formulação nova da assistência, orientada pelo horizonte da construção dos direitos reprodutivos e sexuais, reivindicando para as mulheres os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade.

As entidades mais expressivas do movimento feminista foram O *Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde* de São Paulo, *SOS Corpo* de Recife, *Nós Mulheres* no Rio, *Maria Mulher* em Niterói, *Cais do Parto* em Recife, *Curumim* de Recife, entre outros, que posteriormente se integraram numa rede, *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFSDR)*, que em 1998 lançou uma ampla campanha educativa de alcance nacional sobre prevenção e controle da mortalidade materna.

Em 1993, em Campinas, vários grupos e pessoas ligados ao compromisso com o parto humanizado se reuniram para discutir questões ligadas às condições das maternidades e tipos de parto objetivando identificar e estimular iniciativas capazes de possibilitar um nascimento mais humanizado, resgatando-o como evento existencial e socio-cultural. Neste evento foi lançado um manifesto de apoio ao parto natural, *A Carta de Campinas*. Os participantes se organizaram e constituíram uma rede, a *Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA)*. Desde então a REHUNA vem agregando inúmeros grupos, organizações não governamentais, instituições e profissionais de saúde em torno da humanização do nascimento.

Em junho de 2000, é criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para a questão da Mortalidade Materna. Esta Comissão denuncia as insuportáveis taxas de morte materna no Brasil e elabora recomendações de prevenção e controle.

Vale salientar a importância das Conferências Internacionais voltadas à valorização das mulheres nas políticas públicas (México, 1983; Cairo, 1994; Beijin, 1996). Nelas, o movimento de mulheres trouxe ao cenário a dimensão dos direitos sexuais e reprodutivos, do direito de homens e mulheres de desfrutarem uma vida sexual sadia, com acesso a serviços de saúde de qualidade, livres de riscos e violências, incluindo os homens na responsabilidade individual e social do comportamento sexual e reprodutivo. As repercussões extremamente positivas das Conferências Internacionais em muito contribuíram para comprometer os governos com políticas mais equânimes para homens e mulheres em todo o mundo. Este processo facilitou a participação de mulheres feministas em instâncias de formulação e implementação de políticas públicas, no Ministério da Saúde, em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, influenciando a organização de serviços e ações de saúde.

Em 1995, o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações para a Infância (UNICEF), Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas (FNUAP), lançam o *Projeto Maternidade Segura*. Conjunto de parâmetros e procedimentos técnicos e de avaliação de serviços denominados “*Oito Passos para a Maternidade Segura*” (MS, 1995). Este Projeto foi inspirado na “*Iniciativa Maternidade Segura*”, lançada mundialmente em Nairobi, em 1987, na *Conferência Internacional sobre Maternidade Segura*, patrocinada pela OMS, UNICEF e Banco Mundial.

A partir de um diagnóstico das condições da assistência obstétrica brasileira, o documento propõe adequada orientação às gestantes, o aumento da cobertura assistencial e a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde. São propostos oito passos para atingir esses objetivos:

- 1- Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher;
- 2- Garantir assistência durante a gravidez, parto e puérpério, bem como ao planejamento familiar;
- 3- Incentivar o parto normal humanizado;
- 4- Ter rotinas escritas para normatizar a assistência;
- 5- Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas;
- 6- Possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal;
- 7- Possuir arquivo e sistema de informação;
- 8- Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal;

Observa-se a preocupação com os aspectos dos direitos das mulheres, com a humanização, com a estruturação de normas e rotinas e com a implementação de avaliações sistemáticas. As instituições de assistência que cumprissem com os “oito passos” receberiam o título de “*Maternidade Segura*”.

Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, reduzir as taxas de cesáreas, revalorizar o parto normal e fortalecer a relação da mãe com seu bebê. São publicadas Portarias e Resoluções regulamentando várias ações, com estrutura de incentivos, voltadas às questões da humanização. É instituída a Iniciativa “*Hospital Amigo da Criança*” para os estabelecimentos que desenvolverem ações de estímulo ao aleitamento materno. São estabelecidos mecanismos de controle da cesárea com a criação de um teto percentual decrescente de limites a esta intervenção,

(40% em 1998, 35% em 1999 e 30% no ano 2000), com previsão de sanções financeiras para os serviços que não reduzissem suas taxas (MS, 1998).

No novo modelo proposto, a assistência ao parto de baixo risco, realizada por profissional enfermeiro obstétrico é incluída na Tabela de Procedimentos do SUS com a denominação de “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”, (Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998).

A profissão de enfermagem é revalorizada no sistema de saúde e são investidos recursos governamentais para sua capacitação. São criados pólos de capacitação em enfermagem obstétrica em diversas universidades do país. Reflexo desta revitalização da profissão de enfermeira obstetra se reflete também na sua organização enquanto categoria, através da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras (ABENFO).

Também em 1998 é instituído o “*Prêmio Galba Araújo*”, em homenagem ao médico obstetra Dr. Galba Araújo, que trabalhou junto às parteiras no nordeste do país e foi exemplo de respeito e atenção à gestante e ao recém-nascido. O objetivo do prêmio é reconhecer e incentivar as unidades de saúde que se destacam pelo atendimento humanizado às gestantes durante a gravidez e parto, revelando experiências inovadoras na gestão pública e estimulando o bom atendimento técnico e acolhedor. A cada ano são premiadas cinco maternidades brasileiras.

Em 2000 é criado o *Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)*, através de um conjunto de Normas e Portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos, objetivando garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto, estimulando a organização da assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério ampliando o acesso das mulheres, garantindo a qualidade e consolidando a atenção obstétrica integral, associada à afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (MS/GM 569,570, 571, 572, de 01 de junho de 2000).

A seguir são resumidos os objetivos mais relevantes do Programa, quais sejam:

- Reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país.
- Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.

- Aprimorar a assistência à saúde da gestante com a implantação de redes de assistência à gestação de alto risco, com incremento do custeio e investimentos 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 dos leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial.
- Estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal, definindo mecanismos de regulação e criando fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

Com relação às competências municipais é proposto:

- Participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
- Estruturar e garantir o funcionamento da Central de Regulação Municipal Obstétrica e Neonatal e do Sistema Móvel de Atendimento Pré e Inter- hospitalar.
- Garantir o atendimento pré-natal e do puerpério e realizar o cadastro de suas gestantes.
- Identificar laboratórios e garantir a realização de exames básicos e o acesso aos exames de seguimento.
- Estabelecer referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco.
- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa.
- Monitorar o desempenho do respectivo Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento dos indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal.
- Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade (MS, 2001. Íntegra do Programa no Anexo Seis).

iv) A Política de Humanização no Rio de Janeiro.

No Rio de Janeiro, o processo de implementação do SUS, a descentralização de ações e serviços conferiu maior autonomia e status decisório ao Município e vem favorecendo iniciativas

locais. A Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-Rio), vem desde então realizando diversos investimentos pautados na qualificação e humanização da assistência à saúde da mulher e da criança. A primeira grande atividade nessa estratégia foi a promoção, em 1991, do Seminário *Contracepção e os Direitos de Cidadania*, que visou sensibilizar os profissionais e apoiar projetos e programas voltados à saúde e cidadania das mulheres na rede municipal de serviços.

Em 1993 foi realizado um *Diagnóstico da Situação da Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro* (SMS/RJ, 1993), a partir de visitas de uma equipe técnica às maternidades públicas. Incluiu o levantamento dos leitos em operação, atualização do quantitativo de profissionais e demais recursos de apoio diagnóstico e terapêutico. Esse diagnóstico evidenciou um importante déficit de leitos obstétricos e neonatais, má distribuição de recursos nas diversas regiões, com enormes carências na zona oeste da cidade. Chamava também a atenção o isolamento e pouca atenção recebida pelas parturientes, sozinhas sem familiares, com pouco apoio dos profissionais, numa situação de medo e abandono mesmo. Ou seja, seria necessário melhorar o acesso ampliando a cobertura e implantar um modelo de atenção que fosse mais centrado nas necessidades das mulheres. Um dos maiores desafios seria exigir da equipe de saúde, não só competência técnica, mas atenção e respeito às necessidades da mulher e sua família.

A municipalização do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Mortalidade (SIM), permitiu o planejamento e a avaliação das ações, possibilitando o estabelecimento de estratégias norteadas pelo perfil epidemiológico materno e neonatal na cidade.

Grande marco na estratégia de implantação de um modelo de atenção humanizada foi a reabertura em 1994 da Maternidade de Curicica, que passou a se chamar *Maternidade Leila Diniz*, em homenagem a essa atriz pelas suas atitudes de luta contra os preconceitos e de defesa da autonomia feminina. As concepções que a inspiraram foram baseadas em documentos internacionais (Leboyer, 1974; Odent, 1984; OMS, 1985), nacionais (Paciornik, 1991; Sabatino, 1992), e também nas experiências da *Casa de Parto São Pio X* em Ceres-Goiás, e da *Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova* em Niterói-Rio de Janeiro.

Para viabilizar as concepções inovadoras da Maternidade Leila Diniz, foram realizadas obras de adequação do espaço físico para garantir a privacidade das parturientes e propiciar a presença de um acompanhante de sua escolha, permitir a movimentação fora do leito durante o

trabalho de parto, num ambiente de luz natural, agradável e acolhedor, mais parecido com casa do que com hospital.

É a primeira maternidade a elaborar normas técnicas incluindo a regulamentação de aspectos relativos ao acolhimento, humanização e autonomia da mulher, como pode ser evidenciado em alguns itens a seguir:

“Na recepção a mulher será recebida junto com seus acompanhantes, e durante o atendimento médico se for do seu desejo, um acompanhante poderá entrar na sala de exames para junto com a mesma receber as orientações médicas. Ao ser internada, se desejar, poderá solicitar que um acompanhante permaneça ao seu lado no pré-parto e parto”.

“No pré-parto a atuação da equipe deve se pontuar pela tentativa de manter a parturiente segura e confiante, diminuindo assim a sua ansiedade e a percepção dolorosa”.

“A parturiente e o acompanhante devem ser mantidos informados sobre a evolução do trabalho de parto, procedimentos adotados e medicamentos utilizados”.

“O uso da banheira, com o propósito de acalmar e diminuir a intensidade da dor, deve ser estimulada”.

“O uso de ocitocina e a prática da amniotomia para acelerar o trabalho de parto será restrito à indicação obstétrica precisa. O objetivo é que o trabalho de parto evolua naturalmente, com um mínimo de intervenção clínica”.

“Serão oferecidos à parturiente as opções de parto vertical e horizontal, explicando as diferenças entre os procedimentos e dando-lhe a oportunidade de conhecer as diversas salas de parto”.

“A equipe deverá estimular a parturiente a adotar uma postura ativa durante o trabalho de parto e parto seja através da livre deambulação, acocorar, tomar banho e etc.”.

“Na sala de parto a equipe procurará manter um ambiente tranquilo, com privacidade, silêncio e penumbra, respeitando a importância do momento do nascimento para a parturiente, seu bebê e seu companheiro ou acompanhante”.

“A equipe deverá permitir que o período expulsivo evolua naturalmente evitando ordens verbais de estímulo à realização de puxos. Quando necessário, solicitar o puxo de maneira tranquila evitando-se aumentar a ansiedade da parturiente e quebrar a tranquilidade do ambiente”.

“Se as condições do recém-nato permitirem e a mãe desejar, ele será primeiro entregue a ela e estimulado a permanecer junto a mesma até que ela seja encaminhada ao alojamento conjunto”.

“Durante o exame inicial do recém-nato, se possível, deverão ser evitadas manobras invasivas, consideradas de rotina.

“Será dada ênfase, ainda na sala de parto, à tentativa de aleitamento, devendo a equipe estar atenta ao conforto necessário para que isso aconteça”. (Maternidade Leila Diniz/SMS. Normas de Funcionamento).

Também na Maternidade Leila Diniz, foi implantado um instrumento de avaliação e qualificação da intervenção obstétrica, inspirado num trabalho realizado pelo Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), para redução das taxas de cesarianas. Foi criada uma ficha para as indicações dos procedimentos com as referidas justificativas, que era preenchida pela equipe de acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto e parto e assinada por dois profissionais. Os aspectos avaliados incluíam a realização e a indicação para a realização dos seguintes procedimentos: amniotomia (rotura das membranas da bolsa amniótica realizada pelo profissional), uso de ocitócicos (medicação utilizada para aumentar a intensidade e/ou frequência das contrações uterinas e acelerar o trabalho de parto), e episiotomia (incisão realizada na região perineal para ampliar o trajeto vaginal) e de cesariana. Os resultados foram analisados e discutidos por cada uma das equipes, com destaque para o uso excessivo, e muitas vezes inadequado, de ocitócicos e episiotomias (Dias, 1996).

“Este excesso de intervenções que acontece durante o trabalho de parto, como forma da equipe assumir o controle dos acontecimentos fisiológicos, tem sido objeto de constante discussão com as equipes e tem sido fundamental no trabalho diário para que a proposta de um atendimento mais humanizado e sem intervenções desnecessárias seja efetivamente implantado” (Dias, 1996, pp.13).

A experiência da Maternidade Leila Diniz vem sendo considerada como uma importante estratégia piloto para a reprodução do modelo em outras maternidades municipais. Lima (1997), realizou uma pesquisa nessa maternidade para avaliação dos dois primeiros anos de

funcionamento, visando verificar mudanças de atitude dos profissionais na proposta de humanização da assistência. Utilizou como metodologia a entrevista com profissionais e a observação participante. A autora refere que a maioria dos profissionais ainda se encontrava distante do pretendido pelo projeto inicial, longe de um ideal, mas que não se poderia negar algum tipo de avanço.

“O que se tem de concreto é que hoje existe no Rio de Janeiro uma maternidade aberta a um trabalho diferenciado, onde se permite a entrada do acompanhante no trabalho de parto, no parto e nas cesarianas durante as primeiras doze horas; onde o pai não é considerado visita, tendo permissão para entrar em horário livre, isto sendo aceito por praticamente todos os profissionais, e onde iniciativas não só gerenciais mas também individuais partindo dos próprios profissionais vão tomando consistência pouco a pouco”.

(Lima, 1997, pp. 89).

A partir de 1994, foram realizadas mudanças, em maior ou menor grau, nas áreas físicas e nas instalações na maioria das maternidades municipais, como a Maternidade Herculano Pinheiro (1995), Instituto da Mulher Maternidade Fernando Magalhães (1997) e Maternidade do Hospital Miguel Couto (1997) e Maternidade do Hospital Paulino Werneck (1999). As reformas possibilitavam oferecer área individualizada para o pré-parto, permitindo maior privacidade para a presença de acompanhante, espaço para movimentação, banheira própria para trabalho de parto e parto e módulo obstétrico para parto vertical. Os ambientes foram suavizados com a utilização de cores agradáveis na pintura e tornados mais confortáveis com poltronas para acompanhante e cadeiras próprias para amamentação, numa tentativa de torná-los mais acolhedores e confortáveis, aproximando-se da idéia de casa.

Em 1995 ocorreu a municipalização das maternidades Alexander Fleming, Praça XV e Carmela Dutra, e de quinze Postos de Assistência Médica do Governo Federal (PAM), ampliando sobremaneira a oferta de consultas de pré-natal e de atendimento ao parto, ficando a SMS-Rio responsável por atender 45% das mulheres do SUS, agora em nove maternidades, perfazendo uma média de 30.000 partos por ano. As Instituições municipalizadas receberam investimentos em reformas, equipamentos e recursos humanos, como a Maternidade Alexander Fleming (1998),

Maternidade Oswaldo Nazareth, ex Praça XV (1999), Maternidade Carmela Dutra (2000) e Maternidade do Hospital Andaraí (2000).

Também outras maternidades não municipais da rede SUS sofreram reformas, como a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Maternidade Promatre, esta uma instituição privada, filantrópica, que em 1999 formalizou um convênio diferenciado com o gestor municipal, envolvendo maior aporte de recursos financeiros e a contratualização de metas orientadas para as políticas e protocolos da SMS-Rio.

A presença de um acompanhante no pré-parto e na sala de parto (partos normais) foi garantida a toda parturiente que assim desejasse, o que motivou a publicação de uma Resolução do Secretário Municipal de Saúde em outubro de 1998, determinando oficialmente esta conduta em todas as maternidades municipais (Diário Oficial do Município de Rio de Janeiro, outubro de 1988. Íntegra da Resolução no Anexo 6).

Um cartaz divulgando o direito ao acompanhante no parto foi elaborado e distribuído para todos os serviços de pré-natal e assistência ao parto da rede municipal de saúde.

A atuação da enfermeira obstétrica que já ocorria no Instituto da Mulher Maternidade Fernando Magalhães (IMMFM) e Maternidade Leila Diniz foi incorporada em mais duas maternidades e no pré-natal de onze Postos e Centros de Saúde nas regiões de Irajá e Guadalupe. Para Domingues (2002), embora profissionais de enfermagem já atuassem na assistência pré-natal e ao parto em outros serviços da rede municipal, essa proposta teve um caráter inovador pela forma como foi desenvolvida, com uma política clara, baseada no perfil epidemiológico, e implantada maciçamente em toda a região definida. A SMS promoveu o remanejamento dos enfermeiros interessados em atuar nesta área e formalizou uma parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio (UERJ) para o treinamento no *Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica* daquela Instituição. Desde então essa categoria vem desenvolvendo atividades de assistência pré-natal e no acompanhamento do parto de baixo risco. Atualmente, as enfermeiras obstétricas assistem a uma média de 30 a 40% de todos os partos normais em quatro das maiores maternidades da rede municipal (Instituto da Mulher Fernando Magalhães, Maternidade Herculano Pinheiro, Maternidade Alexander Fleming e Maternidade Leila Diniz).

Durante todo o período tem havido um trabalho consistente de incentivo ao aleitamento materno. Cinco maternidades municipais conquistaram o título de *Hospital Amigo da Criança*,

Prêmio concedido pelo UNICEF e Ministério da Saúde aos hospitais que desenvolvem ações de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno. São elas as maternidades Herculano Pinheiro, Leila Diniz, Alexander Fleming, Praça XV e Carmela Dutra. Em março de 2003, a SMS-Rio e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio iniciaram um processo de titulação, também para unidades básicas de saúde que promovessem ações de incentivo ao aleitamento materno, denominadas “*Unidades Básicas de Saúde Amigas da Amamentação*”. A primeira unidade a receber esse título foi o Posto de Saúde Harvey de Souza, na região do Recreio. Como resultado de todo o trabalho de promoção do aleitamento materno, pesquisas realizadas pela SMS-Rio, nos anos de 1996 e 1998, evidenciaram aumento da prevalência de aleitamento materno na cidade (Brasil, C. et ali, 1999).

No sentido de valorizar o nascimento é distribuído a cada mulher que deu à luz um *diploma de nascimento* junto com a *pasta do bebê*. Foram elaborados manuais de cuidados com recém-nascido de risco, de cuidados com o bebê sadio e de prevenção de violência doméstica.

No âmbito do cuidado neonatal, foram realizados grandes investimentos na criação e ampliação de serviços de cuidados intensivos neonatais, passando a SMS a ser a principal prestadora desses serviços na cidade. Em 1998, iniciou-se a implantação do Programa Mãe-Canguru, metodologia de cuidado dos bebês prematuros, baseada na permanência contínua dos bebês em contato pele a pele com as mães, valorizando a relação mãe-bebê e a competência da mãe e familiares no cuidado do bebê prematuro. Esse cuidado tão singular quanto eficaz está hoje implantado nas maternidades municipais que dispõem de terapia intensiva neonatal.

Foram constituídos conselhos técnicos de neonatologia, obstetrícia e enfermagem, com todas as chefias de serviços, responsáveis pela discussão e implementação de rotinas comprometidas com a qualidade da assistência. A notificação de óbitos maternos em 24 horas foi tornada obrigatória com a avaliação individual dos prontuários, discussão das causas dos óbitos junto às gerências e equipes locais de atendimento.

A discussão sobre o modelo de atenção ao parto foi estimulada com a realização de diversos seminários (*1º, 2º e 3º Seminários de Parto e Nascimento da Cidade do Rio de Janeiro e Seminário Internacional de Humanização do Parto*), maio/1994, novembro/1996, maio/1999 e junho/2002

O primeiro, em 1994, antecedendo a inauguração da Maternidade Leila Diniz, visava a sensibilização dos profissionais que iriam atuar naquela maternidade. As conferências

enfativavam os modelos de assistência ao parto com menor uso de intervenções obstétricas. Contou com a participação dos Dr. Hugo Sabatino, professor da Universidade de Campinas, Dr. Cláudio Paciornik, obstetra com larga experiência na assistência a partos na posição vertical em Curitiba, Dr. João Batista, médico da Maternidade Sofia Feldman em Belo Horizonte, que recentemente recebeu o prêmio “Galba Araújo” do Ministério da Saúde e Ester Villela, obstetra da Casa de parto São Pio X em Ceres, referência nacional em práticas de parto humanizado.

O segundo Seminário, em 1996, contou com a presença de conferencistas internacionais e nacionais. Houve também espaço para apresentação de trabalhos realizados nos serviços da rede municipal, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Este Seminário resultou em dois produtos, os “*Anais do Segundo Seminário de Parto e Nascimento da Cidade do Rio de Janeiro*” (1996), com os textos apresentados pelos palestrantes e resumo dos trabalhos científicos e um filme “*Um Par(c)to pela Vida*” com depoimentos dos conferencistas e palestrantes.

O terceiro, realizado em 1999, enfatizou a apresentação do trabalho das enfermeiras obstetras que haviam iniciado o trabalho de assistência ao pré-natal e parto em 1998. Foi apresentada a experiência da Casa de Parto de Sacopemba, São Paulo, pela sua diretora, a enfermeira Ruth Osawa.

Mais recentemente, em abril de 2002 foi realizado o “*Congresso Internacional Ecologia Parto e Nascimento*”, numa promoção conjunta da Secretaria Municipal de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Este Seminário contou com a presença da antropóloga Andrea Robertson e do obstetra de renome internacional Dr. Michel Odent. Resultaram do seminário uma publicação, “*Anais do Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento*” (2002), e um filme com o título “*Parto de mim*”, elaborado pelo Núcleo de Vídeo da FIOCRUZ.

Uma outra estratégia tem sido a sensibilização e capacitação dos profissionais, tendo papel importante o *Centro Municipal de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher - Espaço Mulher*, criado pela SMS em dezembro de 1992, através da realização de cursos, seminários e oficinas de práticas educativas. Segundo Lima (1997), com relação aos treinamentos.

“Sabemos que eles não se esgotam em si próprios, isto é, não dão conta isoladamente de uma mudança de atitude dos profissionais, mas são sem sombra de dúvida imprescindíveis, e a semente inicial para que se possa

começar a pensar em transformar o atendimento e levar à uma atenção diferenciada em que o outro seja visto e ouvido, sendo considerado enquanto sujeito, e para que possa entrar em contato com uma outra proposta de trabalho em que se propõe o resgate do papel da mulher e do bebê como protagonistas desse evento, a vivência do parto e nascimento, onde acima de tudo, o que se propõe é a re-introdução da emoção, como norteadora desse acontecimento de vida” (Lima, 1997, pp. 194).

Foram publicados quatro boletins *Saúde em Foco* sobre o tema, elaborados pela Superintendência de Saúde Coletiva da SMS-Rio, com distribuição interna para os profissionais da rede municipal e externa para entidades acadêmicas, de classe, movimento de mulheres, entre outras da sociedade civil organizada. O primeiro (SMS, 1993), *Mortalidade infantil e materna*, buscou introduzir a discussão sobre os dados relativos às taxas de mortalidade infantil e materna no Município. O segundo (SMS, 1994), *O Direito de Nascer Direito*, apresentou a primeira avaliação do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) na cidade. O terceiro (SMS, 1994), *Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres - Conferência do Cairo*, versou sobre população e desenvolvimento, estratégias de desenvolvimento do *status* da mulher, incluindo oportunidades educacionais, de emprego e qualidade dos cuidados em saúde com ênfase na saúde reprodutiva. O quarto (SMS, 1996), *Refletindo sobre o Parto e o Nascimento*, apresentou uma reflexão sobre os modelos de assistência ao parto e nascimento, uso de tecnologia e propostas de humanização dessa assistência. As referidas publicações buscaram sensibilizar e ampliar a discussão sobre direitos reprodutivos e sexuais e sobre a assistência ao parto com profissionais de saúde e movimentos sociais.

Em 18 de janeiro de 2002, foi publicado no Diário Oficial do Município um decreto da Prefeitura dispondo sobre a aprovação do “*Programa de Qualificação da Assistência Perinatal da Cidade do Rio de Janeiro*” (PCRJ, 2002. Íntegra do Programa no Anexo 1). A publicação reafirma o compromisso com a qualificação da assistência perinatal da Cidade, com o aumento da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, com a implantação de sistema hierarquizado de atenção ao pré-natal e parto, com a garantia de assistência ao parto em maternidade preestabelecida, com a redução da mortalidade materna e perinatal e com o aumento da oferta de leitos obstétricos e neonatais. Como estratégias prevê a realização de campanhas educativas de

valorização do pré-natal e parto normal, aprimoramento dos sistemas de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e perinatais, a ampliação do acesso da população, com a construção de quatro novas maternidades nas regiões de menor oferta desses serviços, a reforma de cinco maternidades existentes e a implantação de dez *Centros de Parto Normal*.

“Uma estratégia de ampliação, qualificação e humanização da assistência perinatal, mas, sobretudo, como uma iniciativa fundamental na mudança do paradigma assistencial vigente, centrado no hospital e na assistência e tecnologia médica, substituindo-o por um modelo que valorize os aspectos sociais e emocionais do parto e nascimento, sem perda da segurança médica da assistência” (PCRJ, 2002, pp. 26).

Um aspecto fundamental desse Decreto é o compromisso político assumido pela Prefeitura com a qualificação da assistência perinatal, dando visibilidade e institucionalidade a essa questão, garantindo recursos financeiros necessários para a execução das propostas contidas no programa, o que constituiu um ponto de inflexão positiva. Vale destacar que esta agenda da humanização do parto da SMS-Rio, que teve seu início em 1994 com a municipalização da Maternidade Leila Diniz antecede a própria política federal, tendo sido precursora, e até mesmo inspiradora para o próprio Ministério da Saúde, já que as primeiras recomendações mais específicas daquele órgão datam de 1995, referindo-se ao *Projeto Maternidade Segura*, e a política de incentivos para o parto normal e o pagamento do parto por enfermeiros, em 1998.

Nas descrições acima procuramos destacar os aspectos mais relevantes implementados pela SMS-Rio que corroborassem a agenda de humanização no pré-natal e no parto e indicassem orientações normativas da política de qualificação dessa assistência. Tais iniciativas, no entanto, não foram ainda realmente suficientemente avaliadas nesse que é o desafio de transformar normas em práticas, ou seja, a avaliação da implementação das ações. Esta dissertação é uma das iniciativas neste sentido.

Este trabalho teve como objetivos: a) verificar os resultados da política de humanização da assistência ao parto, traduzida na implementação de algumas práticas, na rede de serviços do SUS; b) verificar a percepção dos dirigentes sobre as práticas assistenciais e se estes propõem, implementam e monitoram esses processos institucionais; c) entender a percepção desses

dirigentes locais para aspectos mais diretamente relacionados ao tema humanização na sua inserção na prática da assistência ao parto; d) verificar junto à clientela seu real acesso às práticas consideradas humanizadas e sua satisfação com a assistência ao pré-natal e ao parto.

As questões centrais que orientaram este estudo podem ser resumidas em três perguntas principais:

- 1- Qual o grau de penetração da política de humanização em todas as maternidades SUS, visto estarem submetidas a múltiplas orientações normativas?
- 2- Como os grupos de diferentes naturezas jurídicas se comportaram, em relação à SMS- Rio, já que esta promoveu uma difusão mais sistemática e intensa da política de humanização entre as suas unidades prestadoras de serviço?
- 3- Qual o acesso das mulheres às práticas propostas pela política de humanização e o grau de satisfação com a assistência recebida?

CAPÍTULO II -PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em 2001 ocorreram 97.966 nascimentos no Município do Rio de Janeiro. As unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) concentraram 70% dos nascimentos e os estabelecimentos privados 30%. Para a análise vamos considerar os dados dos principais prestadores de serviços, SUS e não SUS. São vinte e oito principais estabelecimentos de assistência ao parto na cidade, são unidades públicas, privadas e filantrópicas. Nelas ocorreram 82.463 nascimentos no ano de 2001. Destas, vinte fazem parte do Sistema Único de Saúde e assistiram a 68.363 nascimentos. Segundo a natureza institucional, são nove maternidades municipais, três estaduais, três federais, duas universitárias, duas filantrópicas e uma maternidade privada contratada. Mais adiante, as características de cada uma delas serão apresentadas resumidamente.

O universo da pesquisa foi composto por todas as vinte maternidades da rede SUS que estavam operando em 2002. Logo estão fora do estudo as maternidades privadas não prestadoras de serviços ao SUS. O estudo, envolvendo dirigentes e clientela, foi de caráter transversal e incluiu em cada maternidade os seguintes procedimentos.

Entrevistas com todos os dirigentes das maternidades objeto do estudo. Os diretores ou chefes de maternidade das unidades incluídas na amostra foram entrevistados pela pesquisadora. Nas entrevistas foi apresentado um questionário com 50 perguntas fechadas onde foram obtidas informações relevantes para a compreensão de aspectos da política. Estas perguntas buscaram avaliar o grau de internalização dos componentes básicos da política de humanização do parto por parte dos dirigentes, por meio do conhecimento dos procedimentos recomendados e pela percepção que apresentavam sobre a adequação das normas e indicativos oferecidos em treinamentos, informativos, diretrizes oficiais e literatura técnico-científica; apreender a relevância atribuída pelos dirigentes ao programa de humanização; verificar o grau de adesão à agenda inovadora e identificar as práticas clínicas, cirúrgicas e a estrutura de acolhimento às gestantes. Além disso, as perguntas buscaram identificar as práticas efetivamente realizadas nos serviços. Também interrogamos sobre as condições relativas à qualidade da assistência no que se refere aos recursos materiais e humanos das maternidades.

Para iniciar o trabalho de campo, fizemos contato com os chefes de cada serviço para agendar as visitas. A visita a cada maternidade para entrevista com as chefias foi realizada pela

pesquisadora, com aplicação de um questionário fechado e semi-estruturado, respondido diretamente pelo diretor de maternidade ou pelo chefe de serviço de obstetrícia quando a maternidade estava localizada em hospital geral.

O questionário foi submetido a um pré-teste realizado numa maternidade pública estadual em outra cidade, que permitiu os ajustes necessários. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2002 a janeiro de 2003.

Todos os itens foram respondidos por todos os entrevistados. Após a entrevista, o diretor nos conduzia para conhecer a maternidade, essas em maior ou menor grau já nos eram familiares devido a experiência adquirida na gestão da rede local, discutíamos também impressões, sugestões e propúnhamos partilhar os resultados da pesquisa. Com relação à proteção da identidade dos entrevistados asseguramos que o tratamento de informações não disponíveis pelo DATASUS seria feito de modo agregado.

Para a pesquisa com as puérperas houve um delineamento amostral. Para o cálculo do tamanho da amostra, esta foi estratificada segundo a natureza da instituição (federal, estadual, universitária, municipal, filantrópica e privada) e segundo o volume de atendimento, tendo como referência o número de nascidos vivos obtidos no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) do ano de 2001. A amostra realizada contemplou um total de 292 usuárias da rede SUS. Foi utilizado o nível de confiança de 95% e uma precisão de 6%, considerando o caso mais desfavorável onde $p=q=0,5$ seguindo-se a fórmula recomendada quando se estima proporções.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário com perguntas fechadas, com espaços para anotações e comentários. Para a elaboração do questionário foi realizada pesquisa bibliográfica e tomamos como referência inicialmente um estudo recente sobre avaliação da presença de acompanhante numa maternidade pública do Rio de Janeiro (Domingues, 2002). Essa pesquisa, um estudo transversal que entrevistou puérperas no alojamento conjunto da Maternidade Leila Diniz, nos forneceu um panorama das possibilidades do método utilizado. Também foi considerada a experiência da pesquisadora na gestão de serviços e conversas informais realizadas com técnicos da área.

Recolhemos dados que pudessem fornecer informações sobre o perfil sócio-demográfico da clientela, antecedentes obstétricos, rede de suporte social na gestação e parto, atendimento de pré-natal, participação em atividades de orientação e informação em grupos educativos, grau de

satisfação com o pré-natal, referência e grau de acolhimento no parto, realização de determinados procedimentos obstétricos e avaliação da qualidade da prestação do cuidado nas maternidades.

As puérperas, com seus bebês foram identificadas nas enfermarias dos alojamentos conjuntos, onde também foram realizadas as entrevistas. Foram entrevistadas todas as puérperas presentes no dia da visita. A definição do *alojamento conjunto* como setor para a realização das entrevistas fazia parte da opção pela escolha de mulheres com resultados favoráveis na sua gestação. Não foram incluídas no estudo as puérperas que deram à luz a natimortos ou prematuros, pois julgamos que fatores associados a essas condições poderiam interferir nos resultados, particularmente com relação à percepção das mulheres na avaliação do serviço. Procuramos dessa forma também direcionar o estudo para os eventos que são mais frequentes e rotineiros dos serviços. Não houve estratificação por faixa etária. Entrevistavam-se todas as mulheres elegíveis que se encontravam internadas no momento da visita das entrevistadoras. Buscou-se variar os dias da semana nas entrevistas para evitar possíveis vieses de plantões. Não foram realizadas entrevistas nos finais de semana.

Antes da realização de cada entrevista, foi feita uma abordagem individual com a apresentação dos objetivos da pesquisa e o convite para participar da mesma, sendo assinado por cada mulher, um *Termo de Consentimento Esclarecido*. Nesse momento também foi informado que não haveria divulgação do seu nome, garantindo-se a confidencialidade das informações obtidas. Tentamos também garantir um espaço de privacidade, não muito fácil, durante as entrevistas.

O questionário foi submetido a um pré-teste, realizado numa maternidade pública estadual em outra cidade, permitindo os ajustes necessários. As entrevistas com as puérperas foram realizadas por duas entrevistadoras, profissionais de saúde, que foram treinadas para a utilização do instrumento. A pesquisadora realizou algumas entrevistas com as puérperas, todas as entrevistas com os dirigentes, a supervisão do campo, a digitação, a revisão e a análise crítica de todos os questionários. Foram utilizados os programas Epi-Info 2002 e SPSS for Windows 10.0 para a análise dos dados.

CAPÍTULO III - PERFIL DA OFERTA E DEMANDA NA ATENÇÃO AO PARTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Para a análise do perfil da assistência ao parto no Município, foram utilizadas informações dos seguintes sistemas de informações, que são de base nacional e têm cobertura próxima de 100% no Município do Rio de Janeiro:

- 1- *Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)* configurado a partir dos dados provenientes das *Declarações de Atestado de Óbito*;
- 2- *Sistema de Informações Hospitalares (SIH)*, fornece informações sobre causas de internação hospitalar, a partir do documento *Autorização de Internação Hospitalar*, preenchido na alta do paciente em toda a rede hospitalar do SUS;
- 3- *Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)* fornece informações a partir dos dados provenientes do documento *Declaração de Nascido Vivo*, preenchido para cada bebê nascido nas maternidades e que serve de base para o preenchimento da *Certidão de Nascimento*.

Em 2001 ocorreram 1.382 óbitos em crianças menores de um ano de idade, compondo uma taxa de mortalidade infantil de 15,3/1000 nascidos vivos, que vem declinando, refletindo avanços importantes ao longo das últimas décadas, resultado de investimentos em saneamento e serviços de saúde. No entanto, como pode ser observado na Tabela 1, as causas de óbitos mais diretamente relacionadas à assistência ao parto, ou seja, as afecções perinatais contribuíram com 57,5% de todos os óbitos. As anomalias congênitas representaram 18,2% dos óbitos, as doenças infecto-parasitárias 7,4%, as doenças do aparelho respiratório 6,0% e as doenças mal definidas 4,4% dos óbitos. Estes dados reforçam a necessidade de melhorar a assistência ao pré-natal e parto no Município do Rio de Janeiro.

TABELA 1: ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE, SEGUNDO CAUSA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ). 2001

Causas de óbitos	V. abs.	%
Afecções perinatais	795	57,5
Anomalias congênitas	251	18,2
Doenças infecto-parasitárias	102	7,4
D. do aparelho respiratório	83	6,0
Doenças mal definidas	61	4,4
Outras	90	6,5
Total	1.382	100,0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade do Município do Rio de Janeiro (SIM), 2001.

Com relação às causas de internação, verificou-se grande número de internações motivadas pelo ciclo gravídico-puerperal. As internações para o parto, para cesarianas e abortamento estão entre as cinco principais causas de internação. Vale também destacar que os recursos envolvidos são significativos (Tabela 2).

TABELA 2: RELAÇÃO DAS CAUSAS MAIS FREQUENTES DE INTERNAÇÕES SEGUNDO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, VALOR TOTAL DAS AIHS E VALOR MÉDIO DAS AIHS. SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH), RIO DE JANEIRO (RJ), 2002. (VALORES CORRENTES).

Causas de Internação	Número de internações	Valor (R\$)	Valor médio (R\$)
Parto	44.114	10.949.526,00	248,20
Esquizofrenia	24.908	11.524.888,00	462,70
Cesariana	7.416	3.130.568,00	422,10
Doença cérebro vascular	6.456	9.324.370,00	1.444,30
Aborto espontâneo	5.674	666.432,00	117,40
Total	345.658	195.269.454,00	564,90

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SIH), 2001.

Em 2001 ocorreram 97.966 nascimentos no Município do Rio de Janeiro. Para a análise vamos considerar os dados dos principais prestadores de serviços, SUS e não SUS, que são vinte e oito principais serviços de assistência ao parto na cidade. Nestes estabelecimentos ocorreram 82.463 nascimentos. As instituições municipais responderam por 38,7% desse atendimento, refletindo a política de descentralização do SUS. As instituições privadas não vinculadas ao SUS

foram responsáveis por 15,5% da assistência, os hospitais estaduais por 13,3%, os privados filantrópicos por 12,0%, os hospitais privados conveniados ao SUS 9,6%, os federais por 6,5%, os universitários por 2,6% e os militares 1,5% (Tabela 3).

TABELA 3: NASCIMENTOS NAS PRINCIPAIS MATERNIDADES, SEGUNDO O TIPO DO ESTABELECIMENTO, RIO DE JANEIRO (RJ), 2001.

Instituição	Nº de nascidos vivos (%)	
Municipal	31.916	38,7
Privado	12.823	15,5
Estadual	11.028	13,3
Filantrópico	9.909	12,0
Privado SUS	7.935	9,6
Federal	5.372	6,5
Universitário	2.203	2,6
Militar	1.277	1,5
Total	82.463	100,00

Fonte: SINASC. Município do Rio de Janeiro, 2001.

Na Tabela 4, apresentamos algumas características relacionadas ao parto e ao recém-nato nas diferentes instituições. Dos 82.463 nascimentos ocorridos nas principais maternidades do Município do Rio de Janeiro, 34.060 o foram através de cesarianas, dando uma média de 41,3%, taxa considerada alta e que contraria todas as recomendações nacionais e internacionais. Esta elevada frequência de parto cirúrgico é decorrente principalmente da prática predominante nas unidades privadas, que apresentaram percentuais superiores a 80%.

As maternidades do SUS apresentaram elevado percentual de partos em adolescentes, fato extremamente raro nas maternidades privadas. A média de nascimentos em mulheres adolescentes foi de 21,6%.

A média de prematuridade, ou seja, o percentual de bebês que nasceram com menos de 37 semanas, foi de 9,4%. Maiores percentuais foram verificados nos hospitais federais (22%), e maior número de prematuros (4.254), nas maternidades municipais. Os serviços privados ficaram abaixo da média (7,8%), evidenciando o perfil de mais baixo risco dessa clientela de melhor poder aquisitivo. Os estabelecimentos privados vinculados ao SUS, também se situaram muito abaixo da média evidenciando as características de baixo risco dessa oferta de serviços. Neste caso, a

população em situação de maior risco é encaminhada para as unidades estatais com maior suporte assistencial.

TABELA 4: NASCIMENTOS OCORRIDOS POR CESARIANAS, EM MÃES ADOLESCENTES E DE BEBÊS PREMATUROS, SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO, NAS PRINCIPAIS MATERNIDADES NO RIO DE JANEIRO (RJ), 2001.

Instituição	Nascidos vivos	%cesárea	% prematuros	%adolescentes
Municipal	31.916	31,1	13,3	26,5
Privado	12.823	85,1	7,8	2,9
Estadual	11.028	22,0	7,4	26,8
Filantropico	9.909	32,7	1,0	24,9
Privado SUS	7.935	51,2	0,1	22,8
Federal	5.372	31,4	22,0	22,9
Universitário	2.203	47,8	14,7	17,4
Militar	1.277	48,7	8,0	0,1
Total	82.463	41,3	9,4	21,6

Fonte: SINASC. Município do Rio de Janeiro, 2001.

As mulheres que tiveram filhos vivos em 2001 apresentaram as seguintes características. Quanto à raça ou cor, 51,7% eram brancas e 40,3% eram da cor preta ou parda (Tabela 5).

TABELA 5: COR DAS MULHERES, SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO, NAS PRINCIPAIS MATERNIDADES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ), 2001.

Instituição	Nascidos vivos	Pretas e pardas		Branças	
		V. Abs.	%	V. Abs.	%
Municipal	31.916	15.613	48,9	14.880	46,6
Privado	12.823	630	4,9	10.868	84,8
Estadual	11.028	6.664	60,4	4.011	36,4
Filantropico	9.909	2.073	20,9	6.911	69,7
Privado SUS	7.935	5.051	63,7	2.374	29,9
Federal	5.372	2.401	44,7	2.509	46,7
Universitário	2.203	556	25,2	434	19,7
Militar	1.277	231	18,1	632	49,5
Total	82.463	33.219	40,3	42.619	51,7

Fonte: SINASC. Município do Rio de Janeiro, 2001.

Com relação à escolaridade, 19,1% delas possuíam doze e mais anos de estudo e 42,9 possuíam menos de oito anos de estudo, ou seja, sequer acessaram o segundo grau (Tabela 6).

TABELA 6: ESCOLARIDADE DAS MULHERES, SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO, NAS PRINCIPAIS MATERNIDADES NO RIO DE JANEIRO (RJ), 2001.

Instituição	Nº de nascidos Vivos	< de 8 anos de estudo		> 12 anos de estudo	
		V. Abs.	%	V. Abs.	%
Municipal	31.916	15.713	49,2	3.047	9,5
Privado	12.823	662	5,2	7.938	61,9
Estadual	11.028	6.536	59,3	629	5,7
Filantrópico	9.909	4.558	46,0	1.529	15,4
Privado SUS	7.935	4.042	50,9	1.779	22,4
Federal	5.372	2.784	51,8	254	4,7
Universitário	2.203	889	40,4	321	14,6
Militar	1.277	187	14,6	265	20,8
Total	82.463	35.371	42,9	15.762	19,1

Fonte: SINASC. Município do Rio de Janeiro, 2001.

Quanto à realização de pré-natal 51,9% realizaram sete ou mais consultas e 14,4% realizaram três ou menos consultas de pré-natal (Tabela 7).

TABELA 7: FREQUÊNCIA DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DAS MULHERES, SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO, NAS PRINCIPAIS MATERNIDADES NO RIO DE JANEIRO (RJ), 2001.

Instituição	Nº de nascidos Vivos	7 ou + consultas		3 ou menos consultas	
		V. Abs.	%	V. Abs.	%
Municipal	31.916	13.110	41,1	6.075	19,0
Privado	12.823	12.302	95,9	35	0,3
Estadual	11.028	5.898	53,5	1.673	15,2
Filantrópico	9.909	4.080	41,2	632	6,4
Privado SUS	7.935	2.731	34,4	2.036	25,7
Federal	5.372	2.381	44,3	1.197	22,3
Universitário	2.203	1.435	65,1	171	7,8
Militar	1.277	897	70,2	37	2,9
Total	82.463	42.834	51,9	11.856	14,4

Fonte: SINASC. Município do Rio de Janeiro, 2001.

Ao analisarmos o perfil das mulheres estratificando-se por tipo de instituição, vamos verificar intensas desigualdades nas condições sociais bem como no acesso aos serviços de saúde. As mulheres que utilizaram os serviços privados, ou seja, aquelas que puderam financiá-lo, são majoritariamente da raça branca (84,8%), tinham 12 ou mais anos de estudo (61,9%) e realizaram sete ou mais consultas de pré-natal em 95,9% dos casos (Tabelas 5, 6 e 7). As mulheres que utilizaram os serviços da rede SUS, não importando a natureza dos serviços, eram mais jovens,

tinham menor escolaridade, eram em sua maioria pretas ou pardas, e realizaram um menor número de consultas de pré-natal (Tabelas 5, 6 e 7). Ou seja, uma pior condição sócio-econômica influencia um menor acesso aos serviços de saúde, levando possivelmente a resultados mais desfavoráveis na gestação e parto.

A seguir apresentaremos um quadro sintético com as principais características de cada maternidade do SUS do Rio de Janeiro.

Maternidades Estaduais

São em número de três e estão inseridas em hospitais gerais, de grande porte, na zona oeste da cidade, região de ocupação mais recente, com população mais empobrecida e com menor oferta de serviços em geral e especificamente de serviços de saúde. São eles o Hospital Rocha Faria, Pedro II e Albert Schweitzer. Dispõem de adequadas estruturas físicas e boas instalações, porém sofrem com as descontinuidades de investimento, manutenção e quadro de pessoal.

O **Hospital estadual Rocha Faria** está situado em Campo Grande, na AP5.2. Possui 64 leitos obstétricos. É referência para risco na região. Dispõe de boas instalações, porém sofre com as descontinuidades de investimento. Ocorreram 5.385 nascimentos em 2001. Não há privacidade no pré-parto, não é permitido acompanhante, exceto para parturientes adolescentes em que é previsto por lei. Na visita à unidade esta se encontrava plenamente ocupada, com grande volume de atendimento.

O **Hospital Estadual Pedro II** está situado em Santa Cruz, na AP5.3. Possui 70 leitos obstétricos e 20 leitos neonatais intensivos e semi-intensivos. Dispõe de boas instalações, porém sofre com as descontinuidades de investimento e manutenção. Como reflexo desta situação, embora com mesmo número de leitos do Rocha Faria, assistiu em 2001 apenas 3.777 partos, o que cria dificuldades de oferta na assistência na região. Na visita, a unidade estava parcialmente desativada para reparos nas instalações.

O **Hospital Estadual Albert Schweitzer**, situado em Bangu, na AP5.1, possui 30 leitos obstétricos e 15 leitos semi-intensivos neonatais. Dispõe de boas instalações, porém sofre com as descontinuidades de investimento e manutenção. Em 2001 ocorreram 1.866 nascimentos.

Maternidades Municipais.

São em número de nove. Quatro delas estão situadas em hospitais gerais, e cinco funcionam em unidades específicas para a atenção ao parto.

O **Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães** está situado na zona central da cidade, na AP1, área de ocupação mais antiga, com população mais empobrecida, porém com fácil acesso a serviços de saúde. Maternidade dispõe de excelente espaço físico, em 8 andares, com 104 leitos obstétricos, 12 ginecológicos, e 64 intensivos neonatais. É referência para risco materno e neonatal para toda a cidade. Tem espaço físico que permite privacidade no pré-parto. É permitido acompanhante no trabalho de parto, parto normal e puerpério. Tem enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. Assistiu a 4.508 nascimentos em 2001.

A **Maternidade Leila Diniz** é uma maternidade federal pertencente ao Hospital Rafael de Paula Souza que foi municipalizada em 1994. Situada em Curicica, na AP4, dispõe de 62 leitos obstétricos, 5 leitos intensivos neonatais e 20 leitos neonatais intermediários. Tem espaços que possibilitam privacidade no pré-parto, permite acompanhante no trabalho de parto, parto normal e puerpério e conta com enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. A maternidade tem o título “*Hospital Amigo da Criança*”. Ocorreram 4.162 nascimentos em 2001. Na visita realizada à unidade esta se encontrava plenamente ocupada, com grande volume de atendimento, porém estava bem organizada, com equipe presente, instalações, mobiliário e equipamentos em ótimo estado.

A **Maternidade Carmela Dutra** é uma instituição federal que foi municipalizada em 1995. Está situada na zona norte da cidade, no Lins, na AP3.2. Dispõe de excelente espaço físico, com 105 leitos obstétricos, 7 leitos ginecológicos, 14 intensivos neonatais e 41 neonatais intermediários. Não permite acompanhante no trabalho de parto e parto normal e não conta com enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. A maternidade tem o título “*Hospital Amigo da Criança*”. É a terceira maternidade em volume de atendimento e em 2001 ocorreram 5.717 nascimentos. Na visita realizada à unidade esta se encontrava plenamente ocupada, com grande volume de atendimento, bem organizada, com equipe presente, instalações, mobiliário e equipamentos em ótimo estado.

A **Maternidade Oswaldo Nazaré** (ex. Maternidade Praça XV) é uma instituição federal que foi municipalizada em 1995. Está situada no centro da cidade, na AP1. Dispõe de espaços físicos adequados, com 85 leitos obstétricos, 8 intensivos neonatais e 20 neonatais intermediários. Permite acompanhante no trabalho de parto e parto normal e não conta com enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. A maternidade tem o título

“Hospital Amigo da Criança”. Em 2001 ocorreram 3.993 nascimentos. Na visita realizada à unidade esta se encontrava plenamente ocupada, com grande volume de atendimento, bem organizada, com equipe presente, instalações, mobiliário e equipamentos em bom estado.

A **Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro** é uma maternidade municipal situada em Madureira, na AP3.3, zona norte da cidade. Dispõe de espaços físicos adequados, com 50 leitos obstétricos, 4 intensivos neonatais e 14 neonatais intermediários. Permite acompanhante no trabalho de parto e parto normal e conta com enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. A maternidade tem o título “Hospital Amigo da Criança”. Em 2001 ocorreram 3.981 nascimentos. Na visita realizada à unidade esta se encontrava plenamente ocupada, com grande volume de atendimento, bem organizada, com equipe presente, instalações, mobiliário e equipamentos em bom estado.

O **Hospital Municipal Miguel Couto** está situado na zona sul da cidade, na AP2.1. É um hospital geral de grande porte que possui uma maternidade de médio porte com 43 leitos obstétricos, 6 leitos neonatais intensivos e 11 leitos neonatais intermediários. O espaço físico é restrito, o que compromete a realização adequada das atividades. Não permite acompanhante no trabalho de parto e não dispõe de enfermeiros obstétricos no acompanhamento do parto. Em 2001 assistiu a 2.501 nascimentos.

O **Hospital Municipal Paulino Wernek** é um pequeno hospital geral situado na Ilha do Governador, AP3.1. Sua maternidade dispõe de exíguo espaço físico onde funcionam apenas 17 leitos obstétricos. É a única maternidade pública na região e atende a gestantes sem complicações. Não tem espaço físico que permita privacidade no pré-parto, por isso não permite acompanhante no parto, porém permite no puerpério. Não dispõe de enfermeiras obstetras para o acompanhamento dos partos de baixo risco. Na visita verificamos que apesar das restrições de espaço, havia um clima de acolhimento e bem estar entre os profissionais e clientela. Estava limpa e organizada, com equipe profissional presente. Assistiu a 1.161 nascimentos em 2001.

A **Maternidade Alexander Fleming** é uma maternidade federal que foi municipalizada em 1995. Está situada em Marechal Hermes, na AP3.3, região de maior população feminina em idade fértil da cidade. Dispõe de excelente espaço físico, com 76 leitos obstétricos, 4 leitos ginecológicos, 12 intensivos neonatais e 28 neonatais intermediários. É referência para risco neonatal para toda aquela região. Tem espaços que permitem privacidade no pré-parto, permite acompanhante no trabalho de parto, parto normal e puerpério e conta com enfermeiras obstétricas

para o acompanhamento dos partos de baixo risco. A maternidade tem os títulos de *Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança*. Ocorreram 4.762 nascimentos em 2001. Na visita realizada à unidade esta se encontrava plenamente ocupada, com grande volume de atendimento, macas nos corredores, porém estava muito bem organizada, com equipe presente, instalações, mobiliário e equipamentos em ótimo estado.

O **Hospital do Andaraí** é um hospital geral federal de grande porte que foi municipalizado no ano 2000. Está localizado no bairro do Andaraí, na AP2.2, zona norte da cidade. Possui uma pequena maternidade com 30 leitos obstétricos e 4 leitos ginecológicos. Tem espaço adequado que possibilita privacidade no pré-parto. É permitida a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto normal e para gestantes adolescentes sem restrições. Não dispõe de enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. Assistiu a 1.131 nascimentos em 2001. Na visita realizada a maternidade estava limpa, organizada, bem equipada, com equipe profissional presente e clientela satisfeita com o atendimento.

Maternidades Federais

Dentre as maternidades federais, duas se caracterizam por serem serviços dentro de hospitais gerais, como no caso das maternidades do Hospital de Bonsucesso e do Hospital dos Servidores e uma se caracteriza por ser uma unidade materno-infantil, o Instituto Fernandes Figueira.

O **Hospital Geral de Bonsucesso** está situado no bairro de Bonsucesso, na AP3.1. Hospital de grande porte, com todas as especialidades médicas, referência para transplantes na cidade. Dentre as unidades federais é o que possui maior volume de atendimento ao parto. Tem uma ampla maternidade de 52 leitos obstétricos, 25 leitos ginecológicos, 42 leitos intensivos e semi-intensivos neonatais. Atende pacientes com médio e alto risco obstétrico. Possui espaço físico adequado para permitir privacidade no pré-parto. Não é permitida a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto normal, nem mesmo para parturientes adolescentes. Não dispõe de enfermeiras obstétricas para o acompanhamento dos partos de baixo risco. Ocorreram 3.445 nascimentos em 2001.

O **Hospital dos Servidores do Estado** é um hospital de grande porte situado na zona central da cidade, na AP1. Dispõe de uma pequena maternidade de 32 leitos obstétricos, 10 leitos neonatais intensivos e 20 neonatais intermediários. Tem espaço que possibilita privacidade para as gestantes. É permitido acompanhante no trabalho de parto, parto normal e puerpério. Não conta

com enfermeiras obstétricas. É especializada no atendimento ao alto risco neonatal e obstétrico, concentrando também o atendimento de gestantes HIV positivas. É referência de atenção para todo o Estado do Rio. Na visita realizada pudemos verificar o espaço amplo e agradável, as instalações bastante adequadas, equipe de saúde atuante e presente, oferecendo um atendimento de boa qualidade. Assiste em média a 1200 partos por ano.

O **Instituto Fernandes Figueira** é um hospital especializado na área materno-infantil, situado na zona sul da cidade, na AP2.1. Pela sua característica de atenção ao alto risco neonatal é referência dessa assistência para todo o Estado. Sua maternidade dispõe de 25 leitos obstétricos e 8 leitos neonatais intensivos e 12 neonatais intermediários. Não permite acompanhante, exceto nos casos previsto em lei. Não conta com enfermeiras obstétricas. Assisteu a 1.013 nascimentos em 2001.

Maternidades Universitárias

São duas as maternidades universitárias, uma federal e uma estadual. São serviços de dois grandes hospitais, quais sejam o Hospital Pedro Ernesto e o Hospital Universitário da UFRJ.

O **Hospital Universitário Pedro Ernesto** é um hospital estadual universitário de grande porte situado na zona norte da cidade, dispõe de uma pequena maternidade de 20 leitos obstétricos, 10 leitos neonatais intensivos e 5 neonatais intermediários. Tem espaço que possibilita privacidade para as gestantes. É permitido acompanhante no trabalho de parto, parto normal e puerpério. Não conta com enfermeiras obstétricas. Na visita realizada pudemos verificar instalações adequadas, equipe de saúde atuante e presente, oferecendo um atendimento de boa qualidade. Assisteu em 2001 a 679 partos.

A **Maternidade Escola da UFRJ** está situada na zona sul da cidade. Dispõe de 33 leitos obstétricos, 10 leitos neonatais intensivos e 20 neonatais intermediários. A presença de acompanhante é permitida apenas no puerpério e nos casos previstos em lei. Não conta com enfermeiras obstétricas. Na visita realizada pudemos verificar instalações adequadas, equipe de saúde atuante e presente, oferecendo um atendimento de boa qualidade. Assisteu em 2001 a 1.524 partos.

Maternidades privadas vinculadas ao SUS.

Atualmente são três as maternidades privadas contratadas pelo SUS no Município. Duas são filantrópicas com longa tradição de assistência na Cidade, a Maternidade Promatre e o

Hospital Maternidade da Santa Casa da Misericórdia e uma maternidade privada estrito senso, a Maternidade Santa Helena.

O **Hospital Maternidade da Santa Casa da Misericórdia** está situado no centro da cidade, sendo a primeira instituição de assistência no Rio de Janeiro. Foi fundada no século XVI, ainda no período colonial. Atende todas as especialidades médicas. Dispõe 36 leitos obstétricos. Atende apenas a clientela de baixo risco obstétrico e neonatal. Não permite a presença de acompanhante exceto para adolescentes e apenas no puerpério. Não conta com enfermeiros obstétricos para acompanhamento do trabalho de parto e parto. Assitiu a 1563 nascimentos em 2001.

A **Maternidade Promatre** está situada no centro da cidade, uma das primeiras maternidades criadas na cidade e dispõe de 110 leitos obstétricos e 3 leitos neonatais semi-intensivos. Atualmente vem incrementando o volume de atendimento face ter estabelecido com o gestor municipal, um contrato de metas com incentivos financeiros. Em 1999 a SMS e a Maternidade Promatre formalizaram um convênio que garantia maior aporte de recursos financeiro para a Promatre que em troca ampliava sua capacidade assistencial e aderiu a agenda de humanização da SMS. A partir de 2000 então houve expansão de serviços, obras de reformas e de adequações que permitiram melhores condições das instalações com privacidade no pré-parto permitindo acompanhante do sexo feminino no pré-parto e puerpério e uma política de controle de intervenções. Foi a maternidade que realizou maior volume de atendimento em 2001, com 8.356 nascimentos. Recebeu em 2002 o título de “*Hospital Amigo da Criança*”.

A **Maternidade Santa Helena** é atualmente a única maternidade privada não filantrópica que oferece serviços ao SUS. Está situada em Bangu, área de população empobrecida, com poucos serviços de saúde. Dispõe de 36 leitos obstétricos. Atende apenas gestantes de baixo risco, pois não dispõe de leitos neonatais intensivos nem suporte para casos de complicação obstétrica. Na visita realizada pudemos verificar a precariedade das instalações e equipamentos, o volume reduzido de profissionais para o grande volume de atendimento com a conseqüente atenção de baixa qualidade. São 36 leitos obstétricos. Foi a Segunda maior maternidade em volume de atendimento em 2001, tendo assistido a 7.935 partos.

A seguir apresentaremos uma tabela resumo com as principais características das maternidades elegidas. (Tabela 8).

TABELA 8: RESUMO SÍNTESE DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS DAS MATERNIDADES SUS NO RIO DE JANEIRO(RJ), 2003.

Maternidade	Natureza	Leitos obstétricos	leitos neonatais	Nasc/ano	enfermeiro obstétrico	Risco neonatal	% cesárea	% baixo peso
Miguel Couto	Municipal	43	17	2.501	não	alto	30,8	9,9
Herculano pinheiro	Municipal	50	18	3.981	sim	alto	15,9	10,8
Carmela Dutra	Municipal	105	55	5.717	não	alto	34,6	14,4
Alexander Fleming	municipal	76	40	4.762	sim	alto	39,1	24
O. Nazareth (PraçaXV)	municipal	85	28	3.993	não	alto	39,2	14,9
Paulino Werneck	municipal	17	3	1.161	não	baixo	23	6,3
Andaraí	municipal	30	2	1.131	não	baixo	23	8,8
F. Magalhães	municipal	104	64	4.508	sim	alto	39,2	20,4
Leila Diniz	municipal	62	25	4.162	sim	alto	22,3	10
Bonsucesso	federal	52	42	3.445	não	alto	30,4	23
Servidores	federal	32	30	914	não	alto	59	26,5
Fernandes Figueira	federal	25	20	1.013	não	alto	63,6	28,5
Maternidade Escola	universitário	33	30	1.524	não	alto	49,3	13,8
Pedro Ernesto	universitário	20	15	679	não	alto	44,6	20,5
Rocha farias	estadual	64	20	5.385	não	alto	19,8	12,8
Pedro II	estadual	70	20	3.777	não	alto	23,2	11,3
Albert Swuartzer	estadual	30	0	1.866	não	baixo	26,5	7,7
Promatre	Privada/fil.	110	3	8.356	não	baixo	32,7	4,4
Santa Casa	Privada/fil.	36	0	1.553	não	baixo	32,6	3,7
Santa Helena	Privada/fil.	36	0	7.935	não	baixo	51,2	3,4

Fonte: SINASC/2001 e trabalho de campo de Boaretto, 2003. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no Rio de Janeiro.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA - DIRIGENTES

i) A implementação da política de humanização do parto por diretores do SUS.

Apresentaremos agora os resultados e a análise das entrevistas realizadas com os dirigentes locais dos estabelecimentos.

Os dirigentes entrevistados estão distribuídos segundo o tipo de gestor e a natureza jurídica dos estabelecimentos, conforme a amostra descrita anteriormente. Quanto ao tipo de gestor, nove (45%) são vinculados ao governo municipal, quatro (20%) ao governo estadual, quatro (20%) ao governo federal e três dirigentes de estabelecimentos privados (15%). Desta forma, dezessete dirigentes são vinculados a instituições públicas (85%) e três a instituições privadas (15%). A Tabela resumo 9 apresenta algumas características relevantes destes dirigentes e revela o predomínio de dirigentes com cinco ou mais anos de formado (70%), indicando uma experiência profissional de médio termo. Por outro lado, 70% destes dirigentes trabalham no máximo há três anos no estabelecimento, o que pode indicar baixa memória institucional e menor ascendência técnica sobre o corpo profissional. A autoridade técnica do dirigente pode ainda ser desfavorecida pelo pouco tempo de exercício da função de dirigente quando se observa que dezesseis estão há apenas um ano no cargo (80%), dois estão há dois anos (15%) e apenas um dirigente exerce a função há três anos (5%). Em seu conjunto, estes dados revelam um quadro dirigente predominantemente jovem e de inserção recente nas suas unidades de saúde.

TABELA 9: CARACTERÍSTICAS DOS DIRIGENTES DE MATERNIDADES, SEGUNDO TEMPO DE FORMADO, NA INSTITUIÇÃO E NA DIREÇÃO, ANOS, RIO DE JANEIRO, 2003 (N=20)

Características dos dirigentes	Itens	V. Abs.	(%)
Tempo de formado	Até 4 anos	6	30,0
	5 anos ou mais	14	60,0
Tempo na instituição	1 ano	5	25,0
	2 anos	4	20,0
	3 anos	5	25,0
	4 ou mais	6	30,0
Tempo na direção	1 ano	16	80,0
	2 anos	3	15,0
	3 anos	1	5,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Todos os entrevistados afirmaram conhecer o PHPN, e dezenove deles (95%) revelam serem favoráveis aos aspectos centrais da política. Apenas um entrevistado não possui opinião formada sobre o tema (5%). Igualmente, quinze dirigentes revelam implantar ações de valorização do pré-natal, sendo que entre os demais cinco entrevistados que não adotam esta postura, possivelmente se encontram dirigentes de estabelecimentos que não realizam pré-natal e por isso não vislumbram meios de favorecer o Programa.

O apoio do conjunto da direção da unidade, incluindo diretor da maternidade no caso desta estar localizada num hospital geral, foi considerado alto por treze entrevistados (65%) e baixo por apenas um deles (5%), como mostram dados da Tabela 10.

TABELA 10: GRAU DE APOIO AO PHPN PELOS DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003.

Grau de apoio ao PHPN	Frequência	Percentual
Alto	13	65,0
Médio	4	20,0
Baixo	1	5,0
Não se aplica	2	10,0
Total	20	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.

De modo a caracterizar o padrão efetivo de adesão à política, os entrevistados foram perguntados acerca da implementação de diversos itens explicitamente determinados pelo PHPN e outros sobre práticas organizacionais entendidas neste estudo como pertencentes ao escopo desta política. Os principais resultados são apresentados a seguir.

Na Tabela 11 são apresentados resultados acerca da adesão à presença do acompanhante na sala de parto, ao parto natural e ao controle sobre a realização de partos cesáreos. As respostas revelam um padrão que se repete no conjunto das entrevistas, ou seja, uma certa dissociação entre conhecimento e adesão aos aspectos centrais do PHPN e sua não implementação em vários casos. A presença do acompanhante no parto é considerado fator de qualidade da atenção, seja em termos de suporte e acolhimento, como de controle sobre o ciclo da atenção ao parto. Apenas um entrevistado (5%) revelou não concordar com o procedimento. Um total de onze entrevistados (55%) revelaram adotar este procedimento e oito concordam, porém não desenvolvem este tipo de atividade.

Quadro similar é observado com relação ao estímulo ao parto natural, onde existe um caso de não adesão (5%), quinze casos de adoção desta orientação normativa (75%), seguida por quatro casos (20%) onde se observa a concordância sem a correspondente adoção de práticas nesta direção. Ações de controle sobre o parto cesáreo são predominantes, com treze dirigentes (65%) revelando a sua implantação e três não implantando apesar de concordarem (15%), sendo que três dirigentes (15%) não concordam com a tentativa de restringir o parto cirúrgico à condições clínicas rigidamente estabelecidas. A diferença nas respostas com relação ao estímulo ao parto natural, onde apenas um não concorda com a orientação geral, pode decorrer da aceitação da adoção do parto cesáreo como sinal de que a indicação clínica tende a ser correta ou temor de restringir a sua adoção quando necessário.

TABELA 11: ATIVIDADES ASSOCIADAS AO PARTO POR TIPO DE ADESÃO, SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003. (N=20)

Atividades	Tipo de Adesão		
	Concorda e implanta	Concorda e não implanta	Não concorda
Acompanhante no parto	55,0%	40,0%	5,0%
Estímulo ao parto natural	75,0%	20,0%	5,0%
Limites ao parto cesáreo ¹	65,0%	15,0%	15,0%

¹ Um dirigente (5,0%) referiu não conhecer.

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

Os entrevistados foram perguntados acerca da implantação em sua maternidade de itens preconizados ou associados ao PHPN. Entre estes itens foram incluídos também componentes da atenção ao parto que representam uma boa norma em termos de gestão de redes de serviços de saúde, como no caso da garantia ao leito em maternidade segundo a indicação obtida no pré-natal.

Na Tabela 12, são apresentados alguns dos principais resultados. Os entrevistados apontam para uma forte disseminação de práticas de estímulo ao aleitamento materno (100%) e ao contato precoce mãe-bebê (95%). Por outro lado, quando questionados acerca de políticas que dependem menos da prática de cada equipe de saúde em particular e mais de soluções organizacionais ou de rede, o quadro se modifica como na garantia ao leito, na *Iniciativa Maternidade Segura* e na acreditação como “*Hospital Amigo da Criança*”. Nestes casos, embora

o conhecimento destas estratégias seja quase absoluto, a implantação das políticas é bem menor. Apenas nove diretores (45%) revelaram a implantação de um sistema de garantia de acesso ao leito para o parto, embora seja reconhecido o fato deste tipo de política fugir muitas vezes de sua capacidade de solução. Nesses casos a garantia ao leito depende do funcionamento de centrais de regulação e integração entre redes de atenção básica e hospitalar. Por outro lado, a *Iniciativa Maternidade Segura*, cujos aspectos centrais estão sob sua capacidade de intervenção apresenta implantação baixa, restrita a oito diretores (40%). Igualmente, a adesão ao protocolo do *Hospital Amigo da Criança*, bastante associado à políticas de apoio ao aleitamento materno, foi assinalada por apenas onze diretores (55%).

TABELA 12: PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS AO PARTO IMPLANTADOS NAS UNIDADES ESTUDADAS, SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003. (N=20)

Procedimentos/atividades	Valor Absoluto	(%)
Garantia do leito	9	45,0
Iniciativa Maternidade Segura	8	40,0
Hospital Amigo da Criança	11	55,0
Estímulo ao aleitamento materno	20	100,0
Contato precoce mãe bebê	19	95,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

A presença de acompanhantes representa um dos itens do PHPN de maior facilidade de implementação em termos de custos e de adequação da área física. Por outro lado, o livre acesso de acompanhantes aos serviços enfrenta, muitas vezes, restrições de profissionais de saúde, incluindo diretores. Os resultados obtidos corroboram esta percepção quando os entrevistados, que revelaram alta adesão aos princípios do PHPN, mas encontram dificuldades na adoção do acesso de acompanhantes (Tabela 11) e de ampla visitação por parte de amigos, parentes e menores (Tabela 12).

Os dados da Tabela 13 mostram que apenas cinco diretores (25%) asseguram em seus serviços o acesso de acompanhantes a gestantes adultas em todas as etapas da assistência ao parto.

Este número aumenta significativamente quando se tratam de acompanhantes para gestantes adolescentes, onde doze diretores (60%), refletindo provavelmente a percepção de risco pelas equipes, a eficiência do suporte social e familiar e aspectos jurídicos e legais. Igualmente a não permissão de acompanhantes em termos absolutos foi relatada por nove diretores (45%) quando se tratam de gestantes adultas e por sete diretores (35%) quando se tratam de gestantes adolescentes. No caso das adolescentes, o que se evidencia é que os serviços que valorizam mais a presença de acompanhantes tendem a fazê-lo de modo amplo e irrestrito.

TABELA 13: ACESSO DE ACOMPANHANTES SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003. (N=20)

Tipo de permissão	Acesso de acompanhante para adultas (%)	Acesso de acompanhante para adolescentes (%)
Não permitido	25,0	5,0
Restrita ao trabalho de parto e parto normal	20,0	0,0
No trabalho de parto, parto normal e cesárea	10,0	5,0
Restrita ao puerpério	20,0	30,0
Permissão a todas as etapas	25,0	60,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

O livre acesso de visitantes é um item de qualidade na assistência hospitalar, especialmente em serviços como maternidades. Neste caso, a presença do pai e de acompanhantes, reconhecidos na forma mais ampla possível, é um importante componente da política de humanização.

O acesso de familiares e amigos à maternidade também revela as dificuldades em se atingir no setor público o grau de acolhimento e suporte que as gestantes e puérperas desfrutam em maternidades privadas freqüentadas por clientelas que contratam diretamente ou por meio de operadoras de planos de saúde os serviços de atenção ao parto. Assim como no item anterior, no entanto, os resultados podem ser lidos como restrição de acesso, embora faltem dados retrospectivos para apontar uma adoção progressiva destas inovações pelos dirigentes do setor público, na forma de tendência reformadora.

Os dados da Tabela 14 mostram uma seletividade no acesso de familiares e amigos aos serviços. Com relação à não permissão de qualquer tipo de visita, ela se mostra restrita a cinco estabelecimentos (25%), quando se refere à presença de menores de doze anos de idade. Nas demais condições, visita do pai e de outros, predomina a restrição de acesso, especialmente quando não se trata do pai. Quando se trata da visita do pai à maternidade, predomina a visita diária, sendo em dez estabelecimentos (50%) segundo horários predeterminados e em outros nove (45%) de forma livre. A restrição é maior quando se tratam de outros tipos de visitantes (familiares ou amigos, maiores de 12 anos de idade). Neste caso, há restrição de dias e horários em cinco estabelecimentos (25%) e acesso diários segundo horários predeterminados em outros treze (65%), restando a dois estabelecimentos (10%) o acesso livre e irrestrito. Os dados mostram que a restrição à visita por crianças menores de 12 anos de idade é bem mais acentuada.

As rotinas dos serviços são alteradas quando se recebe um número elevado de visitantes e a organização do acesso em favor da maior qualidade da atenção representa um dos principais desafios aos dirigentes destes estabelecimentos. O acesso de visitantes, diariamente e segundo horários livres, pode ser alcançado a partir de normas amplamente reconhecidas, tais como difundir regras de controle de infecção, comunicação visual de áreas acessíveis e posturas em ambientes hospitalares.

TABELA 14: ACESSO DE VISITANTES SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003. (N=20)

Tipo de visitação	Visita do pai (%)	Visita de outros após o parto (%)	Visita de menores de 12 anos (%)
Não permitida	0,0	0,0	25,0
Dias fixos e horários restritos	5,0	25,0	20,0
Diariamente e horários restritos	50,0	65,0	50,0
Diariamente e horários livres	45,0	10,0	5,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Os dados apresentados a seguir dizem respeito à adoção pelos dirigentes, segundo a sua percepção sobre o que é efetivamente realizado em seus serviços, de diversas práticas consideradas no PHPN. Neste tópico relacionado às informações obtidas junto aos dirigentes, caso aceitemos a suposição de fidedignidade das informações prestadas acerca das rotinas

praticadas em serviços sob sua direta responsabilidade, podemos observar pelos dados da Tabela 15 que a adoção de rotinas preconizadas pelo PHPN ocorreu de modo seletivo. Os resultados foram organizados em ordem decrescente de implantação, o que não deve ser entendido como índice de adequação, pois a baixa implantação de certos itens (como a realização rotineira de enemas) sinaliza a boa norma técnica.

A realização de partograma, amamentação em alojamento conjunto, rotinas escritas, supressão da lactação em mães portadoras de HIV, contato precoce mãe-bebê e discussão de casos clínicos foram rotinas implantadas segundo 90% ou mais dos entrevistados. Neste caso os resultados são positivos e refletem o consenso técnico acerca da adequação destas medidas. Uma boa norma, como a amamentação em sala de parto, é relacionada pela maioria dos entrevistados (80%), embora seja teoricamente item de fácil implementação e altamente vantajoso. O estímulo à adoção de posições não supinas é alto (75%), se considerada a cultura técnica dominante, porém deve esbarrar em obstáculos organizacionais e de adequação física dos estabelecimentos. De qualquer forma, conhecendo estes obstáculos e as preferências das próprias parturientes, a realização de parto vertical pode ser considerada alta (40%). A analgesia peridural (75%) em casos de parto normal pode ser considerada excessiva em termos de redução de risco, embora muitos associem a maior conforto, e pode ter influenciado a baixa adoção de práticas de analgesia não farmacológica observada (30%). Ainda entre os itens assinalados pela maioria dos entrevistados, encontram-se práticas não recomendadas como rotineiras pelos protocolos do PHPN, como a aspiração de recém nascidos (70%) e o clampeamento precoce do cordão umbilical (55%).

Ainda segundo os dados da Tabela 15, se observam práticas não recomendadas pela boa norma e que persistem, embora na menor parte dos serviços segundo os relatos de seus dirigentes. Nestes se incluem a episiotomia de rotina (40%) e a cateterização venosa de rotina (30%), cujas freqüências podem ser consideradas ainda elevadas. Por sua vez, os relatos de baixa adoção de práticas desfavoráveis como tricotomia e aplicação de ocitócicos de rotina (20%) e a realização de enema e de amniotomia precoce de rotina (10%) pode significar um processo de redução destes procedimentos na prática obstétrica pública.

Por fim um fator negativo, e que deve estar associado ao controle dos médicos sobre o trabalho das equipes de saúde diz respeito ao uso do trabalho de profissionais de enfermagem de

nível superior nas etapas mais importantes da atenção ao parto. Apenas cinco dirigentes (25%) referiram a incorporação de enfermeiros no trabalho de parto e no acompanhamento ao parto.

TABELA 15: ITENS DE ROTINAS DE ATENÇÃO AO PARTO EFETIVAMENTE IMPLANTADAS, SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003. (N=20; ORDEM DECRESCENTE DE IMPLANTAÇÃO).

Rotinas	Frequência	Percentual
Partograma	20	100,0
Amamentação no alojamento conjunto	20	100,0
Supressão de lactação mães HIV+	19	95,0
Rotinas escritas	19	95,0
Contato precoce mãe-bebê	19	95,0
Discussão de casos	18	90,0
Amamentação em sala de parto	16	80,0
Estímulo posições não supinas	15	75,0
Anestesia peridural	15	75,0
Aspiração rotina em recém-nascido	14	70,0
Clampeamento precoce de cordão	11	55,0
Episiotomia de rotina	8	40,0
Parto vertical	8	40,0
Cateterização venosa de rotina	6	30,0
Analgesia não farmacológica	6	30,0
Enfermagem em trabalho de parto	5	25,0
Enfermagem no parto	5	25,0
Tricotomia de rotina	4	20,0
Ocitócicos de rotina	4	20,0
Enema	2	10,0
Amniotomia precoce de rotina	2	10,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Os dados apresentados na Tabela 15 devem ser comparados com os relatos oferecidos pelas gestantes entrevistadas, às quais foram perguntados itens semelhantes, em linguagem acessível, de modo a obter um testemunho mais preciso possível sobre as práticas envolvidas na atenção ao seu parto em particular.

Para finalizar a avaliação acerca da percepção e implementação de rotinas dos dirigentes das maternidades do SUS, os entrevistados foram perguntados sobre a adoção de aspectos organizacionais relacionados à qualidade do conjunto dos serviços e de estruturas existentes nestes estabelecimentos. Estes itens refletem a estrutura organizacional do conjunto do hospital, nos casos onde não sejam exclusivamente maternidades, mas dizem respeito a inovações que progressivamente vem sendo implantadas no país.

Os dados da Tabela 16 mostram que grande parte dos dirigentes adota rotinas de avaliação dos serviços (85%), segundo seus relatos e critérios pessoais acerca do que consideram tais processos. Igualmente, a maior parte informa realizar controle de intervenção obstétrica (70%). Outros aspectos importantes da qualidade da atenção e de implementação relativamente simples em termos organizacionais encontram baixas freqüências de adoção nos estabelecimentos estudados. Com relação ao papel efetivo das usuárias sobre a dinâmica das maternidades, apenas 55% dos dirigentes adotam programas de avaliação de satisfação das usuárias, o que pode ser obtido por mecanismos complexos (contratação de equipes especializadas) ou simples (aplicação de questionários sintéticos de saída das parturientes). Igualmente, apenas 50% dos estabelecimentos possuem serviços de direitos dos usuários.

Por fim, chama atenção a baixa freqüência na implantação de comissões obrigatórias ao bom funcionamento de qualquer unidade de atenção hospitalar. Apenas 55% dos estabelecimentos possuem comissão de ética; apenas 40% possuem comissão de óbitos e apenas 35% possuem comissão de prontuários ou similares. Apenas cinco dirigentes (25%) referem o funcionamento de comissão de controle de infecções hospitalares em seu estabelecimento, o que deixa os demais quinze serviços em situação altamente vulnerável, principalmente se considerarmos que a mortalidade de recém nascidos em maternidades do SUS é alvo de freqüentes denúncias entre a imprensa e a população.

TABELA 16: ITENS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES EFETIVAMENTE IMPLANTADOS SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003. (N=20; ORDEM DECRESCENTE DE IMPLANTAÇÃO).

Rotinas	Freqüência	Percentual
Rotina de avaliação de serviço	17	85,0
Controle de intervenção obstétrica	14	70,0
Avaliação de satisfação das usuárias	11	55,0
Comissão de ética	11	55,0
Serviços de direitos dos usuários	10	50,0
Comissão de óbitos	8	40,0
Comissão de prontuários	7	35,0
Comissão de infecção hospitalar	5	25,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Com relação à natureza jurídica dos estabelecimentos (públicos e privados), o pequeno número de entrevistados e o desequilíbrio entre as amostras não permite comparações. No

entanto, quanto ao tipo de gestor (municipal e outros), alguns dos itens descritos acima foram agregados e analisados em perspectiva comparada, mesmo que de caráter exploratório, para verificar possíveis diferenças decorrentes da ênfase que a Secretaria Municipal de Saúde confere à implantação do PHPN. Mesmo que os resultados, em função do tamanho da amostra, não permitam uma rigorosa validação estatística, eles oferecem uma primeira apreciação acerca da internalização destes fundamentos entre os dirigentes de maternidades sob gestão direta e hierárquica da SMS Rio. Em função do reduzido tamanho da amostra (N=20), foi utilizado o Teste de Fisher para determinação de significância.

Segundo os dados da Tabela 17 e relatos de seus dirigentes, entre as maternidades sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde, o acompanhante no trabalho de parto está implantado em 88,9% dos casos. Com relação às demais maternidades do SUS, apenas 27,3% implantam este tipo de procedimento. Estas diferenças, significantes ao Teste de Fisher ($p=0,010$), sugerem uma política específica nesta direção por parte dos gestores municipais. O mesmo se observa com relação ao desenvolvimento de políticas de estímulo ao parto natural, implementada na maioria das maternidades de ambos os grupos. Neste caso, embora na distribuição revele maior penetração da política entre as maternidades estatais municipais, as diferenças não são significativas.

Uma qualificação mais precisa acerca das políticas de estímulo ao parto natural pode ser obtida ao se analisarem as condutas acerca do controle sobre a realização de partos cesáreos e de adoção, como alternativa, do parto vertical. As maternidades estatais apresentam diferenças marginalmente significantes ($p=0,070$) em favor das políticas de controle do parto cesáreo por comparação às demais. Embora a maioria das maternidades não implante o parto vertical como modalidade alternativa, estando a prática restrita a oito estabelecimentos entre os vinte analisados, a distribuição percentual, apesar de não relevante estatisticamente, favorece os serviços estatais municipais (55,6% contra apenas 27,3% das demais maternidades).

Algumas inovações que interferem no ambiente da maternidade com relação a aspectos do PHPN foram analisadas. A adesão da maternidade ao *Programa Hospital Amigo da Criança* reflete o compromisso dos serviços com a promoção do aleitamento materno e as maternidades estatais municipais são mais aderidas a esta política (66,7% dos casos) do que as demais maternidades do SUS (45,5%), embora estas diferenças não sejam significantes. Vale ressaltar que o fato do dirigente ser aderido à iniciativa não significa que a sua unidade detenha o título *de Hospital Amigo da Criança*, conferido a unidades que realizaram procedimentos de qualificação

de profissionais e revisões de processos de trabalho visando garantir as ações de incentivo ao aleitamento materno. Na Cidade do Rio de Janeiro apenas nove unidades possuem o título de Hospital Amigo da Criança, sendo 5 municipais, 1 federal, 1 universitária, 1 filantrópica e 1 das forças armadas (não incluída neste estudo). .

Por fim, a participação do enfermeiro no parto, como já observado anteriormente, é aceita em apenas cinco das vinte maternidades estudadas. Neste caso, todas são estabelecimentos do gestor municipal, e as diferenças são significativas ($p=0,008$).

TABELA 17: PROCEDIMENTOS, POR TIPO DE GESTOR, SEGUNDO DIRIGENTES DE MATERNIDADES DO SUS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003.

Procedimentos	Gestor municipal (%)	Outros gestores (%)
Acompanhante no parto $p=0,010$ (Fisher)	88,9	27,3
Estímulo ao parto natural $p=0,319$ (Fisher)	66,7	45,5
Controle de cesárea $p=0,070$ (Fisher)	88,9	45,3
Parto vertical $p=0,362$ (Fisher)	55,6	27,3
<i>Hospital Amigo da criança</i> $p=0,406$ (Fisher)	66,7	45,5
Enfermeiro no parto $p=0,008$ (Fisher)	55,6	0,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

As demais diferenças observadas com relação ao conjunto dos itens aos quais os entrevistados responderam, não mostraram diferenças relevantes estatisticamente ou mesmo aspectos a serem destacados para fins comparativos entre os dois grupos. No entanto, observadas as frequências simples se observa uma tendência a maior penetração do conjunto de protocolos associados à humanização do parto entre as maternidades estatais municipais, o que sugere efeitos indutivos da Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO V - RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA - PUÉRPERAS

i) A implementação da política de humanização do parto sob a ótica da clientela

As entrevistas das mulheres internadas nas maternidades nos permitiram obter um perfil aproximado desta clientela. Quando tomamos por referência os dados do SINASC, apresentados anteriormente, confirmamos que este perfil se aproxima daquele da clientela SUS e se distancia em inúmeros aspectos quando comparamos com a clientela que contrata, diretamente ou por meio de operadoras de planos de saúde, os serviços de assistência ao parto. Essas diferenças dizem respeito a aspectos sócio-econômicos e demográficos e a fatores relativos ao acesso a serviços de saúde e que influenciam diretamente na evolução da gestação e do parto.

Dessa forma, os resultados obtidos numa gravidez, no parto e no nascimento dependem intensamente de políticas sociais e da organização dos serviços de saúde. A saúde de uma mulher, o uso que ela faz dos serviços de saúde, sua resposta e/ou sua habilidade em seguir as recomendações dos serviços são afetadas pela sua própria condição social e pelas práticas dos serviços. Fatores sócio-econômicos e demográficos, tais como, escolaridade, trabalho e renda, situação conjugal, idade da primeira gestação, entre outros, influem diretamente na evolução de uma gestação e parto. Há uma associação bem estabelecida entre a situação social da mulher e sua saúde e sua utilização dos serviços (Enkin, 2001).

Os dados da Tabela 18 mostram que esta clientela é predominantemente jovem. A imensa maioria das mulheres (78,4%), tinha menos de trinta anos, sendo que 19,3% eram mães ainda adolescentes, ou seja, menores de vinte anos. Entrevistamos também duas meninas com menos de quatorze anos.

TABELA 18: IDADE DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Idade	Frequência	%	% acumulado
10 a 14	2	0,7	0,7
15 a 19	57	19,5	20,2
20 a 24	93	31,8	52,1
25 a 29	77	26,4	78,4
30 a 34	36	12,3	90,8
35 a 39	18	6,2	96,9
40 e +	9	3,1	100,0
Total	292	100,0	

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

As mulheres eram na sua maioria (54,8%), pretas ou pardas, ou seja, da raça negra, 35% eram brancas (Tabela 19).

TABELA 19: COR DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS

Cor	Frequência	%
Branca	102	34,9
Preta	71	24,3
Parda	89	30,5
Outra	30	10,3
Total	292	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Com relação à escolaridade 65,8% delas tinham apenas o primeiro grau e somente 9,6% alcançaram o ensino superior (Tabela 20).

TABELA 20: ESCOLARIDADE DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Escolaridade	Frequência	Percentual (%)
Primeiro grau	192	65,8
Segundo grau	72	24,7
Superior	28	9,6
Total	292	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Pela Tabela 21 podemos verificar, com relação ao estado civil, que a grande maioria era solteira (79,3), porém quase o mesmo percentual de mulheres, consideradas não especificamente casadas, vivia com o cônjuge ou companheiro (77,6%). As casadas representaram 20,5% do total.

TABELA 21: ESTADO CIVIL E RELAÇÃO CONJUGAL DAS PUÉRPERAS. .

Estado civil	Frequência	%
Casada	60	20,5
Solteira com cônjuge	167	57,1
Solteira ou separada s/ cônjuge	65	22,2
Total	292	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

A situação de trabalho também foi investigada, sendo que apenas 37% delas possuíam trabalho remunerado (Tabela 22). Vale ressaltar que não nos referíamos nas entrevistas ao trabalho formal e sim a qualquer forma de trabalho remunerado.

TABELA 22: TRABALHO REMUNERADO DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Trabalho remunerado	Frequência	%
Não	184	63,0
Sim	108	37,0
Total	292	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

Os dados da Tabela 23 mostram que para 59,6% das mulheres aquela estava sendo a primeira experiência de gravidez e parto, não considerando aqui as gravidezes que resultaram em abortamentos. Embora 69,1% não tivessem planejado a gravidez, a satisfação com a mesma, relatada após o momento do parto, foi bastante significativa (80,1%).

TABELA 23: ASPECTOS DA GESTAÇÃO DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS (N=292).

Situação da gestação	freqüência	(%)
Sem gravidez anterior	174	59,6
Gravidez não planejada	201	69,1
Satisfeita com a gravidez	234	80,1

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro"

Consideramos importante verificar aspectos que evidenciassem a existência ou não de suporte familiar, fator que poderia contribuir tanto para uma melhor evolução da gestação quanto para uma melhor adesão à assistência pré-natal (Tabelas 24). Os resultados indicam que a grande maioria contou com uma rede de suporte social, ou seja, tiveram apoio da família (73,1%), e do pai da criança (81,1%).

TABELA 24: ASPECTOS DE SUPORTE FAMILIAR DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS (N=292).

Apoio familiar e social	Freqüência	(%)
Grande apoio familiar	212	73,1
Grande apoio do pai do bebê	236	81,1

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro"

Os programas de pré-natal foram introduzidos em todos os países desenvolvidos nas primeiras décadas do século XX. A freqüência das consultas e o intervalo entre elas nunca foram adequadamente testados. Segundo Enkin (2001), os conteúdos dessas consultas, conforme configuradas, são mais ritualísticas do que racionais, os atendimentos priorizam os aspectos preventivos e prescritivos sobre os aspectos emocionais e de apoio social, seguindo, dessa forma, modelos mais adequados às classes médias e superiores, e menos às mulheres mais pobres. Segundo o mesmo autor, estudos epidemiológicos e observacionais demonstram que mulheres que recebem cuidados no início da gestação e que recebem mais consultas de pré-natal tendem a ter melhores resultados perinatais e menor mortalidade materna e perinatal, por isso os programas de pré-natal tendem a aumentar o número de consultas oferecidas, desconsiderando as diferenças sociais.

No entanto, ele chama a atenção para o fato de que são as mulheres de baixo risco que tendem a iniciar mais precocemente o pré-natal. Já as mulheres de alto risco, as adolescentes, as mulheres mais pobres e as excluídas socialmente tendem a adiar o início do mesmo, são menos informadas sobre a gravidez e parto, têm mais dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde e têm mais dificuldades de seguir as prescrições médicas. Dessa forma os serviços de pré-natal deveriam desenvolver ações mais compreensivas para esta clientela de mais alto risco.

A partir das entrevistas com as puérperas, procederemos a seguir a verificação de alguns aspectos relacionados ao acesso e a procedimentos no atendimento pré-natal, relacionados na Tabela 25.

A imensa maioria das mulheres (93,2%), havia realizado o pré-natal, demonstrando a penetração desta política de atendimento e a valorização de suas ações junto à clientela. Vale, no entanto, considerar que vinte puérperas não haviam realizado qualquer consulta de pré-natal. A grande maioria das que realizaram o pré-natal revelou não ter encontrado dificuldades para a obtenção das consultas (89,7%), vinte e oito gestantes (10,3%), relataram essa dificuldade.

O *cartão da gestante*, documento médico de informação sobre a situação da gravidez, importante instrumento para o acompanhamento do pré-natal, se encontra plenamente implantado no pré-natal (92,6%).

O atual estágio do conhecimento científico na área de saúde bucal revela a importância da promoção da saúde, a prevenção da doença cárie e a intervenção reparadora o mais precocemente possível. Dessa forma a saúde bucal das gestantes é um fator protetor da saúde materna e do bebê que irá nascer (Enkin, 2001). A realização de consulta odontológica durante o pré-natal ainda é uma ação de pouca penetração na rede de serviços. É uma atividade com baixa cobertura, tanto nas gestantes como também em outros grupos populacionais, devido à baixa oferta desses serviços no SUS. Somente 15,9% das gestantes relataram a realização de consultas odontológicas.

O exame preventivo ginecológico está contemplado no protocolo da atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde. Sua rotina de realização é definida através de consenso de especialistas e deve ser realizado a cada três anos na população feminina acima de vinte e cinco anos. A sua não realização durante a gestação pode ser ocasionada por restrições ainda existentes entre médicos na realização deste exame na gravidez, ou poderemos também considerar que as gestantes não eram elegíveis para o exame naquele momento por já o terem realizado em período próximo. O

percentual de realização de 41% de realização do referido exame, considerando os fatores acima, pode talvez ser considerado como uma tendência positiva de maior penetração desta atividade no pré-natal.

TABELA 25: ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS DE PRÉ-NATAL NAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS (N=272).

<u>Atividades no pré-natal</u>	<u>Frequência</u>	<u>(%)</u>
Consultada sem dificuldades	243	89,7
Cartão da Gestante	252	92,6
Consulta odontológica	43	15,9
<u>Preventivo ginecológico</u>	<u>112</u>	<u>41,0</u>

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Com relação aos locais do atendimento pré-natal, apresentado na Tabela 26, verificamos que a escolha predominante das gestantes foi a de unidades localizadas próximas às suas residências (60,7%), evidenciando a capilaridade dessa assistência básica, que vai ao encontro das orientações normativas. Quase um quarto das entrevistadas (24,3%) havia realizado o pré-natal na própria maternidade onde estavam internadas. Há que se considerar que, na situação freqüente de ausência de referência estabelecida para o parto e falta de vagas propriamente dita, esta deva ser uma estratégia que confere alguma esperança de garantia de internação na hora do parto para as gestantes. Também é interessante assinalar que 8,1% das entrevistadas nas maternidades do SUS realizaram o pré-natal em clínicas privadas, ou seja, puderam arcar financeiramente apenas com o pagamento das consultas ambulatoriais. O acesso a serviços perto do trabalho foi procurado por uma parcela muito pequena (1,5%), confirmando, como apresentado anteriormente, a baixa inserção dessa clientela no mercado de trabalho.

TABELA 26: LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Local do pré-natal	Frequência	Percentual (%)
Própria maternidade	66	24,3
Posto de saúde perto casa	165	60,7
Posto perto trabalho	4	1,5
Clínica privada	22	8,1
Outros serviços	15	5,5
Total	272	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Na Tabela 27 verificamos que 66,1% das mulheres informaram ter realizado sua primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 30,5% iniciaram suas consultas no segundo trimestre, 2,9% chegaram aos serviços tardiamente já no terceiro trimestre gestacional.

TABELA 27: TRIMESTRE DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Início do pré-natal	Frequência	Percentual (%)
Primeiro trimestre	180	66,1
Segundo trimestre	83	30,5
Terceiro trimestre	8	2,9
Total	272	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro"

Com relação ao número de consultas (Tabela 28), 75,3% das mulheres tiveram seis ou mais consultas durante a gravidez, 17,6 receberam entre quatro e seis consultas e 6,9% três ou menos consultas. Embora o percentual de gestantes com boa cobertura de pré-natal seja alto, há que se ressaltar que um número expressivo de mulheres (13,3%) não recebeu essa assistência ou teve acesso a um número muito pequeno de consultas. Considerando-se que são as mulheres de mais alto risco que realizam menos consultas de pré-natal (Enkin, 2000), é necessário pensar a implantação de políticas mais intensivas e inclusivas para esta parcela da população.

TABELA 28: NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL PELAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Número de consultas	Frequência	Percentual (%)
1 a 3 consultas	19	6,9
4 e 5 consultas	48	17,6
6 ou mais consultas	205	75,3
Total	272	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Um dos mais importantes objetivos do cuidado pré-natal é identificar fatores que colocam mãe ou bebê sob risco de um resultado adverso, num momento em que intervenções podem ser realizadas para prevenir conseqüências danosas. Para a avaliação da realização dos exames de detecção de anormalidades, tomamos como referência o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde, que prevê a realização dos exames de teste VDRL, glicemia, exame de urina (EAS), hemograma e teste anti-HIV.

Na Tabela 29 são apresentados os exames referidos como realizados pelas mulheres durante a gestação. A frequência de realização dos diversos exames foi bastante alta, evidenciando a incorporação destes procedimentos por profissionais e clientela. Mesmo o teste anti-HIV mais recentemente introduzido nas rotinas e dependente de consentimento esclarecido, foi referido como tendo sido realizado em 89,7% dos casos.

A sífilis congênita ainda é um importante problema de saúde pública passível de tratamento e cura durante a gestação. O percentual de realização deste exame foi de 79,7%, cobertura insuficiente dada a efetividade da ação de detecção, tratamento e cura ainda na gestação. Mesmo possível considerando a pouca informação repassada pelos profissionais de saúde sobre os diferentes testes e o possível desconhecimento da clientela com relação ao nome desse exame (VDRL), ainda assim deveríamos esperar coberturas maiores de realização deste exame, visto tratar-se de uma das mais antigas doenças transmissíveis.

TABELA 29: REFERÊNCIA A EXAMES REALIZADOS PELAS PUÉRPERAS ENTRE AS ENTREVISTADAS (N=272).

Exames realizados	freqüência	Percentual (%)
Glicemia	213	78,6
Hemograma	254	94,4
Teste anti-HIV	243	89,7
Exame de urina (EAS)	264	97,1
Exame VDRL	217	79,7

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro"

Os problemas sociais e psicológicos enfrentados pelas mulheres grávidas são substanciais. Os serviços devem oferecer suporte social e psicológico para as gestantes. Médicos generalistas e enfermeiros são mais indicados para o acompanhamento das gravidezes normais. O ginecologista deve ser orientado para o atendimento dos casos de gravidez com anormalidades e não para a supervisão das gestações sem patologias. Ao fazer as duas coisas, o ginecologista acaba negligenciando as gestações normais não dando atenção aos aspectos psíquicos e sociais (Enkin, 2000).

A participação em grupos educativos e de apoio é um importante instrumento para trocar experiências e informações, reduzir ansiedades, medos e tabus com relação ao parto, adquirir hábitos mais saudáveis, melhorar relacionamentos familiares, ganhar auto-estima e autoconfiança, desenvolver sentimentos de empoderamento, explorar questões de sexualidade, aprender a valorizar a amamentação e conhecer métodos de contracepção entre outros objetivos.

Segundo Ávila (1998, pp.56), "os grupos educativos se constituíram em espaços privilegiados de reflexão e manifestação de clientela, permitindo aos serviços conhecer melhor suas necessidades e demandas". Para a autora, as atividades de educação participativa introduzidas nas políticas públicas de saúde pelo movimento feminista, foram identificadas como elemento fundamental para a construção de um novo modelo, mais resolutivo e com a inclusão da dimensão do cotidiano social. Refere também, sobre os grupos educativos, como locais de discussão e questionamento de rotinas e procedimentos médicos, permitindo que as mulheres sejam mais bem informadas, com conhecimento de métodos alternativos de cuidados que não os convencionais, atividades corporais de relaxamento e preparação para o parto.

Dessa forma, complementamos o estudo com uma avaliação dos aspectos mais subjetivos e de apoio na gestação. As perguntas feitas durante a entrevista abordavam sobre a participação das mulheres em grupos educativos, a percepção de ter sido preparada para o parto no pré-natal, e ter recebido orientação sobre a maternidade no pré-natal (Tabela 30).

Infelizmente a participação nos grupos educativos é muito pequena (24,3%). Sabemos que há pequena oferta dessas atividades nas unidades básicas de saúde, sendo ainda atividades pouco valorizadas pela maior parte dos profissionais e possivelmente também pela clientela. Há que se pensar também se as metodologias utilizadas nesses encontros estão estimulando o interesse das mulheres. Um pouco mais da metade disse sentir-se preparada para o parto (53,7%). Não discriminamos, neste caso, por quem ela se sentiu preparada para o parto, podendo ser pela orientação recebida no pré-natal, nas suas experiências prévias de gestações e/ou orientações de familiares e amigos. Domingues (2002), em seu estudo, verificou que a principal fonte de informação para a gestante era a família e não os serviços de saúde.

Buscamos investigar se houve orientação dos serviços de pré-natal e se estes influenciaram na escolha da maternidade pela gestante. A orientação dos serviços de pré-natal sobre qual maternidade procurar na hora do parto, aspecto fundamental para uma atenção de qualidade, ocorreu em menos da metade dos casos (43,5%). Pela falta de leitos em algumas áreas da cidade e pela ausência de um sistema de regulação de vagas, os profissionais provavelmente não indicam a maternidade por não terem qualquer garantia da internação, comprometendo um aspecto tão importante da assistência que é conferir segurança para as parturientes no momento do parto.

TABELA 30: PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES, PREPARAÇÃO PARA O PARTO E ORIENTAÇÃO SOBRE A MATERNIDADE, NAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS (N=272).

Atividades educativas e de apoio	Frequência	Percentual (%)
Participação em grupos de gestantes	66	24,3
Preparação para o parto	145	53,7
Orientação sobre a maternidade	118	43,5

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro"

A atribuição de uma nota ao pré-natal está referida na Tabela 31. Foi grande a variabilidade das notas, indo desde zero (nove entrevistadas) a dez (trinta entrevistadas) A nota média foi de 8,2. Notas entre zero e cinco foram concedidas por 14,9% da clientela. Um terço das puérperas concedeu notas entre 9 e 10 (31,3%) numa demonstração de satisfação com o atendimento no pré-natal. Porém, num ambiente já com certo distanciamento do atendimento realizado, numa situação de resolução positiva da gravidez e do parto, quando se poderia esperar notas mais benevolentes com o atendimento recebido, verificamos grande percentual de notas medianas como cinco, seis, sete e oito, o que dado o contexto poderíamos supor estar explicitada uma crítica aos serviços.

TABELA 31: NOTAS PARA O PRÉ-NATAL DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Notas para o pré-natal	Frequência	(%)
Zero	9	3,3
Três	4	2,3
Cinco	25	9,3
Seis	9	3,3
Sete	24	8,9
Oito	45	26,6
Nove	23	13,6
Dez	30	17,7
Total	169	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”

Aspecto fundamental da qualidade de uma assistência bem como item da agenda de humanização, o acesso à maternidade é um componente indispensável da integralidade da atenção que proporciona importante grau de segurança para a mulher. Primeiramente a gestante deverá ser orientada nos serviços de pré-natal sobre qual o serviço mais adequado à sua situação gestacional, se houver alguma situação de risco, ou mais freqüentemente, ser encaminhada a uma maternidade próxima de sua residência. Buscamos investigar se houve orientação dos serviços de

pré-natal, se influenciaram na escolha da gestante, o grau de dificuldade na internação e qual o suporte social obtido neste período que antecedeu a internação.

Nas Tabelas 32 e 33 são apresentados dois aspectos indicativos do tipo de suporte social na hora do parto como meios de locomoção para chegar à maternidade e companhia de parentes ou amigos. Para 33,3% das mulheres foi utilizada uma condução de parentes ou amigos, evidenciando que se forma uma rede de solidariedade neste momento, 19,6% chegaram à maternidade em carro próprio, 17,8% puderam utilizar táxi, porém, para 17,5% das mulheres restou apenas a opção do ônibus, condução desconfortável principalmente nesta situação de ansiedade e imprevisibilidade que é o trabalho de parto. O recurso da ambulância, geralmente para o transporte inter-hospitalar foi utilizado em menos de 10% dos casos.

TABELA 32: MEIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS PARA CHEGAR À MATERNIDADE (N=291).

Meios de transporte	Frequência	(%)
A pé	8	2,7
Ônibus	51	17,5
Carro próprio	57	19,6
Carro de parentes e amigos	97	33,3
Ambulância	26	8,9
Taxi e outros	52	17,8
Total	291	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Outro item de suporte social importante é a possibilidade de ter alguém ao lado da parturiente no período que antecede a internação. Verificamos que as mulheres, em 93,1% dos casos, chegaram na maternidade acompanhadas de um familiar ou amigo (Tabela 35). Este dado demonstra que existe a possibilidade concreta dela também não estar sozinha no momento do parto, ou seja, o fato de chegar acompanhada ao hospital, mesmo sem saber se poderá ou não permanecer com este acompanhante, é provavelmente um indicativo da viabilidade de continuar com este acompanhante durante as primeiras horas da internação para o parto, o que evidencia

possibilidades concretas da clientela também aderir à essa prática tão importante do suporte emocional, possibilitando sua efetiva implementação nos serviços de atenção ao parto.

TABELA 33: RELAÇÃO DE PARENTESCO DOS ACOMPANHANTES NA INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE (ACOMPANHANTE PRINCIPAL). (N=292).

Tipo de acompanhante principal	Frequência	Percentual (%)
Pai do bebê	142	48,6
Mãe	59	20,2
Outros familiares	43	14,7
Amigos e outros	28	9,5
Sem acompanhante	20	6,8
Total	292	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

Sobre a indicação ou escolha da maternidade para a internação, apresentada na Tabela 34, a maioria das mulheres relatou algum grau de escolha, seja por indicações de amigos, indicações dos serviços de pré-natal e por própria escolha, por experiência de parto anterior ou pelo aspecto da proximidade da residência com o serviço. A orientação pelo serviço de pré-natal para a maternidade mais adequada é um componente indispensável da qualidade da assistência, este encaminhamento foi referido pelas puérperas em apenas 20% dos casos. Na maior parte das vezes esta decisão foi da própria mulher (57,5%) ou de parentes e amigos (21,6%).

TABELA 34: INDICAÇÃO SOBRE A MATERNIDADE PARA INTERNAÇÃO SEGUNDO AS PUÉRPERAS.

Indicação da maternidade	Frequência	(%)
Própria escolha	149	57,5
Indicação de parentes/amigos	56	21,6
Unidade do pré-natal	54	20,8
Total	259	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

O grau de facilidade na internação para o parto é um indicador indispensável para a discussão do acesso e da humanização dos serviços. Na tabela 35 são apresentados os dados sobre as tentativas de internação nos diversos serviços. O percentual de mulheres que se interno na primeira tentativa foi de 73,6%, na segunda tentativa foi de 20,2% e apenas após a terceira ou mais tentativas foi de 6,1% dos casos. Poderemos fazer uma avaliação otimista, reconhecendo que o acesso às maternidades vem se ampliando. Estudo realizado por Gomes (1995), que avaliou aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias em duas maternidades do SUS no Município do Rio de Janeiro encontrou um percentual de 40% de mulheres que não foram internadas no primeiro serviço procurado para atendimento ao parto. Mesmo considerando as diferenças entre este estudo e o de Gomes (1995), ainda assim poderemos supor que após sete anos as condições de acesso tenham de fato melhorado. No entanto, o simples fato de uma expectativa de internação não ter sido atendida evidencia as insuficiências na atenção, sendo muito prejudicial principalmente neste momento de tantas apreensões e inseguranças das parturientes.

TABELA 35: NÚMERO DE TENTATIVAS PARA A INTERNAÇÃO SEGUNDO AS PUÉRPERAS.

Internação	Freqüência	Percentual (%)
Primeira tentativa	215	73,6
Segunda tentativa	59	20,2
Terceira ou mais	18	6,1
Total	292	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Discutiremos agora os resultados da pesquisa no que se refere a algumas práticas de intervenção na maternidade tendo como base os seguintes documentos:

- Publicação elaborada a partir da *Appropriate Technology for Birth Conference*, Conferência que envolveu todos os Escritórios Regionais da OMS e especialistas. realizada em Fortaleza-Ceará em abril de 1985. Nela foram examinadas as evidências científicas disponíveis sobre tecnologia apropriada ao parto e estabelecidas recomendações (OMS, 1985).

- *Safe Motherhood - Care in Normal Birth: A Practical Guide*, publicação da OMS a partir de um consenso de especialistas convocados em 1996, que utilizaram os conceitos de medicina baseada em evidências científicas. A publicação objetivou examinar as evidências favoráveis e desfavoráveis sobre as práticas no parto normal e estabelecer recomendações para o seu uso (OMS, 1996).
- *Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à mulher*, publicação do MS/FEBRASGO/ABENFO, Brasília, 2001. Manual de procedimentos e recomendações na assistência ao parto foi publicado após a regulamentação do PHPN.
- *A guide to Effective care in Pregnancy and Childbirth*, Enkin, M., Oxford University Press, 2000. Publicação de revisão e avaliação de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas disponíveis.

Todas essas publicações são baseadas nos princípios mais gerais de que cada mulher tem o direito fundamental de receber adequado cuidado no pré-natal e parto, tendo o papel central em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, desenvolvimento e na avaliação do cuidado, e que os fatores sociais, emocionais e psicológicos são decisivos no entendimento e na implementação deste cuidado. Partem do conceito de que a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento são processos fisiológicos que se desenvolvem melhor sem intervenções e que o melhor para a mãe e o bebê é o maior respeito a essa fisiologia norteando-se a atenção para a desmedicalização desse atendimento. Neste contexto, as quatro publicações reforçam que devem ser valorizados no manejo do parto os aspectos da informação, da participação e autonomia da parturiente, buscando-se promover um acompanhamento tranquilo, com intimidade e privacidade, com ênfase no suporte emocional tanto por parte da equipe de saúde quanto por parte dos acompanhantes de escolha da mulher (Enkin, 2000).

“É importante considerar os desejos e valores das mulheres adotando-se uma postura sensível e ética, respeitando-as como cidadãs, eliminando as violências verbais e não verbais, mantendo o diálogo, informando sobre as rotinas, procedimentos e as etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto, dando às parturientes e seus acompanhantes o direito de participar das decisões”. (MS, 2001, p.27).

Muitos aspectos do ambiente hospitalar induzem ao stress. O local e as pessoas são estranhas, procedimentos como restrição de líquidos e sólidos, exames vaginais, monitoramento fetal e confinamento na cama adicionam mais stress. Dor, ansiedade crescem neste ambiente clínico, mecanizado e com profissionais desconhecidos, o que gera um sentimento de isolamento sentido pela mulher, induzindo um potencial negativo ou adverso na progressão do trabalho de parto. Este sentimento de isolamento se acentua com o aparecimento e desaparecimento intermitente de profissionais desconhecidos. Vários estudos referem que menos de 10% do trabalho dos profissionais são gastos em atividades de apoio às mulheres (Enkin, 2000).

Para as mulheres é importante ser atendida por pequeno número de profissionais, os mesmos durante todo o período do trabalho de parto e parto, e ter a possibilidade de um acompanhante de sua escolha sempre ao seu lado. Os aspectos técnicos e de suporte emocional são ambos indispensáveis e estão intimamente relacionados, quando se objetiva um atendimento integral que propicie obter sucesso na progressão do trabalho de parto e do parto, portanto, não podem ser separados. Os serviços de atenção ao parto devem propiciar a oferta de apoio emocional para as mulheres em trabalho de parto. Este apoio pode ser oferecido pelos profissionais de saúde, por doulas (acompanhante comunitária para suporte emocional), pelo companheiro, por familiares ou amigos. Ela não deverá ficar em nenhum momento sem o apoio adequado.

Não basta a presença física e esta pessoa deve oferecer atividades de apoio emocional e conforto físico, de acordo com os desejos e necessidades da parturiente. Deve caminhar com a mulher, fazer massagens nas costas, oferecer comida e bebidas leves, ajudá-la a encontrar a posição mais confortável, ajudar no banho e no alívio das dores com compressas e ajudar com exercícios respiratórios para relaxamento. O apoio emocional inclui manter contato olho no olho, prover informações, elogios e encorajamento. Torná-la ciente de cada procedimento e do resultado de cada exame realizado, para que fique informada da evolução do seu trabalho de parto e para que fique orgulhosa de seus esforços e encorajada a continuar (Enkin, 2000).

Estudos realizados comparando os efeitos sobre o parto em casas de parto e hospitais evidenciaram que as mulheres nessas casas de parto tiveram em média menos medicação para dor, menor uso de ocitócicos e ficaram mais satisfeitas com suas experiências de parto. Tornar os hospitais mais atraentes como se fossem casas de parto, tem sido uma das estratégias utilizadas

por instituições no sentido de prover um ambiente mais satisfatório para as mulheres e profissionais que mais felizes podem proporcionar um melhor atendimento.

Quando se redefine como potencialmente positiva a experiência de dar à luz, esses aspectos do ambiente ganham nova significação. Estudos evidenciam redução de medicação para dor; cesáreas e partos vaginais cirúrgicos; apgar<7 no quinto minuto; menor número de avaliações negativas sobre a experiência do parto; sentimento de tensão no trabalho de parto ou considerar o parto pior do que esperava; menos trauma perineal e menor frequência de interrupção precoce da amamentação. As inovações estruturais devem ser orientadas para aquelas que propiciem mudanças de comportamento, tais como retirada de mesas de parto em litotomia, substituição de camas desconfortáveis por camas e mobílias confortáveis. No entanto mudanças não acontecem facilmente. Uma equipe bem envolvida é fundamental no sucesso do atendimento e na boa evolução do parto (Enkin, 2000).

Na tabela 36 são apresentados os resultados sobre as perguntas relacionadas aos aspectos da comunicação e relação profissionais de saúde e clientela.

TABELA 36: ASPECTOS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AS PUÉRPERAS.

Informações sobre procedimentos	Frequência	Percentual (%)
Exames (n=292)	46	15,8
Medicamentos (n=292)	65	22,3
Trabalho de parto (n=292)	78	26,8
Parto na posição vertical (n=292)	12	4,1
Possibilidade de acompanhante (n=292)	102	42,0
Necessidade de cesárea (n=99)	80	80,9

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

O baixo nível de informações trocadas evidencia a pouca comunicabilidade entre profissional e clientela. Apenas quando da indicação de uma cesárea, procedimento mais invasivo, houve maior nível de informação (80,9%). Sabemos que diferenças culturais e sociais estão envolvidas nesta questão. Numa relação médico-paciente assimétrica estabelecida, e frente

às rotinas médicas, as mulheres sentem-se menos capacitadas para fazer valer seus desejos, perdem autonomia e têm dificuldades em fazer valer seus direitos à informação e à participação.

Estes achados reforçam estudos anteriores. Lima (1997), em pesquisa na Maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, refere a dificuldade dos profissionais de aceitar novas condutas em sua maneira de agir. Ressalva maiores possibilidades com os profissionais enfermeiros.

“Exceções surgiram com tentativas tímidas por parte dos médicos e mais ousadas por parte dos enfermeiros, o que nos autoriza a afirmar que os enfermeiros seriam as pessoas mais indicadas principalmente considerando a questão da intervenção desnecessária e abusiva” (Lima, 1997, pp.145).

Na Tabela 37 estão apresentados itens relativos a aspectos da comunicação entre as parturientes e os profissionais de saúde. Verificamos pouca comunicabilidade que se confirma quando indagamos das mulheres se saberiam informar o nome do médico (ou enfermeiro, se fosse o caso) que as atendeu. Menos de 30% delas sabiam informar o nome do profissional. Quando buscamos saber mais explicitamente como havia sido a relação com a equipe de saúde, a grande maioria das puérperas (81,8%) referiu ter se sentido apoiada e 80,6% delas relataram que foram tratadas com afeto e carinho. Vale destacar o viés desta pergunta, quando ela ainda está sob a influência do ambiente hospitalar e provavelmente constrangida de emitir uma opinião negativa, ou porque seu nível de exigência nessa relação era tão baixo que o simples fato de ter sido atendida de alguma forma já resultou numa avaliação positiva. No entanto, merece considerar que mesmo nesse contexto pouco favorável a críticas, 14,9% delas referiram terem sido tratadas com indiferença e pouca atenção e 4,5% com agressividade e estupidez. Estes percentuais de insatisfação não podem ser desconsiderados numa avaliação de satisfação de usuários. Neste quadro em que a equipe de saúde oferece pouco suporte e apoio às mulheres, reafirma-se a necessidade de incentivos a duas outras ordens de suporte, quais sejam, membros da família e amigos, ou acompanhantes voluntários da comunidade (*doulas*).

TABELA 37: RELAÇÃO DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS COM A EQUIPE QUE PRESTOU ASSISTÊNCIA.

Aspectos da relação com a equipe	Frequência	(%)
Sabia o nome do profissional (n=290)	84	29,0
Sentiu-se apoiada pela equipe (n=291)	238	81,8
Tipo de tratamento recebido (n=288)		
. Afeto e carinho	232	80,6
. Indiferença e pouca atenção	43	14,9
. Agressividade e estupidez	13	4,5

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

Há uma grande variação entre os hospitais na permissão da presença de familiares ou *doulas* nos ambientes obstétricos. Nos países desenvolvidos a liberdade de escolha de quem vai estar com a mulher neste momento é fator decisivo para sua opção de ter seu parto fora de grandes hospitais. No Brasil esta é uma prática freqüente nos hospitais privados, porém ainda incipiente nos hospitais públicos. O valor desse suporte emocional para uma boa evolução do trabalho de parto e também para a satisfação das usuárias com o serviço como um todo é reconhecido em várias instâncias, incluindo o Ministério da Saúde.

“O acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga não envolve necessariamente nenhum preparo técnico e representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis. É um direito da mulher no processo de humanização do nascimento” (MS, 2001, pp.19).

No documento *Pré-natal, Parto e Aborto – Atenção Humanizada à Mulher* o Ministério da Saúde afirma que o processo de humanização do nascimento inclui a possibilidade de um acompanhante à parturiente “numa mudança de atitudes dos profissionais de saúde, que devem rever seus preconceitos buscando favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à

mulher”. Coloca que as Instituições devem se envolver neste processo de mudança de práticas e que devem estar estruturadas e preparadas, incentivando, estimulando, treinando e controlando seus profissionais para o desempenho destas tarefas. Além disso, devem estar administrativa e estruturalmente preparadas para este processo, amparadas e suportadas por normas e diretrizes emanadas pelas instituições responsáveis pela saúde no país. Neste contexto reafirma seus esforços no sentido de estimular e propiciar a introdução destas novas práticas nas maternidades brasileiras (MS, 2001).

Sabemos das rígidas rotinas e normas hospitalares que afastam os familiares da cena do parto e coíbem a possibilidade de acompanhante neste acontecimento. A aceitação dos homens, maridos ou companheiros, como acompanhantes no parto é ainda mais difícil. Considerando-se que o parto propicia uma vivência positiva, excluir o pai do bebê desta experiência não seria sensato. O pai pode assumir um papel ativo de apoio psicológico e conforto físico. Ele também pode suprir lacunas no atendimento, estando ao lado da mulher todo o tempo. No nosso meio, nos hospitais privados, a presença dos pais é totalmente aceita pelos profissionais e instituições. Quando os maridos participam, ajudando e se sentindo incluídos, a satisfação com a experiência do nascimento aumenta muito para eles. Todas estas atividades, além de melhorar a vivência experimentada pelas mulheres que dão à luz, parecem exercer influência direta e positiva sobre sua saúde e dos seus filhos e devem, portanto, ser estimuladas em todas as situações possíveis (Enkin, 2000).

Para a OMS, assegurar a presença de uma pessoa da escolha da mulher durante todo o processo de atendimento é uma *“prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada no parto normal”* (OMS, 1996).

Inúmeros estudos evidenciam a importância do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Domingues (2002), em estudo de avaliação da presença do acompanhante na Maternidade Leila Diniz, unidade que instituiu esta prática, encontrou-a implantada em todos os plantões com um alto grau de satisfação das mulheres.

Na pesquisa indagamos às mulheres sobre a presença do acompanhante no parto. Apenas 26% das parturientes puderam se beneficiar da presença e apoio de um acompanhante durante o

seu trabalho de parto e parto (Tabela 38). Como as rotinas são mais rígidas nos casos dos partos cirúrgicos, procuramos investigar sobre a frequência do acompanhante apenas nos partos normais. Neste caso, o percentual de partos com a presença de acompanhante, considerando apenas os partos normais, foi de 39,9%, percentual ainda muito pequeno face à política de estímulo implementada pela SMS-Rio nos últimos anos.

TABELA 38: PERCENTUAL DE PRESENÇA DE ACOMPANHANTE EM TODOS OS PARTOS E APENAS NOS PARTOS NORMAIS.

Acompanhante no parto	Frequência	Percentual (%)
Total dos partos (n=292)	77	26,3
Total dos partos vaginais (n=199)	77	39,9

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Deitar para parir continua a ser prática rotineira em inúmeras maternidades. As evidências disponíveis duvidam do juízo desta política. A posição supina reduz o retorno sanguíneo cardíaco, o fluxo femoral e pode comprometer o fluxo uterino o que não ocorre no decúbito lateral. Ou seja, a posição supina pode comprometer o fluxo uterino durante o trabalho de parto. A intensidade da contração é reduzida e a frequência aumentada quando a mulher senta ou fica deitada após ter estado de pé. Ao ficar de pé ou deitada de lado ela terá contrações de maior intensidade. A eficiência das contrações (habilidade de acompanhar a dilatação cervical), também aumenta ficando de pé ou deitada na posição lateral.

Estudos controlados mostram que quando a mulher é estimulada a ficar de pé, andar e sentar ereta, o trabalho de parto é encurtado em relação a ficar deitada, é utilizado menos analgesia ou anestesia peridural e conseqüentemente ela recebe menos ocitócicos. Tudo isto sugere que a livre escolha de posição é o mais importante. Salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com a sua preferência, em geral de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições (Enkin, 2000).

Várias são as proposições da literatura sobre a melhor posição materna durante o trabalho de parto e parto. Dependendo da capacidade e da experiência do profissional com determinada

posição, além das informações da própria mulher, os resultados podem ter variações muito grandes. Independentemente das linhas de pensamento relacionadas à prática da assistência ao parto, é consenso geral que a posição horizontal deve ser evitada para prevenir os efeitos da dificuldade de trocas materno-fetais (MS, 2001).

A OMS no seu *Guia Prático de Assistência ao Parto Normal*, recomenda que, tanto no primeiro quanto no segundo período do trabalho de parto, as mulheres devam ser encorajadas a parir na posição que acharem mais confortável e que melhor lhes agrada e, para isso, os profissionais necessitam ser treinados no manejo do parto em outras posições evitando longos períodos em decúbito dorsal (OMS, 1996).

O uso de posição mais verticalizada, ajoelhada, sentada em cadeira especial, ou de quatro para parir são comuns em várias culturas. No entanto, na maioria dos hospitais utiliza-se a posição deitada para parir. Estudos comparando o parto na posição verticalizada com a posição deitada mostram que na posição vertical o segundo estágio do trabalho de parto é mais curto e episódios de dor severa são menos frequentes. Deve haver estímulo a posições não supinas durante o parto e a posição vertical parece favorecer o trabalho de parto (Enkin, 2000).

A satisfação da mulher com o seu parto não está condicionada à ausência de dor. A não utilização da analgesia farmacológica permite à mulher ter mais controle sobre o processo, podendo assim participar mais integralmente da experiência do parto e do nascimento. As mulheres experimentam uma imensa variedade de intensidade da dor e igualmente grande variedade de respostas a ela no trabalho de parto e parto. A reação da mulher à dor é modificada pelo ambiente e pelo suporte que ela recebe dos profissionais e acompanhantes, bem como pelos métodos de alívio da dor que são utilizados (Enkin, 2000).

Para o Ministério da Saúde (2001), preferencialmente durante o pré-natal, a gestante deve ser esclarecida sobre as formas de analgesia disponíveis, suas vantagens, desvantagens e limitações. Deve-se assegurar que existam várias opções para controlar a dor do trabalho de parto, e que todos os esforços compatíveis com a segurança de ambos (mãe e filho), serão despendidos para diminuir seu desconforto e a mulher bem informada sobre os diferentes métodos escolherá o melhor para ela e deverá ser fortalecida na sua escolha.

A analgesia peridural é o método mais efetivo de controle da dor, porém resulta em substancial aumento de partos cirúrgicos. É o método mais utilizado nos serviços privados de saúde, porém não é utilizado rotineiramente nos serviços públicos.

Para a OMS (1996), o método de controle da dor por agentes sistêmicos e o controle da dor por analgesia peridural são consideradas “*práticas que são freqüentemente utilizadas de modo inadequado*” (OMS, 1996).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor com resultados mais favoráveis são aqueles que reduzem o estímulo doloroso, como a posição e as mudanças de posição maternas, e aqueles que ativam os receptores sensoriais periféricos, como as compressas quentes ou frias e imersão em água. Estes métodos podem ajudar a todas as mulheres, particularmente nos primeiros estágios do trabalho de parto. Algumas posições adotadas pelas mulheres durante o trabalho de parto proporcionam menor intensidade ou alívio da dor. Tendo liberdade de movimentação, a mulher irá selecionar as melhores posições, sendo fundamental garantir a liberdade de movimentos.

Os toques e massagens fazem a mulher sentir-se melhor diminuindo a dor e facilitando o relaxamento. Os defensores da água afirmam seus efeitos relaxantes que reduzem a necessidade de métodos farmacológicos para o alívio da dor, aceleram o trabalho de parto, diminuem a pressão arterial, evitam o trauma perineal, reduzem a necessidade de intervenção e aumentam o controle da mulher sobre o parto, ajudando a introduzir o bebê gentilmente no mundo (Enkin, 2000).

Para a OMS os métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto “*são práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas*” (OMS, 1996).

Na Tabela 39, serão apresentados os resultados referentes a algumas condutas citadas acima, quais sejam, estímulo à movimentação, massagens, contato com a água para relaxamento e

realização de parto na posição vertical. Apenas 15% das mulheres relataram terem tido algum estímulo para movimentação, mesmo percentual de gestantes que referiram terem recebido algum tipo de massagem para alívio da dor. O percentual de gestantes que tiveram contato com a água para relaxamento, banhos ou para o parto foi de 23%. Como se pode verificar este é um item ainda muito pouco disponível para as mulheres em nosso meio. Vale salientar que duas maternidades municipais possuem banheiras especificamente para relaxamento no trabalho de parto e para o parto. Encontramos também apenas oito mulheres (2,7%), que realizaram seus partos na posição vertical. A imensa maioria pariu na posição supina, mais tradicional, já considerada pela OMS “*uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada*” (OMS, 1994). Evidenciamos dessa forma um descompasso entre os resultados das evidências científicas, que asseguram os benefícios destas práticas e o desconhecimento ou pouca valorização por parte dos profissionais de saúde dos benefícios, com conseqüente baixa implementação dessas condutas.

TABELA 39: CONDUTAS E PRÁTICAS DE RELAXAMENTO E ALÍVIO DA DOR NAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Práticas de alívio da dor	Frequência	Percentual (%)
Contato com água (n=291)	67	23,0
Estímulo à movimentação (n=292)	43	15,0
Massagens (n=287)	43	15,0
Parto na posição vertical (n=292)	8	2,7

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

Na tabela 40 estaremos apresentando os resultados referentes a diversos procedimentos hospitalares da atenção ao parto. São eles, a tricotomia, enema, oferta de líquidos, amniotomia precoce, episiotomia, cateterização venosa e cesárea.

A tricotomia dos pelos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais para facilitar a realização da episiorrafia e para reduzir a incidência de infecções da episiotomia. Em muitos países esta prática já é apenas de interesse histórico, em outros ela ainda se mantém. Não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização gera desconfortos e riscos para a parturiente. O desconforto no momento de sua execução e quando os pelos

começam a crescer e o risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não descartáveis (Enkin, 2000).

Outra questão envolvida diz respeito à sexualidade. Para Odent (1999), a raspagem dos pelos pubianos faz parte da estratégia de tornar a genitália assexuada, infantil, facilitando a intervenção no períneo da mulher.

Para a OMS a tricotomia é uma “*prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada*” (OMS, 1996).

Dentre as puérperas entrevistadas, 80% realizaram a tricotomia em casa, antes da internação, numa medida possivelmente preventiva, evitando assim constrangimentos e o incômodo de serem “raspadas” no hospital, por desconhecidos e com instrumentos cortantes duvidosos quanto à limpeza.

O suposto benefício do enema é facilitar a descida da cabeça do feto e encurtar o trabalho de parto e reduzir a contaminação no desprendimento, reduzindo o risco de infecção na mãe e no bebê. Esta prática é desconfortável e não sem riscos. Casos de irritação retal, colite, gangrena e choque anafilático já foram relatados. Em vários estudos controlados, a maioria das mulheres que não recebeu o enema sentiu-se feliz ou aliviada (Enkin, 2000).

Para a OMS o enema é considerado uma “*prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada*”.

Encontramos na pesquisa, um percentual de realização do enema muito baixo, menos de 4%, evidenciando ser este provavelmente um procedimento já em desuso nas maternidades pesquisadas.

A prática de restrição de alimentos sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto é largamente utilizada nos hospitais. Em anos mais recentes, esta política de restrições vem sendo liberalizada em muitas unidades sem efeitos prejudiciais para a mãe ou bebê. O jejum forçado por sua vez também diminui a progressão do trabalho de parto, propicia o diagnóstico de distócia

que pode levar a um parto cirúrgico. Nos locais que proíbem a alimentação oral, para evitar desidratação ou cetose, é utilizada solução intravenosa de glicose. A elevação da glicose no sangue da mãe é acompanhada pelo aumento da produção de insulina levando a efeitos indesejáveis no bebê, tais como hipoglicemia. O efeito desta prática deve ser bem pesado contra a alternativa de permitir às mulheres beber ou comer conforme seu desejo (Enkin, 2000).

Estudos demonstram que as mulheres ficam satisfeitas estando no controle de sua alimentação e não foram observados efeitos danosos. O uso de pequenas refeições com uma dieta pobre em gorduras, atraente e palatável em intervalos freqüentes é uma alternativa adequada ao jejum.

Para a OMS, o oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto é uma *“prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada”* (OMS, 1996).

No entanto a prática de restrição de ingestão de líquidos está muito arraigada nas unidades, apenas 10% das parturientes tiveram acesso à ingestão de líquidos, durante o trabalho de parto.

A cateterização venosa também tem como efeito (in)desejável imobilizar a mulher no leito, dessa forma ela fica mais facilmente submetida às rígidas regras hospitalares. Este procedimento geralmente também é realizado para a introdução de ocitócicos, porém esta informação não foi possível colher através das entrevistas com as puérperas.

Segundo a OMS *“o parto não deve ser induzido por conveniência. A indução deve ser reservada para indicações específicas. Não há justificativa para índices de indução de parto acima de 10%”* (OMS, 1996).

Com relação a esta prática, verificamos que 58,1% das mulheres foram submetidas à cateterização venosa.

A realização de amniotomia precoce pode ocasionar o incremento de desacelerações precoces do BCF e alterações plásticas sobre o pólo cefálico. Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com

membranas rotas. Dessa forma, a rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distócias funcionais (MS, 2001).

A realização da amniotomia ocorreu em quase metade das parturientes (47,4%), evidenciando uma prática indiscriminada que pode trazer prejuízos ao bebê e à mãe.

Se durante o parto houver evidências de distúrbio materno ou fetal ou que a progressão do trabalho tenha cessado, pode ser necessário facilitar o parto com a episiotomia ou o fórceps. Embora a episiotomia tenha se tornado um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns no mundo, ela foi introduzida sem forte evidência científica de sua efetividade. Seu uso rotineiro ou liberal é uma questão controversa (Enkin, 2000).

A incidência da episiotomia em primíparas nos Estados Unidos varia de 50 a 90%, o que torna esta técnica o ato cirúrgico mais freqüente naquele país. Outros centros são mais conservadores, como nos Países Baixos, onde as obstetrias realizam a episiotomia em 24,5% das parturientes (MS, 2001).

Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre a prática e os efeitos da episiotomia, comparando o uso rotineiro com o uso restrito, apontou as seguintes conclusões: a prática do uso restrito de episiotomia parece ter benefícios quando comparada à episiotomia de rotina; há menor risco de trauma de períneo posterior e de necessidade de sutura; há menor número de complicações de cicatrização, embora se observe risco aumentado de trauma perineal anterior (Enkin, 2000).

Para a OMS o uso liberal ou rotineiro da episiotomia *“é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada”* (OMS, 1996).

A episiotomia foi realizada em 73,3% das mulheres, o que a torna o segundo ato cirúrgico mais freqüente na cidade (o primeiro é a cesárea). Alguns estudos levantam inclusive a questão de ser um ato cirúrgico realizado sem a devida informação e o consentimento da mulher (Diniz, 2002).

A cesárea é um procedimento cirúrgico que tem enorme potencial de preservar a vida e a saúde, provavelmente mais que qualquer outra cirurgia desse porte. Os danos são mínimos quando se evitam cesáreas desnecessárias. O debate sobre o parto cirúrgico como tecnologia para o nascimento tem sido exaustivo nos meios científicos e na sociedade em geral, com discussão de suas vantagens, desvantagens, indicações, custos e fatores relacionados ao aumento da incidência. Considera-se ideal a taxa de cesárea em torno de 15 a 20%, podendo ser um pouco mais alta em instituições que oferecem assistência de maior complexidade (Enkin, 2000).

Apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico, nas últimas décadas, mesmo nos países onde a mortalidade materna é reduzida, o risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal. Além das causas tradicionais de morte materna em países em desenvolvimento, notadamente a hemorragia e infecção, no caso específico da cesárea, a exemplo do que acontece nos países desenvolvidos, há também a contribuição da embolia pulmonar e dos acidentes anestésicos como causa de óbito materno (MS, 2001).

Algumas indicações da cesárea são inequívocas, como na situação de placenta prévia ou posição transversa. No entanto, a maioria das indicações é ambígua. Diagnóstico de distócia (trabalho de parto prolongado) e sofrimento fetal, duas das indicações mais comuns para a indicação de cesáreas, não são claras. Também a ocorrência de cesárea prévia raramente é uma indicação adequada para se repetir uma cesárea (Enkin, 2000).

Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os obstetras começaram a encontrar cada vez mais razões para justificar sua indicação. No entanto, já existem evidências suficientes que permitem afirmar que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. Neste contexto, é consenso afirmar que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e a criança.

A decisão pela indicação de se realizar uma cesárea deve ser médica, com a participação ativa da mulher. Ela deve saber que existem formas alternativas para controlar a dor possivelmente associada ao trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cirurgia apenas com esta finalidade. Além disso, deve ser informada que o parto vaginal após uma cesárea é não só seguro como desejável, ajudando a evitar os problemas potencialmente decorrentes de cesáreas de repetição.

Na amostra 99 mulheres foram submetidas à cesariana, perfazendo uma taxa de 33,9% dos casos.

TABELA 40: REFERÊNCIA À REALIZAÇÃO DE DIVERSOS PROCEDIMENTOS NAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Procedimentos hospitalares	Frequência	Percentual (%)
Tricotomia realizada pela própria (n=290)	233	80,0
Enema (n=291)	10	3,4
Amniotomia (n=291)	138	47,4
Episiotomia (n=199)	146	73,3
Oferta de líquidos (n=292)	28	10,0
Cesárea (n=292)	99	33,9
Cateterização venosa (n=291)	169	58,1

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê ao nascer e a prática do aleitamento materno ainda na sala de parto são itens reveladores da qualidade da atenção. Cabe à equipe que assiste o parto estimular a colocação do recém-nascido sobre o abdômen materno, num contato pele a pele, estimulando o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho. Estas atividades melhoram a vivência experimentada pelas mulheres que dão à luz e devem ser estimuladas em todas as situações possíveis (MS, 2001).

As normas e rotinas institucionais obstruem a interação social espontânea dos bebês com suas mães. Evidências de conseqüências adversas da separação rotineira de mães dos seus bebês no pós-parto imediato vêm se acumulando nos últimos 30 anos ou mais. Foram realizados vários estudos comparando os efeitos das políticas institucionais de restrição dessa interação com outras que encorajam esta interação. O desenvolvimento do apego foi significativamente menor entre as mães que tiveram contatos mais restritos do que aquelas que tiveram contatos mais liberais ou encorajados. As orientações restritivas também estiveram associadas com sentimentos de incompetência ou perda de autoconfiança das mães.

Estudo bem conduzido comparando as rotinas institucionais que separam os bebês de suas mães levou a um incremento de maior risco de negligência e abuso contra os bebês entre mulheres primíparas em condições sócio-econômicas desfavoráveis.

A única justificativa para práticas que restrinjam a autonomia da mulher, sua liberdade de escolha e o acesso a seu bebê, deve ser a clara evidência de situações em que essas práticas restritivas farão mais bem do que dano (Enkin, 2000).

Com relação ao contato precoce mãe-bebê ainda na sala de parto, elaboramos perguntas que pudessem revelar se esta prática foi estimulada ou facilitada pelos profissionais de saúde (Tabela 43). Era perguntado se o bebê havia ido ao colo da mãe ao nascer. Mais da metade das mulheres (56,2%) não puderam desfrutar desta relação inicial com seus bebês. As mulheres que relataram contato com seus bebês, em muitos casos referiram contatos rápidos ou apenas haver visto o bebê, em outros o contato era precedido e intermediado por procedimentos de “limpeza do bebê”.

A amamentação é importante para a mãe e para o bebê. Fornecer às mulheres informações sobre aleitamento materno e envolver familiares em programas de educação para a saúde pode contribuir para aumentar o número de mulheres que amamentam bem como para aumentar a duração do período da amamentação. A valorização desta prática deve ser iniciada na infância e o apoio e preparação da mulher para ela deve ser iniciada no acompanhamento pré-natal.

O contato precoce entre mãe e bebê também tem efeitos benéficos sobre a amamentação. A interação com o bebê inclui olhar olho no olho, tocar, permanecer em contato pele a pele e encorajar para que a mãe leve seu bebê ao seio. Esta primeira amamentação deve ser realizada com privacidade, quando o bebê estiver receptivo e ambos confortáveis. O profissional instrumentalizado deve ajudar, deve-se aproveitar também a presença do pai ou outro acompanhante que ela escolheu para esta ajuda (Enkin, 2000).

Sabemos da própria prática dos serviços que o aleitamento materno na sala de parto é uma das práticas mais difíceis de serem implementadas, sendo por isso mesmo muito enfatizada nos treinamentos promovidos na “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*” (UNICEF). Ressaltamos que cinco das maternidades pesquisadas são “*Hospitais Amigo da Criança*”.

Em nosso estudo, a prática do aleitamento materno na sala de parto foi ainda menor que o contato precoce mãe-bebê. Apenas 37% referiram terem sido estimuladas e orientadas a colocar o bebê no peito para amamentar ainda na sala do parto (Tabela 41). Percebemos que em muitas ocasiões quando perguntávamos sobre o estímulo ao aleitamento na sala de parto, este era identificado como aquele realizado no alojamento conjunto, prática mais usual dos serviços. Possivelmente a interação mãe-bebê ainda na sala de parto com estímulo à amamentação tenha

sido uma prática menos freqüente ainda que a relatada. Gomes (1995), em estudo realizado em duas maternidades públicas da Cidade do Rio de Janeiro, com 110 mulheres entrevistadas, identificou apenas uma puérpera que relatou ter amamentado seu bebê na sala de parto.

TABELA 41: OCORRÊNCIA DE CONTATO PRECOCE MÃE-BEBÊ E AMAMENTAÇÃO NA SALA DE PARTO.(N=292)

Atividades	Freqüência	Percentual (%)
Contato precoce mãe-bebê	128	43,8
Amamentação na sala de parto	109	37,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro"

A pesquisa de satisfação de usuários quando realizada no próprio estabelecimento onde ocorre a assistência deve ser considerada com as devidas reservas quanto ao viés que pode ser conferido por fatores como apreensão frente a mudanças de conduta das equipes, a possível superestimação dos resultados pelo desenlace feliz do evento avaliado ou por baixas expectativas quanto aos serviços demandados. Por outro lado, a proximidade com o momento da assistência oferecida, favorece a memória para detalhes. O caráter subjetivo das avaliações, seja por parte de usuários, seja pelos mecanismos mais comuns de estabelecimento de parâmetros, normas e juízos por parte de equipes técnicas, devem ser sempre ressaltados na pesquisa avaliativa.

Considerados estes aspectos, as entrevistadas atribuíram notas de zero a dez a diversos aspectos da assistência hospitalar e estas foram reclassificadas em dois grupos. Um deles, o de avaliação favorável foi composto pelas notas oito ou mais. O grupo de avaliação desfavorável incluiu todas as demais pontuações inferiores. Os demais pontos de corte experimentados não produziram resultados substancialmente diferentes.

A avaliação, considerada para o conjunto dos estabelecimentos é apresentada na Tabela 42. Com relação à qualidade dos médicos das maternidades do SUS, uma grande maioria das entrevistadas (84,9%) atribuiu pontuações favoráveis. A satisfação com o trabalho dos enfermeiros também se mostrou elevada (83,2%). Os itens de limpeza, roupa e alimentação receberam conceitos favoráveis em torno de 70% dos casos. Quanto à qualidade dos serviços gerais prestados na maternidade na qual foi realizado o parto, a maioria apresentou um juízo

favorável (77,4%). Finalmente a avaliação das puérperas sobre o conjunto do atendimento resultou numa pontuação favorável em 83,9% dos casos. Estes resultados mostram a aprovação geral dos serviços, ressalvadas as considerações sobre viés decorrente da satisfação imediata ou vínculos efêmeros decorrentes da permanência na maternidade avaliada. Estes resultados também favorecem as considerações acerca de certo grau de homogeneização na qualidade dos serviços do SUS ao olhar das usuárias.

TABELA 42: AVALIAÇÃO GERAL DA QUALIDADE SEGUNDO NOTAS DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS. (N=292)

Itens de avaliação	Favorável (%)	Desfavorável(%)
Médico	84,9	15,0
Énfermeiro	83,2	16,7
Limpeza	72,0	28,0
Roupa fornecida	69,0	31,0
Alimentação	75,0	24,0
Serviços em geral	77,4	23,5
Conjunto do atendimento	83,9	16,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

Indagamos também aquelas que tiveram acompanhante no trabalho de parto e parto, sobre a satisfação com esta prática. Das 77 puérperas que tiveram acompanhante, 97,5% consideraram bom ter a presença de alguém de sua escolha no momento do parto.

Confirmando essa avaliação mais geral favorável, verificamos que 84,2% das mulheres recomendariam a maternidade de atendimento para outras pessoas.

Finalmente buscamos apreender sensações e percepções mais subjetivas das puérperas relativas as suas experiências pessoais com o parto e o nascimento do bebê. Sabíamos das dificuldades desse tipo de abordagem em pesquisas com questionários fechados. No entanto, procedemos uma aproximação na investigação desses aspectos. Os itens perguntados se referiam à avaliação da vivência e experiência de seu parto e à percepção sobre sua própria participação e envolvimento no mesmo (Tabela 43).

Sobre a percepção de qualidade de seu parto, apenas 16,6% das puérperas consideraram o parto “muito bom”, uma grande parte, 47,4%, considerou o parto “bom”. Agrupando-se os

resultados “regular”, “ruim” e “muito ruim”, temos que 36% das entrevistadas com opiniões desfavoráveis.

Quando perguntadas sobre o que acharam da experiência do parto, 42,1% das mulheres relataram terem vivido uma experiência enriquecedora e boa. No entanto, para 8,4% a experiência “não foi boa nem ruim” e para 57,9% delas o parto foi vivido como um momento de medo, ansiedade e dor.

Sobre a própria participação no parto, 42,8% das mulheres relataram ter contado com a própria força e coragem naquela situação. Também se evidencia a dependência na equipe médica, quando para 17,3% delas, “o médico ajudou muito”, e 12,7% consideraram que “sem ajuda médica não conseguiriam parir”, ou seja, manifestaram elevada crença no modelo médico e baixa confiança na sua capacidade de parir sozinha.

Estudo de Domingues (2002), realizado na maternidade Leila Diniz, evidenciou que a percepção negativa dos profissionais por parte das puérperas esteve associada a um menor nível de satisfação com o próprio parto e que a presença do acompanhante dando suporte físico e emocional contribuiu para reduzir o medo e a ansiedade e aumentar a satisfação com o parto.

O grau de informação das mulheres quer no pré-natal, quer na maternidade é um fator de grande importância para as mulheres, pois possibilita maior participação nos processos decisórios e aumenta a sua percepção de estar no controle da situação, exercendo assim influência positiva na satisfação com o parto.

Como vimos anteriormente, na Tabela 36, o nível de comunicação e informação, entre as equipes de saúde e a clientela é extremamente baixo e esta postura profissional influencia diretamente na baixa satisfação com o parto. As avaliações expressadas sobre os profissionais e sobre o atendimento são mais favoráveis que aquelas relacionadas às vivências do parto e ao protagonismo nesse processo. A interação que se estabelece na relação com os profissionais tem grande influência na satisfação com o parto. A equipe tem papel importante ajudando a reduzir o medo e a ansiedade e promovendo a tranquilidade necessária de modo a permitir a emoção do nascimento. Poderíamos considerar paradoxal, uma avaliação pouco positiva e até mesmo negativa das experiências de parir ou de avaliar o próprio parto, com os julgamentos generosos com os serviços e com as equipes.

**TABELA 43: ASPECTOS SUBJETIVOS DO PARTO
SEGUNDO AS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS**

Aspectos subjetivos de avaliação	Frequência	Percentual (%)
1) Avaliação da experiência (n=285)		
Boa e enriquecedora	120	42,1
Nem boa nem ruim	24	8,4
Vivida com ansiedade e medo	88	30,9
Ruim e dolorosa	53	18,6
2) Avaliação do parto (n=289)		
Muito bom	48	16,6
Bom	137	47,4
Regular	50	17,3
Ruim	32	11,1
Muito ruim	22	7,6
3) Avaliação de sua participação no parto (n=283)		
Força e coragem para realizá-lo	121	42,8
Teve medo, mas consegui	77	27,2
O médico ajudou muito	49	17,3
Sem ajuda não conseguiria	36	12,7

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

Um aspecto importante da humanização é o acesso tranquilo da gestante à maternidade no momento do trabalho de parto e a garantia de sua internação. Uma internação tardia, muitas vezes no período expulsivo, pode prejudicar ou até mesmo inviabilizar um acompanhamento adequado do trabalho de parto e parto, bem como o fornecimento de informações pela equipe de saúde.

A interação do profissional com a parturiente é um instrumento terapêutico valioso para uma boa evolução do trabalho de parto e parto. A participação e o apoio dos familiares e *doulas*, com presença contínua, toque, elogios e encorajamento, contribui para diminuir o isolamento e desamparo das mulheres. Deve-se propiciar que a equipe dedique mais tempo provendo suporte para as parturientes. Profissionais e clientela só terão a ganhar com esta maior interação.

Na Tabela 44 são apresentados os diversos períodos despendidos pelas parturientes entre a internação e o nascimento do bebê. Foram excluídas trinta e seis puérperas cujos períodos entre a internação e o parto ultrapassou 28 horas, numa indicação de algum tipo de anormalidade na evolução do trabalho de parto.

A duração média entre a internação e o nascimento do bebê foi de 6,4 horas e a mediana foi de 5 horas. Como ressaltado anteriormente, 26,3% das parturientes não conseguiram ser

internadas na primeira tentativa, resultando em um menor tempo para esse acompanhamento (Tabela35). A duração média entre a internação da parturiente e o nascimento do bebê foi de 6,4 horas e a mediana foi de 5 horas.

Excetuando-se quarenta e nove parturientes, que não chegaram a ter pelo menos o período de uma hora entre a internação e o nascimento do bebê (18,1%), as restantes, embora muitas com períodos ainda bem curtos, tiveram tempo disponível, já na instituição, que possibilitasse uma atuação efetiva da equipe de saúde no suporte emocional, dando informações sobre o trabalho de parto e parto e sobre a possibilidade da presença de um acompanhante de sua escolha, fornecendo conforto físico, com orientações de posições e de métodos não farmacológicos de controle da dor e oferecendo apoio emocional e encorajamento visando diminuir o medo e a ansiedade das parturientes.

Vale destacar que mais de 90% das parturientes chegaram às maternidades acompanhadas, o que demonstra a possibilidade concreta de poder contar com alguém ao seu lado, o que confirma que a estratégia da presença do acompanhante no parto seja factível de ser implementada na prática dos serviços públicos, com baixíssimo custo e benefícios incontestáveis.

TABELA 44: PERÍODO, EM HORAS, ENTRE A INTERNAÇÃO E O NASCIMENTO DAS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS.

Tempo entre a internação e o nascimento do bebê	Frequência	Percentual (%)
Até 1 hora	49	18,1
> 1 até 2 horas	37	13,7
> 2 até 4 horas	44	16,2
>4 até 6 horas	40	14,7
> 6 até 10 horas	38	14,0
> 10 até 15 horas	28	10,3
> 15 até 28 horas	20	7,3
Total	256	100,0

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. “Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro”.

ii) Comparações entre estabelecimentos municipais e os outros estabelecimentos SUS

A comparação entre grupos foi considerada para colocar em evidência os estabelecimentos do governo municipal, buscando-se identificar possíveis diferenças significativas, segundo o ponto de vista das entrevistadas, entre este grupo e os outros estabelecimentos do SUS. O destaque ao gestor municipal, como visto anteriormente, decorre da maior ênfase atribuída à difusão das normas e práticas do PHPN.

Alguns itens evidenciam vantagens na implementação pelas unidades municipais (Tabela 45). Com relação às características de acesso às maternidades, por tipo de gestor, segundo as entrevistadas, verificamos que para 83,7% das puérperas internadas nos estabelecimentos municipais, aquela maternidade havia sido sua primeira escolha. Nos outros estabelecimentos a frequência da internação na primeira escolha foi mais baixa (65%), sendo estatisticamente significativa, evidenciando a maior capacidade de atendimento da clientela nas unidades municipais.

A informação sobre a possibilidade de presença de um acompanhante de escolha da mulher, bem como, a ocorrência do parto com a presença do mesmo, foram condutas mais implementadas nas unidades municipais. A informação sobre o acompanhante ocorreu em 40,7% das maternidades municipais, e em 30,1% nos outros estabelecimentos. Também a efetiva participação do acompanhante no trabalho de parto e parto ocorreu mais nas maternidades municipais (37%) e menos nas outras unidades (17,2%) e esta diferença foi estatisticamente significativa.

TABELA 45: CARACTERÍSTICAS DE ACESSO ÀS MATERNIDADES, POR TIPO DE GESTOR, SEGUNDO GESTANTES ENTREVISTADAS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003, QUI-QUADRADO DE PEARSON, FREQUÊNCIAS SIMPLES E RELATIVAS DE RESPOSTAS POSITIVAS, TOTAIS E POR TIPO DE GESTOR.

Item	Estabelecimentos	Outros	Total
	municipais	Estabelecimentos*	
Maternidade foi a primeira escolha (N= 292; p=0,000)	113 (83,7%)	102 (65,0%)	215 (73,6%)
Informada sobre Permissão a acompanhante (N=291; p=0,058)	55 (40,7%)	47 (30,1%)	102 (35,1%)
Teve Acompanhante (N=292; p=0,000)	50 (37,0%)	27 (17,2%)	77 (26,4%)

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

* inclui estabelecimentos estaduais, federais, universitários e privados.

Alguns procedimentos de atenção ao parto incluídos na agenda de humanização também foram avaliados por tipo de gestor, segundo informações das puérperas (Tabela 46), e se mostraram mais implantados nos estabelecimentos municipais. Para algumas práticas estas diferenças tiveram significância estatística: parto na posição vertical e estímulo à amamentação ainda na sala de parto. A realização do parto na posição vertical, embora em um número muito pequeno de casos (8 casos), só ocorreu nos estabelecimentos municipais. A maior orientação sobre a prática da amamentação provavelmente é um reflexo das políticas de estímulo à amamentação da SMS-RIO e do maior número de maternidades já credenciadas como *Hospital Amigo da Criança*.

A ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, embora ainda oferecida a um percentual pequeno de mulheres, foi mais freqüente nos estabelecimentos não municipais e talvez reflita o desempenho da Maternidade Promatre, unidade que apresenta um número elevado de nascimentos e que já incorporou esta prática na sua rotina de assistência.

Em relação às demais práticas, observamos convergência entre os dois grupos comparados, o que denota uniformidade na política com difusão e implementação de práticas de modo semelhantes no âmbito do SUS. A baixa implantação de vários itens revela que os obstáculos à política (concentrados nas decisões médicas e na organização dos serviços) são também similares.

A agenda do PHPN é mais difundida entre os estabelecimentos municipais o que pode explicar o fato de na maioria das condições, onde as diferenças entre os grupos foi significativa estatisticamente ($p < 0,05$) ou marginalmente significativa ($0,05 < p < 0,10$), houve maior adesão do grupo municipal às práticas preconizadas pelo PHPN. Quando avaliamos o conjunto dos procedimentos, verificamos uma tendência a maior implementação das práticas da política de humanização nas unidades municipais.

TABELA 46: CARACTERÍSTICAS DOS TIPOS DE PROCEDIMENTOS ADOTADOS NAS MATERNIDADES COM RELAÇÃO ÀS ROTINAS DE ATENÇÃO AO PARTO, POR TIPO DE GESTOR, SEGUNDO GESTANTES ENTREVISTADAS, RIO DE JANEIRO (RJ), 2003.

Item	Estabelecimentos municipais	Outros Estabelecimentos*	Total
Lavagem Intestinal (N=291; p=0,374)	6 (4,4%)	4 (2,5%)	10 (3,4%)
Caminhar em trabalho de parto (N=292; p=0,090)	25 (18,5%)	18 (11,5%)	77 (14,7%)
Banho em trabalho de parto (N=291; p=0,548)	33 (24,6%)	34 (21,7%)	67 (23,0%)
Massagem para dor (N=292; p=0,771)	19 (14,1%)	24 (15,3%)	43 (14,7%)
Líquidos em trabalho de parto (N=292; p=0,049)	8 (5,9%)	20 (12,7%)	28 (9,6%)
Punção venosa ao internar (N=291; p=0,182)	84 (62,2%)	85 (54,5%)	169 (58,1%)
Ruptura cirúrgica da bolsa ao internar (N=291; p=0,477)	61 (45,2%)	77 (49,4%)	138 (47,4%)
Parto na posição vertical (N=292; p=0,002)	8 (5,9%)	0 (0,0%)	8 (2,7%)
Fez episiotomia (N=292; p=0,207)	87 (64,4%)	112 (71,3%)	199 (68,2%)
Informações sobre motivo de cesariana (N=99; 0,914)	41 (80,4%)	39 (81,3%)	80 (80,0%)
Estímulo à amamentação (N=292; p=0,027)	59 (43,7%)	49 (31,2%)	108 (37,0%)

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

* inclui estabelecimentos estaduais, federais, universitários e privados.

Realizamos também uma comparação entre o grau de satisfação com os serviços recebidos nas unidades municipais e nos demais estabelecimentos do SUS. Utilizamos a mesma metodologia descrita anteriormente, em que as entrevistadas atribuíram notas de zero a dez a diversos aspectos da assistência recebida e estas foram reclassificadas em dois grupos. Um deles, o de avaliação favorável foi composto pelas notas oito ou mais. O grupo de avaliação desfavorável incluiu todas as demais pontuações inferiores.

Na Tabela 47 são mostrados os resultados da avaliação feita pelas entrevistadas quanto à qualidade do conjunto dos serviços prestados na maternidade na qual foi realizado o parto. A maioria apresentou um juízo favorável (76,7%) e as vantagens observadas nos estabelecimentos municipais (79,3% contra 74,5%) não são estatisticamente relevantes.

Com relação à qualidade dos médicos das maternidades do SUS, uma grande maioria das entrevistadas (84,9%) atribuiu pontuações favoráveis. O índice de satisfação entre os estabelecimentos municipais foi menor (83,7%) que os apontados para os demais estabelecimentos (84,9%), mas não há significância estatística para esta diferença.

A satisfação com o trabalho dos enfermeiros das maternidades do SUS também se mostrou elevada. Um total de 83,2% das entrevistadas mostram avaliação positiva e as diferenças em favor do grupo de outros estabelecimentos, fora os municipais, se mostrou não significativa (84,1% contra 82,2%). Ressaltamos que a forma carinhosa com que foram tratadas pela equipe, segundo o relato das mulheres, não apresentou diferenças entre as unidades municipais e não municipais (80% contra 80,8%). Da mesma forma, a recomendação da maternidade onde foram atendidas para outras mulheres, também não apresentou diferenças entre os dois tipos de estabelecimento (88,1% contra 81,5%).

Estes resultados mostram uma aprovação geral, ressalvadas as considerações sobre vieses, e favorecem as considerações acerca de certo grau de homogeneização na qualidade dos serviços do SUS ao olhar das usuárias. Como visto anteriormente, estas diferenças foram percebidas, mesmo que discretamente, com relação à difusão de normas e práticas preconizadas pelo PHPN.

TABELA 47: AVALIAÇÃO FAVORÁVEL DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS MATERNIDADES NO SUS, POR TIPO DE GESTOR, SEGUNDO GESTANTES ENTREVISTADAS (N=292), RIO DE JANEIRO (RJ), 2003.

Avaliação favorável da qualidade do atendimento	Estabelecimentos municipais	Outros Estabelecimentos *	Total
Serviços Pearson Chi-Square= 0,912; sig.=0,340.	107 (79,3%)	117 (74,5%)	224 (76,7%)
Médicos Pearson Chi-Square= 0,296; sig.=0,587.	113 (83,7%)	135 (86,0%)	248 (84,9%)
Enfermeiros Pearson Chi-Square= 0,179; sig.=0,672.	111 (82,2%)	132 (84,1%)	243 (83,2%)

Fonte: Trabalho de campo de Boaretto, M.C., 2003. "Avaliação da Política de Humanização do Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro".

* inclui estabelecimentos estaduais, federais, universitários e privados.

CONCLUSÕES

“Desde que os rituais de empoderamento estejam associados ao nascimento, morte e reprodução em todas as sociedades, qualquer esforço para alterar a maneira de dar à luz representa uma profunda ameaça à ordem estabelecida”.
Marsden Wagner

O presente estudo teve como objetivos verificar os resultados da política de humanização da assistência ao parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro, traduzida na implementação de algumas práticas, particularmente aquelas mais diretamente relacionadas ao tema humanização, na sua inserção na assistência ao parto, na rede de serviços do SUS.

Através dos dados encontrados, avaliamos a percepção dos diversos dirigentes locais, sobre a implementação dos processos institucionais e das práticas assistenciais propostas pela política de humanização ao parto.

O estudo buscou também verificar junto à clientela o seu real acesso a essas práticas e o grau de satisfação com a assistência recebida.

Verificamos qual o grau de penetração da política de humanização em todas as maternidades SUS, visto estarem submetidas a múltiplas orientações normativas, e realizamos estudo comparado com os grupos de diferentes naturezas jurídicas na sua relação com a SMS- Rio, já que esta promoveu uma difusão mais sistemática e intensa da política de humanização entre as suas unidades prestadoras de serviço.

O estudo foi de caráter transversal, composto pela totalidade dos dirigentes dos estabelecimentos de atenção ao parto do SUS, e por uma amostra representativa da clientela atendida. As entrevistas com os dirigentes, em número de vinte, foram realizadas nos próprios estabelecimentos e as entrevistas com as mulheres, totalizando 292 puérperas, foram realizadas durante a internação, no pós-parto imediato.

Foram avaliados os itens relativos aos protocolos do pré-natal, aos aspectos relativos à agenda de humanização através da percepção dos dirigentes locais, a implementação de procedimentos clínicos e organizacionais na maternidade e os itens relativos a aspectos de avaliação dos serviços e do parto através do relato da clientela.

O Programa de Humanização está difundido, porém a implementação da agenda foi parcial, sendo que alguns procedimentos estão mais penetrados que outros. Pelas informações

prestadas pelos diretores acerca das rotinas praticadas nos serviços, podemos observar que a adoção dos procedimentos preconizados pelo PHPN ocorre seletivamente, sendo mais disseminada nos itens onde o consenso técnico entre os profissionais médicos é mais consolidado e menos intensa nos aspectos relacionados à redução de assimetrias na relação com a clientela, à redução de intervenções médicas, ao acolhimento e ao suporte emocional.

Os melhores resultados, segundo os diretores entrevistados, foram relacionados às práticas de aleitamento materno no alojamento conjunto e à realização de partograma (100%), supressão de lactação em mães HIV+, ações de estímulo ao contato precoce da mãe-bebê e a existência de rotinas escritas (95%), a discussão de casos clínicos (90%), rotinas de avaliação dos serviços (85%) e amamentação na sala de parto (80%), e refletem o consenso técnico sobre essas medidas.

Por outro lado, muitos itens foram parcialmente implantados: o estímulo a posições não supinas (75%), a realização de anestesia peridural em partos normais (75%), o controle de intervenção obstétrica (70%) e avaliação da satisfação das usuárias (55%). O trabalho do profissional de enfermagem na assistência ao parto foi relatado por apenas 25% dos dirigentes. Também o acesso de acompanhantes é restrito, salvo para gestantes adolescentes, e a própria visitação, salvo quando feita pelo pai, sofre restrições importantes em diversos estabelecimentos.

Vale destacar a baixa frequência na implantação de comissões obrigatórias ao bom funcionamento de qualquer unidade hospitalar, comissões de ética (55%), comissões de óbitos (40%), comissões de prontuários (35%) e comissões de infecção hospitalar (25%).

Ainda persistem, em maior ou menor intensidade nos serviços, segundo os relatos dos diretores, práticas não recomendadas pelas evidências de qualidade arroladas no PHPN, como a aspiração rotineira de recém-nascidos (70%), o clampeamento precoce do cordão umbilical (55%), a episiotomia (40%), e a cateterização venosa de rotina (30%).

A baixa frequência de algumas práticas não recomendadas ou proscritas, como a aplicação de ocitócicos de rotina (20%), a realização de amniotomia precoce e enema (10%) podem representar o progressivo abandono das mesmas em serviços públicos de saúde, o que é bastante vantajoso.

Estes dados obtidos junto aos diretores entrevistados sugerem dois tipos de condutas. Uma delas, mais favorável, seria imaginar que a maioria dos dirigentes conhece a política, concordam com seus aspectos mais importantes, e encontram dificuldades na implementação destas rotinas, o que pode ser atribuído também ao pouco tempo que possuem no exercício destas funções. Outra possibilidade seria que o conhecimento e a adesão de muitos destes dirigentes ocorra no plano

discursivo e dúvidas quanto a prioridades comprometam o seu empenho em implementar estas inovações. Ou seja, verificamos que os diretores assinalam um amplo conhecimento da política, porém não internalizaram os valores o suficiente para sua implementação. Consideramos tratar-se de um processo em curso, que ainda necessita de convencimento, visto não contar com a concordância da maioria dos médicos.

Não houve grande diferença na implementação da política entre instituições municipais e de outras naturezas jurídicas, evidenciando uma política mais ou menos homogênea, sem variações importantes no desempenho, excetuando-se alguns itens que estão mais penetrados na Secretaria Municipal de Saúde, como a presença de acompanhante, estímulo ao parto natural, políticas de controle de intervenção obstétrica, parto vertical, parto assistido por enfermeiro e adesão à *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*.

No entanto, comparando os dados acima com aqueles observados nas frequências simples, se observa uma tendência a maior penetração da agenda de humanização entre as maternidades municipais, o que sugere efeitos indutivos da Secretaria Municipal de Saúde, fortemente aderida e estes pressupostos.

Os protocolos e rotinas avaliadas junto às puérperas evidenciou os seguintes aspectos relativos ao Programa de Humanização. Os melhores resultados foram o atendimento pré-natal, realizado por 93,5% das mulheres, o cartão da gestante implantado em 92,6% dos casos, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal em 75,3% das gestantes, os protocolos de exames implantados em 80-90% dos casos.

Com relação aos aspectos relacionados com a internação e atendimento nas maternidades, verificamos que a internação foi possível na primeira tentativa em 73,6% dos casos, evidenciando a necessidade de melhor regulação do sistema de saúde, evitando a busca informal das gestantes por assistência durante o trabalho de parto.

Quando nos referimos a itens que envolvem atividades de suporte social e emocional, os resultados são desfavoráveis. No geral, as mulheres receberam poucas informações e orientações em todo o processo de gestação e parto por parte dos serviços de saúde. A participação em grupos educativos no pré-natal foi baixa (24,3), a orientação da maternidade a partir dos serviços de pré-natal também foi pequena (43,5%), as informações e explicações sobre o parto, exames, medicamentos e procedimentos na maternidade, bem como o suporte emocional no parto, foram aquém do recomendado.

O direito ao acompanhamento da parturiente por pessoa de sua escolha, garantido usualmente nos serviços privados de saúde, não é realizado de forma regular nos serviços públicos. Apenas 26% das parturientes tiveram acesso a esta prática.

Os procedimentos de estímulo a um parto mais ativo, visando maior autonomia da mulher, apresentaram uma frequência muito baixa, sendo o uso da água para relaxamento o mais utilizado (23%), seguido do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e da deambulação/estímulo à alternância de posições (15%), oferta de líquidos (10%), e realização de parto na posição vertical com apenas 2,7%.

Por outro lado, as práticas e procedimentos mais invasivos e de não respeito à fisiologia do parto foram muito frequentes, como a cateterização venosa (58,1%), a amniotomia (47,4%), a episiotomia (73,3) e a cesárea (33,9%).

Da mesma forma, as atividades de estímulo e apoio à interação das mães com seus bebês, como a relação inicial na sala de parto, com estímulo ao contato físico ocorreu em apenas 43,8% dos casos e a amamentação na sala de parto foi referida por apenas 37% das puérperas.

Ou seja, os dados, tornados mais consistentes a partir das rotinas avaliadas junto às puérperas, evidenciam uma baixa implantação das atividades e sugerem uma dissociação entre conhecimento, adesão e implementação da agenda de humanização.

A falta de estudos similares, especialmente com relação aos serviços avaliados nesta pesquisa, não permite observar estas transformações em uma linha do tempo. Podemos estar diante de uma mudança incremental, por partes, direcionada à plena implementação destas políticas, cujo dado mais significativo seria a percepção de adesão dos dirigentes, ou podemos ter atingido ao máximo de mudanças possíveis e aceitáveis dadas as condições atuais dos serviços.

Os resultados também demonstram que a maioria das mulheres atendidas aprovou o atendimento recebido. Ressalte-se que as entrevistas foram realizadas ainda durante a internação, num período de tempo muito próximo do parto. Alguns trabalhos discutem a satisfação dos usuários com a assistência recebida e apontam dificuldades para esse tipo de avaliação. Os clientes têm dificuldades de criticar o serviço de saúde, principalmente na situação de estarem ainda hospitalizados e pela baixa expectativa que depositavam no atendimento a ser recebido. No caso específico da assistência ao parto, agrega-se o fato das mulheres se sentirem aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável.

Em relação à satisfação das mulheres com a assistência ao parto, considerados os limites do estudo por não ter sido desenhado para este fim, ressalta-se a discordância entre os dois tipos de avaliação realizados pelas mulheres: alta satisfação com o atendimento e baixa ou média satisfação com o próprio parto. De um modo geral, as puérperas separaram a avaliação dos cuidados recebidos daquela sobre a percepção ou elaboração da experiência do parto. A avaliação dos cuidados recebidos foi muito mais positiva, e aparentemente a satisfação com o parto não foi determinada apenas pelo cuidado recebido. Possivelmente, a aprovação da assistência recebida, numa condição de baixa satisfação com o parto, esteja associada às baixas expectativas com o mesmo. Ou seja, num contexto social adverso, conseguir uma internação, ser atendida, não ter complicações já gera alta satisfação.

Quando analisamos os aspectos relativos à relação da equipe de saúde com as mulheres, verificamos pouca interação, baixo repasse de informações, e uma atitude em 15% dos casos pautada numa relação de indiferença e pouca atenção e em quase 5% de agressividade e estupidez. Provavelmente esse tipo de relação contribuiu para que ela se sentisse pouco envolvida no processo decisório do seu parto, ficando na posição de objeto das decisões e intervenções, com menor satisfação com a experiência vivida.

Alguns estudos demonstram que a participação no processo decisório é um importante componente da satisfação das mulheres com a assistência ao parto. Nesse estudo, não verificamos essa questão. Porém, na questão que avaliava a satisfação com o parto, verificamos que para a maioria das mulheres o parto foi vivido como uma experiência que gerou medo, ansiedade e dor. É necessário que os profissionais de saúde respeitem as aspirações e valores das gestantes e parturientes, estabelecendo relações menos assimétricas que possibilitem compartilhar informação e estabelecer uma nova relação com a clientela visando maior satisfação com todo o processo.

Consideramos que a política de humanização encontrou para sua implementação um conjunto de desafios institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de recursos humanos e de cultura sexual e reprodutiva. Devemos reconhecer que alguns avanços importantes foram alcançados.

A assistência pré-natal apresentou elevada cobertura, com número também elevado de consultas e adesão dos profissionais aos protocolos de assistência (uso do cartão, exames e procedimentos de rotina). Embora esses dados ainda não se traduzam nos indicadores de saúde, já que ainda encontramos resultados desfavoráveis como taxas elevadas de sífilis congênita e de mortalidade

materna por causas evitáveis, representam as condições mínimas para que se possa promover a qualificação da assistência.

Na assistência hospitalar, alguns resultados também são muito favoráveis, como o elevado número de mulheres que receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno na internação, dado muito positivo considerando-se o uso maciço de leite artificial observado em nosso meio nas últimas décadas. A baixa utilização de algumas práticas sabidamente prejudiciais, como a realização de enema, de amniotomia precoce e de uso rotineiro de ocitócicos, também deve ser considerado um importante avanço na qualificação da assistência.

Acreditamos que a diferença observada entre as maternidades municipais e as demais maternidades do SUS em relação a duas práticas específicas – presença de acompanhante no parto e assistência ao parto por enfermeiras obstétricas – refletem a política mais intensiva a que estas maternidades foram submetidas nos últimos dez anos. Ambas são medidas que geram muita resistência entre os profissionais de saúde e devem ser considerados avanços importantes na humanização da assistência, pois representam a possibilidade de hierarquização da assistência ao parto, com enfermeiros prestando assistência aos partos de baixo risco, e o resgate da participação de familiares no momento do parto, valorizando este evento como um momento social, cultural e afetivo.

Entendemos que a implementação desta política tem um caráter incremental, exigindo um elevado nível de consenso entre 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 reação e pouca concordância às inovações, o que acarreta baixa implementação das ações. Devemos ressaltar também que, sendo o parto um evento cultural, as próprias mulheres internalizam o modelo médico, e muitas demandam o uso de intervenções, compreendido como a garantia de um parto seguro e sem dor.

Todos esses fatores contribuem para que este seja um processo lento, exigindo uma série de estratégias concomitantes. Acreditamos que algumas medidas são fundamentais, como a publicação de portarias e resoluções, que dão o suporte legal para que algumas práticas se concretizem. Este é o caso da resolução municipal que regulamentou a presença do acompanhante nas maternidades municipais e também das portarias ministeriais que normatizaram a assistência por enfermeiras, os centros de parto normal, e estabeleceram limites ao parto cesariano. Outros aspectos importantes são os investimentos nas maternidades, tornando esses ambientes mais acolhedores e propícios a uma assistência humanizada. A difusão dos novos protocolos a todos os profissionais

através de treinamentos de sensibilização e capacitação, manuais e rotinas escritas, é fundamental para o estabelecimento de uma nova cultura institucional, com ênfase à prestação de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Igualmente, a difusão das informações relacionadas à gestação, parto e nascimento é imprescindível para que as mulheres tenham maior conhecimento sobre o tema, maiores possibilidades de escolha, e maior autonomia e participação nas decisões relacionadas à sua própria gravidez e parto.

Finalmente, entendemos que este estudo permite sugerir algumas questões sobre as políticas públicas voltadas à assistência ao parto:

- O nascimento e o parto envolvem direitos humanos fundamentais e direitos civis que são invioláveis. As mulheres têm sido encorajadas pelos movimentos sociais a rejeitar o papel tradicional de submissão e dependência e a ter uma postura mais ativa no seu parto;
- A maternidade pode representar um tema para fortalecer teorias e práticas de promoção de saúde. A centralidade do parto e nascimento significa que as estratégias que a afetam podem alterar as crenças e comportamentos de todos os aspectos da saúde na direção da promoção da saúde. Ou seja, resgatar o parto enquanto uma experiência afirmativa pode tornar a mulher mais confiante e empoderada para outras questões de sua vida;
- A reforma do sistema de saúde está na agenda política e necessita envolver uma abordagem de saúde pública baseada na combinação de um modelo médico e social, considerando o parto e o nascimento como atos de promoção de saúde;
- Os serviços de saúde têm um papel evidente e estratégico para favorecer o acesso a uma vivência prazerosa da sexualidade, conectada ao conhecimento e controle do próprio corpo e da capacidade reprodutiva, respeitando e valorizando os componentes culturais da clientela. É necessário transformar as atuais práticas institucionais impessoais e discriminatórias, incorporando novos conceitos e atitudes, contribuindo assim para mudanças na qualidade de vida da população;
- É importante que as instituições invistam em estratégias que propiciem uma melhor preparação das mulheres para o parto, buscando estimular uma postura mais ativa e de maior possibilidade de controle e empoderamento, visando propiciar melhores resultados e maior satisfação com o mesmo.

Finalizando, reafirmamos a adequação e atualidade da integralidade como estratégia de organização da assistência com a valorização dos determinantes sociais dos processos saúde-doença-cuidado, com a implementação de estratégias intersetoriais de promoção de saúde e na valorização do parto normal, promovendo a politização do debate sobre as políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVILA, V.L.P., 1998. *O desempenho das ações de contracepção no Município do Rio de Janeiro: Avanços e limites do modelo de assistência*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP. Rio de Janeiro.

BOARETTO, M.C., 2000. Gênero e modelo de gestão em saúde: A experiência do Rio de Janeiro. In: Costa, A.M.; Merchán-Haman, E.; Tager, D., orgs. *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. pp. 215-226.

BRASIL, C.L.P. et alli.,1999. Situação do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro-1996 e 1998. In: *Saúde em Foco, Ano 8, n° 18, julho de 1999*. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1997a. Cesariana: Uma epidemia invisível. *Medicina, Jornal do CFM, Ano X, n° 84, agosto de 1997*.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1997. Mortalidade Materna: Tragédia Familiar. *Medicina, Jornal do CFM, Ano X, n° 85, setembro de 1997*.

CONSTITUIÇÃO de 1988 – Assegura a licença-maternidade de 120 dias, licença paternidade de 5 dias, proteção ao trabalho da mulher e o direito às presidiárias de permanecer com os filhos durante o período de amamentação.

DIAS, M.A.B., 1996. Avaliação da Intervenção Obstétrica na Maternidade Leila Diniz. *Saúde em Foco, Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ano V, n°14, pp.40-41*.

DIAS, M.A.B., 2001. *Cesariana: Epidemia Desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

DOMINGUES, R.M.S.M., 2002. *Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: A Experiência de maternidade Leila Diniz*. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

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.

ESCOREL, S., 1999. *Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GOMES, M.A.S.M., 1995. *Aspectos da Qualidade do atendimento à Gestação e ao Parto através da Percepção das Usuárias*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

LEBOYER, F., 1974. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Editora Brasiliense.

LIMA, K., *Maternidade Leila Diniz (1994-1996): Nascimento de um Novo Profissional de Saúde?*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1997.

MACHADO, L.Z., 2002. Os frágeis Direitos da Mulher. *Promoção da Saúde*, Ano 3, nº 6, pp.22, Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. *Oito Passos para a Maternidade Segura. Guia Básico para os Serviços de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984. *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. *Assistência Pré-natal. Manual técnico*. Brasília, DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Parto, Aborto e Puéripério. Assistência Humanizada à mulher*. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF.

MORAES, M.S. & GOLDENBERG, P., 2001. *Cesáreas: Um perfil epidêmico*. Cadernos de Saúde Pública. Volume17, 3: 509-519.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1985. *Appropriate technology for birth*. In: Lancet, 1985. Versão em português: *Saúde em Foco*, Ano V, número 14, nov. 1996. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in Normal Birth: a practical guide*. Série Safe Motherhood. Genebra: OMS, 1996.

PACIORNIK, C., 1991. Análise Perinatal de onze mil partos de cócoras. In: *Parto Humanizado – Formas Alternativas* Sabatino, H.; Dunn, P.; Caldeyro-Barcia, R., organizadores. Campinas, Editora da Unicamp.

PORTARIA nº18 de 1982 do INAMPS/Ministério da Saúde, que estabelece a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades SUS.

PORTARIAS nº155 e nº1113 de 1994 do Ministério da Saúde – estabelecem critérios para o credenciamento de hospitais como *Amigo da Criança* e asseguram o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto aos hospitais acreditados com o título.

PORTARIA nº2815, de 29 de maio de 1998 - Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p.47-8. B.

PORTARIA nº2.816, de 29 de maio de 1998. Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p.48. C.

PORTARIA nº985, de 05 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 1999. D.

PORTARIA nº569/GM de 01 de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-natal e do nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000. D.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2002. Decreto nº20996. Programa de Qualificação da Assistência Perinatal na cidade do Rio de Janeiro 2001/2004. *Diário oficial do Município do Rio de Janeiro*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 18 de janeiro de 2002, Encarte, pp. 1-6.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 1999. *Cairo-Brasil: 5 anos de experiências relevantes em saúde, direitos reprodutivos e sexuais*. Brasil. Editora Hamburg Gráfica e Editora.

SABATINO, H.; DUNN, P.; & CALDEYRO-BARCIA, R., 1992. *Parto Humanizado – Formas Alternativas*. Campinas, Editora da Unicamp.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *"Diagnóstico da Assistência Obstétrica e Neonatal na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1993. (mimeo).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1993. *Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Ano III, nº 5.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1994. *Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Ano III, nº 7.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1994. *Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Ano IV, nº 8.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1994. *Saúde em Foco. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Ano V, nº 14.

REHUNA – REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO, 1993. *Carta de Campinas*. Campinas, São Paulo (mimeo).

WAGNER, M., 1994. *Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology*. Australia: ACE Graphics.

VALLADARES, D.P. 1998. *Ações de contracepção e assistência ao parto: A experiência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro (mimeo).

ANEXOS

ANEXO1:

DECRETO Nº 20996 DE 17 DE JANEIRO DE 2002 - D.O. DE 18 DE JANEIRO DE 2002

Dispõe sobre a aprovação do PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERINATAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais, e,

considerando a máxima prioridade para a assistência perinatal;

considerando que até hoje as responsabilidades hospitalares na Zona Oeste foram do Governo Estadual e que a situação se agrava a cada ano;

considerando a necessidade de intervenções abrangentes relativas;

DECRETA

Art. 1.º Aprova o programa anexo – publicado como encarte neste Diário Oficial: PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERINATAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

Art. 2.º Autoriza a Secretaria Municipal de Fazenda a abrir todos os créditos orçamentários nas despesas de capital e de custeio necessários ao cumprimento do programa descrito no artigo anterior, observadas as etapas e o cronograma a ser definido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 3.º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 17 de janeiro de 2002 - 437º ano da fundação da Cidade.

CESAR MAIA

ANEXO II
ROTEIRO DIRETOR/ CHEFIA DA MATERNIDADE
DIA DA VISITA:
NOME DO HOSPITAL/MATERNIDADE:
ENDEREÇO:

BLOCO I – CADASTRO

1 - Tipo de Instituição?

1a- pública municipal ()

1b- pública estadual ()

1c- pública federal ()

1d- universitária ()

1e- filantrópica ()

1f- privada contratada ()

2 - Quantos anos você tem de formado? ()

3 - Há quantos anos trabalha nesta maternidade? ()

4 - Há quantos anos você se encontra dirigindo a Instituição? ()

BLOCO II - ACESSO/COBERTURA DO SERVIÇO

1 - A maternidade dispõe de quantos leitos?

1a- () obstétricos (excluindo-se o pré-parto)

1b- () neonatais intensivos

1c- () neonatais intermediários

1d- () ginecológicos

2 - Quantos partos em média são assistidos nesta maternidade por mês? ()

3 - Consegue atender todas as mulheres que procuram o serviço?

3a- sim () (passe ao item 5)

3b- não ()

4 - Como são transferidas as mulheres quando não há vaga?

4a- por meios próprios ()

4b- condução do serviço ()

4c- as duas opções conforme o caso ()

4d- não sabe informar ()

5 - Sua unidade recebe parturientes de outras maternidades? () sim, () não

6 - Atende pacientes com médio e alto risco? () sim, () não

BLOCO III – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

1 - Conhece a **POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO do SUS?**

1a- sim ()

1b- não ()

Como você e/ou seu serviço se colocam em relação a estas CAMPANHAS, ATIVIDADES OU AÇÕES?

1- Valorização da importância da assistência no pré-natal?

1a- conhece e não concorda ()

1b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

1c- conhece concorda e implanta ()

1d- não conhece ()

2- Presença do acompanhante no trabalho de parto e parto?

2a- conhece e não concorda ()

2b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

2c- conhece concorda e implanta ()

2d- não conhece ()

3- Estímulo ao parto natural?

3a- conhece e não concorda ()

3b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

3c- conhece concorda e implanta ()

3d- não conhece ()

4- Garantia do leito de internação para o parto?

4a- conhece e não concorda ()

4b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

4c- conhece concorda e implanta ()

4d- não conhece ()

5- *Iniciativa Maternidade Segura?*

5a- conhece e não concorda ()

5b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

5c- conhece concorda e implanta ()

5d- não conhece ()

6- *Iniciativa Hospital Amigo da Criança?*

6a- conhece e não concorda ()

6b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

6c- conhece concorda e implanta ()

6d- não conhece ()

7- Estímulo ao aleitamento materno?

7a- conhece e não concorda ()

7b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

7c- conhece concorda e implanta ()

7d- não conhece ()

8- Estímulo ao contato precoce mãe-bebê?

8a- conhece e não concorda ()

8b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

8c- conhece concorda e implanta ()

8d- não conhece ()

9-Incorporação do profissional enfermeiro(a) obstétrico(a) no trabalho de parto e parto?

9a- conhece e não concorda ()

9b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

9c- conhece concorda e implanta ()

9d- não conhece ()

10- Estabelecimento de limites ao parto cesáreo?

10a- conhece e não concorda ()

10b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ()

10c- conhece concorda e implanta ()

10d- não conhece ()

11- Qual a sua opinião sobre o programa de humanização do parto e nascimento?

11a- favorável ()

11b- desfavorável ()

11c- não tem opinião formada ()

11d- indiferente ()

11e- não conhece o programa ()

12- Como você avalia o apoio da direção geral do hospital ou maternidade (se for o caso), em relação ao funcionamento do serviço e à política de humanização do parto?

12a- alto ()

12b- médio ()

12c- baixo ()

12d- não se aplica ()

BLOCO IV - PRESENÇA DE ACOMPANHANTE

1- A presença de um acompanhante (familiar ou não), é permitida em que situações?

1a- não é permitida ()

1b- é permitida apenas no puerpério ()

1c-é permitida apenas no trabalho de parto ()

1d- é permitida no trabalho de parto e no parto normal ()

1e- é permitida no trabalho de parto, parto normal ou cesárea ()

1f- é permitida no trabalho de parto, parto e puerpério ()

2 - No caso de gestantes adolescentes, a presença de acompanhante é permitida?

2a- não é permitida ()

2b- apenas no puerpério ()

2c- apenas no trabalho de parto ()

2d- no trabalho de parto e no parto normal ()

2e- no trabalho de parto, parto normal ou cesárea ()

2f- no trabalho de parto, parto e puerpério ()

3 - Após o parto, qual é o horário de visita?

3a- 2 ou 3 vezes na semana em horário definido ()

3b- diariamente em horário definido ()

3c- diariamente, durante todo o dia (até 20 ou 22 horas) ()

4 - Após o parto, qual o horário de visita para o pai?

4a- 2 ou 3 vezes na semana em horário definido ()

4b- diariamente em horário definido ()

4c- diariamente, durante todo o dia (até 20 ou 22 horas) ()

5 - A visita de familiar menor de 12 anos, é permitida?

5a- 2 ou 3 vezes na semana em horário definido ()

5b- diariamente a tarde ()

5c- diariamente, durante todo o dia (até 20 ou 22 horas) ()

5d- não é permitido visita de menores de 12 anos ()

BLOCO V - PROCEDIMENTOS

Na sua maternidade existe orientação para a REALIZAÇÃO ROTINEIRA, salvo contra-indicação, dos seguintes procedimentos abaixo:

1- Uso do partograma?

1a- sim ()

1b- não ()

1c- não sabe informar ()

2b- Estímulo à movimentação da gestante e/ou estímulo a posições não supinas no trabalho de parto?

2a- sim ()

2b- não ()

2c- não sabe informar ()

3c- Analgesia peridural no parto normal em determinadas situações?

3a- sim ()

3b- não ()

3c- não sabe informar ()

4- Métodos não farmacológicos de alívio da dor?

4a- sim ()

4b- não ()

4c- não sabe informar ()

5d- Tricotomia de rotina?

5a- sim ()

5b- não ()

5c- não sabe informar ()

6- Cateterização venosa de rotina?

6a- sim ()

6b- não ()

6c- não sabe informar ()

7- Enema?

7a- sim ()

7b- não ()

7c- não sabe informar ()

8- Utilização rotineira de ocitócicos?

8a- sim ()

8b- não ()

8c- não sabe informar ()

9- Episiotomia de rotina?

9a- sim ()

9b- não ()

9c- não sabe informar ()

10- Amniotomia precoce de rotina?

10a- sim ()

10b- não ()

10c- não sabe informar ()

11- Parto na posição vertical?

11a- sim ()

11b- não ()

11c- não sabe informar ()

12- Aspiração rotineira do recém-nascido?

12a- sim ()

12b- não ()

12c- não sabe informar ()

13- Clampeamento precoce do cordão umbelical?

13a- sim ()

13b- não ()

13c- não sabe informar ()

14- Estímulo ao contato cutâneo precoce mãe- bebê?

14a- sim ()

14b- não ()

14c- não sabe informar ()

15- Estímulo e apoio à amamentação ainda na sala de parto?

15a- sim ()

15b- não ()

15c- não sabe informar ()

16- Estímulo e apoio à amamentação no alojamento conjunto?

16a- sim ()

16b- não ()

16c- não sabe informar ()

17- Supressão da lactação em mães portadoras de HIV?

17a- sim ()

17b- não ()

17c- não sabe informar ()

18- Existem normas e rotinas escritas?

18a- sim ()

18b- não ()

18c- não sabe informar ()

19- Há discussão de casos regularmente?

19a- sim ()

19b- não ()

19c- não sabe informar ()

20- Há alguma rotina de avaliação do serviço?

20a- sim ()

20b- não ()

20c- não sabe informar ()

21- Existe algum mecanismo de avaliar a satisfação das usuárias?

21a- sim ()

21b- não ()

21c- não sabe informar ()

22- Tem enfermagem obstétrica no acompanhamento do trabalho de parto?

22a- sim ()

22b- não ()

22c- não sabe informar ()

23- Tem enfermagem obstétrica no acompanhamento do parto?

23a- sim ()

23b- não ()

23c- não sabe informar ()

BLOCO VI - DESEMPENHO DA MATERNIDADE

1- Qual a taxa de cesárea de sua maternidade? _____. Não sabe informar a taxa ()

2- Na sua maternidade, qual a taxa de mortalidade neonatal precoce? _____, mortalidade neonatal tardia? _____ e natimortalidade? _____. Não sabe informar as taxas ()

3- Quantos óbitos maternos ocorreram nos últimos 12 meses? _____. Não sabe informar ()

4 - Qual a incidência da sífilis congênita (ou a média de casos mês)? _____.
Não sabe informar ()

5 – Em média quantas mulheres HIV positivas são internadas? _____. Não sabe informar ()

6 - Tem comissão de investigação de óbitos?

6a- sim ()

6b- sim , com relatório ()

6c- sim, sem relatório ()

6d- não ()

6e- não sabe informar ()

7 - Tem comissão de revisão de prontuário?

7a- sim ()

7b- sim , com relatório ()

7c- sim, sem relatório ()

7d- não ()

7e- não sabe informar ()

8 – A Instituição tem comissão de ética?

8b- sim, com relatório dos processos analisados ()

8c- sim, sem relatório ()

8d- não ()

8e- não sabe informar ()

9 - Tem comissão de infecção hospitalar?

9a- sim ()

9b- sim , com relatório ()

9c- sim, sem relatório ()

9d- não ()

9e- não sabe informar ()

10 - Tem estratégia para controle de intervenção obstétrica e cesárea?

10a- sim ()

10b- não ()

10c- não sabe informar ()

11 - Tem ouvidoria ou outros serviços de direitos dos usuários na unidade?

11a- sim ()

11b- não ()

11c- não sabe informar ()

12 - Quais as maiores dificuldades do serviço:

13- Quais os pontos fortes do serviço:

14- As sugestões de melhorias:

15- Comentários

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PUÉRPERAS

NOME DO HOSPITAL/MATERNIDADE:

ENDEREÇO:

DIRETOR:

DIA DA VISITA:

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO

1- Qual é a sua idade? _____ anos

2 - Em que bairro você mora? _____ Há quantos anos? _____

3 - Qual é a sua cor ou raça?

3a- branca ()

3b- preta ()

3c- parda ()

3d- amarela ()

3e- indígena ()

4 - Freqüenta escola?

4a- sim ()

4b- não, já freqüentou () (passe ao item 6)

4c- não, nunca freqüentou () (passe ao item 7)

5 - Qual o curso que freqüenta?

5a- ensino fundamental ou 1º grau ()

5b- 1º grau supletivo ()

5c- ensino médio ou 2º grau ()

5d- 2º grau supletivo ()

5e- pré-vestibular ()

5f- superior ()

6 - Qual o curso mais elevado que freqüentou?

6a- alfabetização ()

6b- antigo primário ()

6c- antigo ginásio ()

6e-1º grau ()

6f- 2º grau ()

6g- superior ()

7 - Vive em companhia de cônjuge ou companheiro?

7a- sim ()

7b- não, mas viveu ()

7c- nunca viveu ()

8 - Qual o seu estado civil?

8a- casada ()

8b- desquitada ou separada ()

8c- solteira ()

8d- outros _____

9 - Trabalha em alguma atividade remunerada?

9a- não () (passe ao item 11)

9b- sim ()

10- Qual atividade? _____

10a- trabalhadora doméstica com carteira de trabalho assinada ()

10b- trabalhadora doméstica sem carteira assinada ()

10c- empregada com carteira assinada ()

10d- empregada sem carteira assinada ()

10e- empregadora ()

10f- conta-própria ()

10g- aprendiz ou estagiária sem remuneração ()

10h- não remunerada em ajuda a membro da família ()

11- O marido ou companheiro trabalha em alguma atividade remunerada?

11a- não ()

11b- sim (). Qual atividade? _____

BLOCO II – EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE PARTO

1 - Já ficou grávida antes?

1a- não () (passe ao BLOCO III)

1b- sim ()

2 – Quantos filhos você tem? _____ Quantos abortos? _____

3- Se sentiu discriminada, maltratada ou perseguida no atendimento em parto anterior?

3a- não ()

3b- sim (), relate esta experiência _____

BLOCO III - GRAVIDEZ ATUAL

1 - Sua gravidez foi planejada?

1a- sim ()

1b- não ()

2 - Ficou satisfeita com a gravidez?

2a- sim ()

2b- não ()

3 - Teve algum problema nesta gravidez?

3a- não () (passe ao item 5)

3b- sim ()

4 - Que tipo de problema?

4a- pré-eclâmpsia /eclâmpsia (pressão alta) ()

4b- infecção ()

4c- diabetes ()

4d- outros _____

5 - Como você considera o apoio recebido por sua família?

5a- grande ()

5b- médio ()

5c- pequeno ()

5d- nenhum ()

6 - E o apoio recebido do pai do bebê durante a gravidez?

6a- grande ()

6b- médio ()

6c- pequeno ()

d- nenhum ()

7 - Quem vai te ajudar a cuidar do bebê?

7a- mãe ()

7b- sogra ()

7c- pai da criança ()

7d- outros parentes ()

7e- ninguém ()

COMENTÁRIOS: _____

BLOCO IV - ACESSO AO PRÉ-NATAL

1 - Você fez consultas de pré-natal nesta gestação?

1a- não ()

1b- sim () (passe ao item 3)

2 - Qual o motivo de não ter feito?

2a- não queria essa gravidez ()

2b- não achei que fosse importante ()

2c- não precisei porque passei bem ()

2d- não consegui marcar consulta ()

2e- não consegui comparecer no dia marcado ()

2f- o posto de saúde era muito distante ()

2g- outros _____

PASSE AO BLOCO VI

3 - Onde realizou seu pré-natal?

3a- nesta maternidade ()

3b- posto de saúde perto de casa ()

3c- posto de saúde perto do trabalho ()

3d- clínica privada ()

3e- outros _____

4 - Você pode escolher a unidade de saúde para fazer o pré-natal?

4a- sim ()

4b- não ()

5 - Você teve dificuldade de conseguir ser consultada?

5a- sim (), qual? _____

5b- não ()

6 - Em que mês da gestação você começou o pré-natal? _____

7 - Quantas consultas de pré-natal você teve? _____

BLOCO V - ATENDIMENTO NO PRÉ-NATAL

Observe a lista abaixo e assinale os procedimentos, consultas ou exames que foram feitos contigo desde que iniciou o seu acompanhamento de pré-natal?

1- Exame de urina para teste de gravidez?

1a- sim ()

1b- não ()

2- Exame de sangue para sífilis (VDRL)?

2a- 1 exame ()

2b- 2 exames ()

2c- não realizou ()

2d- não sei ()

3- Exame de sangue para diabetes (açúcar no sangue) ?

3a- sim ()

3b- não ()

3c- não sei ()

4- Exame de sangue para o teste da aids (HIV)?

4a- sim ()

4b- não ()

4c- não sei ()

5- Exame de urina?

5a- sim ()

5b- não ()

6- Exame de sangue, hemograma?

6a- sim ()

6b- não ()

6c- não sei ()

7- Preventivo ginecológico?

7a- sim ()

7b- não ()

8- Você recebeu o *Cartão da gestante*?

8a- sim ()

8b- não ()

9- Medicamentos?

9a- não ()

9b- sim, quais? _____

10- Consulta com dentista?

10a- sim ()

10b- não ()

12 - Teve algum problema de saúde nesta gravidez?

12a- sim (),

12b- não () (passe ao item 14)

13 - Que tipo de problema?

13a- pressão alta ()

13b- diabetes ()

13c- ameaça de parto prematuro ()

13d- sífilis ()

13e- outros _____

14 - Você participou de algum grupo de gestantes?

14a- sim ()

14b- não ()

15 - Nas consultas do pré-natal você recebeu alguma orientação sobre como acontece o trabalho de parto?

15a- sim ()

15b- não ()

16- Você acha que o pré-natal que você fez te preparou para o parto?

16a- sim ()

16b- não ()

16c- alguma coisa

17 - Foi orientada no pré-natal a procurar esta maternidade na hora do parto?

17a- sim ()

17b- não ()

18 - Qual a nota, de 0 a 10, que você daria para o seu atendimento de pré-natal ? _____

COMENTÁRIOS _____

BLOCO VI - A MATERNIDADE

1 - Você pode escolher a maternidade onde teria o seu filho?

1a- não () (passe ao item 4)

1b- sim ()

2- Neste caso, foi sua:

2a- própria escolha ()

2b- indicação de parente ou amigos ()

2c- indicação da unidade onde fez o pré-natal ()

3 - Esta maternidade onde você está agora internada foi a sua primeira escolha?

3a- sim () (passe ao item 5)

3b- não ()

4 - Neste caso sua internação foi na:

4a- 2ª ()

4b- 3ª ()

4c- 4ª ou mais maternidade que procurou ()

5 - Você veio sozinha para a maternidade?

5a- sim () (passe ao item 7)

5b- não ()

6 - Veio acompanhada por quem?

6a- pai do bebê ()

6b- sua mãe ()

6c- familiares ()

6d- amiga ()

6e- vizinhos ()

6f- outros _____

7 - Qual o meio de transporte que você utilizou para chegar na maternidade?

7a- a pé ()

7b- ônibus ()

7c- carro próprio ()

7d- carro de parentes ou amigos ()

7e- ambulância ()

7f- taxi ()

7g- outros _____

BLOCO VII - ACOMPANHANTE

1 – Para as maternidades que permitem acompanhante. Você sabia que esta maternidade permite a presença de acompanhante no parto?

1a- sim ()

1b- não ()

2 - Para as maternidades que permitem acompanhante. No momento da sua internação você foi informada pela maternidade que poderia ter um acompanhante ao seu lado?

2a- sim ()

2b- não () (passe ao item 3)

3 - Você teve acompanhante?

3a- sim ()

3b- não () (passe ao BLOCO VIII)

4 - Quem te acompanhou?

4a- mãe ()

4b- marido ()

4c- amiga ()

4d- outro _____

4- O que você achou do fato de ter tido alguém junto com você na maternidade?

4a- bom

4b- nem bom nem ruim

4c- ruim

Comente _____

BLOCO VIII – INFORMAÇÃO/PROCEDIMENTOS

1 - Você foi assistida no seu parto por :

1a- médico ()

1b- enfermeiro(a) ()

1c- médico e enfermeiro ()

1d- não sabe informar ()

2 - Sabe o nome do profissional que te acompanhou?

2a- não ()

2b- sim (), qual o nome? _____

Durante o seu trabalho de parto, quando você estava no pré-parto ou na sala de parto, antes do bebê nascer, o médico ou a enfermeira te informou ou explicou sobre o significado de algumas dessas ocorrências abaixo?

1- O modo como se desenvolve o trabalho de parto em termos de contração, dilatação, a previsão do nascimento?

1a- sim ()

1b- alguma coisa ()

1c- não ()

2- Sobre a realização de exames (sangue, cardiotocografia) durante o trabalho de parto?

2a- sim ()

2b- alguma coisa ()

2c- não ()

3- Sobre o uso de medicamentos, comprimidos, injeções, medicação na veia, anestesia?

3a- sim ()

3b- alguma coisa ()

3c- não ()

4- Sobre a possibilidade de ter o bebê na posição vertical (de cócoras)?

4a- sim ()

4b- alguma coisa ()

4c- não ()

5 - Você teve seus pêlos pubianos raspados?

5a- sim ()

5b- eu mesma raspei ()

5c- não ()

6 - Te fizeram lavagem intestinal?

6a- sim ()

6b- não ()

7 - Você foi estimulada, pela equipe, a caminhar durante o trabalho de parto?

7a- sim ()

7b- alguma coisa ()

7c- não ()

8 - Te ofereceram a possibilidade de tomar banho de chuveiro ou banheira?

8a- sim ()

8b- alguma coisa ()

8c- não ()

9 - Te fizeram massagens para melhorar a dor?

9a- sim ()

9b- não ()

10 - Te ofereceram água ou suco durante o trabalho de parto?

10a- sim ()

10b- não ()

11 - Pegaram a tua veia e te colocaram no soro logo após a internação?

11a- sim ()

11b- não ()

12 - Romperam a tua bolsa d água?

12a- sim ()

12b- não ()

13 - Foi te dada a opção de ter seu bebê em outra posição que não a deitada?

13a- sim ()

13b- não ()

14- Foi feito corte lateral da vagina (episiotomia)?

14a- sim ()

14b- alguma coisa ()

14c- não ()

15 - Em caso de cesariana, você foi informada sobre a necessidade da mesma?

15a- sim ()

15b- não ()

15c-alguma coisa ()

16- Seu bebê foi colocado no seu colo assim que nasceu, ainda na sala de parto?

16a- sim ()

16b- não ()

16c-alguma coisa ()

17 - O médico ou enfermeira te orientou a colocar o bebê no seio para estimular a amamentação?

17a- sim ()

17b- não ()

17c-alguma coisa ()

18- Você se sentiu apoiada pela equipe que te atendeu?

18a- sim ()

18b- não ()

18c-alguma coisa ()

Comente: _____

- 19 – Como você foi tratada pela equipe?
19a- com agressividade e estupidez ()
19b- com indiferença e pouca atenção ()
19c- com afeto e carinho ()

Comente: _____

- 20 - Você recebeu visita após o nascimento do bebê?
20a- sim, pai do bebê ()
20b- sim, familiares ()
20c- sim, amigos ()
20d- não ()

21- Qual o tempo decorrido entre a internação e o nascimento do bebê? _____

BLOCO IX - SERVIÇOS RECEBIDOS

- 1- O que achou da limpeza do hospital?
1a- boa ()
1b- regular ()
1c- ruim ()

- 2- O que achou da roupa fornecida?
2a- boa ()
2b- regular ()
2c- ruim ()

- 3- O que achou da alimentação?
3a- boa ()
3b- regular ()
3c- ruim ()

4- Qual a nota de 0 a 10 que você daria para a qualidade dos serviços da maternidade?

5 - Qual a nota de 0 a 10 para a qualidade do médico que te atendeu? _____

6 - Qual a nota de 0 a 10 para o(os) enfermeiro(os) que te atendeu? _____

7 - Qual a nota de 0 a 10 para o conjunto do atendimento? _____

8 - Diga numa frase o que mais gostou neste período que você está passando na maternidade?

9 - E o que menos gostou? _____

10 - Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento?

10a- não ()

10b- sim (), qual? _____

11 - Você indicaria este hospital/maternidade para amigos e familiares?

11a- sim ()

11b- não ()

12 – O que você achou do seu parto?

12a- muito bom ()

12b- bom ()

12c- regular ()

12d- ruim ()

12e- muito ruim ()

13- O que foi esta experiência para você?

13a- boa e enriquecedora ()

13b- nem boa nem ruim ()

13c- vivida com ansiedade e medo ()

13c- ruim e dolorosa

14- Como você vê a sua participação no seu parto?

14a- tive força e coragem para realizá-lo ()

14b- tive medo mas consegui ()

14c- o médico ajudou muito ()

14d- sem ajuda não conseguiria resistir ()

COMENTE: _____

Anexo 4

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretário: Ronaldo Luiz Gazzola
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 7º andar - Tel.: 503-2024

ATO DO SECRETARIO

RESOLUÇÃO SMS Nº 667 DE 20 DE OUTUBRO DE 1998

O SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

CONSIDERANDO o parto e o nascimento um marco vivencial único, cheio de emoções para pais e bebês;

CONSIDERANDO ser dever da equipe de saúde reconhecer a importância desse momento e garantir um ambiente seguro, de respeito e tranqüilidade à parturiente;

CONSIDERANDO a necessidade da presença de acompanhante escolhido (a) pela parturiente, para um apoio psico-afetivo à gestante contribuindo para o seguro transcorrer do trabalho de parto e do parto, facilitando a evolução deste processo, com consequente melhora dos indicadores perinatais.

CONSIDERANDO que estes pressupostos estão em conformidade com as Recomendações da Conferência Internacional para o Parto, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1985, e atualizadas em 1990 e, ainda, que compõem as Estratégias de Qualificação da Assistência Obstétrica e Neonatal na Cidade do Rio de Janeiro, incansavelmente perseguidas e boas como prioridades por esta Secretaria Municipal de Saúde dentre as ações voltadas para a saúde da mulher e da criança e

CONSIDERANDO que esta é uma estratégia que assegura os direitos de cidadania feminina ressumidos pelo Governo Brasileiro na Conferência do Cairo em 1994.

RESOLVE

Art. 1º - Garantir a presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto.

§ 1º - Este direito deve ser garantido por todas as equipes das maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

§ 2º - Esta Resolução se aplica às maternidades da Secretaria Municipal de Saúde que têm espaço físico de pré-parto adequado para cumprir o acima determinado, a saber: Unidade Integrada de Saúde Hercílio Pinheiro, Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, Maternidade Leila Diniz e Hospital Maternidade Alexander Fleming.

§ 3º - Os (as) diretores (as) das maternidades que não dispõem de espaço físico adequado de pré-parto - Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto, Maternidade do Hospital Municipal Paulino Werneck, Hospital Maternidade Praça Quinze e Hospital Maternidade Carmela Dutra - deverão propor, articuladamente, as Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas e a Superintendência de Serviços de Saúde um projeto no prazo de 15 (quinze) dias para realizar a aquisição.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revocadas as disposições em contrário (Ref. ao Processo 09.032.897/98).

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 1998.

Ronaldo Luiz Gazzola

DESPACHOS DO SECRETARIO
EXPEDIENTE DE 13.10.98

Anexo 5

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Existem muitos profissionais de saúde, pesquisadores e diretores de serviços de saúde, que se dedicam a melhorar o atendimento nas maternidades públicas no Rio de Janeiro.

Nós da Escola Nacional de Saúde Pública estamos realizando uma pesquisa sobre as maternidades e gostaríamos de contar com a sua colaboração através de uma entrevista, a ser realizada aqui ainda durante sua internação.

Serão conversados assuntos sobre sua gravidez, pré-natal e o atendimento no seu parto. É importante conhecer sua opinião para melhorar a qualidade do atendimento.

Tudo que se falar aqui será utilizado apenas para a pesquisa, seu nome não será revelado, e tudo o que for dito durante a entrevista não irá interferir de forma alguma com o atendimento e o tratamento realizado aqui na maternidade.

Desde já, agradecemos a sua atenção e participação.

Rio de Janeiro, de de 2002

assinatura da entrevistada