

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Cadernos HumanizaSUS

Volume 4  
Humanização do parto e do nascimento



Brasília - DF  
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

# **Cadernos HumanizaSUS**

**Volume 4**  
**Humanização do parto e do nascimento**

Brasília – DF  
2014



Tiragem: 1ª edição – 2014 – 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Política Nacional de Humanização  
SAF Sul, Trecho 2, Ed. Premium,  
Torre II, bloco F  
1º andar, sala 102  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9130  
Sites: [www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus)  
[www.redehumanizausus.net](http://www.redehumanizausus.net)  
E-mail: [humanizausus@saude.gov.br](mailto:humanizausus@saude.gov.br)

Universidade Estadual do Ceará  
Editora da Universidade Estadual do Ceará – Ed. UECE  
Av. Paranjana, 1700 –  
Campus do Itaperi – Reitoria –  
Fortaleza – Ceará  
CEP: 60740-000 –  
Tel: (085) 3101-9893.  
FAX: (85) 3101-9893  
Site: [www.uece.br](http://www.uece.br) –  
E-mail: [mailto:eduece@uece.br](mailto:mailto:eduece@uece.br)  
[uece.br](mailto:uece.br) – [eduece@uece.br](mailto:eduece@uece.br) /  
[mailto:editoradaduece@gmail.com](mailto:mailto:editoradaduece@gmail.com)  
[editoradaduece@gmail.com](mailto:editoradaduece@gmail.com)

Coordenação  
Gustavo Nunes de Oliveira

*Coordenação do Caderno HumanizaSUS Humanização do Parto e Nascimento*  
Cátia Paranhos Martins  
Célia Adriana Nicolotti  
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos  
Renata Adjuto de Melo  
Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

*Organização*

Cátia Paranhos Martins  
Célia Adriana Nicolotti  
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos  
Renata Adjuto de Melo  
Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

*Revisão*

Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo  
Cátia Paranhos Martins  
Jeane Felix da Silva  
Zeni Carvalho Lamy

*Colaboração*

Acácia Marília Cândido  
Aldo Rezende de Melo  
Aline de Oliveira Costa  
Ana Cláudia Pinheiro Garcia  
Ana Flávia Coelho Lopes  
Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
Anália Cunha Pupo  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior  
Bianca Jorge Sequeira  
Cátia Paranhos Martins  
Célia Adriana Nicolotti  
Claudia Matthes  
Daphne Rattner  
Denise Antunes de Azambuja Zocche  
Dora Lúcia L. C. de Oliveira  
Emília Alves de Sousa  
Erika da Silva Dittz  
Gustavo Tenório Cunha  
João Batista Marinho de Castro Lima  
Jorge Lyra  
Karla Adriana Caldeira  
Larissa Carpintêro de Carvalho  
Laura Lamas Martins Gonçalves  
Lélia Maria Madeira  
Leopoldina da Graça Correia  
Lilian Cordova do Espírito Santo  
Luciane Régio Martins  
Manuel Domingos Neto (UFF)  
Maria Angélica Carvalho Andrade  
Maria Jacqueline Abrantes Gadelha

Maria Luiza Sardenberg  
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos  
Mirela Pilon Pessatti  
Nelson Filice de Barros  
Núbia Maria de Melo e Silva  
Patrícia Silva  
Petúrcia Barbosa Ferreira  
Raímunda Magalhães da Silva  
Rejane Guedes Pedroza  
Renata Adjuto de Melo  
Renata Sousa Beltrão  
Ricardo Castro  
Ricardo H. Jones  
Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho  
Rita de Cássia Duarte Lima  
Rita de Cássia Velozo da Silva  
Roberta Aguiar Cerri Reis  
Sabrina Ferigato  
Serafim B Santos Filho  
Shirley Monteiro de Melo  
Sibelle Maria Martins de Barros  
Silvéria Maria dos Santos  
Simone Grilo Diniz  
Sônia Lansky  
Tadeu de Paula Souza  
Tatiana Coelho Lopes  
Vera de Oliveira Nunes Figueiredo  
Wagner Costa

*Projeto gráfico e capa*  
Antônio Sérgio de Freitas Ferreira

*Reportagens*  
Mariella Silva de Oliveira Costa

*Colaboração - UECE*  
José Jackson Coelho Sampaio  
Hidelbrando dos Santos Soares  
Erasmo Miessa Ruiz  
Antônio Luciano Pontes  
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes  
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso  
Francisco Horácio da Silva Frota  
Francisco José Camelo Parente

Gisafran Nazareno Mota Jucá  
José Ferreira Nunes  
Liduína Farias Almeida da Costa  
Lucili Grangeiro Cortez  
Luiz Cruz Lima  
Manfredo Ramos  
Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Marcony Silva Cunha  
Maria do Socorro Ferreira Osterne  
Maria Salete Bessa Jorge  
Silvia Maria Nóbrega-Therrien  
Antônio Torres Montenegro (UFPE)  
Eliane P. Zamith Brito (FGV)  
Homero Santiago (USP)  
Ieda Maria Alves (USP)  
Manuel Domingos Neto (UFF)  
Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)  
Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça (UNIFOR)  
Pierre Salama (Universidade de Paris VIII)  
Romeu Gomes (FIOCRUZ)  
Túlio Batista Franco (UFF)

*Editora responsável*  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial*  
Normalização: Christian Kill  
Revisão: Khamila Silva  
Tatiane Souza  
Silene Lopes Gil  
Diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.  
465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

ISBN 978-85-334-2136-3

1. Humanização do parto. 2. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série. III. Universidade Estadual do Ceará.

CDU 618.4

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0106

*Títulos para indexação*

Em inglês: Childbirth humanization

Em espanhol: Humanización del parto y del nacimiento

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>5</b>
<b>Bloco 1 – Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento com que Trabalhamos .....</b>	<b>9</b>
Humanização do Parto e do Nascimento: Pela Geração de Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas .....	9
O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos.....	19
Atenção Materna e Infantil e Marcadores Socioculturais .....	47
<b>Bloco 2 – Dos Modos de Fazer .....</b>	<b>59</b>
Apoio Institucional: Tecnologia Inovadora para Fortalecer a Rede Perinatal a Partir do Dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco.....	61
Fóruns Perinatais no Âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste.....	77
Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil.....	109
Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil: Desafios e Possibilidades para Efetivação dos Direitos Humanos e Redução da Mortalidade .....	133
Acolhimento e Vinculação: Diretrizes para Acesso e Qualidade do Cuidado Perinatal.....	155
Estratégias para a Ambiência na Humanização de Partos e de Nascimentos.....	171
Enfermagem na Cena do Parto .....	183
A Doula na Assistência ao Parto e ao Nascimento .....	201
O Homem na Cena do Parto: Vivências, Direitos e Humanização em Saúde.....	215
Parto Domiciliar como um Dispositivo de Humanização das Práticas de Saúde no Brasil .....	233
Etnicidade e Humanização: Fortalecendo a Rede de Cuidado à Saúde Materno-Infantil Indígena .....	255

Do Berço à Rede: Vínculos e Vivências sobre o Parto na Rede Humanizadas .....	273
Monitoramento e Avaliação como Prática Transversal na Rede Cegonha: Construção de um Processo Articulando Monitoramento e Apoio Institucional .....	293
<b>Bloco 3 – Relatos de Experiência .....</b>	<b>339</b>
Plano de Qualificação das Maternidades: A Participação do Hospital Sofia Feldman .....	341
Um Olhar sobre a Função-Apoio como Aposta para Qualificação da Atenção em Maternidades: Relatando uma Experiência na Bahia .....	353
Cogestão no Apoio Institucional às Maternidades: Consolidação de Espaços Coletivos e Democráticos para a Qualificação da Assistência Obstétrica e Neonatal .....	367
Fórum Perinatal: Experiência sobre uma Prática Interinstitucional de Cuidado em Saúde .....	387
A Garantia do Acesso ao Acompanhante: Uma Experiência Prática no Cenário do Apoio Institucional .....	401
A Parteira da Guia e o Parto de um Homem .....	417
Projeto Enquanto o Bebê não Chega: Uma Experiência do SUS que dá Certo em Roraima .....	423
<b>Bloco 3 – Relatos Jornalísticos .....</b>	<b>435</b>
“Na Cesárea de Hora Marcada, o Bebê nem Sabe que Nasceu a Mulher nem Sabe que Pariu” .....	437
Rede Cegonha é a Oferta do Ministério da Saúde para o Parto Humanizado .....	445
Boas Práticas no Norte e Pré-Natal do Homem no Nordeste .....	453
Tradição na Hora do Parto .....	461

# Apresentação



## Apresentação

Os *Cadernos HumanizaSUS* são uma série de publicações, no formato de ensaios, artigos, relatos de experiência e entrevistas, reunidos em um caderno de textos em torno de um tema comum. Os temas de cada caderno são relativos a campos de análise e de intervenção relevantes para a qualificação de práticas de saúde no SUS, nos quais a Política Nacional de Humanização (PNH) tem dedicado esforços e produzido interfaces a partir de seus princípios, diretrizes, dispositivos e método. Por meio do convite à participação nessa produção, a PNH também acolhe sujeitos que protagonizam o Movimento HumanizaSUS, em ações cotidianas por todo o território nacional, e pretende dar visibilidade às suas produções e experiências.

A escolha do tema da humanização do parto e do nascimento para o quarto volume dos *Cadernos HumanizaSUS* tem a finalidade de seguir publicizando experiências de apoio em humanização Brasil a fora, na medida em que as elas são consideradas e reconhecidas como componentes do rol das experimentações de um “SUS que dá certo”. Neste número em específico, o objetivo é apresentar percursos de apoiadoras/es institucionais de 26 maternidades que trabalharam no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), entre 2009 e 2011. O Plano serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros termos, com o funcionamento do PQM e posteriormente da RC, buscou-se – e ainda se busca – criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das/dos usuárias/os e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna.

Os artigos, os depoimentos e as entrevistas que compõem esse volume pretendem, pois, dar visibilidade a experimentações no bojo do Plano de Qualificação de Maternidades/Rede Cegonha, que tem se incluído no movimento pela humanização do parto e do nascimento ao agregar forças e formas de ação diversas na luta pela cidadania de mulheres, de crianças e de suas famílias, experimentando e ousando exercitar o direito à saúde que não se conquiste pela sujeição a formas de ação nem a uma forma-mulher prescrita. Como já foi dito, o Apoio Institucional foi a força motriz para envolver os sujeitos e os coletivos, problematizar valores instituídos, desnaturalizar práticas e, assim, produzir novas práticas de assistência e gestão pré-natal, neonatal e obstétrica, enfim, questionar, modificar e



qualificar modos de cuidar e gerir no SUS. Tal como será discutido em vários artigos, as experiências de Apoio, como estratégia metodológica por meio da qual as diretrizes do PQM puderam ser operacionalizadas, reafirmam a aposta da PNH no apoio institucional como modo de fazer, de operar coletivamente análises, intervenções e qualificação dos processos de trabalho e para fazer do SUS uma aposta comum e compartilhada.

Os relatos e os artigos a seguir trazem experiências concretas do(na) SUS, a voz e o silêncio que não quer calar de atores/atrizes e autores(as) que produziram o PQM e estão produzindo a Rede Cegonha. O Caderno aborda a ampla discussão sobre a humanização do parto e do nascimento, perpassando por vários aspectos dessa temática como as experiências de Apoio Institucional, de seu Acompanhamento Avaliativo, de acolhimento (em rede) a mulheres e crianças, de garantia do acesso com qualidade, de práticas democráticas na gestão e no cuidado ao parto e ao nascimento. Os escritos discutidos no Caderno tratam também: do atual e desejado modelo obstétrico e neonatal; dos sentidos das “boas” práticas de atenção ao parto e ao nascimento; da inclusão da(do) enfermeira(o) obstetra na cena e na realização dos partos de risco habitual; da importância e dos desafios do exercício do direito a acompanhante de livre escolha da mulher; da função do homem na maternagem (paternagem) e de sua inclusão na cena do parto; dos fóruns perinatais e movimentos sociais que tanto potencializam e atualizam políticas de saúde e redes de cuidado. Além disso, os artigos contemplam discussões sobre violência institucional; desafios do SUS na humanização do parto e do nascimento aos povos indígenas; a exitosa e contagiante experiência do Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte; a participação da Rede HumanizaSUS no fomento e a publicização de redes de coletivos organizados em prol da humanização do parto e do nascimento na *web*; a possibilidade, pensando o parto como evento social e não como doença, do parto domiciliar posto em cena; e as experiências de qualificação da atenção e gestão ao parto e ao nascimento fomentadas no Norte e Nordeste brasileiro.

Essas são algumas dimensões da discussão acerca da humanização do parto e do nascimento abordadas neste Caderno *HumanizaSUS* que procuram dar visibilidade a um conjunto de lutas pelo direito à saúde e ao acesso de qualidade equânime a mulheres grávidas. Trata-se de uma oferta dirigida aos sujeitos que constroem o Sistema Único de Saúde, publicação da PNH em consonância com suas apostas ético-políticas pelo direito à saúde de todos(as) e qualquer um(uma).





**Bloco 1**

# Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que Trabalhamos

**Humanização do Parto e Nascimento: pela Geração de  
Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas  
Humanization of Labour and Birth: the Pregnancy Forms of  
Life Which Might be Actors**

Cátia Paranhos Martins<sup>1</sup>

Célia Adriana Nicolotti<sup>2</sup>

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos<sup>3</sup>

Renata Adjuto de Melo<sup>4</sup>



A Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH) foi criada em 2003, a partir de uma preocupação metodológica: *como fazer*, que percursos trilhar, que trajetórias percorrer, de que modo caminhar para interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal? Como intervir em certos modos de conceber, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde (modos hierarquizados e autoritários de gestão; formas verticalizadas de comunicação; relações de trabalho precarizadas; tratamentos invasivos e desrespeitosos; procedimentos que alijam as pessoas de suas redes sociofamiliares; ações ‘terapêuticas’ que focam na doença e em sua extirpação, sem levar em consideração o sujeito, suas condições, necessidades e projetos de vida, sua rede de relações sociais, seu porvir; sucateamento dos serviços de saúde; recorrente falta de insumos importantes para a realização das ações; degradação dos ambientes de trabalho; acesso organizado por meio de longas filas de espera; precária articulação entre serviços de saúde e entre estes e os de outros setores como assistência social, educação...), modos estes entendidos como “desumanizadores”, na medida em que são incoerentes com o direito à saúde de todos(as) e de qualquer um(a) brasileiro(a) e com a garantia de acesso universal e equitativo a ações integrais em saúde? Como compor vias para a operacionalização de ações integrais? Como intervir, analisar, produzir mudanças em processos de trabalho, qualificando atenção e gestão no SUS?

Na tentativa de produzir orientações gerais para uma política que se tece justamente engajada com a tarefa de criar e experimentar modos de fazer para produzir modificações de práticas de saúde e qualificar atenção e gestão no SUS, a PNH realizou – e continua realizando, garantindo-se, assim, sua atualização – uma cartografia de experiências do “SUS que dá certo”. Para isso, levou-se – e ainda se leva – em consideração experiências produzidas por todo território brasileiro. A partir dessa cartografia, ou seja, da articulação de um movimento de seguir processos potentes de produção de saúde em curso e de experimentar as indicações tracejadas por meio desse acompanhamento, foram construídos: seu método propriamente dito bem como seus princípios (indissociabilidade entre atenção e gestão; transversalidade como ampliação do gradiente de comunicação para além de corporativismos e hierarquias; e fomento ao protagonismo de sujeitos e coletivos), suas diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a aposta realizada pela PNH é a de que, para fomentar ações integrais em saúde, é preciso pensar meios para conferir materialidade às diretrizes da cogestão, do acolhimento, da clínica ampliada e da valorização do trabalho e do(a) trabalhador(a) em saúde, na medida em que ações integrais se referem a “efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (BARROS, 2005, p. 132). Em outros termos, A PNH coaduna do entendimento da integralidade como

<sup>1</sup> Graduação em Psicologia (Unesp/Assis), doutoranda em Psicologia (Unesp/Assis). De 2010 a julho de 2013, foi consultora da Política Nacional de Humanização. Atualmente, é professora de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), em Mato Grosso do Sul.

<sup>2</sup> Graduação em fonoaudiologia (Univali/SC), mestrado em Saúde Pública (UFSC). De 2012 a julho de 2013, foi consultora da Política Nacional de Humanização. Atualmente, é apoiadora local para o Projeto QualiSUS-Rede (região metropolitana de Florianópolis/SC) e consultora da Área Técnica da Saúde da Mulher (MS).

<sup>3</sup> Graduação em Psicologia (UFS), mestrado em Saúde Coletiva (ISC/UFBFA), doutorado em Educação (UFRGS). Consultora da Política Nacional de Humanização (MS).

<sup>4</sup> Graduação em Nutrição (UnB/DF). Servidora pública na Política Nacional de Humanização (MS).

“dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (GUIZARD; PINHEIRO, 2004, p. 21), embasados na articulação e no embate entre múltiplas vozes e produzidos em cogestão por meio do fomento a redes de coletivos.

A partir do objetivo de produzir mudanças de práticas de saúde, qualificando modos de cuidado e modos de gerir no SUS; das indicações tracejadas pela cartografia de práticas do “SUS que dá certo” Brasil a fora; do entendimento da integralidade como a composição de redes de relações entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) e entre estes(as), os serviços e as práticas desenvolvidas, a PNH define por humanização um certo modo de fazer inclusão traduzido pelo seu método: o método da tríplice inclusão. Ou seja, a humanização se efetiva pela inclusão – nos espaços de atenção, gestão e formação em saúde – dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações (acrescidas de sua análise), estas últimas entendidas como efeitos que esse processo de inclusão produz. Em outros termos, humanização traduz-se em inclusão e, de forma subsequente, em produção de redes de coletivos articulados pela aposta no SUS. Assim, a humanização produz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo (entendendo afeto como efetivação de uma potência coletiva, uma força de composição que dá liga entre corpos) engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS, mediante participação e comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção.

Mas como operar o método da tríplice inclusão? Para qualificar atenção e gestão, para produzir redes de sujeitos e coletivos participantes e comprometidos com o processo de tessitura e fortalecimento do SUS, parece ser preciso criar espaços coletivos de análise e de intervenção no cotidiano das práticas de saúde, levando em consideração os saberes e os fazeres que ali se tecem, ofertando novos saberes e fazeres, ampliando a capacidade de manejo das equipes nas situações cotidianas, abrindo espaço, assim, para a tessitura de ações integrais em saúde.

A partir do entendimento da indissociação entre produção de saúde e produção de subjetividades protagonistas, na busca por vias de operar a tríplice inclusão e, assim, dar corpo a ações integrais, ao longo de seus dez anos de existência, a PNH tem apostado na estratégia metodológica do apoio institucional. Essa estratégia é posta coletivamente em exercício para análise, intervenção e organização dos processos de trabalho das equipes apoiadas (de secretarias estaduais, municipais, de serviços). Em outras palavras, seguindo a direção dada por Campos (2003), o apoio tem sido pensado e operado como uma função coletiva, um “fazer com” as equipes apoiadas, perseguindo a criação de grupalidade, criando linhas de negociação e planos de ação, lidando com a fragmentação intra e entre

equipes via produção de espaços coletivos e projetos comuns, montando redes de coletivos, enfim, como nos indicam Santos Filho, Barros e Gomes (2013), dando um corpo à cogestão.

A PNH vem, assim, apostando, compondo e articulando estratégias, promovendo e agenciando experiências de apoio no SUS. Queremos aqui destacar a experiência de apoio institucional voltada para a humanização do parto e do nascimento, experimentada no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM)/2009-2011). O Plano serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outros termos, com o funcionamento do PQM e posteriormente da RC, buscou-se – e ainda se busca – criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das(dos) usuárias(os) e a redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna (BRASIL, 2012).

Ressalte-se que o Plano de Qualificação foi ação organizada e coordenada pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por intermédio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, com a meta de qualificar 26 maternidades e aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste durante os anos de 2009 (ano de formulação e pactuação do Plano), 2010 e 2011 (anos de execução). Desde 2011, a Rede Cegonha, por sua vez, propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal. Pode-se dizer que a RC amplia o PQM sob o ponto de vista da extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de se trabalhar com o apoio institucional realizado nas maternidades com as equipes, atrelada a uma perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil. Com esse intuito, a RC vem agregando às diretrizes de humanização do PQM (Acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência) outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até 2 anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) (BRASIL, 2012).

Vale dizer que no PQM bem como na própria Rede Cegonha, a contribuição central da PNH focou na finalidade de desenhar a função apoio institucional, partindo justamente do entendimento de que para mudar o modelo de atenção e de gestão do parto e do nascimento, é necessário analisar e intervir coletivamente em práticas de saúde “desumanizadoras”, tecer, enfim, uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil capaz de transformar uma racionalidade e um cenário de (des)cuidado naturalizado. Nesse cenário, as mulheres tendem a peregrinar entre os serviços de saúde, a assistência ao pré-natal oferecido pela Atenção Básica tende a não conversar com a assistência ao parto que acontece na maternidade, a mulher tende a parir em uma maternidade a qual nunca visitou e com uma equipe de saúde com a qual não tem vínculo. Nele, os processos de trabalho tendem a se estabelecer de modo hierarquizado e a comunicação de forma verticalizada; a mulher e sua família tendem a ser aliados do protagonismo na produção do cuidado; a gravidez tende a ser transmutada em doença e a mulher grávida em doente, sujeita no pré-natal, no parto e no pós-parto a intervenções e decisões da equipe de ‘saúde’ sobre seu corpo e seu modo de cuidar de si e do bebê. Não podemos aqui deixar de falar da naturalização de certas concepções e hierarquizações de gênero e raça/cor que tendem a acompanhar a atenção materna produzida, com destaque para o fato de que as mulheres grávidas que mais morrem no Brasil são mulheres negras; e que o corpo da mulher alvo do cuidado em saúde tende a ser naturalizado e subsumido à tríade mulher-heterossexual-mãe. Ou seja, o cuidado produzido tende a ser atravessado por uma moral de raça/cor e de gênero. Por meio desse atravessamento, tende-se a produzir práticas institucionais violentas, tais como racismo institucional, o não acolhimento – ou acolhimento ‘enviesados’ – a situações de abortamento (como em casos relatados por apoiadoras(es) de maternidades em que mulheres nessa situação eram postas ao lado de mulheres que estavam parindo, como que ‘punindo’ aquele corpo que estava abortando quando ele ‘deveria’, por ser um corpo de mulher, estar sempre apto a parir) e de gravidez na adolescência (uma moral de faixa etária também tende a atravessar o cuidado, prescrevendo idades ‘certas’ e ‘erradas’ para engravidar). Essa mesma moral de gênero parece figurar ainda na não permissão de homens como acompanhantes (dados produzidos por meio dos relatórios das apoiadoras(es) institucionais de maternidades apontam que, quando o direito a acompanhante é garantido, muitas vezes a parte que fala da livre escolha da mulher é ‘esquecida’ quando essa escolhe ser acompanhada por um homem, sob alegação de tirar a privacidade das demais parturientes e, assim, ao lado da justificativa da ambiência inadequada, encerra-se a discussão, alijando muitos pais do direito de ver seus(suas) filhos(as) nascerem); e nas intervenções demasiadas, impostas sem negociação sob o corpo da mulher grávida bem como sob o corpo do bebê etc. Isso para não citar ‘antigas’ e desrespeitosas abordagens em forma de ‘incentivo’ ao parto, ‘antigas’, mas ainda vivenciadas em maternidades no momento de assistência ao parto: ‘se não doeu (gritou) para entrar, não pode doer (gritar) para sair’. E é justamente nesse

cenário em que se desenrolam práticas muitas vezes “desumanizadoras” de assistência ao parto e nascimento que, operando a função apoio institucional, se almeja interferir: bem ali onde as práticas em saúde se fazem, produzindo composição entre corpos, sujeitos e coletivos para análise, intervenção e mudanças no cotidiano dos processos de trabalho em saúde materna e infantil, na tentativa de fazer coletivamente se exercer o direito à saúde, garantido constitucionalmente. Para isso, não podemos esquecer, as práticas de apoio devem abarcar/incluir gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) do SUS (os relatórios dos(das) apoiadores(as) de maternidades parecem indicar que a prática de apoio ainda tende a se centrar em ações com profissionais, apontando a necessidade de se pensar ações mais sistemáticas e persistentes com usuários(as)<sup>1</sup>.

Com o PQM, um movimento coletivo foi produzido desde o Ministério da Saúde com articulação entre Áreas Técnicas e Políticas, envolvendo gestores(as) estaduais, municipais e, inclusive, as(os) gestoras(es) das maternidades apoiadas. Esta ação, assim como acontece atualmente na construção ou na qualificação da Rede Cegonha, foi orquestrada pelas(os) Apoiadoras(es) Institucionais e Supervisoras(es) (apoiadoras(es) temáticas(os)) que foram contagiando as(os) trabalhadoras(es) das maternidades, incluindo – ainda menos do que gostaríamos e deveríamos – as usuárias e suas famílias, reacendendo as discussões e ampliando o debate sobre as mortes injustas de mulheres e crianças, e sobre a participação das mulheres e suas famílias (de seus saberes e fazeres) na produção cotidiana do cuidado humanizado ao parto e ao nascimento. Outros(as) atores/atrizes importantes nessa aposta de qualificação de práticas para mudança do cenário supracitado são acadêmicos(as) e pesquisadores(as), referências técnicas, que engrossam este movimento, fornecendo subsídios por meio da produção de conhecimentos ou disponibilização de novas tecnologias, pela mudança do cenário nacional de gestão e de cuidado materno e infantil.

Mantendo-nos atentas aos entremeios, às vozes e silêncios que gritam nos interstícios de nossas práticas institucionais (bem ali entre clínica e política, entre atenção e gestão, entre trabalho e formação, entre profissionais e usuários), a partir das discussões alinhavadas pelos textos e das experimentações com o PQM, gostaríamos de salientar que, para o fortalecimento da Rede Cegonha e das(os) trabalhadoras(es) e usuárias(os) do SUS que a compõem e a fazem viva, parece ser preciso ‘encarar’ importantes desafios sinalizados nesse percurso, traduzindo-os em pautas da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva brasileira:

1) A desconstrução da sinonímia gênero-mulher e mulher-mãe que tende a se fazer presente nas práticas e análises desenvolvidas no terreno das políticas públicas de saúde (CORRÊA, 2001, 2002; MEYER, 2003). Desse modo, as discussões de gênero costumam se desenvolver restritas ao departamento ‘saúde da mulher’, e este vem visitar, de vez em quando, outros departamentos e serviços de saúde. Mais recentemente, pensando o gênero

<sup>1</sup> Em Brasil (2012), encontra-se a síntese das informações produzidas nos relatórios de apoiadoras(es) produzidos ao longo do PQM. Vale dizer ainda que, ao longo do PQM (e também na Rede Cegonha), foram – e são – desenvolvidos periodicamente pelas(os) apoiadoras(es) relatórios analíticos das ações desenvolvidas. Esse desenvolvimento é uma das estratégias de acompanhamento avaliativo das atividades realizadas nas maternidades. No PQM e na RC, por meio do acompanhamento avaliativo, a finalidade foi – e é – construir vias para a produção de análises coletivas do processo de trabalho de apoio. Partindo do princípio da indissociabilidade entre trabalho e formação (Ceccim, 2005), tais análises traduzem-se como um processo formativo no e pelo trabalho. Essa direção formativa e coletiva do Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) utilizada no PQM e na RC se embasa nas discussões e experimentações realizadas na PNH (SANTOS FILHO, 2009).



como categoria relacional, mas um relacional de dois termos prefixados, assistimos o mesmo movimento insular da 'saúde do homem'. Na contramão dessa tendência, o convite é para entendermos gênero como "categoria analítica de poder" (SCOTT, 1995) não restrita à mulher, nem à relação entre homens e mulheres. Pensar gênero como um operador de análises de políticas públicas de saúde, na medida em que tais políticas tendem a ser tecidas de modo generificado (MEYER, 2008), operando distribuições de poder por meio de pedagogias corporais (LOURO, 2007) que tendem a reificar normas regulatórias de gênero (BUTLER, 2007) que tomam forma nos corpos de homens e mulheres, mas também nos espaços físicos, nas relações entre profissionais e entre estes(as) e usuários(as) dos serviços, na construção dos projetos terapêuticos e institucionais, enfim, na construção de políticas.

2) Ir na contramão da produção de uma atenção à saúde materna 'prescrita' de forma generalizada e uniformizada, incluindo nas discussões singularidades de grupos de mulheres e de cada mulher. Nessa direção, deve-se abarcar questões de raça/cor e etnia, como as especificidades concernentes à produção de atenção à saúde de mulheres negras e de mulheres indígenas, assim como de mulheres grávidas quilombolas, ribeirinhas, camponesas, ciganas, que vivem nas florestas, que vivem em situação de rua, mulheres com alguma deficiência. Ou seja, pensar o tema da atenção às mulheres grávidas abarcando a multiplicidade de cenários, as contingências das situações em que as mulheres brasileiras vivem e as singularidades de cada mulher e cada gravidez.

3) A partir do entendimento de que há um atravessamento de gênero na produção da gestão e do cuidado em saúde e de que a incorporação de formas específicas de subjetivar feminilidades e masculinidades se reverte em práticas específicas de produção de saúde, parece que a intervenção a ser realizada se relaciona com a desnaturalização de julgamentos morais travestidos em práticas de cuidado ainda tão comumente vivenciados nos hospitais, nas maternidades e nos serviços públicos (e privados) de modo geral. Nessa direção, faz-se urgente: avançar no diálogo sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres (mulheres no plural e em suas singularizações, ações e políticas que compreendam mulheres em sua multiplicidade) e na desnaturalização da tríade mulher-heterossexual-mãe; abrir espaço para os debates sobre o tema 'tabu' do aborto (enquanto não fazemos tal discussão, um notável número de mulheres prossegue morrendo diariamente em decorrência de práticas abortivas inseguras), sobre o direito de mulheres a práticas assistenciais que vislumbrem reduzir danos vivenciados em situações de abortamento; ampliar o acesso a métodos contraceptivos; trazer à baila discussões coletivas e cotidianas no sentido de produzir modos de barrar práticas desrespeitosas e preconceituosas a mulheres grávidas e, sobretudo, àquelas que chegam aos serviços públicos em situação de abortamento.

Assim, a intervenção nas cenas de atenção à saúde materna e infantil (seja pela escrita, pela pesquisa, pelo trabalho na gestão ou na atenção em saúde, pela militância, pela

posição de usuária(o) do SUS) ganha um colorido lourauriano (1995): produzir uma perturbação no que parece óbvio, no que aparece na cena instituída da gravidez, do parto e do nascimento como não passível de se tolerar. Intolerável passa a dizer respeito não ao que a maioria das pessoas acha que é. Ao contrário, vestígios do intolerável parecem se localizar justamente no que para muita gente não o é, e sim 'normal', colocado no plano do aceitável. Nessa direção, a intervenção também recebe uma tonalidade foucaultiana (2006): uma instalação coletiva que possibilite o escamar de "lugares-comuns" no que se refere à gravidez, à saúde, à doença, ao cuidado, à normalidade e à tolerância. Um movimento de colocar em suspensão:

[...] algumas "evidências", [...] de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância (FOUCAULT, 2006, p. 347).

Essas são algumas entre tantas outras dimensões da discussão acerca da humanização do parto e do nascimento que precisam ser contempladas na medida em que dizem do direito à saúde e ao acesso de qualidade equânime a mulheres grávidas. Em consonância com as apostas ético-políticas da PNH, as experiências do PQM e da RC compõem um movimento coletivo produzido por muitas mãos, corpos e pés em suas andanças que lutam por justiça social e cidadania, desde que esses termos não se traduzam como ajuste social e homogeneização do social, mas tragam consigo a possibilidade de exercitar novas formas de construção e exercício da política, da democracia e da ética, da vida em sociedade, incluindo e afirmando as diferenças por meio da efetiva participação e comprometimento de muitos(as) (COIMBRA; LEITÃO, 2009) em suas singularidades na tessitura de um SUS e no exercício do direito à saúde que não se faz por consensos e representatividade – pelo menos não só por essas vias – , mas pela afirmação das diferenças em sua radicalidade, pela composição entre diferentes jeitos de viver, conviver e fazer saúde, o que diz da humanização como efetivo processo sempre inconcluso de invenção de formas e normas de vida das quais possamos ser protagonistas.

## Referências

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005. p. 131-152.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQMfinal.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. p. 151-172.

CAMPOS, G. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16 p. 161-77, 2005.

COIMBRA, C.; LEITÃO, B. S. Fluxos de utopia ativa: movimento zapatista, direitos humanos e psicologia. In: MOURÃO, J. C.; JORGE, M. A. (Org.). **Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas**. Rio de Janeiro: Abaquar; Grupo Tortura Nunca Mais, 2009. p.71-84.

CORRÊA, M. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 13-30, 2001.

\_\_\_\_\_. Gênero e saúde: campo em transição. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FCC; Editora 34, 2002. p. 357-388.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Ditos & Escritos IV: estratégia, saber-poder**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 335-351.

GUIZARD, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 21-36.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007. p. 7-34.

MEYER, D. E. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.

\_\_\_\_\_. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 9-27.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. de B.; GOMES, R. da S. A Política de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-614, 2009.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-100, 1995.

**O Modelo Obstétrico e  
Neonatal que  
Defendemos  
e com o qual  
Trabalhamos\***  
**Obstetric and neonatal models we  
defend and with which we work**

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>1</sup>

João Batista Marinho de Castro Lima<sup>2</sup>



## Resumo

A vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente um fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. A hegemonia do modelo biomédico na assistência obstétrica e neonatal e a utilização acrítica do conhecimento técnico podem contribuir com o aumento dos riscos e tornar ineficaz qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças. O Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste (PQM), proposto em 2009, com o objetivo geral de desenvolver condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, baseia-se em um modelo ético-político (em contraposição ao modelo biomédico hegemônico) com seus elementos organizadores e estruturantes que permitam operacionalizar a qualificação da atenção ao parto e ao nascimento, assegurando modos de cuidado humanizado e integral às mulheres e às crianças. Este artigo propõe-se a refletir sobre os modelos obstétricos e neonatais e relatar princípios e fundamentos do modelo de assistência obstétrica e neonatal para a prática clínica baseada em evidências, com ênfase no direito ao acesso e na qualidade do cuidado às mulheres e aos bebês.

## Palavras-chave:

Prática clínica baseada em evidências. Competência profissional. Parto humanizado. Humanização da assistência. Assistência perinatal.

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Pediatra, supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste/Ministério da Saúde, professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo. *E-mail:* geliandrade@hotmail.com>.

<sup>2</sup> Ginecologista e obstetra, diretor clínico do Hospital Sofia Feldman, supervisor do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste, consultor matricial da Rede Cegonha/Ministério da Saúde. *E-mail:* jbmclima@uol.com.br.

### Abstract

The social vulnerability of women and children in some risky situations is demonstrably determinant of their morbidity and mortality, especially for maternal and newborn deaths. The biomedical model hegemony and the uncritical use of technical knowledge may contribute to the increased risks and render ineffective any initiative to implement actions and attempts to change.

The Qualification Plan of Care in Maternity and Perinatal Network in Northeast and Amazon (PQM), proposed in 2009, with the aim of developing institutional and technical conditions to change work processes and reduce maternal and neonatal morbidity and mortality, based on an ethical-political model (as opposed to the hegemonic biomedical model) with their organizers and structural elements that allow to operate the qualification of labor, delivery and neonatal care, ensuring models of full humanized care to women and children. This article aims to reflect on the models of obstetric and neonatal care and reporting principles and fundamentals of obstetric and neonatal clinical practice based on evidence, with emphasis on the right to access and quality of care for women and babies.

### Keywords:

Evidence-Based Practice. Professional Competence. Humanizing Delivery. Humanization of Assistance. Perinatal Care.

### Introdução

A vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. Aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo inteiro, todos os anos, devido a complicações relacionadas à maternidade (WHO, 2012), configurando uma crise na saúde materna e infantil expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer.

Segundo Victora et al. (2011), os coeficientes de mortalidade infantil decresceram acentuadamente nos últimos 30 anos, mas foram acompanhados por reduções menores nos óbitos neonatais e pelo aumento da ocorrência de prematuridade, que é considerada a principal causa de mortes infantis no Brasil.

A mudança na razão de mortalidade materna é difícil de ser avaliada, mas, no Brasil, nas últimas décadas, há evidências de diminuição nas razões de óbitos maternos (VICTORA et al., 2011) e grande ampliação do acesso aos serviços de saúde, porém, os indicadores de mortalidade materna e neonatal ainda estão distantes do que se consideraria aceitável



e desejável (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Apesar dos progressos, ainda persistem grandes desafios, incluindo as mortes maternas causadas por abortos inseguros e a alta frequência de cesarianas. A medicalização abusiva no processo de parto e de nascimento também é uma tendência crescente (VICTORA et al., 2011) e tem mostrado seu alcance na cultura e nas práticas cotidianas dos indivíduos.

Importante ressaltar que um número expressivo de mortes maternas e neonatais é evitável por ações dos serviços de saúde, ou seja, por atenção ao pré-natal, ao parto ou ao nascimento. Entretanto, o fato de a assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada, ou seja, realizada principalmente em hospitais e por profissionais de saúde habilitados<sup>3</sup>, a interpretação conjunta desses indicadores revela que a oferta e a disponibilização de saberes e o maior acesso à tecnologia, aos insumos e aos equipamentos biomédicos, a maior presença de profissionais e as formulações normativas não garantem, por si só, a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materna e neonatal (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010), o que é considerado um paradoxo perinatal (DINIZ, 2009).

Este paradoxo aponta para o atual modelo Tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, onde o processo do parto e do nascimento frequentemente é percebido como um processo patológico. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), este processo é abordado a partir de um rol de práticas médicas calcadas na concepção biomédica, cujo foco é a incorporação de tecnologias, tanto na forma de insumos, como na organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho.

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Nesse contexto, ainda que boa parte dos avanços científico e tecnológico adotados pelo hospital apresente condições reais de prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, segundo Sodré e Lacerda (2007), a contradição que se evidencia é que as complicações não vêm diminuindo e, muitas vezes, são causadas justamente por esse avanço, por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), essa prática submete a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e o seu ritmo natural, e a impede de exercer seu protagonismo, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural.

A retirada do papel de protagonista torna a mulher frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta. Nessa condição de fragilidade, o momento

<sup>3</sup> A atenção hospitalar ao parto é superior a 95% desde 1994, no Brasil, atingindo 97,9%, em 2006, com menor valor (85%) na Região Norte. Os partos são, na sua grande maioria, atendidos por profissionais habilitados (médicos e enfermeiros, em 95,9% dos partos) e 88% são realizados por médicos, com menor proporção nas regiões Nordeste e Norte.

do parto e do nascimento passa a ser encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante (PASCHE et al., 2010).

A taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto e, segundo padrão normativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), não deve ultrapassar 15%. A alta prevalência de cesáreas no Brasil não parece estar relacionada a mudanças no risco obstétrico e sim a fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. A preferência das mulheres pelo parto cesáreo parece moldada pela conduta intervencionista do médico e pela crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia dura utilizada no parto operatório (LEAL et al., 2009).

Entretanto, no contexto onde os avanços da saúde não estão reconhecidamente associados à maior satisfação dos profissionais, nem dos usuários com relação aos cuidados e à promoção da saúde, somados à preocupação com o aumento dos custos com a assistência e a eclosão de questões conflituosas entre usuários, profissionais e prestadores de serviços na área de saúde, torna-se evidente que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não for modificado o atual modelo obstétrico e neonatal.

O predomínio do modelo biomédico e a utilização acrítica do conhecimento técnico, sobretudo em hospitais, que se encontram entre as instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças e às inovações, sobretudo na gestão (modos de organização e circulação do poder) (PASCHE, VILELA; MARTINS, 2010), podem tornar ineficazes qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças.

Para lidar com esses desafios, foi proposto, em 2009, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia Legal e Nordeste (PQM) que teve como objetivo geral desenvolver condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho, visando reduzir a taxa de mortalidade materna e neonatal, a partir da qualificação da atenção ao parto e ao nascimento, assegurando modos de cuidado humanizado e integral às mulheres e às crianças, nas 26 principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, a partir das referências da Política Nacional de Humanização (PNH) e das diretrizes das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e da Criança do Ministério da Saúde. O PQM propôs-se, no período de 2009 a 2011, a promover um processo de transformação cultural progressiva no modelo hegemônico de atenção obstétrica e neonatal no sentido de assegurar as seguintes orientações gerais ou eixos: vinculação da gestante à equipe de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção

de saúde na Atenção Básica e nas maternidades; acolhimento com classificação de risco nas maternidades e serviços que realizam partos; e a garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e para o recém-nascido com necessidade de internação em unidade neonatal, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados (BRASIL, 2009).

A noção de mudança deste atual modelo, defendida no PQM, estimula uma reflexão sobre os modelos explicativos de saúde-doença-cuidado vigentes e que, conscientes ou não, estão diretamente relacionados às práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde. Trata-se de uma importante reflexão motivada principalmente pelas discussões em torno da ampliação do conceito de saúde. É importante destacar que embora o conceito “ampliado” de saúde venha sendo discutido entre os profissionais da saúde Coletiva, existem controvérsias sobre a direção dessa ampliação e pouco se sabe sobre como operacionalizá-lo (BATISTELLA, 2004).

Nosso objetivo neste artigo é fazer uma demarcação do modelo que defendemos e com o qual trabalhamos, abordando seu principal componente ético-político (em contraposição ao modelo biomédico hegemônico) e os elementos organizadores e estruturantes que permitam operacionalizar a reversão do paradoxo perinatal e da iatrogenia cultural, em um contexto de resistência ao modelo que hoje é atestado como seguro, benéfico e protetor às mulheres e aos bebês.

### **Uma reflexão necessária sobre os modelos obstétricos e neonatais**

A compreensão dos sentidos de saúde e doença, no Brasil, anteriormente à década de 1980, remontava à descoberta da anatomia patológica, onde o interesse médico foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, na busca de lesões que explicassem as doenças, e com isso, a importância do sujeito foi se tornando cada vez mais secundária. Construiu-se uma concepção baseada na generalização dos achados anatômicos, sem lugar para o que não possa ser referido ao corpo doente ou, mais especificamente, a órgãos doentes. Dessa forma, o lugar do indivíduo passou a ser o de portador de lesões.

Consequentemente, a definição do que é doença e, em contraposição, do que é saúde, para o profissional, passa a depender do achado de substratos anatômicos e fisiopatológicos, e, por conseguinte, a percepção subjetiva do doente construída a partir de sua experiência da doença é negada.

O modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente legitimizado na maioria dos países ocidentais e consequentemente no Brasil, o qual Wagner (1994) denomina de modelo médico, caracteriza-se por encarar a saúde como um problema, ou seja, a vida é cheia de riscos e está quase sempre em constante perigo. O nascimento é visto como um

problema médico, considerando que todas as gestações são potencialmente patológicas, até prova em contrário. O corpo da mulher é encarado como uma máquina complexa que só pode ser entendida por meio do método científico que separa as partes do todo. A mulher também é tida como incapaz de compreender as intrincadas nuances médicas e científicas envolvidas nas decisões. Em relação à tecnologia, tal modelo acredita que, para aumentar a eficiência de uma máquina imperfeita, ou seja, o corpo da mulher, são necessárias várias outras máquinas. Em consequência, várias tecnologias sofisticadas são utilizadas sem a devida avaliação da sua real necessidade e eficácia e, principalmente, sobre a sua segurança.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, em Alma-Ata, resgata à saúde o seu caráter subjetivo e normativo, conceituando-a como bem-estar, significando que a saúde passa a ser definida a partir da percepção de cada sujeito, o que, segundo Campos (2003), abriu espaço para se pensar o direito à saúde de maneira mais ampla e, em consequência, reforçou as correntes que defendiam abordagem integral ou ampliada do processo saúde e doença, além de favorecer políticas de saúde mais abrangentes. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, esse conceito ampliado de saúde foi explicitado e vem agregando maior valor à saúde como componente para a vida.

Nessa perspectiva, o conceito de saúde como direito, formulado em pleno processo de redemocratização do País, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, representou uma importante conquista social ao transformar-se em texto constitucional em 1988. A Constituição Brasileira defende como princípios e diretrizes para o SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, que devem estar presentes na efetivação de um novo modelo obstétrico e neonatal, de modo a se produzir ações integrais de saúde em função das necessidades das mulheres e crianças de um parto e nascimento seguros e humanizados e da construção e sustentação de redes perinatais.

O modelo social passa a encarar a saúde como uma solução e não mais como um problema. Essa concepção orienta para a atenção integral à pessoa e, não apenas à doença, visando eliminá-la ou evitá-la, mas também para tirar proveito dela (WAGNER, 1994). A concepção do nascimento como um evento biopsicossocial é básica para o modelo social. Nesse sentido, o nascimento como evento biológico – anatômico, psicológico e bioquímico – está integrado a componentes mentais e espirituais, ou seja, é por natureza feminino, intuitivo, sexual e espiritual. Como evento social, tem profundas implicações para a sociedade como um todo, devido à sua visão da reprodução, da posição da mulher, das relações familiares, da socialização e da construção da personalidade. Nesse contexto, crenças religiosas exercem fundamental influência no modo como as pessoas veem esse processo. Quanto ao uso de tecnologias duras, o modelo social busca o seu controle, ou seja, o uso adequado. Estimula

práticas simples, baratas, que possam ser utilizadas em nível ambulatorial ou em casa, e que sejam preferencialmente não invasivas, social e psicologicamente justas para a mulher e sua família.

Didaticamente, os modelos assistenciais podem ser classificados em três paradigmas: o modelo Tecnomédico ou Biomédico, o modelo Humanista e o modelo Holístico (DAVIS-FLOYD; ST. JOHN, 1998). Esta classificação baseia-se na identificação das 12 características básicas, do princípio básico subjacente e do tipo de pensamento de cada modelo.

### **Modelo Tecnomédico ou Biomédico**

#### **Características básicas:**

1. Separação corpo-mente.
2. O corpo como máquina.
3. O paciente como objeto.
4. Alienação do médico em relação ao paciente.
5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção).
6. Organização hierárquica e padronização de cuidados.
7. Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente.
8. Supervalorização da ciência e tecnologia dura.
9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.
10. A morte como derrota.
11. Um sistema dirigido pelo lucro.
12. Intolerância a outras modalidades.

Princípio básico subjacente: separação.

Tipo de pensamento: unimodal, lado esquerdo do cérebro e linear.

## Modelo Humanista

### Características básicas:

1. Conexão corpo-mente.
2. O corpo como organismo.
3. O paciente como sujeito relacional.
4. Conexão e carinho entre médico e paciente.
5. Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora.
6. Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo.
7. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente.
8. Ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo.
9. Foco na prevenção da doença.
10. A morte como resultado aceitável.
11. Cuidados dirigidos pela compaixão.
12. Mente aberta para outras modalidades.

Princípios básicos subjacentes: balanço e conexão.

Tipo de pensamento: bimodal.

## Modelo Holístico

### Características básicas:

1. Unicidade de corpo-mente e espírito.
2. O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia.
3. Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo.
4. Unidade essencial entre médico e cliente.
5. Diagnóstico e cura de dentro para fora.
6. Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência.
7. Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo.
8. Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo.
9. Focalização, a longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar.

10. A morte é um processo.
11. A cura é o foco.
12. Abarca múltiplas modalidades de cura.

Princípios básicos subjacentes: conexão e integração.

Tipo de pensamento: fluido, multimodal e lado direito do cérebro.

As fronteiras existentes entre os três modelos não são rígidas e muitos médicos e outros profissionais de saúde transitam de um lado para outro. Alguns tecnocráticos estão incorporando elementos do humanismo e começando a incorporar elementos holísticos por meio da prática. A medicina holística certamente também engloba muitas dimensões da prática humanista e tecnocrática (DAVIS-FLOYD; ST. JOHN, 1998).

### **Princípios e fundamentos do modelo de assistência obstétrica e neonatal**

#### **A experiência humana**

Por gerações e em todas as culturas humanas, o surgimento de um novo ser sempre despertou corações e mentes. Principalmente para a mulher, a gravidez e o nascimento em particular, são eventos únicos repletos de fortes sentimentos e emoções. A experiência vivida por ela nesses momentos ficará indelevelmente marcada em sua memória e, por isso, todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem lhe proporcionar uma atmosfera de carinho e humanismo.

O local onde a mulher é cuidada não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde ela não possa expressar livremente seus sentimentos e suas necessidades. Deve receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas. É necessário que se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. Tanto na assistência pré-natal como na assistência ao nascimento, a presença do seu companheiro ou outro membro da família deve ser encorajada.

A separação mãe-filho deve ser evitada desde o nascimento até a alta, e quando for inevitável, diante da necessidade de internação do recém-nascido em Unidade Neonatal, seus efeitos devem ser minimizados a partir de uma boa comunicação entre a equipe e a mãe, e da criação de possibilidades para que o encontro seja o mais breve possível. Tanto os fatores científicos que trazem segurança, como os fatores humanos que trazem alegria e felicidade devem ser considerados para assegurar uma experiência bem-sucedida e gratificante para todos os envolvidos.



### **Assistência centrada na mulher e na família**

O objetivo principal de assistência materna de qualidade é favorecer experiência positiva para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências. Uma boa comunicação entre a equipe e entre esta e a mulher e sua família é fundamental para se alcançar tal objetivo. Ambos, mulher e familiares, devem receber apoio constante da equipe assistencial, e suas angústias e questionamentos devem ser esclarecidos com linguagem clara e acessível e com tom de voz que traduza calma e serenidade.

É necessário o reconhecimento dos diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, procurando a individualização do cuidado, de encontro a essas expectativas, sempre que possível. Todos os procedimentos a serem realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção e a mulher deve sentir que os mesmos são realmente necessários e que poderão contribuir tanto para o seu bem-estar, como para o seu filho ou sua filha.

### **Acesso e acolhimento**

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Para isso, é necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação e, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. Nas unidades de cuidado a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de risco que apresenta nesse momento.

### **Fortalecimento e participação da mulher na tomada de decisões**

As atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho ou sua filha, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade. A redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos tais como

“mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria” etc. devem ser evitados. Ela deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis. Manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e ela deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos.

### **Proteção e promoção da gravidez e parto como processos saudáveis e fisiológicos**

A gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico, devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, permitindo que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais. A filosofia do “pior caso” deve ser evitada, pois apenas em raras ocasiões podem surgir complicações que justifiquem a adoção de intervenções. A menos que haja desvios da normalidade, constatado por meio dos controles maternos e fetais periódicos, com avaliação contínua de risco, não se justifica qualquer tipo de intervenção nesse processo.

### **Uso apropriado da tecnologia**

As tecnologias da assistência em saúde podem ser definidas em duras, leve-duras e leves (MERHY, 1998). As tecnologias duras se referem aos equipamentos, medicamentos e outras instrumentos utilizados na atuação profissional. As tecnologias leve-duras são aquelas relacionadas à técnica e ao conhecimento necessário para se obter algum resultado na assistência. As tecnologias leves são aquelas relacionadas às relações entre os prestadores de cuidado e seus pacientes. Na assistência perinatal, quando se está lidando com mulheres e crianças saudáveis, as tecnologias leves devem preponderar sobre todas as outras. Mesmo nas situações de maior risco ou diante de desvios importantes da normalidade, quando o uso de tecnologias duras e leve-duras são comprovadamente benéficas, estas não devem se sobrepor às tecnologias leves em que o apoio, o cuidado e a observação direta podem potencializar os benefícios. Por outro lado, a busca da segurança não deve ser razão para a utilização de intervenções desnecessárias e vigilância tecnológica intensiva quando não justificadas pelas necessidades da mulher e de seu bebê.

### **Trabalho integrado em equipe multiprofissional**

Uma das grandes lacunas da assistência à saúde no Brasil é a ausência de uma filosofia de trabalho em equipe que proporcione resultados na melhoria dos indicadores de saúde, particularmente na assistência perinatal. Muitos resultados adversos relacionados à mortalidade e à morbidade materna e perinatal têm sua origem em um trabalho em equipe fraco e desarticulado. Em muitas mortes de crianças e mulheres, relacionadas às complicações da gravidez e do parto, identifica-se que a equipe não atua de forma conjunta e coesa e que a forte hierarquia presente entre os seus membros, destacando-se a hegemonia médica, dificulta, e muitas vezes impossibilita, que outras categorias profissionais possam atuar de forma a contribuir para melhorar os resultados.

A presença central e preponderante de profissionais médicos, principalmente obstetras e pediatras, não tem resultado em avanços significativos na melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade materna e perinatal no País. O médico obstetra ou pediatra, pela sua formação, obviamente está mais capacitado a lidar com as mulheres e recém-nascidos de alto risco e com as complicações sérias que podem surgir durante a gravidez, o parto e o nascimento, estando mais propenso a intervir com mais frequência (OMS, 1996). Por isso, o trabalho integrado em equipe multiprofissional, pedra angular da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, somando diversos saberes e habilidades, deve se tornar uma prática constante na assistência.

A incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstetras, obstetras, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, proporcionando uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família. Dessa forma, as potencialidades de cada membro da equipe podem ser utilizadas plenamente, de acordo com suas capacidades técnica e legal, em benefício da mulher e da criança.

### **Práticas baseadas em evidências científicas**

Várias evidências científicas têm demonstrado que muitas práticas correntes na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos bem desenhados. Também a introdução de novas práticas e tecnologias sofisticadas na assistência, com a esperança de se obter resultados melhores, não foi acompanhada dos resultados esperados. O uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais deve ser evitado (ex.: enema e episiotomia de rotina etc.). Apenas aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível devem ser adotadas, aliando a arte com a ciência, visando a um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias.

### **Práticas assistenciais do modelo obstétrico e neonatal**

Contrapondo-se às concepções puramente biomédica e tecnocrática, já delineadas acima, o componente ético-político mais significativo no modelo obstétrico e neonatal proposto pelo PQM refere-se ao direito à vida digna, sem sofrimento e com qualidade, sinalizado pela defesa dos direitos humanos na atividade cotidiana de cuidados maternos e infantis. Na prática, esse modelo deve atender à demanda de assegurar uma assistência ao parto e ao nascimento segura e humanizada, baseada em evidências científicas e em direitos: o direito ao exercício da autonomia feminina, para que a voz das mulheres seja respeitada nos serviços de saúde, incluindo o direito de escolha informada e consentida no parto (como, com quem e onde ter o parto). Nesse sentido, é fundamental reconhecer como ideia-força o percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que afirma a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, a fim de assegurar a saúde como direito de todos.

Um importante elemento organizador e estruturante para efetivar a mudança de modelo obstétrico e neonatal refere-se ao reconhecimento da problemática envolvida no modelo Tecnocrático de cuidados maternos e infantis, e a decisão política de enfrentá-la nas instituições. Nesta perspectiva política, o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer uma agenda de decisões, que efetive os acordos entre os atores envolvidos, e assegure condições concretas, sem as quais se corre o risco de transformar a cogestão em apenas um exercício discursivo (BRASIL, 2010).

O modelo obstétrico e neonatal que defendemos, e com o qual trabalhamos, deve ser reflexivo sobre o processo de trabalho com foco no atual modelo de assistência ao nascimento e seus resultados maternos e perinatais, subsidiado pelo debate sobre as evidências científicas que sustentam os melhores indicadores maternos e perinatais e onde as mulheres têm a oportunidade de exercer sua autonomia.

### **Local do nascimento**

O local do parto que antes ocorria no ambiente doméstico e passou para o hospital com o suposto objetivo de melhorar a segurança para a mãe e a criança, tem sido tema de muitas discussões na obstetrícia. Por se tratar de um processo natural e fisiológico, existem muitas razões para que a mulher seja apoiada no parto em um ambiente quieto, seguro e que lhe seja familiar. A opção de parto domiciliar é uma alternativa para muitas mulheres que assim o desejarem e que não possuam algum fator de risco que as levariam à necessidade de buscar o ambiente hospitalar. Pode-se usar como exemplo a Holanda, onde o parto domiciliar faz parte do sistema nacional de assistência à saúde, e 30% destes, ocorrem no domicílio, geralmente com o auxílio de uma parteira profissional (TREFFERS et al., 1990; BUITENDIJK, 2000).

A principal discussão que surge em relação ao parto domiciliar é a que concerne à segurança. Os opositores de tal opção alegam que o parto no domicílio é perigoso e que, mesmo em situações de risco habitual, poderiam surgir problemas que apenas são solucionados no ambiente hospitalar. Ao contrário, os seus defensores alegam que não necessariamente o parto no ambiente hospitalar é absolutamente seguro, tendo em vista as intervenções, muitas vezes desnecessárias, às quais as mulheres são submetidas acarretando-lhes também complicações.

Uma metanálise sobre a segurança do parto domiciliar planejado com o apoio de um hospital de referência, comparado com o parto hospitalar planejado, incluindo estudos observacionais com amostra de 24.092 mulheres, mostrou que o parto domiciliar é seguro e associado a uma menor frequência de indução, estimulação, episiotomia, parto vaginal operatório, cesariana, menor frequência de baixos escores de Apgar e lacerações graves, quando as mulheres são adequadamente selecionadas e assistidas por profissionais habilitados. Não houve diferença na mortalidade perinatal (OLSEN, 1997).

Além dessa metanálise, podemos citar vários estudos de coorte realizados em diferentes países. Um estudo de coorte retrospectivo realizado na Holanda, utilizando dados de rotina de mais de 500 mil mulheres, não encontrou diferença na morbidade ou mortalidade perinatal entre mulheres de baixo risco que planejaram o parto em casa e mulheres de baixo risco que planejaram o parto no hospital (DE JONG et al., 2009). Estudos canadenses e suecos de partos planejados no domicílio comparados com partos planejados no hospital, para mulheres de baixo risco, também não mostraram diferenças na mortalidade perinatal (JANSSEN et al., 2009; LINDGREN et al., 2008). Outro grande estudo de coorte prospectivo realizado na Inglaterra, envolvendo cerca de 65 mil mulheres demonstrou que o parto planejado no domicílio, para múltíparas de baixo risco, não aumenta a chance de resultados perinatais adversos quando comparado ao parto planejado no hospital ou outros locais de nascimento. Para as nulíparas, entretanto, os resultados perinatais adversos parecem ser maiores (HOLLOWELL, 2011).

Outro estudo de revisão crítica da literatura internacional sobre o tema, realizado na Austrália no sentido de subsidiar o governo daquele país em suas políticas públicas, concluiu que não existem diferenças nos resultados em relação aos modelos assistenciais liderados por parteiras (Midwives), em centros de parto ou no domicílio, comparados com a assistência obstétrica padrão em hospitais, para mulheres de baixo risco (MCINTYRE, 2012).

Não se pode esquecer que o fato de a mulher se sentir em um ambiente familiar, emocionalmente seguro e agradável, cercada por parentes e amigos, pode trazer influências psicologicamente positivas e desse modo contribuir para que o parto transcorra de maneira satisfatória, com menos complicações e intervenções. No Brasil, devido à cultura

do parto hospitalar, tal opção talvez esteja restrita a algumas mulheres e profissionais com características peculiares que assim o desejarem.

Aqueles que optarem por parto domiciliar devem se cercar de todos os cuidados de segurança necessários: critérios estritos de seleção, ambiente higienicamente adequado, material e equipamentos mínimos necessários para alguma intervenção, hospital de referência facilmente acessível, equipe assistencial qualificada e capaz de detectar precocemente as complicações e transporte rápido em caso de necessidade.

Outra opção existente quanto ao local do nascimento é o centro de nascimento, ou centro de parto normal, ligado a um hospital (intra-hospitalar ou peri-hospitalar) ou independente, mas com referência (extra-hospitalar). Nos centros de parto, mulheres de risco habitual podem vivenciar o processo de nascimento em uma atmosfera semelhante ao domicílio, com assistência obstétrica no nível primário, geralmente assistidas por obstetras ou enfermeiras obstetras. Nesses locais, as mulheres têm a opção da presença de familiares, assim como a liberdade para adotarem a posição que desejarem durante o trabalho de parto e no parto, além de dar à luz na mesma cama em que estiveram durante toda a internação. Os critérios de seleção de parturientes devem permitir somente a admissão de mulheres que tenham baixo risco de complicações.

Mais uma vez muito se discute quanto à segurança. Um relatório extenso sobre a assistência em centros de nascimento fora de hospitais nos Estados Unidos descreveu os resultados de 84 centros no país, totalizando 11.814 mulheres admitidas para trabalho de parto e para o parto. Destas, 7,9% tiveram complicações e 15,8% foram transferidas para hospitais. A mortalidade perinatal intraparto e neonatal foi de 1,3 por mil nascimentos. As taxas de mortalidade neonatal e baixos índices de Apgar foram semelhantes às aquelas relatadas em estudos de partos hospitalares de baixo risco. Os autores concluíram que os centros de nascimento oferecem uma alternativa segura e aceitável para gestantes selecionadas, particularmente para aquelas que já tiveram filhos (ROOKS et al, 1989). Para alguns o ideal seria a localização de tais centros de nascimento em alas separadas dos hospitais, onde bons resultados têm sido relatados. Entre abril de 1992 e dezembro de 1994, uma equipe de médicos obstetras e enfermeiras obstetras certificadas assistiu 20.047 mulheres com gestações a termo de baixo risco em uma unidade separada de parto e nascimento no Parkland Hospital. A mortalidade perinatal corrigida foi de 0,2 por mil e a taxa de cesariana foi de 4,7% (CUNNINGHAM et al., 1996). Em uma metanálise de cinco estudos randomizados ou quase-randomizados que comparou a assistência oferecida em ambientes alternativos intra-hospitalares com a assistência institucional convencional, envolvendo 10.684 mulheres, os resultados encontrados foram: menores taxas de analgesia/anestesia intraparto, aumento nas taxas de parto vaginal espontâneo e de aleitamento materno com 6 a 8 semanas e visões muito positivas a respeito do cuidado recebido. Também houve redução do uso de

estimulação com ocitocina e episiotomia. Não houve nenhuma diferença em termos de mortalidade ou morbidade materna ou perinatal, outros resultados neonatais adversos ou hemorragia pós-parto (HODNETT et al., 2012a).

O mesmo estudo já citado, realizado na Inglaterra, envolvendo cerca de 65 mil mulheres, concluiu que para mulheres de baixo risco que planejaram o parto em centros de nascimento intra ou extra-hospitalares, não há diferenças em termos de resultados perinatais adversos quando comparadas a mulheres de baixo risco que planejaram o parto em unidades obstétricas. Concluiu-se, também, que os principais benefícios associados com o parto planejado em casa ou nos centros de parto incluem menos intervenções, uma substancial redução na incidência de cesariana intraparto e uma maior probabilidade de um parto normal (HOLLOWELL, 2011).

O parto no ambiente hospitalar, que deverá continuar sendo a opção para a maioria das mulheres e seus assistentes, também pode oferecer alternativas que favoreçam uma assistência centrada na família com o mínimo de intervenções. Tal opção pode oferecer uma solução para o conflito, às vezes existente, entre uma concepção mais humanista de assistência e as questões de segurança. O ambiente deve ser agradável e oferecer à mulher uma sensação de apoio e aconchego que a permita vivenciar o momento do nascimento como uma experiência prazerosa. Locais aprazíveis onde a mulher possa ter mais liberdade de movimentação e contato com a sua família devem fazer parte do espaço das maternidades, tais como pequenos jardins ou salas com decoração que traduza calma e serenidade. O conceito de unidades pré-parto, parto e puerpério (unidades PPP) deve ser adotado, pois oferece à mulher assistência integral desde o momento da admissão, sem a necessária mudança para ambientes diferentes nos diversos momentos do parto (SOCIETY OF OBSTETRICIANS..., 1998). Existem várias camas que oferecem a opção de várias posições nos diferentes estágios do trabalho de parto e do parto e promovem a oportunidade de baixo nível de intervenção, além de cuidados individualizados. Também é possível que algumas intervenções emergenciais sejam realizadas nessas camas especiais. O “velho Centro Cirúrgico e Obstétrico” deve ser limitado apenas para a realização de cesarianas ou partos mais complicados, tais como pélvicos, gemelaridade, indicação de fórceps etc. Uma assistência baseada nessa filosofia pode aumentar o grau de satisfação dos usuários quanto à assistência oferecida no ambiente hospitalar sem prejuízo das questões de segurança.

Tendo em vista as diversas opções existentes quanto ao local do nascimento, é necessário que as mulheres e suas famílias sejam informadas adequadamente sobre tais possibilidades, assim como os riscos e benefícios de cada uma delas. Cabe aos profissionais responsáveis pela assistência oferecerem essas informações sem preconceitos, para que as usuárias possam fazer uma opção livre e consciente. Obviamente, as preferências e visões do assistente



também devem ser levadas em consideração, para que a escolha do local de nascimento ocorra em uma situação de confiança mútua, que seja prazerosa e com o máximo de satisfação para todos os envolvidos.

### **Assistência no primeiro estágio do parto**

#### **Dieta**

A prática comum de se proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto deve-se ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. O risco, entretanto, está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, a permissão para a mulher ingerir alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações (SCHEEPERS; ESSED; BROUNS, 1998; SCRUTTON et al., 1999; SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012).

#### **Enema**

O enema evacuante de rotina no início do trabalho de parto ainda é prática comum em muitas maternidades, com a alegação de que traria benefícios tais como: aceleração do trabalho de parto, diminuição da contaminação do períneo e conseqüentemente redução dos índices de infecção materna e neonatal. Uma revisão sistemática da literatura, envolvendo um total de 1.917 mulheres, demonstrou que o uso do enema não levou à redução significativa de infecção puerperal e neonatal (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2012). Em publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o enema é classificado como uma prática claramente danosa ou ineficaz que deveria ser evitada (OMS, 1996). É importante que a mulher seja informada desses resultados e possa optar, de acordo com suas preferências, pela realização ou não do enema.

#### **Tricotomia dos pelos pubianos**

A tricotomia é outro procedimento comum, realizado com o intuito de diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. Muitas mulheres não gostam do procedimento e relatam desconforto durante o período de crescimento dos pelos. Uma metanálise de estudos aleatorizados controlados, envolvendo um total de 1.039 mulheres, concluiu não haver evidências que apoie o uso rotineiro da tricotomia no parto e, tendo em vista o potencial de complicações, os autores sugerem que ela não faça parte das rotinas (BASEVI; LAVENDER, 2012). Na Inglaterra, essa prática foi abandonada desde o final dos anos 70.

### **Apoio físico e emocional contínuo**

O apoio físico e emocional pode ser oferecido à mulher tanto pelo seu acompanhante ou doula, assim como pelos profissionais que participam da assistência (auxiliares e técnicos em Enfermagem, psicólogos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, entre outros).

O apoio proporcionado pelas doulas promove, em várias evidências, uma série de benefícios para as mulheres. Metanálise de estudos randomizados envolvendo 15.061 mulheres demonstrou que, para aquelas alocadas para o suporte contínuo, houve uma maior incidência de parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia e maior satisfação com a experiência do parto. Tiveram também menor probabilidade de serem submetidas à cesariana ou ao parto instrumental e de terem bebê com baixos escores de Apgar no quinto minuto. A análise de subgrupo sugeriu que o suporte contínuo é mais efetivo quando promovido por uma mulher que não faça parte da equipe do hospital nem da rede social da gestante (doulas), e em locais onde não há disponibilidade de analgesia peridural (HODNETT et al., 2012b). Os profissionais que assistem à mulher devem promover um balanço entre os cuidados *high-tech* e *high-touch* por meio do desenvolvimento e da compreensão do apoio no parto e seus benefícios, tornando as mulheres cientes disso.

### **Posição e movimentação da mulher**

Na maioria das maternidades, a mulher ainda é obrigada a permanecer deitada, em decúbito lateral esquerdo, durante o trabalho de parto. Embora esta posição possa permitir uma melhor oxigenação fetal em comparação com o decúbito lateral direito e a posição supina, a permissão para que ela escolha a posição que melhor lhe convier, seja deambulando ou outras posições verticais, não oferece maior risco, proporciona menor duração do trabalho de parto e diminui a necessidade de analgesia (LAWRENCE et al., 2012).

### **Imersão em água**

A imersão em água no primeiro estágio do trabalho de parto pode ser excelente medida de conforto para muitas mulheres, favorecendo maior relaxamento e maior capacidade para suportar o estresse e as contrações, além de uma experiência mais holística no parto. As evidências indicam que essa imersão não oferece maior risco à mulher nem ao recém-nascido, portanto, o uso de banheiras ou pequenas piscinas podem ser uma opção que as maternidades ou centros de nascimento podem oferecer às mulheres.

Em uma metanálise de estudos randomizados controlados, envolvendo 3.243 mulheres, a imersão em água no primeiro período do parto reduziu significativamente a necessidade de analgesia epidural/espinhal, sem afetar de maneira adversa a duração do trabalho de parto, as taxas de parto operatório ou o bem-estar do recém-nascido. Em um dos

estudos, demonstrou-se maior satisfação da mulher com a experiência do parto (CLUETT; BURNS, 2012).

Alguns cuidados devem ser tomados para poder aumentar a segurança e a satisfação da mulher ao utilizar a água no trabalho de parto: controle cuidadoso da temperatura (entre 34°C e 37°C), limpeza e desinfecção adequada da banheira ou piscina, evitar imersão prolongada (entrar na água com 5 cm ou mais de dilatação cervical).

### **Manejo da dor**

A necessidade de uma mulher em trabalho de parto utilizar algum método de alívio da dor pode ser influenciada por muitos fatores, incluindo suas expectativas, a complexidade do seu trabalho de parto e a intensidade da sua dor. Para muitas, alguma forma de alívio pode ser necessária.

Expectativas flexíveis e a preparação para o parto podem influenciar o bem-estar emocional da mulher após o parto. A dor extrema pode resultar em trauma psicológico para algumas, enquanto para outras os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos de controle podem influenciar negativamente na experiência do nascimento. O importante é que as necessidades individuais da mulher sejam reconhecidas por meio de um bom processo de apoio e comunicação, devendo-se estar alerta para as mudanças de comportamento durante o trabalho de parto, notadamente para sinais graves de estresse, o que pode indicar a necessidade de utilização de um método efetivo de alívio da dor.

Para muitas mulheres, tal alívio pode ser obtido apenas com um suporte físico e emocional adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional também devem ser utilizadas para alívio da dor.

Quando for constatada a necessidade ou houver solicitação da mulher, métodos farmacológicos de alívio da dor devem ser utilizados.

A analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada devem ser os métodos farmacológicos de alívio da dor de escolha, após se obter o consentimento da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto.

### Assistência no período expulsivo

#### Posição para o parto

Posições verticais no parto sempre foram utilizadas, ocorrendo uma drástica mudança a partir do momento em que o parto passou a ser assistido por médicos e, principalmente, no ambiente hospitalar. A posição de cócoras geralmente é a preferida pelas mulheres quando lhes oferecem a liberdade de escolha. Entretanto, argumenta-se que para a mulher ocidental, não acostumada a adotar tal posição em suas atividades cotidianas, isso poderia resultar em maior trauma perineal.

Em metanálise envolvendo 22 estudos randomizados controlados, com 7.280 mulheres, o uso de qualquer posição vertical ou lateral comparado com a posição supina no segundo estágio do parto, esteve associado à redução da duração e do relato de dor grave nesse estágio e na taxa de episiotomia, pequena redução no número de partos assistidos instrumentalmente, e menos anormalidades nos padrões de frequência cardíaca fetal, embora tenha sido encontrado pequeno aumento na incidência de lacerações perineais de segundo grau e aumento no risco estimado de perda sanguínea maior que 500 ml.

O uso de uma almofada para a posição de cócoras, comparada à posição de litotomia ou supina, esteve associado à redução considerável na duração do segundo estágio, menos partos assistidos, menor incidência de lacerações perineais de segundo grau e taxa de episiotomia e incidência de sangramento estimado maior que 500 ml foram similares (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012). As evidências indicam que as mulheres devem ser encorajadas a adotarem a posição que acharem mais confortável durante o período da expulsão.

#### Parto na água

O parto dentro d'água pode ser uma opção para muitas mulheres e tem se tornado bastante comum em várias partes do mundo, estimando-se que cerca de 150 mil partos tenham ocorrido dentro d'água entre 1985 e 1999 (MACKEY, 2001). Embora não existam estudos randomizados controlados comparando o parto na água com o parto convencional, vários outros estudos observacionais analisados em revisão da literatura asseguram ser um parto seguro e confortável (MACKEY, 2001).

Mesmo sendo considerado seguro, o parto na água requer alguns cuidados já referidos para a imersão em água no primeiro estágio do parto, além de: minimizar os riscos em caso de circular de cordão ou cordão curto evitando que a água esteja muito funda, trazer a criança gentilmente para a superfície e ter em mãos pinças para clampeamento e também deixar a criança nascer completamente dentro da água antes de trazê-la à superfície;

otimizar o início da respiração neonatal removendo o bebê da água imediatamente após o nascimento; considerar o uso de água isotônica adicionando sal à água; considerar deixar o uso da banheira para o terceiro estágio; ter um protocolo para lidar com complicações não esperadas.

Na revisão de Mackey (2001), conclui-se que, considerando todas as informações disponíveis até o momento, não existe nenhuma evidência convincente para desencorajar as mulheres de utilizarem a imersão em água no trabalho de parto ou parto.

### **Episiotomia**

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo inteiro, com a alegação de redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária. Alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental.

Por outro lado, os seus supostos efeitos adversos são: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual.

No Brasil, acredita-se que quase a totalidade das nulíparas seja submetida a uma episiotomia. Em uma metanálise de estudos randomizados controlados envolvendo 5.541 mulheres, o uso restritivo da episiotomia, comparado com o uso rotineiro, esteve associado a menor incidência de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. No grupo de uso restritivo houve maior incidência de trauma anterior. Não houve diferenças nas medidas de trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária, medidas de dor, baixos índices de Apgar e admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais. Nessa mesma revisão, um dos autores faz uma estimativa de economia, para o setor público, de cerca de 15 a 30 milhões de dólares com o uso restritivo da episiotomia (CARROLI; MIGNINI, 2012).

Baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual. O seu uso pode ser considerado, mas não mandatário, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: distócia de ombro, parto

pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior.

### **Assistência ao recém-nascido (RN)**

Na assistência à criança no momento do nascimento deve-se empregar o princípio ético da não maleficência. Os profissionais de saúde devem considerar os possíveis danos que qualquer intervenção pode causar no processo fisiológico de adaptação do recém-nascido no momento do nascimento.

Das cerca de três milhões de crianças brasileiras que nascem ao ano, 98% nascem em hospitais, sendo que a maioria é de termo e tem boa vitalidade, não necessitando de qualquer manobra de reanimação (BRASIL, 2011a), devendo apenas ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por no mínimo um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente três minutos após o nascimento), para só então realizar-se o clameamento. Após o clameamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos.

O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia no RN a termo com respiração espontânea, sem necessidade de ventilação, desde que cobertos com campos preaquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. Os cuidados de rotina na sala de parto, só devem ser iniciados após ter sido garantido ao bebê, a sua mãe e a seu pai, se este estiver presente, um primeiro encontro seguro e protegido. O RN em boas condições clínicas deve ser encaminhado com a mãe ao alojamento conjunto (BRASIL, 2011a).

Importante ressaltar que o clameamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. Assim, um programa de atenção integral que inclua essas três práticas, além das outras já mencionadas, irá contribuir, a curto e longo prazo, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, e prevenir a morbidade e a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

O princípio da não maleficência também deve ser invocado no debate sobre as várias distorções observadas na assistência obstétrica, sustentadas no modelo de atenção predominante, focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções que carregam um risco evidente de dano e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e do nascimento.

### **Considerações finais**

Com base no modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste – PQM (2009-2011) aqui descrito, três condições se destacaram:

1. A ousadia do PQM em superar o modelo Tecnocrático e estimular a implantação de dispositivos que sejam provocadores de mudança no processo cotidiano de trabalho.
2. A mudança de modelo condicionada à reflexão sobre o processo de trabalho das equipes no apoiador institucional, com ênfase no direito ao acesso e à qualidade da atenção às mulheres e bebês.
3. A construção coletiva de pactos e ações, disparando movimentos que articularam avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados, possibilitando implementação de mudanças.

Existe uma série de razões para acreditar que a assistência humanizada ao parto e ao nascimento, centrada na mulher e na família, pode trazer muitos benefícios, tanto do ponto de vista dos indicadores de morbidade e mortalidade como também nos aspectos emocionais, sociais e culturais. Várias alternativas podem ser colocadas à disposição da mulher e de sua família para que ambos possam escolher livre e conscientemente aquela que mais se adapta às suas percepções e modos de vida.

No entanto, o desafio de transformar as práticas de cuidado requer posicionamento crítico diante dos obstáculos inerentes ao modelo Tecnocrático no sentido de assegurar a defesa dos direitos humanos na atividade cotidiana de cuidados maternos e infantis.

Nesse contexto, podemos ressaltar o esforço sistemático e a potência do apoio institucional em provocar e valorizar a participação e a responsabilidade dos atores, em questionar o modelo instituído, em provocar a dinâmica e os resultados produzidos por essas relações, e em abrir espaço para fazer o instituinte que é a condição necessária para a mudança.

Ao assumir o modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos, o PQM recupera vital reflexão que problematiza o processo de trabalho, introduzindo abordagem crítica e revisão das práticas de cuidado, necessárias à redução da morbimortalidade materna e infantil por meio de assistência ao parto e ao nascimento segura e humanizada, baseada em evidências científicas e em direitos.



**Referências**

- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012. Art. N. CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.pub1.
- BATISTELLA, C. **Saúde, doença e cuidado**: complexidade teórica e necessidade histórica. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2004. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde). Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=13&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&arquivo=ver_conteudo_2)>. Acesso em: 10 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BUITENDIJK, S. Are home births safe? The dutch experience and the methodological evidence. In: Conferência Internacional Sobre Humanização do Parto e do Nascimento, 2000, Fortaleza. **Anais...** [S.l.], 2000.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012. Art. No. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- CLUETT, E. R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 07, 2012. Art. No. CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.



DAVIS-FLOYD, R. et al. A iniciativa internacional pelo nascimento mãe-bebê: uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos. **Revista Tempus Actus Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. **From doctor to healer: the transformative journey**. Piscataway: Rutgers University Press, 1998.

DE JONG, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. **BJOG**, [S.l.], v. 116, n. 9, p. 1177-1184, Aug. 2009.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012. Art. N. CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub1.

HODNETT, E. D. et al. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012a. Art. N. CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub3.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012b. Art. N. CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.

HOLLOWELL, J. **Birthplace programme overview: background, component studies and summary of findings**. [S.l.]: NIHR Service Delivery and Organisation Programme, 2011. (Birthplace in England research programme. Final report part 1.)

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**, Ottawa, v. 181, n. 6-7, p. 377-83, Sep. 2009.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012. Art. N. CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.

LEAL, M. do C. et al. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009. p. 383-415.

LINDGREN, H. E. et al. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. **Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica**, [S.l.], v. 87, n. 7, p. 751-759, 2008.

MACKEY, M. M. Use of water in labor and birth. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, México, v. 44, n. 4, p. 733-749, dec. 2001.

MCINTYRE, Meredith J. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Australian Health Review**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 140-147, 2012.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único De Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

OBSTETRICS in broad perspective. In: CUNNINGHAM, F. G. et al. *Williams obstetrics*. 20. ed. Stamford: Appleton & Lange, 1996. Chapter 1, p.1-11.

OLSEN, O. Meta-analysis of the safety of home birth. **Birth**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 4-13, mar. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996. (Original em Inglês).

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Acta Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012. Art. N. CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub1.

ROOKS J. P. et al. Outcomes of care in birth centers. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 321, n. 26, p. 1804-1811, dec. 1989.

SCHEEPERS, H. C.; ESSED, G. G.; BROUNS, F. Aspects of food and fluid intake during labor. Policies of midwives and obstetricians in the netherlands. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 78, n. 1, p. 37-40, may. 1998.

SCRUTTON M. J. et al. Eating in labour: a randomized trial assessing the risks and benefits. **Anaesthesia**, London, v. 54, n. 4, p. 329-334, apr. 1999.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. The Cochrane Library, issue 2, 2012. Art. No. CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub1.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. Healthy beginnings: guidelines for care during pregnancy and childbirth. In: \_\_\_\_\_. **Clinical Practice Guidelines**. [S.l.: s.n.], 1998. (Policy Statement, n. 71).

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

TREFFERS, P. E. et al. Home births and minimal medical interventions. **JAMA**, [S.l.], v.17, p. 2203-2208, 1990.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2011.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine**: the search for appropriate birth technology. Camperdown: ACE Graphics: 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization, 2012. p. 59

# Atenção Materna e Infantil e Marcadores Socioculturais<sup>1</sup> Maternal and infant care and socio cultural markers

Dora Lúcia L. C. de Oliveira<sup>2</sup>

Denise Antunes de Azambuja Zocche<sup>3</sup>

Ana Lucia de Lourenzi Bonilha<sup>4</sup>

Lilian Cordova do Espírito Santo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Texto Inédito.



<sup>2</sup> PhD. em Educação. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem/UFRGS, Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS).

<sup>3</sup> Mestre em Educação. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem/UFRGS.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem/UFRGS. Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (Gembe).

<sup>5</sup> Doutora em Ciências Médicas-Pediatria. Escola de Enfermagem/UFRGS. Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (Gembe).

## Resumo

A diversidade das diferentes regiões que caracteriza nosso País reflete-se no perfil epidemiológico da população. Dados epidemiológicos relacionados à saúde materna traduzem essa diversidade e as iniquidades que a acompanham. Ações para eliminar ou minimizar a vulnerabilidade entre as mulheres devem levar em conta aspectos individuais, coletivos e comportamentais, e as diferentes suscetibilidades individuais, dos grupos e das populações. O Ministério da Saúde, vem implementando ações programáticas com vistas a atender as necessidades de saúde das mulheres nesse contexto, porém, a maioria das situações de morbidade e morte materna vividas por mulheres no ciclo gravídico puerperal ainda são evitáveis, refletindo as desigualdades de acesso à saúde entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais ricas, como a Região Sudeste. Ampliar e qualificar a atenção pré-natal e o parto, e promover a cidadania das mulheres são ações com potencial para intervir nos processos que produzem e reproduzem a iniquidade entre as mulheres.

## Palavras-chave:

Saúde das mulheres. Gravidez. Mortalidade materna. Vulnerabilidade.

## Abstract

The diversity of the different regions that characterizes our country is reflected in the epidemiological profile of the population. Epidemiological data related to maternal health reflect this diversity and inequities that accompany it. Actions to eliminate or minimize vulnerability among women must take into account individual, collective and behavioral aspects, and different individual, group and population susceptibilities. The Ministry of Health has been implementing program activities in order to meet the health needs of women in this context, but most cases of maternal death and morbidity experienced by women in pregnancy and childbirth are avoidable, reflecting inequalities in access to health care among North and Northeast regions and richer areas such as the Southeast. To enlarge and qualify prenatal care and childbirth care and promote women's citizenship are actions with the potential to intervene in the processes that produce and reproduce inequality among women.

## Keywords:

Women's health. Pregnancy. Maternal mortality. Vulnerability.

### Introdução

A diversidade de contextos e realidades locais que caracteriza nosso País reflete-se de modo significativo no perfil epidemiológico da população. Entre os dados epidemiológicos de maior importância, porque se constituem em bons indicadores das condições de saúde do País, destacam-se aqueles relacionados à saúde materna, fenômeno que traduz essa diversidade e as iniquidades que a acompanham.

A saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal está associada às condições de vida. Precária situação socioeconômica, baixo nível de escolaridade, dificuldade de acesso a bens e aos serviços, incluindo serviços de saúde de qualidade, restrições à autonomia reprodutiva e consequente falta de poder para se proteger contra infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto e violência sexual são alguns dos fatores implicados com a vulnerabilidade das mulheres mães (PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008). Cabe também destacar que mulheres negras, indígenas e migrantes geralmente convivem com situações ainda mais difíceis, nas quais as oportunidades de viver com qualidade e ter acesso à saúde são escassas (VENTURA, 2008), o que repercute de modo muito significativo nas suas condições de vulnerabilidade durante o ciclo gravídico puerperal.

Situações de vulnerabilidade têm a ver com a determinação social da saúde, o que fica evidenciado na própria definição de vulnerabilidade compreendido como o movimento de se considerar a susceptibilidade das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, os quais “acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (AYRES et al., 2003, p. 89).

Nesta perspectiva, a proposição de ações para eliminar ou minimizar os processos que vulnerabilizam as mulheres deve levar em conta aspectos individuais, institucionais, coletivos e comportamentais, bem como as diferentes suscetibilidades individuais, dos grupos e das populações. Além disso, tais ações devem ser orientadas para práticas de saúde coletiva, desde o campo da organização da atenção, promoção da saúde até a formulação de políticas públicas de saúde (MEYER et al., 2006).

No Brasil, o conjunto diversificado de crenças, valores e hábitos que organizam a vida diária acaba por influenciar e direcionar a dinâmica do processo de saúde e doença em cada região do País (SANTOS; CUBAS, 2012). Essa influência varia conforme o tempo, o espaço e o grau de desenvolvimento social, econômico e humano de determinado contexto. Entre os aspectos sociais que determinam ou influenciam significativamente na saúde das mulheres está o gênero, constructo social que produz relações assimétricas entre homens e mulheres, resultando em situações de subordinação feminina (SAMPAIO et al., 2011). A compreensão do processo saúde-doença das mulheres na perspectiva de gênero parte da

análise das diferenças entre mulheres e homens, distinguindo-se o sexo biológico do social. O primeiro tem a ver com as diferenças anátomo-fisiológicas existentes entre mulheres e homens e o segundo está relacionado aos modos como estas estão expressas nas diversas sociedades e ao longo do tempo.

O Ministério da Saúde (MS) vem implementando ações por meio de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, com vistas a incorporar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações de saúde, investindo, assim, na melhoria das condições de vida das mulheres. Tal investimento vem sendo desenvolvido, desde os anos 2000, em uma série de programas de saúde das mulheres (em especial à saúde das mais vulneráveis), entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento; a Assistência Humanizada ao Abortamento; o Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis; de Controle do Câncer Cervico Uterino e de Mama; a Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual e a Atenção à Mulher no Climatério e Menopausa.

Ainda no plano das ações programáticas, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher evidencia nas suas diretrizes o reconhecimento da influência dos determinantes sociais na saúde das mulheres, enfatizando que, neste campo, a integralidade da atenção depende de “uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004, p. 63).

O Brasil tem apresentado uma mudança no seu perfil epidemiológico no que diz respeito à saúde das mulheres. Tem-se observado, por exemplo, uma queda das taxas de fecundidade geral, sendo que nos últimos dez anos esta taxa apresentou redução de 2,38 para 1,9 filhos por mulher. Neste mesmo período houve uma redução das taxas de mortalidade feminina – de 4,24 óbitos para 3,72 óbitos por mil mulheres.

Outra mudança substancial no perfil epidemiológico ocorreu na razão de mortalidade materna (RMM) que, nos últimos 20 anos, caiu cerca de 50% (Brasil, 2012b). Contudo, apesar desta redução substancial, a RMM ainda se mantém em um patamar considerado inaceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 2007 as principais causas de mortes maternas foram: hipertensão (23%), sepsis (10%), hemorragia (8%), complicações de aborto (8%), alterações placentárias (5%), outras complicações de trabalho de parto (4%), embolia (4%), contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/aids (4%). Outras causas diretas responderam por 14% de todas as mortes maternas e outras causas indiretas, por 17% (VICTORA et al., 2011).



Além do grave problema das altas taxas de morte materna, a principal causa de hospitalização de mulheres em idade reprodutiva são as complicações obstétricas, as quais são responsáveis por 26,7% de todas as admissões (VICTORA et al., 2011). Um estudo nacional baseado em dados secundários sugere que eventos quase-mortais, ou seja, eventos em que a mulher esteve gravemente doente, mas sobreviveu, afetam 4% de todos os partos, especialmente os partos relacionados a infecções, à pré-eclampsia e à hemorragia. Essa taxa é cerca de quatro vezes maior que as descritas em países desenvolvidos (VICTORA et al., 2011).

As taxas são inaceitavelmente elevadas, mas o panorama é ainda pior se considerarmos a existência de subnotificações, sobretudo nos índices referentes ao aborto. Abortos inseguros são causa importante de morbidade. Mesmo sendo ilegais no Brasil, abortos continuam sendo realizados, grande parte por meio de técnicas inseguras, o que contribui para a existência de consequentes complicações. No ano de 2008, 215 mil hospitalizações do SUS foram realizadas por complicações de abortos, das quais somente 3.230 estavam associadas a abortos legais. Resultados de inquérito de mortalidade na idade reprodutiva em 2002 indicaram que 11,4% de todas as mortes maternas aconteceram em função de complicações relacionados aos abortos. Apesar da ocorrência de abortos inseguros em todo o território nacional, fatores como idade, raça/etnia e condição socioeconômica repercutem na distribuição desigual de abortos na população, entre outros motivos, em decorrência da influência que exercem no acesso a métodos contraceptivos. Mulheres negras, por exemplo, tem um risco três vezes maior de morrer por abortos inseguros que mulheres brancas (VICTORA et al., 2011).

Sem desconsiderar a singularidade de cada caso, pode-se argumentar com base no cenário descrito até aqui, que a maioria das situações de morbidade vividas por mulheres no ciclo gravídico puerperal e de morte materna ocorrem por causas evitáveis, o que remete à análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às mulheres. As desigualdades de cobertura e acesso à atenção em saúde entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais favorecidas do Sul e Sudeste não estão coerentes com os princípios do SUS. Universalidade e integralidade do cuidado às mulheres mães são investimentos que ainda estão por se efetivar. Ampliar e qualificar a atenção pré-natal, desenvolver ações de produção de cidadania das mulheres, de modo a resgatar suas autonomias e legitimá-las como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, qualificar os serviços de saúde para a prevenção da transmissão da sífilis congênita e do HIV/aids e para o cuidado a gestantes e puérperas HIV+, são ações com potencial para intervir nos processos que alimentam a produção e a reprodução de iniquidades entre as mulheres e suas respectivas repercussões na saúde materna.

A atenção pré-natal preconizada pela Política Nacional de Humanização considera o acolhimento da gestante na integralidade do cuidado, incluindo a recepção da usuária com escuta qualificada, o favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social (BRASIL, 2012a).



Um dos indicadores de acesso aos serviços de atenção à saúde materna e infantil bastante utilizado na análise dos riscos de morte materna, fetal e infantil é o número de consultas de acompanhamento pré-natal. Desde o ano 2000, observa-se aumento da cobertura da atenção pré-natal no Brasil. Constatou-se que, entre 2000 e 2009, a proporção de mulheres com nenhuma consulta reduziu de 4,7% para 1,8% (BRASIL, 2010).

No mesmo período, aumentou a proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas durante a gestação. Contudo, nas regiões Norte e Nordeste o aumento desse indicador foi bem menor, podendo-se concluir que este é um índice intrinsecamente relacionado com os níveis de desenvolvimento socioeconômico dessas regiões e com a disponibilidade e acesso aos serviços de atenção à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2010). Por outro lado, o aumento da cobertura de acompanhamento pré-natal não reflete melhoria na qualidade dessa atenção, uma vez que se observa que a incidência de sífilis congênita continua elevada, bem como a da hipertensão arterial sistêmica, principal responsável pela morbimortalidade materna e perinatal no País (BRASIL, 2012a).

Desde o ano de 2000, tem havido uma redução do número absoluto de nascimentos entre mulheres menores de 24 anos e observa-se progressivo aumento da idade média das mães, sendo de 25,7 anos em 2007 (BRASIL, 2010). Em 2009, a proporção de nascidos vivos de acordo com a idade da mãe foi de 20% em menores de 20 anos, 54,4% em mães entre 20 e 29 anos e 26,7% em mães com mais de 30 anos (BRASIL, 2011).

O aumento da escolaridade materna tem acompanhado o aumento da escolaridade da população. No entanto, observa-se que, quanto menor o porte do município, menor a proporção de mães com oito anos ou mais de estudo. Nos municípios com até 20 mil habitantes, a proporção de mães com pelo menos ensino fundamental completo é de 49%, enquanto que essa proporção se eleva a 73% em municípios com 500 mil habitantes ou mais. No Brasil como um todo, 8,2% das mães dos recém-nascidos em 2009 tinham entre zero e três anos de escolaridade, 28,7% tinham entre quatro e sete anos e 63,1% tinham oito anos ou mais de escolaridade (BRASIL, 2010).

Marcadores sociais estão associados ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, que é diretamente proporcional à escolaridade materna. Enquanto apenas 36,9% das mães com escolaridade de zero a três anos realizaram sete ou mais consultas, 80% daquelas com escolaridade de 12 anos ou mais realizaram sete ou mais consultas em 2009. A raça/cor do recém-nascido também indica desigualdade em relação ao atendimento pré-natal. Em 2009, mais de 70% das mães de recém-nascidos de cor branca realizaram sete ou mais consultas, contra 61,5% das mães de recém-nascidos de cor amarela, 52% das mães de recém-nascidos de cor preta, 46% das mães de recém-nascidos de cor parda e apenas 18% das mães de recém-nascidos indígenas (BRASIL, 2010).

Com relação ao tipo de parto, constata-se que a realização de cesárea aumentou de 38% em 2000 para 50,1% em 2009. Nas regiões Norte e Nordeste, a maior concentração de cesáreas dar-se-á nos municípios de maior porte. Considerando-se a raça/cor da pele do recém-nascido, entre mães de recém-nascidos de raça/cor branca, a frequência do parto cesáreo é muito elevada, superior a 55%. Entre as mães de recém-nascidos indígenas, a proporção de parto cesáreo não supera 30%, mesmo em municípios de grande porte, e cai para apenas 12% quando o município de residência é pequeno (BRASIL, 2010).

A aids também vem impactando de modo significativo na saúde materna e infantil. Nas últimas décadas houve uma mudança no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV, com o aumento de casos entre mulheres, um fenômeno denominado de “feminização da aids”. Segundo o Plano Nacional de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, a razão de sexo (calcula-se dividindo o número de casos de aids em homens pelo número de casos em mulheres, diagnosticados em determinado período) diminuiu significativamente desde os primeiros anos da epidemia. Em 1986, a razão era de 15 casos em homens para um caso em mulher e, a partir de 2002, estabilizou-se em 15 casos em homens para dez casos em mulheres. Na faixa etária dos 13 aos 19 anos, a relação se inverteu em 1998, com oito casos em meninos para cada dez casos em meninas, permanecendo assim desde então (BRASIL, 2009).

Inúmeras variáveis podem ser consideradas na análise deste cenário, destacando-se, entre elas, as relacionadas às desigualdades de poder de gênero. Tendo em conta que o dispositivo de maior disponibilidade para a prática do sexo seguro – a camisinha masculina – depende da aceitação de uso pelo homem, submeter-se ao poder masculino em uma relação sexual pode significar pouca ou nenhuma autonomia para a autoproteção contra as infecções sexualmente transmissíveis.

Condições desiguais de exercício de poder, com mulheres ocupando posições subalternas e secundárias, são alguns dos produtos do modo como estão organizadas as relações de gênero na sociedade, com impacto na saúde das mulheres (FONSECA, 2005). Os papéis sociais desempenhados por mulheres e homens na sociedade e os níveis de acesso aos recursos produtivos e de autonomia para tomar decisões têm, historicamente, se expressado de forma desfavorável à população feminina, transformando-se em desigualdades, trazendo muitos prejuízos às mulheres e restringindo seu acesso ao emprego, à educação, à moradia e à renda (FONSECA, 2005). Como referem Oliveira e Meyer (2005, p. 28), “os mesmos processos sociais que levam as mulheres a viverem em condições e posições sociais desvantajosas em relação aos homens, também condicionam o seu estado de saúde”.

Nesse cenário, qualquer outra característica que indique uma posição social menos favorecida, como a pobreza, por exemplo, tem o efeito de potencializar a assimetria de

gênero, aumentando o nível de vulnerabilidade das mulheres. Por outro lado, discriminações de gênero acentuam as desigualdades sociais, imprimindo distintos padrões de sofrimento, adoecimento e morte ao cotidiano das mulheres. Tais argumentos indicam a relevância das questões de gênero no planejamento e na implementação de ações de promoção da saúde das mulheres. Nesse contexto, a melhoria das condições de vida, a garantia dos direitos de cidadania das mulheres e a defesa da equidade são alguns dos objetivos a serem alcançados.

Em recente publicação da revista *The Lancet* é apresentado um conjunto de artigos sobre os temas de maior relevância no campo da saúde no Brasil, indicando os avanços e os desafios que ainda precisam ser enfrentados. Em um dos artigos, os autores discutem o controle das doenças infecciosas no Brasil, referindo-se à aids como doença cujo controle teve êxito parcial e que, assim como outras doenças de controle semelhante, os padrões de transmissão são complexos e estão relacionados a determinantes ambientais, sociais e econômicos (BARRETO et al., 2011).

Dados indicam que 54% do total de casos notificados até junho de 2009 foram identificados em mulheres de baixa ou nenhuma escolaridade (de nenhum até sete anos) e 22% com oito anos e mais de escolaridade. As mulheres com aids no Brasil não têm nenhuma escolaridade ou não concluíram a primeira fase do ensino fundamental (BRASIL, 2009). No contexto específico da gestação, persiste a associação entre nível de escolaridade e vulnerabilidade em saúde. Dos 47.405 casos de gestantes diagnosticadas com HIV no País de 2000 a 2009, 14,5% têm entre nenhum e três anos de estudo; 38% têm de quatro a sete anos de estudo; e 24%, de oito a 11 anos de escolaridade (BRASIL, 2009).

Em 2004, observou-se uma prevalência de HIV entre parturientes de 0,41%, o que corresponde a um total estimado de 12.456 gestantes HIV+ para esse ano. Considerando os 6.137 casos de gestantes HIV+ notificados em 2004 e o total de casos estimados, avalia-se que apenas 49% dos casos esperados foram registrados pela vigilância. Conclui-se que há subnotificação dos casos de gestantes HIV+, sendo que a cobertura de testagem atinge apenas 50% desta população (BRASIL, 2012b).

Em 2010, foram notificados no Brasil 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de dois casos por mil nascidos vivos. Em todos os estados da Região Norte e Nordeste, com exceção do Acre, houve aumento na incidência de aids em menores de 5 anos, entre 1998 e 2010. Alguns estados apresentaram, em 2010, incidência de aids entre menores de 5 anos acima da média nacional (3,5%), variando de 8,1% no Amazonas a 4,2% em Roraima. A incidência de casos de aids em menores de 5 anos de idade é importante para o planejamento e para a análise da atenção materno infantil e controle da epidemia do HIV/aids, uma vez que é indicador para o monitoramento da transmissão vertical (BRASIL,

2012b). Ações programáticas que promovam amplo acesso das gestantes à rede de serviços de saúde e a uma assistência pré-natal qualificada tem grande impacto na redução da transmissão vertical do HIV/aids (BRASIL, 2012b).

O cenário descrito resumidamente até aqui revela a complexidade da situação da transmissão e o controle do HIV/aids entre mulheres, e, em especial, no que diz respeito às mulheres mães e seus bebês. Embora haja indicativos de muitos avanços nesse campo, ainda há muito a ser feito. Sabe-se que os problemas de saúde, associados ao exercício da sexualidade e as complicações causadas pela transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus do HIV, afetam muito as mulheres. Nesse sentido, promover a proteção social das mulheres em situação de vulnerabilidade, melhorando suas condições de vida segue como meta a alcançar.

As iniciativas de controle do HIV/aids no Brasil estão voltadas para a prevenção da transmissão vertical (com a realização de testes e profilaxia durante o pré-natal), além do tratamento de crianças e adolescentes com HIV/aids. A incidência da transmissão vertical diminuiu, embora a atenção pré-natal ainda não tenha a qualificação desejada, principalmente em regiões do País menos assistidas, como é o caso das regiões Norte e Nordeste. Testes rápidos para diagnóstico do HIV em mulheres grávidas em periparto que não conheçam seu *status* sorológico, realizados em escala nacional, podem compensar, parcialmente, os problemas resultantes dessa situação. Porém, é necessário por em prática uma série de outras ações estratégicas focadas nos fatores individuais, sociais e programáticos que limitam o acesso à informação, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

Nesse contexto, o que parece ter igual importância à qualidade das tecnologias de diagnóstico e dos procedimentos terapêuticos é a qualificação dos processos de escuta nos encontros com as usuárias. Uma escuta qualificada pode promover a ampliação das abordagens e da organização de planos terapêuticos singulares com base nas necessidades de saúde específicas de cada mulher, considerados seu contexto histórico, social e cultural.

Outra preocupação importante do ponto de vista da saúde materna e infantil é a sífilis. É estimado que, por ano, na América Latina e Caribe, aproximadamente 330 mil gestantes sejam infectadas e que um terço das crianças nascidas destas mulheres terá sífilis congênita. Como medida para redução da ocorrência de sífilis congênita é recomendada a realização de testagem para sífilis na primeira consulta de acompanhamento pré-natal, antes da 20ª semana de gestação e no terceiro trimestre. Feito o diagnóstico, o tratamento da gestante e do seu parceiro deve ser realizado com Penicilina G Benzatina, segundo doses recomendadas e de acordo com o tempo de aquisição da infecção (FESCINA et al., 2010). Conforme pesquisas realizadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, na maioria das vezes, as gestantes realizam apenas um teste de sorologia para sífilis e somente parte delas recebe o tratamento indicado. Além disso, as pesquisas brasileiras indicam que aproximadamente 90% dos parceiros destas mulheres não recebem tratamento (ARAUJO et al., 2006; CAMPOS et al., 2010; ARAUJO et al., 2012).

Mais uma vez ficam evidenciados os atravessamentos de gênero e a influência da localização geográfica e a situação social na vulnerabilidade das mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal. Nesse sentido, é possível afirmar a necessidade de qualificação da atenção pré-natal, com a inclusão do parceiro da mulher neste espaço de cuidado, e a adoção de abordagens mais realísticas dos profissionais e que incluam informações sobre o que é a sífilis, de que forma esta é adquirida e transmitida, bem como suas repercussões na saúde dos adultos e dos bebês recém-nascidos.

### **Considerações finais**

É importante reconhecer que as Políticas Públicas de Saúde, destinadas às mulheres no período reprodutivo, vêm contribuindo na consolidação da integralidade da atenção, uma vez que são dirigidas a demandas epidemiológicas, mesmo que estas se atenham com mais vigor ao período reprodutivo (gestação e parto) que a qualquer outra etapa da vida e da proposição de ações mais pautadas nos processos de adoecimento que nas necessidades de saúde referidas pelas mulheres.

Ainda assim, percebe-se que, mesmo havendo ampliação na oferta de serviços, de tecnologias de diagnóstico e tratamento, de inovações na terapêutica clínica, de criação de aparato jurídico que garante seus direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres continuam sofrendo com as desigualdades sociais e de gênero, o que acaba por impactar na sua qualidade de vida, nas suas escolhas e tomadas de decisão sobre a sua saúde.

Nesta perspectiva, é necessário considerar que outros aspectos precisam entrar na agenda dos serviços e nos processos de trabalho em saúde que tem como foco a saúde materna e infantil, como por exemplo, as questões relacionadas ao gênero, à cultura e ao contexto social. Tudo isso deve ser levado em conta quando da formulação de políticas e programas de saúde para as mulheres, se o objetivo que se quer alcançar é impactar efetivamente na melhoria das suas condições de vida.

É importante aliar os avanços conquistados com as experiências bem-sucedidas nos serviços, incorporando o conhecimento científico produzido pelo campo da saúde coletiva sobre a implicação da escuta qualificada na produção de projetos terapêuticos singulares e da promoção da saúde. O conhecimento e a valorização das demandas de saúde acessadas por estes processos de escuta, e expressas na busca das mulheres por cuidado, constituem-se em importantes ferramentas para a efetivação dos princípios da universalidade e da integralidade no campo da atenção materna e infantil.

## Referências

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

ARAÚJO, E. C. et al. A importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense Medicina**, [S.l.], v. 20, p. 47-51, mar. 2006.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M (Org.). **Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet: Saúde no Brasil**, Londres, maio 2011. Disponível em: < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação para o período de 2004-2007**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico-Aids e DST**, Brasília, v. 8, n. 1, 2012b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AID\$ e outras DSTs**. Brasília, 2009.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

FESCINA, R. H. et al. **Saúde sexual e reprodutiva**: guias para a atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2010. (Publicação científica, v. 1562.3).

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-459, 2005.

MEYER, D. E. et al. Você aprende, a gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

OLIVEIRA, D. L. L. C.; MEYER, D. E. E. Gênero e saúde das mulheres. In: OLIVEIRA, D. L. C. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: EDUFGRS, 2005, p. 9-13.

PRATES, C. S.; ABIB, G. M. C.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivência de múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 604-611, dez. 2008.

SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2011.

SANTOS, A. S.; CUBAS, M. R. **Saúde coletiva**: linhas do cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

VENTURA, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.

VICTORA, C. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**: Saúde no Brasil, Londres, p. 32-46, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

**Bloco 2**

**Dos Modos  
de Fazer**







# **Apoio Institucional: Tecnologia Inovadora para Fortalecer a Rede Perinatal a partir do Dispositivo Acolhimento e Classificação de Risco\***

**Institutional Support: Innovative Technology To Strengthen Perinatal  
Network Device; From The Embrace And Classification Of Risk**

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>1</sup>

Petrúcia Barbosa Ferreira<sup>2</sup>



## Resumo

Assegurar acesso, equidade no cuidado e integralidade das ações estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde. Esforços institucionais, impulsionados pelo Ministério da Saúde, têm sido empreendidos no intuito de melhorar a assistência obstétrica e neonatal. Este artigo propõe-se a relatar avanços alcançados no processo de implementação do Acolhimento com Classificação de Risco no contexto do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste, no período de 2009 a 2011, em um Estado do Nordeste brasileiro. Ressalta-se a importância do apoiador institucional na reflexão sobre os processos de trabalho e na decisão política institucional para alcançar os resultados, que não se consolidam em seu pioneirismo por si só, mas como produto de um contexto histórico na busca persistente de superar os desafios encontrados na experimentação de novas práticas de saúde com base nos princípios e nas diretrizes da Política de Humanização.

## Palavras-chave:

Acesso aos serviços de saúde. Acolhimento. Apoio Institucional. Humanização da assistência.

## Abstract

Ensuring access, equity in care and comprehensive actions are among the issues challenging the reorganization of health services. Institutional efforts, driven by the Ministry of Health, have been undertaken in order to improve obstetric and neonatal care. This paper aims to report progress achieved in the implementation process with the Hospitality Risk Classification in the context of Plan Qualification of Maternity and Perinatal Network in the Northeast and Amazon, in the period from 2009 to 2011, a state in northeastern Brazil. We stress the importance of supportive institutional reflection on work processes and institutional policy making to achieve results that are not consolidated in its pioneering in itself, but as a product of a historical context in the quest to overcome persistent challenges found on testing new health practices based on the principles and guidelines of Humanization.

## Keywords:

Health Services Accessibility. User Embracement. Institutional Support. Humanization of Assistance.

\* Texto inédito

<sup>1</sup> Pediatra, supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste/Ministério da Saúde, professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo. *E-mail:* geliandrade@hotmail.comgeliandrade@hotmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, apoiadora institucional do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais Amazônia Legal e Nordeste/Ministério da Saúde. *petrucciabf@hotmail.com*

### 1 Introdução

A necessidade de avanços no modelo de gestão e atenção ao parto e ao nascimento nos serviços públicos de saúde tem sido motivo de muitos debates. Tais modelos referem-se a modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde, a fim de assegurar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas, e devem ser objeto de atenção especial na medida em que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e os coletivos serão cuidados no cotidiano.

As dificuldades presentes nessa compreensão geram desafios para gestores e profissionais de saúde em assegurar às mulheres e crianças acesso, equidade e integralidade, os quais devem obedecer ao modelo de práticas baseadas em evidência científica e em redes de cuidado, de base territorial, voltadas ao estabelecimento de vínculos e ao acolhimento e que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de modo singular, integral e equânime.

Esforços institucionais, impulsionados pelo Ministério da Saúde, têm sido empreendidos no intuito de melhorar a assistência obstétrica e neonatal. O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM) propõe a qualificação da atenção e da gestão nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiros, a humanização do parto e do nascimento e a redução da taxa de mortalidade materna e infantil no País, a partir de uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações entre os profissionais, favorecendo a conexão em rede articulada de cuidados e de serviços de atenção.

O PQM apresenta as seguintes orientações gerais ou eixos: “vinculação da gestante à equipe de referência da atenção básica, garantindo o local para o parto, acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção de saúde na atenção básica e maternidades, o acolhimento com classificação de risco nas maternidades e serviços que realizam partos e a garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e do recém-nascido, com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados” (BRASIL, 2009a). Conforme se compreende, o PQM destacou-se como uma potente intervenção no desenvolvimento de condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho, visando aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde em uma perspectiva de rede coordenada de serviços.

É nessa linha de entendimento que, na operacionalização do PQM, destacamos o dispositivo<sup>3</sup> Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que se configura como uma ampla possibilidade de efetivar as diretrizes do SUS na organização dos serviços e das práticas de saúde, tais como a universalidade do acesso, a equidade do cuidado e a integralidade das ações.

Importante destacar que Acolhimento e Classificação de Risco são duas tecnologias e, portanto, tem objetivos diferentes, embora complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.

O Acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, garantindo a integralidade das ações. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (BRASIL, 2009b).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que o profissional da equipe técnica deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida. O Acolhimento como dispositivo tecnoassistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2009b).

Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Este funcionamento, de acordo com Abbês e Massaro (2004), demonstra a lógica perversa na qual grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica, esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. Acresce-se a isto a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços

<sup>3</sup> Um dispositivo é uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes, tanto na atenção como na gestão em saúde. O Acolhimento com Classificação de Risco, por exemplo, é uma tecnologia que tem por finalidade tornar o atendimento nas urgências e emergências mais eficiente e eficaz, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e o sofrimento de usuários e familiares (BRASIL, 2010).

no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

Nesse contexto, o cuidado equitativo é possibilitado por meio da tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. A avaliação de risco e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento em um maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2009b).

A despeito do alcance e potencial dos dispositivos Acolhimento e Classificação de Risco e do sucesso alcançado pelo PQM no fortalecimento de uma rede perinatal, inclusive como exemplo de inspiração para elaboração da proposta da Rede Cegonha<sup>4</sup>, nossa experiência no apoio institucional<sup>5</sup> permite afirmar que ainda há resistência à operacionalização do ACCR e, mesmo em serviços onde este dispositivo já está implantado, mantêm-se dificuldades em assegurar a ampliação de acesso – principalmente em um contexto de superlotação – e em organizar espaços coletivos e participativos de reflexão sobre processos de trabalho, a fim de atender a demanda qualificada às urgências e emergências obstétricas e neonatais. Observa-se ainda que a organização já alcançada das equipes de saúde não superou o desafio de se reconhecer mulheres e bebês como cidadãos de direito ao acesso qualificado, ao apoio social e ao cuidado em equipe multiprofissional, em uma perspectiva de rede coordenada de serviços, não atendendo assim ao princípio da integralidade da atenção.

Este estudo torna-se relevante na perspectiva de apresentar e divulgar experiências sobre o processo de implantação do dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco, ao longo de sua implantação, no período de 2009 a 2011, no contexto do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste em uma maternidade pública estadual e em um município do Nordeste brasileiro, a fim de disponibilizar elementos sistematizados para monitoramento e avaliação deste dispositivo.

## 2 Método

Estudo descritivo realizado a partir da experiência/intervenção do apoio institucional no processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, desenvolvida no contexto do PQM em uma maternidade pública e em um município Nordestino brasileiro, durante o período de 2009 a 2011.

<sup>4</sup> A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

<sup>5</sup> A tecnologia apoio institucional se apresenta como uma nova postura, uma nova ética na relação entre equipes de saúde e agentes que veem às organizações para propor mudanças para ampliar a efetividade das práticas de saúde e produzir grupalidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis (BRASIL, 2010).

### **3 Resultados**

Os resultados serão apresentados considerando os desafios enfrentados na constituição do campo de intervenção, as múltiplas forças que compuseram o processo de implantação e as reflexões sobre nossos atos e nossas implicações durante este processo de experiência/intervenção do Acolhimento com Classificação de Risco, desenvolvida no contexto do PQM.

### **4 Os desafios enfrentados na constituição do campo de intervenção**

A maternidade em estudo é considerada um hospital especializado, com atenção ambulatorial e hospitalar, inserida na esfera estadual na rede de urgência e emergência, unidade complementar à universidade de ciências da saúde do estado. Esta maternidade apresentava 70 leitos obstétricos para assistência a paciente de gestação de alto risco, inclusive com internações clínicas intercorrentes na gestação, 5 leitos de UTI materna, 18 leitos de UTI neonatal, 36 leitos de UCI neonatal, 12 leitos de enfermaria canguru, 6 leitos de RN patológico, 3 leitos de ginecologia. O atendimento realizado consistia em 100% SUS, tanto para demanda espontânea quanto para pacientes referenciadas de outras unidades. Como serviço de apoio e diagnóstico, a maternidade conta com ambulatórios de pré-natal de alto risco, puericultura e ginecologia, tendo como especialidades: Cardiologia, Nefrologia, Endocrinologia, assistência nutricional e psicológica. Além disso, existe, com 24 horas de funcionamento, um laboratório; serviço de imagem (Raio X e ultrassonografia); serviço de nutrição parenteral; cirurgia pediátrica e neurocirurgia de apoio a unidade de neonatologia; serviço de oftalmologia com triagem, seguimento e tratamento de retinopatia da prematuridade; serviço de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia; banco de leite humano. Funciona ainda como referência para programas do Ministério da Saúde, tais como: programa de atenção às vítimas de violência sexual, programa de assistência especializada para gestante HIV+ e criança exposta, referência para treinamento em banco de leite humano.

A maternidade em estudo está inserida na rede SUS com referência para assistência materna e neonatal de alto risco, Rede Norte-Nordeste de Assistência perinatal e Rede Amamenta Brasil, e destaca-se como uma instituição estadual cedida à Universidade Estadual/ Secretaria de Estado da Educação com mínima regulação da Secretaria de Estado da Saúde, que, no início do processo de operacionalização do PQM vinha apresentando grandes dificuldades financeiras e institucionais para operacionalizar o planejamento das ações assistenciais.

Um importante desafio enfrentado na constituição do campo de intervenção diz respeito ao fato de a alta direção (eleita pelos profissionais e alunos da instituição) estar atravessando



um momento bastante delicado, com o desabastecimento de materiais e medicamentos e divulgação na mídia de grande número de mortes de bebês na maternidade, que culmina com a intervenção da Universidade Estadual na administração hospitalar e consequente substituição de toda a alta direção por uma gestão transitória não eleita que ficaria por 120 dias até nova eleição (que permaneceu na instituição no período de maio a setembro de 2010).

Ressalta-se, nesse período de intervenção, o clima de desconfiança e desmotivação entre os profissionais da maternidade, o desabastecimento da maternidade dominando esforços da alta direção e o confronto nas oficinas e rodas entre os profissionais da maternidade e da Secretaria de Estado da Saúde (necessitando de permanente mediação), gestão temporária atuando com resoluções em curto prazo, profissionais com foco na eleição da nova equipe de gestão, visualizando adiamento das decisões sobre a implantação das diretrizes. Tal situação contribuiu para a pouca mobilização e comprometimento dos profissionais estratégicos nos encontros tais como profissionais da alta direção da maternidade e da Secretaria de Estado da Saúde, permanecendo um desconhecimento institucional sobre o Pacto e o Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil e Materna e comprometendo a produção de efeitos na gestão, no cuidado e na organização da Rede Perinatal.

Com relação ao contexto externo, o início das ações do PQM, no final de 2009, foi caracterizado pelo desconhecimento dos profissionais da secretaria estadual e municipal da capital do estado (onde a maternidade encontra-se localizada) sobre este Plano.

Destacava-se ainda a complexa relação político-institucional entre estado e município da capital que se somava à organização da Rede da Mulher e da Criança incipiente e à fragilidade do Complexo Regulatório Estadual e Municipal com relação a esta rede. Em todo o estado, não havia garantia de vinculação da gestante do pré-natal à maternidade de referência (embora existam relatos de existência dessa organização de processo de trabalho no município da capital). Além disso, devido à *maternidade* não estar inserida nos programas de incentivos financeiros do estado, necessitava de frequentes apoios informais desta secretaria para seu custeio e apoio.

### **5 As múltiplas forças que compuseram o processo de implantação**

A construção das condições político-institucionais para a implementação das diretrizes do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal (PQM) iniciou-se a partir das duas oficinas de Sensibilização para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em uma perspectiva de rede coordenada de serviços (Módulos Introdutor) na maternidade.

Essas oficinas contaram com o apoio da alta direção e profissionais da maternidade, coordenadora do Plano Estadual de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, coordenadora das Ações Estratégicas da Secretaria Estadual de Saúde, coordenadora da Atenção Básica e profissionais da Área Técnica da Saúde da Criança. Houve pouca participação dos médicos.

Apesar das dificuldades já citadas e que serão destacadas ao longo do texto, o primeiro passo foi a constituição de um Grupo Estratégico para o desenvolvimento das ações do PQM. Posteriormente, em rodas de conversa, a apoiadora institucional e a equipe da maternidade realizaram o levantamento das dificuldades para o processo de implantação do ACCR e do acolhimento em rede e das atividades prioritárias (incluindo análise dos fluxos de atendimento às gestantes) a serem encaminhadas em um planejamento das ações. Nesse contexto, foi apontada a necessidade de maior participação da Coordenação do Plano Estadual de Redução da Mortalidade e da Reitora da Universidade Estadual.

Apesar da desmobilização do Grupo Estratégico decorrente da substituição de toda alta administração da maternidade durante o processo de intervenção, mantiveram-se reuniões com alguns profissionais para discutir a implantação do ACCR (apesar da pouca participação dos gestores e médicos). Nas rodas de conversa, o processo de trabalho pôde ser discutido e repensado o fluxo de atendimento obstétrico na maternidade e os desafios à operacionalização do ACCR. Rediscutiu-se o projeto de melhoria da recepção e da maternidade (salas PPP – pré-parto, parto e pós-parto) e a importância dos dispositivos Acolhimento e Classificação de Riscos e Vulnerabilidades na concretização dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) na maternidade e na Rede. Nesse período, foi ressaltada e valorizada a importância da inclusão dos usuários nesse processo e da implantação de Conselho Local de Saúde na maternidade.

Diante das dificuldades técnicas e políticas encontradas pela equipe da maternidade, destacaram-se os seguintes desafios iniciais à implantação do ACCR: 1) Dificuldade em reunir o Grupo Estratégico; 2) Superlotação da maternidade (a UTI do Hospital Universitário, que fazia parte da rede de atenção, fechou para reforma); 3) Desabastecimento de materiais e medicamentos; 4) Estrutura física da recepção inadequada à operacionalização do ACCR; 5) Falta de definição do enfermeiro classificador; 6) Pouca participação dos médicos; e 7) Indefinição do protocolo de classificação de risco. Desses, ressaltaram a reforma física como um ponto de urgência para a implantação do ACCR.

Alinhadas ao aprofundamento, à ampliação e à consolidação das ações para implantação do dispositivo ACCR, importantes avanços foram alcançados para conquistar o apoio e o comprometimento institucional (a partir da nova gestão eleita) para adequar a área física, para assegurar a disponibilidade do enfermeiro classificador e a maior participação

dos profissionais (especialmente dos médicos), e para planejar agenda de implantação do ACCR. Solicitado apoio do Ministério da Saúde (MS) em relação à elaboração do projeto para adequação da ambiência, a partir de ampla discussão com pessoas estratégicas da maternidade.

A eleição da nova gestão da maternidade, que ocorreu no último trimestre de 2010, permitiu o aprofundamento e a ampliação das ações a partir da repactuação das diretrizes do Plano. Definiu-se uma coordenação interna para gerenciar os programas e os projetos da maternidade (incluindo o monitoramento das diretrizes do PQM como prioridade para 2011) e foram repactuadas as diretrizes do Plano. Houve a reabertura do Núcleo de Educação Permanente com foco na capacitação e valorização do trabalhador e a construção do planejamento institucional da maternidade a ser implantado pela nova gestão.

No final do ano de 2010, realizou-se a primeira oficina de Monitoramento e Avaliação com foco nas diretrizes e nos indicadores, sendo pactuada a elaboração do Planejamento Estratégico, incluindo ações para democratização da gestão. Além disso, os profissionais eleitos para a alta direção traziam as diretrizes do PQM como proposta de gestão para a maternidade, comprometendo-se com a operacionalização das ações.

Em 2011, destacava-se o comprometimento da alta direção da maternidade em enfrentar novos desafios que se colocavam à operacionalização das ações do PQM, tais como: a comunicação que ainda precisava ser ampliada para maior número de profissionais, envolvendo todos os segmentos da maternidade; a busca por curso de Gestão da Clínica com o MS; estimular ações de aproximação com a comunidade e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) para implantar Conselho Local de Saúde; o resgate de reuniões científicas por meio de estudos de casos e a revisão de prontuários; a criação de incentivos para participação dos profissionais nas rodas e oficinas do PQM; a implementação de reuniões sistemáticas do Colegiado Gestor, com registro das reuniões em atas; e a intensificação da parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde da capital. Tais ações culminaram com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na maternidade em estudo em abril de 2011. Importante ressaltar que, apesar da implantação, a sala de acolhimento com classificação de risco da gestante, ainda era identificada como sala de “Triagem”.

No que diz respeito ao desenvolvimento e experimentação de dispositivos para a organização da Rede Perinatal, o movimento realizado abrangeu oficinas (Módulo Orientador, Classificador e Integrador Interno e Externo) e rodas de conversa, envolvendo profissionais da maternidade e atores estratégicos da Secretaria de Saúde do Estado e do Município da capital (Áreas Técnicas da Saúde da Criança, Mulher, das Ações Estratégicas,

da Vigilância Epidemiológica e da Regulação) e uma agenda conjunta com profissionais de saúde participantes da Câmara Técnica de Humanização.

No âmbito do Acolhimento em Rede, apesar de intensificada a articulação com a Rede Estadual por meio de oficinas e participação no Fórum de Avaliação dos Indicadores do Plano Estadual de Redução da Mortalidade Materna e Infantil do Estado, os resultados da experimentação da organização da Rede Perinatal ainda eram incipientes. Apesar dos avanços nítidos na articulação entre a maternidade e a Rede Estadual, entraves políticos entre o estado e o município da capital e o fato de a coordenação do Plano situar-se dentro da Superintendência de Vigilância em Saúde, sem governabilidade nas ações assistenciais podem ser considerados fatores intervenientes negativos nesse processo. Além disso, o estado contava com o processo de regulação obstétrica em fase de implantação no município da capital (havia controvérsias com relação ao percentual de regulação), porém a maternidade atendia todas as mulheres que chegavam, mas ainda sem protocolos e normativas de referência e contrarreferência.

O movimento deflagrado para a efetivação do Acolhimento em Rede contou com reuniões com a Coordenação do Plano Estadual de Redução da Mortalidade, Coordenação de Atenção Básica, Vigilância do Óbito, Regulação, Coordenação de Urgência e Emergência e Coordenação das ações estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde da capital. Nesse contexto, os técnicos decidiram organizar um evento com objetivo de ampliar a escuta dos gestores e dos profissionais diante das demandas de acesso e da organização do processo de trabalho em rede (garantia da vaga zero às gestantes), tendo realizado o Fórum Estadual de Atenção Humanizada Perinatal com a participação dos 14 municípios prioritários com representação de técnicos da Regulação do estado e municípios, da Atenção Básica, da Vigilância do Óbito e do Poder Judiciário do estado (representado pela juíza do núcleo de promoção à família). Ressalta-se que este Fórum Perinatal contava com ampla representação das maternidades e dos técnicos e gestores dos municípios, porém ainda com pouca representação da sociedade civil, do Ministério Público e dos Conselhos profissionais e das Sociedades de especialidades. Nesse encontro, os técnicos da Secretaria de Estado da Saúde assumem, diante dos municípios prioritários, avançar na direção da constituição e da coordenação do Fórum Perinatal e no sentido de implementar a garantia à vinculação em rede.

## 6 Reflexões sobre nossos atos e nossas implicações

No contexto das múltiplas forças que compuseram o processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), destacou-se o apoio institucional como um modo inovador e efetivo em produzir grupalidades<sup>6</sup> e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis com movimentos de mudança das práticas. Inserido nesses movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição e buscando novos modos de operar e produzir das organizações, o apoiador institucional atuou como um analisador privilegiado, um dinamizador e facilitador de rupturas, dispondo-se, assim, a contribuir com a perspectiva de romper com os modelos de gestão baseados na intervenção autoritária e controladora, adotando como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (OLIVEIRA, 2011). Operou em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2010).

A tecnologia apoio institucional apresentou-se, na prática, como uma inovação, uma nova postura, uma nova ética na relação entre equipes de saúde e agentes que veem às organizações para propor mudanças para ampliar a efetividade das práticas de saúde e produzir grupalidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis (PASCHE et al., 2010).

Nesse sentido, a maternidade em estudo foi cenário pedagógico para construção de fundamentos teóricos e metodológicos, a partir da experimentação da função apoio institucional, em um esforço inicial de garantir a organização da porta de entrada da maternidade, diante da superlotação, com ênfase na análise dos processos de trabalho e tendo o desenho da rede de atenção obstétrica e neonatal do estado como referência organizativa.

Com base em um plano de ação construído coletivamente buscou-se qualificar os processos de atenção e de gestão, com foco nas boas práticas baseadas em evidências científicas de cuidado ao parto e ao nascimento. Objetivou-se fomentar grupalidades por meio do método da cogestão<sup>7</sup>, com um olhar voltado para eixos fundamentais, tais como o da valorização da subjetividade dos atores implicados na produção de saúde e da reflexão do cotidiano das práticas em com análise crítica sobre os processos de trabalho.

Do ponto de vista da prática, o processo para a implantação do ACCR deu-se em meio a muitas dificuldades técnicas e político-institucionais, permeadas por frequentes demandas de urgência, os famosos “apaga incêndios”, tais como a necessidade de superar a inadequação da estrutura física, a falta do enfermeiro classificador, a indefinição do protocolo, entre outros, em meio à constante superlotação da maternidade. Esta experiência nos mostra um retrato da trajetória dos profissionais aprendendo a lidar com desafios mais complexos da atenção à saúde: assegurar acesso, equidade no cuidado e

<sup>6</sup> Grupalidade é a experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (BRASIL, 2010).

<sup>7</sup> Cogestão é o modo de gestão que inclui novos sujeitos no processo de análise e de tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010).

integralidade das ações. Aqui, é importante registrar a clara contribuição do ACCR para enfrentar esses desafios, pois o ACCR não tem como objeto exclusivo as portas de urgências e emergências e não tem como único objetivo diminuir o tempo de espera nas filas. As filas das emergências, o atendimento por ordem de chegada, a ocorrência de mortes evitáveis, quando analisados coletivamente, são problemas que oportunizam introduzir mudanças no processo de trabalho e que podem desencadear movimentos de mudanças em toda a rede de atenção (BRASIL 2009c).

Porém, mesmo considerando o curto tempo (em termos históricos) e as dificuldades em assegurar a ampliação de acesso – principalmente em um contexto de superlotação – e em organizar espaços coletivos e participativos de reflexão sobre processos de trabalho, afirma-se a potência deste dispositivo no sentido da construção da integralidade das ações, em uma perspectiva de rede coordenada de serviços.

Nesse sentido, o ACCR foi um indicador extraordinário de mobilização dos atores envolvidos, possibilitando reflexões sobre as dificuldades e as resistências para a consolidação do processo, ou seja, possibilitando rever a própria prática.

Importante ressaltar que o respeito e o acolhimento às diferenças são importantes componentes éticos para a construção de uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas, pois não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas. A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde. Nesse contexto, estamos falando, portanto, de redes vivas, que incluem as diferenças e que também podem produzir diferenças e novos sujeitos (BRASIL, 2009c).

As soluções criativas encontradas atendiam às inúmeras demandas de mudanças: na ambiência; na organização do trabalho; na presteza dos serviços; na clareza das informações; na gestão e participação dos profissionais; nas condições de trabalho institucional, nas condições de apoio, na valorização e motivação dos profissionais. Nesse sentido, constata-se o ACCR como dispositivo potente em disparar vários movimentos “analisadores” da qualidade da prática ofertada, possibilitar a reflexão sobre a maneira instituída de a maternidade organizar suas tarefas, atividades e ações, e em interferir nos seus processos de trabalho. Nesse percurso, conquistou-se a contratação da equipe de enfermeiros, a construção do protocolo de classificação de risco, as modificações na ficha de atendimento, a confecção de um *banner* apresentando a classificação de risco por cores, tempo-alvo do atendimento e orientações de encaminhamento da gestante.

A cada encontro do apoiador institucional com a equipe da maternidade abriam-se possibilidades, não só de rever os processos de trabalho, mas de experimentar a ampliação de um espaço de escuta e de acolhimento para os profissionais, que expressavam suas



dificuldades e seus sentimentos vivenciados na prática. Os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) nortearam todo o processo de diálogo-aprendizado para direcionar eixos de discussão/formação/aprendizado/intervenção para a reorganização dos serviços e das práticas sustentados em uma perspectiva ético-política.

Contextualizando a prática atual nesta maternidade, durante o primeiro semestre de 2012 foram realizados 8.463 acolhimentos com classificação de risco, onde 78% das gestantes foram acolhidas e referenciadas para a rede de atenção e 22% permaneceram na unidade para procedimentos e internação. Esses dados apontam para uma análise preliminar do ACCR como dispositivo de intervenção/inclusão e para a garantia do acesso à continuidade do cuidado e da integralidade das ações. Além disso, a análise tem demonstrado que o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco é um potente instrumento de gestão ao captar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros classificadores no cotidiano, tais como o volume de pacientes, o tempo de atendimento, as condições de trabalho, as insatisfações e as queixas principalmente decorrentes da banalização do sofrimento, seja do usuário, seja do profissional de saúde. Tal fato tem possibilitado avançar na dimensão de uma postura acolhedora dos profissionais para além da aplicação de protocolos, explicitando ainda a necessidade do trabalho multiprofissional, em uma perspectiva de rede.

O ACCR representou uma oferta tecnológica para operar a consolidação das redes de atenção à saúde, à formação de vínculos e à corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. A implantação desta diretriz na maternidade, em uma perspectiva de linha de cuidado à mulher e à criança, ampliou o acesso, a atenção humanizada ao parto e ao nascimento, possibilitando o trabalho em equipe, a organização dos processos de trabalho para o acolhimento com escuta qualificada e a valorização da condição clínica da gestante em função da vulnerabilidade/risco.

Diante do exposto, validamos esse processo de implantação do ACCR como uma ação que pressupõe mudanças na relação profissional/paciente e na cultura construída ao longo das práticas de atenção e gestão. Fundamenta-se na troca e na construção de saberes, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe, considerando as necessidades, os desejos e os interesses dos diferentes atores do campo da saúde.

Para afirmar os princípios do SUS, é imprescindível a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. A aposta na construção de redes de produção de saúde passa, necessariamente, pela construção de arranjos de gestão que possibilitem o compartilhamento do cuidado e a pactuação de compromissos e responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos (BRASIL, 2009c). Como resultado dessa intervenção, o ACCR envolveu critérios estruturados de atenção à saúde, como integralidade, vínculo, corresponsabilidade e resolutividade, em função da natureza do agravo.



No encontro de subjetividades, aconteceu o acolhimento da queixa, “do saber e do sentir do paciente”, na tentativa de atender essa demanda singular, norteadas pelo sentido da integralidade, vista nesse contexto como ação social que não se constrói apenas no ato individual do atendimento, na relação profissional-usuário, mas de forma sistêmica nas ações dos diferentes níveis de atenção na rede dos serviços. Nesse encontro também se apresenta como um desafio permanente para os profissionais, inseridos nas práticas em saúde, a necessidade de reativar a nossa capacidade de cuidar e de acolher.

### Considerações finais

Nestes 24 anos de SUS, muitos avanços têm sido registrados e certamente o Brasil está incluído entre as nações que tomam a saúde como um valor social substantivo, e este entendimento tem tomado forma na construção de um robusto sistema público de saúde, a maior organização sanitária da América Latina (PASCHE, 2009). Neste entendimento e no contexto do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM), a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização de serviços e na realização da promoção da saúde em rede.

Esta experiência/intervenção possibilitou um avanço na direção da garantia de acesso aos serviços de saúde e continuidade do cuidado aos cidadãos e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Além disso, avançou na construção de uma nova identidade hospitalar, com concepções mais democráticas e participativas, onde se percebe um movimento gradativo de inclusão, responsabilização e construção de trabalho em equipe.

Importante ainda destacar que os resultados alcançados até o momento não se consolidam em seu pioneirismo por si só. É antes de tudo, produto de um contexto histórico de ações coletivas e integradas na busca persistente pela experimentação de outras práticas de saúde, com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Muitos são os desafios a serem enfrentados nesse processo de construção das ações planejadas para a implantação do dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco. Entretanto, a partir dessa experiência, cada vez mais profissionais estão se envolvendo nos serviços de saúde para superar a prática tradicional, transformando os processos de trabalho em uma ação mais resolutiva. A ampliação da equipe da maternidade por meio da inserção do apoiador institucional expressa uma atitude de abertura institucional para a democratização das relações entre os sujeitos e o reconhecimento de que acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde pressupõe a responsabilização e uma postura ética de todos os atores envolvidos neste processo em uma aposta na direção da mudança, permitindo-se o risco de experimentar o novo que surge para expressar o interesse público e o bem comum.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético e estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimpr. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, 2009c.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro, v.13, supl.1, p.701-708, 2009.

\_\_\_\_\_; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actus Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p.105-117, 2010.

# Fóruns Perinatais no Âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste\*

Perinatal Forum; at The Maternity Service; Qualification Plan for The Northeast and the Amazon Region; to Reduce Regional Inequalities; in Infant Mortality in Brazil

Vera de Oliveira Nunes Figueiredo<sup>1</sup>

Sônia Lansky<sup>2</sup>

Artigo



## Resumo

A proposta dos Fóruns Perinatais, sua gênese e sua história, são apresentadas à luz dos conceitos relacionados ao trabalho em saúde e às relações humanas. Trata-se de dispositivo potente de envolvimento, de mobilização e de compromisso dos trabalhadores, gestores e sociedade civil no apoio à implementação das práticas adequadas de atenção no parto e no nascimento, atendendo aos direitos em saúde de mulheres e de crianças. É estratégia de enfrentamento do paradoxo perinatal brasileiro, em que persistem elevados índices de morbimortalidade materna e infantil, apesar da intensa medicalização do nascimento. Embasadas pela diretriz da cogestão da Política Nacional de Humanização, experiências nacionais são incorporadas como política nacional, a partir do Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e Nordeste e do Plano de Redução das Desigualdades Regionais do governo federal, 2008 a 2010. Em 2011 integra a Rede Cegonha, projeto prioritário para a melhoria da atenção ao parto e ao nascimento.

## Palavras-chave:

Assistência perinatal. Fórum perinatal. Cogestão.

## Abstract

The proposal of constituting *Perinatal Forums* around the country, its genesis and history is presented in the light of the concepts related to health work and human relationships. It is presented as a potent device of involvement, mobilization and commitment of health care workers, managers and civil society to support the implementation of appropriate practices of care in labor and birth, attending to women and children health rights. It is a strategy to overcome the *Brazilian perinatal paradox* where there is persisting high maternal and infant morbidity and mortality, despite the intense medicalization of childbirth. Based on the guidelines for participatory management of the Brazilian Health Humanization Policy, local experiences are incorporated as a national initiative, from the Maternity Services Qualification Plan at the Northeast and the Amazon Regions to Reduce Regional Inequalities in Infant Mortality (Federal Government, 2008-2010). In 2011 the initiative was incorporated in the Stork Network, a national priority for the improvement of health care during delivery and childbirth.

## Keywords:

Perinatal Forum. Perinatal health-care. Health care participatory management.

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Assistente social; consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde; apoiadora temática da Rede Cegonha. E-mail: <vera.fig@uol.com.br>

<sup>2</sup> Pediatra, pós-doutora em Saúde Pública; coordenadora da Comissão perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; consultora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; apoiadora matricial da Rede Cegonha. E-mail: <sonialansky@gmail.com>

### Apresentação

O que pretendemos apresentar neste texto se refere a ideias que são síntese de um conjunto de reflexões que vimos desenvolvendo há alguns anos. Em larga medida, baseiam-se em experiências práticas e de construções coletivas desenvolvidas pela equipe de apoiadores institucionais e supervisores do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), iniciativa do Ministério de Saúde com Secretarias de Saúde, em implementação desde 2009. Destacamos constantes debates com integrantes da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, espaço de construção e de consolidação da linha de cuidado materna e infantil e referência para os Fóruns Perinatais existentes.

O tema proposto, “Fóruns Perinatais”, é bastante instigante e inovador. Alguns recortes devem ser, portanto, estabelecidos inicialmente. Uma primeira delimitação a ser feita é a de que este artigo se assenta em experimentações realizadas pelo PQM em duas regiões com taxas elevadas de morbimortalidade materna e infantil, as regiões da Amazônia Legal e Nordeste. Ou seja, é a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) desses territórios marcados pela iniquidade, de que falamos. Assim, os conteúdos fundamentais deste trabalho nascem do SUS na Amazônia Legal e do Nordeste, de sua história, de seus princípios constitutivos, da sua realidade cotidiana, das tensões e convergências de seus conceitos e práticas (PAIM, 1998).

Busca-se aqui a sistematização e a articulação de algumas experiências concretas e proposições que nos parecem bastante fecundas para a construção de modelo de atenção à saúde capaz de assegurar acesso com qualidade, que pressupõe cuidado integral às gestantes, às parturientes, aos recém-nascidos e às puérperas. Para tanto, apresentamos alguns aspectos a serem tratados neste texto, subdividido em quatro partes, buscando deslindar as potencialidades, os limites, as possibilidades e os desafios para trilhar caminhos capazes de estabelecer uma ética do futuro, a ética da responsabilidade, a ética da integralidade em saúde.

Iniciamos a primeira parte com a questão sobre o que norteia nosso compromisso em ampliar espaços coletivos capazes de trabalhar a construção, a organização e o fortalecimento de uma rede perinatal, com o estabelecimento claro de uma linha de cuidado integral de saúde materna e infantil. Aqui destacamos alguns referenciais teóricos em que se assenta a implementação do PQM em dois grandes eixos. A Cogestão, modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde. Modo de gerir que se propõe articular ações e serviços, trabalhar em rede, compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques. E isso é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde. (BRASIL, 2009a)

Na segunda parte, abordaremos por que o Fórum Perinatal – quais são suas premissas, seu papel, seus objetivos e sua composição – nos remete à constituição e possibilidades de se criar alternativas para enfrentar os desafios impostos pela institucionalização de práticas incapazes de produzir qualquer modalidade de espaço coletivo, que segundo Campos, “é um lugar e um tempo específico em que ocorrem encontros entre sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes”. (CAMPOS, 2000)

Na terceira parte, elegemos algumas experiências como a da Comissão Perinatal de Belo Horizonte de Fóruns Perinatais em funcionamento desde 1999 e alguns fóruns iniciados a partir do PQM, entendendo como espaço coletivo que analisa e redefine situações, ações e saberes que indubitavelmente exigem o reconhecimento mútuo dos envolvidos. É evidente que estas experimentações, ainda novas, exigem mais análise e avaliação rigorosa. Entretanto, isso não quer dizer que não há riqueza nesses espaços de construção coletiva de rede de saúde da mulher e da criança, em que o desafio principal é assumir a ética como mote capaz da redefinição de práticas e valores na relação entre instituições, entidades, saúde, enfermagem, sociedade.

Finalmente, a quarta parte do texto relaciona as potencialidades e os desafios que o Fórum Perinatal traz para a construção da rede de cuidado integral à saúde materna e infantil no novo cenário do Ministério da Saúde (MS). Trata-se da discussão relacionada a um novo contexto do MS que propõe a constituição de várias redes de atenção e, em especial com a iniciativa denominada Rede Cegonha e a importância estratégica dos Fóruns nos territórios contemplados para sua implementação.

A questão instigante que pretendemos marcar é: como buscar novas abordagens de construção coletiva para a constituição e o fortalecimento de redes, e, especialmente da Rede Cegonha, em que a interface entre Secretarias de Saúde, Conselhos de Saúde, entidades voltadas para o direito, instituições formadoras, conselhos de classes profissionais, ONGs, estejam juntas realizando um trabalho centrado no direito e na ética?

### **I – Sobre um método que propõe a articulação, análise e práxis no PQM: contexto PQM, método, tecnologias de trabalho e ações estratégicas**

Importante, nesse momento, fazer breve contextualização do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), em implementação desde o final de 2009, que tem por objetivo apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal de 26 maternidades inseridas na rede perinatal nas regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher.



Esta proposta tem diretrizes claras como a *vinculação da gestante* a equipes de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, conformando linhas de cuidado integral, desde o pré-natal, o parto até o puerpério; o *acolhimento da gestante, da puérpera e do recém-nascido* nas práticas de produção de saúde na Atenção Básica e maternidades; a implementação do *Acolhimento e Classificação de Risco* (ACR) nas maternidades e serviços que realizam partos. Integra ainda a este conjunto de diretrizes a *garantia de acompanhante da livre escolha da mulher durante a internação para o parto e do recém-nascido*, com incorporação de propostas de *adequação da ambiência* às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados e a *Cogestão*.

Pode-se definir o PQM como um conjunto de ofertas metodológicas (modo de fazer) e técnicas para a promoção de mudanças na gestão e no modelo de atenção ao parto e ao nascimento dessas maternidades brasileiras, escolhidas por critérios técnicos (mais de mil partos ao ano, dispor de UTI neonatal, ser referência para alto risco, concentração de óbitos maternos e infantis na região e ser instituição formadora) e validadas pelos gestores.

Encarando o desafio de qualificação, nos deparamos com a complexidade das ações propostas e a afirmação de que maior aporte de novas tecnologias não garante melhores resultados, que leva a definição da tecnologia de trabalho do Apoio Institucional e de um método para apoio a coletivos organizados para a produção de análise e intervenção (CAMPOS, 2007).

O PQM tem inspiração em Campos (CAMPOS, 2003), quando apresenta método de gestão para coletivos, denominado de Método da Roda ou Paideia, que faz críticas contundentes à racionalidade gerencial hegemônica, ao comando e ao controle taylorista que pressupõe a concentração de poder nas instituições, onde “a alienação da maioria no mundo do trabalho, a naturalização da dominação, seria um evento natural, para a democratização do poder nas instituições”. Propõe a reconstrução operacional dos modos de fazer a Cogestão, realizada em coletivos, como um caminho para a democratização e que possibilita a progressiva desalinhamento em grande medida. O Método da Roda aposta na ativação de coletivos que sejam capazes de produzir tanto compromisso e solidariedade, com o interesse público, quanto com o fortalecimento de sujeitos e a construção da democracia institucional, não só como um meio para promover mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Assim, privilegia sujeitos, razão pela qual se aplica às equipes e coletivos, que têm como objetivo a produção de algum bem ou serviço.

A Política Nacional de Humanização (PNH), uma das inovações no SUS, propõe como método a inclusão, que se apresenta como uma “tríplice inclusão” (BRASIL, 2009b): ao incluir sujeitos, coletivos e a perturbação que estas inclusões produzem nos processos de gestão. Assim, mudanças nos modos de cuidar e de se fazer gestão decorreriam da

“produção de plano e ação comum” entre sujeitos, guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro.

A aposta da PNH em construir uma política pública implica no compromisso permanente em lateralizar as trocas, aumentar o grau de abertura dos serviços e das práticas: ampliação da gestão e da clínica. Esta forma de funcionamento dá sentido ao proposto de “entrar em movimento”, de provocar o sentido de formação de redes de serviços, de propiciar compromisso e afeto.

Este movimento implica trabalhar tomando-se os referenciais da PNH e sua relação entre os *princípios* – transversalidade e indissociabilidade, seu *método* – o da inclusão –, e a partir da *diretriz* da cogestão, no caso, – o *dispositivo* referido: Fórum Perinatal. Este sim, para conferir materialidade a esses referenciais, como espaço para compreender, analisar os indicadores da atenção à saúde da mulher e da criança, construir narrativas sobre os problemas, compartilhar decisões e escolhas coletivas, as dúvidas e explicitar e trabalhar os conflitos. E, dessa forma, propicie o agenciamento entre sujeitos e unidades de saúde, possibilite a apropriação de estratégias e tecnologias para implementar ações de qualificação dos serviços, do cuidado, da gestão. Além de atender ao objetivo da constituição efetiva de redes, esse movimento também otimiza e potencializa as agendas e o estabelecimento dessas trocas. Significa ainda criar coletivamente as condições de viabilidade para que as ações redundem em mudanças do modelo obstétrico e neonatal.

Fórum, tomado como “motor” de participação, espaço agenciador que Guattari (GUATTARI; ROLNIK, 2000) indica como dispositivo capaz de cruzar estruturas, culturas, saberes etc., introduzindo nova subjetividade ou novos coeficientes de transversalidade.

A partir da afirmativa de que o Método da Roda é um método de apoio à cogestão, capaz de produzir experiências singulares relacionadas à capacidade, a análises e à intervenção dos coletivos na implementação do PQM, um duplo desafio se anuncia. Por um lado, é relacionado ao modo de coordenação dos serviços e ações de saúde pelo Estado, fragmentada e desconectada das entidades, das instituições e de representantes da sociedade civil. Por outro lado, é imperativa a construção e o fortalecimento de redes que extrapolam as redes de serviços em um mesmo território, mas que se constituam como redes de defesa da vida.

Pois bem, o PQM, apreendendo que é fundamental para os avanços nos resultados em saúde materna e infantil a qualificação do cuidado em saúde, no aspecto da melhoria nas relações, na tecnologia relacional, tecnologia leve, relação de igualdade e de garantia de direitos de acesso às melhores práticas disponíveis no conhecimento, bem como na implicação ética e política de democratizar os modos de se trabalhar a gestão, excluindo o autoritarismo, lança mão do *apoio institucional*. Esta é uma aposta na estratégia capaz de

produzir movimentos envolvendo os gestores e as equipes dirigentes das maternidades em torno da questão da morte infantil e materna, e a necessidade de intervenção apoiando equipes das maternidades na discussão de problemas do cotidiano e reorganização de seus processos de trabalho, com a constituição de espaços coletivos de onde emergem propostas e estratégias de ação para seu enfrentamento.

Nesta interação com as equipes das maternidades priorizadas pelo PQM, buscou-se promover reflexão sobre práticas de cuidado e de gestão, problematizando e ofertando recursos conceituais e metodológicos para o reposicionamento dos processos de trabalho, na perspectiva de se qualificar as intervenções e melhorar as respostas dos serviços de saúde, onde o envolvimento dos trabalhadores e gestores poderia ampliar compromissos e satisfação no trabalho.

Contudo, o apoio institucional só existe para conferir materialidade à cogestão, que segundo Campos, (2000) é uma tarefa coletiva de sistemas de cogestão – e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas. A função apoio é o exercício de fomentar o desenvolvimento de espaços coletivos, ampliando processos de diálogo, reflexão e análise das práticas de cuidado e de gestão, favorecendo a produção de consensos entre trabalhadores, equipes e gestores. Permite a construção de novas práticas, propiciando a corresponsabilização pelos processos de mudança. Trata-se de aportar suporte metodológico e técnico às maternidades e à rede perinatal do território, para desenvolvimento e implementação das diretrizes propostas, com ações locais periódicas. Ser apoiador é ampliar a capacidade de construção com as pessoas nos territórios, facilitar a produção do comum, ajudar os trabalhadores a planejar, propor métodos, ações e avaliar o processo de implementação do PQM. Isto só é possível com a construção de espaços coletivos, entendidos segundo Campos (Campos, 2005), como arranjos concretos, seja de lugar ou de tempo, em que há ampliação da comunicação com a maior escuta e circulação da palavra e de informações, considerando aspectos subjetivos e aspectos da realidade, para análise dos problemas, da elaboração de proposta e tomada de decisão com definição de prioridades, e do estabelecimento de pactuações e contratos.

Podem tomar a forma de conselhos, colegiados, assembleias e no caso sistemas de cogestão os Fóruns Perinatais, para ampliar o espectro da qualificação das maternidades e da rede perinatal, fazendo a articulação e o fomento de redes de cuidados, buscando a integração de pontos de atenção da rede SUS e a integração de equipes de saúde, sujeitos envolvidos nessa tessitura.

O PQM definiu como investimento central a Cogestão e, dessa forma, o Plano se destinou a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados. Um desses espaços coletivos de fundamental importância para a construção da rede de cuidados perinatal é o Fórum. O

Fórum Perinatal é também um arranjo para se experimentar a grupalidade e, para que seu funcionamento seja assegurado, o grupo precisará de suporte e manejo que o ajude a se estruturar (ONOCKO, 2003).

Segundo Winnicott, (WINNICOT,1990) a característica fundamental dos processos intermediários é a de serem processos que requerem lugar e tempo e se caracterizam pelo fazer, não pelo puro pensar. Entendemos que o funcionamento deste espaço coletivo de gestão requer regularidade de encontros, encontros que promovem movimentos e grupalidade para a formação de compromissos singulares.

Assim, o Fórum Perinatal é entendido como dispositivo e estratégia transformadora dos processos de intervenção em contextos de organização, de articulação de serviços e de qualificação do cuidado em saúde. Logo, em consonância com este referencial e sob a ótica dos estudos sobre Cogestão realizados, estamos considerando o Fórum Perinatal um espaço plural de construção de propostas, projetos, desenvolvimento de ações voltadas para a mudança de modelo de gestão e da atenção obstétrica e neonatal, propiciando a transversalidade das práticas e dos saberes, a tomada de decisões a partir de situações-problema identificados e pactuações para efetivação de propostas para qualificar o cuidado em saúde para mulheres e famílias, em rede. Demanda que seja organizado por um grupo técnico da Secretaria Estadual e ou Municipal de Saúde, com propostas de pautas e logística organizativa prévia a cada encontro, bem como de elaboração de ata/memória enviada a todos os participantes. Propõe-se que seja constituído como espaço de debates pertinentes à realidade dos serviços, das necessidades locais de saúde baseadas em indicadores epidemiológicos do território e de suas respectivas regiões de saúde, além de percepções e significados presentes no coletivo de participantes envolvidos na proposta de reorganização da rede e do modelo de atenção.

Essa é uma estratégia também para atenuar distorções dos serviços e secretarias excessivamente burocratizadas, reservando ao Fórum esse lugar, onde várias instâncias, entidades e instituições e sociedade civil se reúnem para análise de situações e de dados, transformando-os em informações, para exercerem a tomada coletiva de decisões e também a responsabilidade pela implementação de atividades e tarefas. É também um arranjo em que não se fundamentam apenas a noção de controle social, ou de multiplicidade de vozes que representam muitos interesses, mas que combinam autonomia e compromisso de responderem a necessidades deste segmento de mulheres-gestantes, de parturientes, de puérperas e de recém-nascidos.

Exercitando a gestão participativa e compartilhada em seus mais variados dispositivos, seria o Fórum espaço para tratar o grande paradoxo perinatal brasileiro expresso pela intensa medicalização do parto e do nascimento e ao mesmo tempo manutenção de

altas taxas de mortalidade materna, fetal e infantil (LANSKY; REGO; MAIA, 2009; DINIZ, 2010). “Isso decorre do distanciamento entre o conhecimento e a sua disponibilização na prática para toda a população, ou seja, de oportunidades perdidas de ação de saúde e de vidas perdidas por causas evitáveis, da desigualdade e segregação econômica e social dos recursos e ações de saúde”. (LANSKY, 2010). Todo esse processo para enfrentamento deste paradoxo e, em última instância para redução de óbitos maternos e infantis evitáveis, nos conduz a pensar que somente a partir de uma organização plural para composição do Fórum Perinatal como espaço de inclusão de atores estratégicos para trabalhar a linha de cuidado perinatal, a partir do método colocado como caminho para o desenvolvimento de análise e de intervenção e avaliação da rede perinatal em construção é que será possível avançar nesta perspectiva.

### **II – Fóruns Perinatais como síntese dos movimentos produzidos no PQM**

Cartografando os movimentos produzidos no PQM, encontramos uma síntese nos **Fóruns Perinatais**, entendidos como referencial ético-político de construção do SUS, com foco na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos da mulher, da criança e do adolescente, direito às boas práticas, à assistência qualificada e ao nascimento saudável. Estes espaços no PQM produziram o exercício da gestão participativa, do controle social, do comprometimento, da corresponsabilidade, da solidariedade e da negociação de conflitos para a transformação da realidade. Tem como norte o modelo humanístico de atenção ao parto e ao nascimento com base nas melhores evidências científicas, como referência para a implementação das boas práticas em saúde, da promoção do nascimento saudável, da prevenção de agravos, trabalhando para a mudança do modelo assistencial e da mudança de paradigma no nascimento.

Assim, o Fórum Perinatal constituiu-se para a problematização, a reflexão e a análise da realidade da rede perinatal. Deve ter composição interinstitucional e interdepartamental com representação dos diversos setores das secretarias, permanente, deliberativo e gestor das políticas de atenção à saúde da gestante e dos recém-nascidos, executando o planejamento, a avaliação, o monitoramento, a divulgação e a gestão das ações de saúde. Criado na perspectiva operacional de discutir e pactuar propostas para organizar uma rede de cuidados integral e humanizada de atenção a mulheres e aos recém-nascidos, favorecendo o acesso às práticas de saúde que defendam e protejam a vida. Para tanto, coloca em foco os principais problemas e as prioridades de atuação dos diversos setores componentes do Sistema Único de Saúde e da sociedade. Envolve toda a rede de assistência para a linha de cuidado integral (do planejamento reprodutivo e saúde da mulher, ao pré-natal de baixo e de alto risco, ao apoio propedêutico e terapêutico e a rede hospitalar com leitos de obstetria, de neonatologia, incluindo o alto risco) para adequação dos serviços à necessidade da população.

Tem por finalidade conhecer, mapear e analisar periodicamente a rede de atenção perinatal e seus principais indicadores, à luz dos direitos da mulher e da criança. Ressalta-se, ainda, como finalidade do Fórum Perinatal, propor medidas e estratégias para a redução da mortalidade materna, da neonatal e da infantil, por meio de atividades que contribuam para a melhoria técnica e acadêmica dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica, na atuação com os gestores e serviços de saúde, além de promover ações de divulgação sobre a atenção à saúde da mulher e do RN seus principais indicadores, em articulação com a sociedade civil organizada e instituições de saúde.

A pactuação coletiva de que o Fórum serviria como espaço para discussão e aprofundamento de temas-chave escolhidos por todos, surgidos das necessidades concretas das realidades vivenciadas por cada um no mesmo território, tem dado certa direcionalidade ao Fórum, produzindo “fôlego” e sentido para ele.

Os Fóruns Perinatais são espaços estratégicos, onde representantes das diversas unidades, das instituições de ensino, dos movimentos sociais e da sociedade civil se encontram para problematizar, discutir e analisar sua própria realidade perinatal, dificuldades e possibilidades de superação, tendo como objetivo a construção de projetos. Esses são projetos que visam à reorganização dos processos de trabalho, da produção de saúde e autonomia e da ativação de redes, para realizar pactuações e fazer face à mudança de paradigma obstétrico e neonatal, produtores de vida para mulheres e crianças.

Outra característica que podemos atribuir ao funcionamento de alguns Fóruns em territórios onde o PQM foi implementado, é que são uma experimentação concreta de espaços coletivos em que se colocam em relação a atores institucionais com interesses distintos, mas com propósitos e objetivos comuns para apoiar e ampliar suas potencialidades. (OLIVEIRA, 2011)

Podemos dizer que outro foco de investimento do apoio institucional no desenvolvimento do Fórum é também por ser um espaço pedagógico, de grupo sujeito, que visa contribuir com a produção de mais sujeitos e com a articulação de redes: redes comunicacionais, de produção de cuidado/atenção, de trocas de práticas e de saberes. Essa produção de redes, por sua vez, e em certa medida, está em consonância com o processo de qualificação das maternidades e redes perinatais. Assim, o apoio institucional pode ser entendido como um dispositivo de busca de funcionamento em rede.

Para seu funcionamento no planejamento e na organização das ações de saúde, o Fórum Perinatal demanda apoio institucional efetivo e de um grupo que se ocupe dos chamados para os encontros da organização das pautas, da organização dos dados e indicadores para sustentarem os debates e a tomada de decisões para organização e da elaboração/circulação das memórias etc.



### **Comissão Perinatal de Belo Horizonte (BH) e sua trajetória para a construção do cuidado em um novo modelo assistencial perinatal**

Estruturada como iniciativa integrante do *Projeto Vida* para redução da mortalidade materna e infantil em 1994, trata-se de um fórum interdepartamental na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e interinstitucional, de discussão permanente, com caráter técnico e educativo, consultivo e deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao recém-nascido (RN). O trabalho dessa Comissão tem como norte a construção de acordo ético no município, responsabilizando gestores municipais da saúde e gestores dos serviços em relação à assistência da gestante e do RN, construindo uma rede de corresponsabilização. Tem como atribuição planejar, avaliar, monitorar, normatizar e divulgar a situação de saúde das gestantes e dos recém-nascidos, da gestão e das ações de saúde. Envolve toda a rede de atenção desde as ações de saúde sexual e reprodutiva, pré-natal de baixo e alto risco, apoio propedêutico e terapêutico, transporte, regulação assistencial e atenção hospitalar de baixo e alto risco, para a constituição da linha de cuidado integral de saúde e adequação dos serviços à necessidade da população. (LANSKY, 2006)

Em sua composição desde 1999, integram setores estratégicos da SMSA, como a Coordenação de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Epidemiologia e Informação, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Supervisão Hospitalar e Vigilância Sanitária. Os participantes externos conferem à comissão o caráter interinstitucional, o que viabiliza uma construção coletiva e progressiva ao longo desses anos de trabalho articulado e conjunto. Assim, participam todas as maternidades do SUS-BH, o Ministério Público, o Conselho Regional de Medicina e de Enfermagem, a Associação Mineira de Hospitais (setor privado), as Sociedades Mineiras de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, a Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, a Rede Feminista de Saúde, Pastoral da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal da Mulher, Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Saúde e, mais recentemente, ONGs ativistas do movimento pelo Parto Humanizado – ONG Bem Nascer e Ishtar. Essa composição continua sendo ampliada, resultado de extensa negociação entre os setores envolvidos na área perinatal. Os encontros são mensais desde a sua implantação, com data fixa acordada pelo grupo. É inegável seu pioneirismo no Brasil envolvendo em uma atuação transversal além do setor público, a saúde suplementar (setor privado) e o controle social.

A Comissão Perinatal de BH conta com grupos de trabalho que se organizam para agilizar a construção de consensos no trabalho e definição de normas e recomendações. Grupos específicos de trabalho foram organizados tendo em vista pautas que se apresentaram com demanda para maior aprofundamento, como o Fórum de Obstetrícia (reuniões mensais) e o Grupo de Neonatologia (reuniões trimestrais).

O primeiro movimento da Comissão Perinatal foi dedicado à reorganização da Atenção Básica, começando pelo planejamento familiar em 1994, a partir da disponibilização de práticas educativas e dos métodos contraceptivos em todos os Centros de Saúde. Somou-se a estas ações a qualificação da assistência pré-natal, com estabelecimento de rotinas para a assistência, o acolhimento imediato da gestante, a inserção do enfermeiro na assistência, a garantia de continuidade com agendamento das consultas e ampliação do acesso ao pré-natal de alto risco pela Central de Marcação de Consultas, a partir da Unidade Básica de Saúde. Além disso, os exames preconizados pelo MS foram implantados, acrescidos de outros que integraram a política local, como a pesquisa de toxoplasmose na gravidez, desde 2002. Nos serviços de saúde também foram disponibilizados material educativo como a Agenda da Gestante, fôlder do pré-natal e do puerpério com orientações gerais, bem como a realização de atividades em grupos de educação em saúde.

Contudo, sua atuação não poderia ficar circunscrita ao pré-natal, pois a assistência integral não pode prescindir da qualidade da assistência ao parto. Assim, outra ação de peso que a Comissão Perinatal pactuou e acompanhou sua operacionalização foi a avaliação sistemática das maternidades do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, o que culminou com a efetivação do *fluxo de atendimento de qualidade* para a gestante e o recém-nascido (RN), redirecionando as gestantes somente para maternidades que conferiam segurança no atendimento (11 das 16 maternidades do SUS à época). A Unidade Básica de Saúde tornou-se a porta exclusiva para o pré-natal, de onde se procede o referenciamento e a vinculação da gestante desde o pré-natal a uma maternidade considerada de qualidade, ficando a maternidade a responsabilidade de realizar o acolhimento imediato à gestante, evitando a sua peregrinação no momento do parto e nascimento de seu filho. A Central de Internação, mecanismo potente de regulação do acesso e promotor de equidade no SUS-BH, tornou-se responsável por identificar leitos quando necessária a transferência da gestante, após esta ter sido acolhida, avaliada e iniciada a assistência na primeira maternidade que procurou. A pactuação ética do acolhimento imediato e transferência somente pela Central de Internação foi intensamente trabalhada na Comissão Perinatal, e este debate se mantém, na medida em que alguns serviços persistem transferindo excessivamente mulheres em trabalho de parto. Alegam dificuldades de internação, apesar do monitoramento realizado pela Comissão perinatal apresentar baixa utilização da capacidade operacional instalada, o que vem sendo motivo constante de debates e negociações.

A pactuação contínua e dinâmica da vinculação, desde o pré-natal para o parto, vem atender às modificações que surgem no cenário da rede perinatal, para responder as demandas dos Centros de Saúde e Distritos Sanitários, que avaliam permanentemente este dispositivo com a Comissão Perinatal.



Produtos importantes para o funcionamento da rede perinatal na cidade foram elaborados e pactuados coletivamente na Comissão Perinatal, como os protocolos e os fluxos da rede de responsabilidades entre os pontos de atenção, de forma descentralizada e hierarquizada em 2002, o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Urgência Obstétricas em 2009 e atualmente em curso (2012) os protocolos únicos de atenção obstétrica para as maternidades. Igualmente, a negociação entre as entidades profissionais de Obstetrícia, de Pediatria e de Enfermagem Obstétrica vem acontecendo para a construção de consenso sobre as habilidades e competências de cada um para a organização do trabalho multiprofissional e colaborativo na atenção ao parto e ao nascimento, visando à inclusão efetiva da Enfermagem neste cenário.

Em 2009, foi iniciado o movimento de descentralização dos Fóruns Perinatais, constituindo-se os Fóruns Perinatais Distritais, com o intuito de radicalizar o processo de fortalecimento das redes locais, estreitando as relações entre a atenção primária de saúde e a maternidade de referência, aprofundando o conhecimento, a corresponsabilização, a qualificação, a referência e a contrarreferência, a alta responsável da maternidade assegurando a continuidade do cuidado, a análise conjunta de efeitos adversos como os óbitos e outros eventos-sentinela, propiciando a visita da gestante à maternidade, a ampliação das práticas educativas de promoção da saúde (“curso de gestante” nas maternidades), entre outros. Várias iniciativas já acontecem na cidade com encontros regulares, com identificação dos problemas e soluções conjuntamente e atendendo às particularidades de cada situação.

Ao longo de todo este período foi e continua sendo necessário muito apoio dos gestores dos hospitais, e a Comissão Perinatal teve papel fundamental nesta mobilização. A SMSA de BH assumiu a regulação de toda a rede assistencial e a responsabilidade de ofertar assistência de qualidade, intensificando as negociações com diretores e associações e publicizando os resultados para a população. Muitas vezes conflitos emergiram e eram trabalhados na perspectiva de superá-los. A grande resistência inicial dos serviços para o acolhimento imediato da gestante na primeira maternidade por ela procurada, alegando com frequência a superlotação, foi superada a partir da construção de acordo ético entre gestores, o que pôs fim ao atendimento apenas no período expulsivo do parto, estreitando-se a relação de responsabilização dos serviços sobre a população. Houve também acordo para ampliação de leitos e adequação da assistência às normas e aos protocolos de referência.

A implementação da investigação dos óbitos maternos (desde 1997), fetais e infantis (desde 2002, com a UFMG e referência para a proposta nacional de 2004) é fonte contínua de informação para a negociação e a pactuação das melhorias nos processos assistenciais para redução das mortes evitáveis. Envolve cotidianamente a Atenção Básica, as maternidades e demais postos de atenção da rede, em um movimento dinâmico de avaliação e

monitoramento e *feedback* para profissionais e serviços. Com a Vigilância Sanitária foram definidas as normas dos serviços para o Código Sanitário Municipal e o roteiro de inspeção.

Esse fórum trabalha intensivamente para a humanização do parto e do nascimento, incentivando a participação da mulher e da família nestes momentos tão singulares nas suas vidas. Incentiva e recoloca a mulher como protagonista neste processo, e isso tem a ver com a redução de procedimentos desnecessários, especialmente na redução de cesáreas desnecessárias, como o uso indiscriminado da ocitocina, bem como estimular as boas práticas em neonatologia, o aleitamento materno, a formação de vínculo e as práticas como o Cuidado Canguru. Movimentos e iniciativas de realização de seminários, encontros, visitas técnicas a maternidades de referência com o movimento social organizado, para apoio às iniciativas de humanização da assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao RN têm sido uma constante.

Podemos registrar resultados significativos com a mudança da postura dos serviços em relação aos direitos da gestante e do recém-nascido e a humanização da assistência. Todas as sete maternidades do SUS-BH atualmente asseguram a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, desde o acolhimento na porta de entrada na maternidade, do pré-parto, do parto, do nascimento e do pós-parto, a partir de 2006 após a lei municipal do direito a acompanhante (2005) que precedeu a lei federal. Também a presença de doulas comunitárias já é assegurada em seis das sete maternidades do SUS-BH, e uma parceria com o Hospital Sofia Feldman possibilitou a qualificação de mais de 500 mulheres com cerca de 60 atuando como voluntárias nos plantões das maternidades. Hoje o grupo de coordenação das Doulas Municipais mantém encontros frequentes para avaliação, manutenção da política e realização de cursos de doulas anualmente, e já realizou o 16º curso em 2013.

Merece destaque a ampliação da *participação social na defesa dos direitos da mulher e da criança*. O Grupo de Controle Social foi constituído com o intuito de destinar maior esforço à constituição dos Conselhos Locais de Saúde das Maternidades, e para elaboração e concretização da Política Municipal de Doulas no SUS-BH (2006). Este grupo se encarregou da mobilização, da divulgação, da elaboração e da execução do Curso de Capacitação de Conselheiros e ouvidores de saúde sobre as boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento (2006) e direitos da mulher e da criança. Com o Hospital Sofia Feldman, o Conselho Municipal de Saúde, a Rede Feminista de Saúde, a Coordenadoria de Direitos da Mulher, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, e o apoio do Ministério da Saúde foram capacitados 200 conselheiros de saúde em seis cursos realizados entre 2007 e 2008, além de elaboração de material em DVD para divulgação. Foi estruturada proposta sistematizada de avaliação de satisfação da usuária dos serviços

de pré-natal, parto e puerpério, realizando entrevista das mulheres e famílias na unidade de saúde no final do ciclo gravídico-puerperal.

O Grupo de Humanização trabalhou inicialmente com dez representantes de cada maternidade. Esta decisão foi considerada estratégica para ampliar a participação das equipes, além dos gerentes de Obstetrícia e de Neonatologia, propiciando maior envolvimento nas questões que demandam profundas mudanças culturais e de processo de trabalho nos serviços. Hoje este tema faz parte do trabalho cotidiano das maternidades e da própria Comissão Perinatal, e houve dissolução de grupo específico para este fim.

Os esforços de ampliação e qualificação da Atenção Básica de Saúde se apresentam em uma rede com expansão rápida para 149 Unidades Básicas e, atualmente, 578 equipes de Saúde da Família, cobrindo cerca de 80% da população. Ampliaram-se também os esforços para qualificação da atenção primária com oficinas e cursos de especialização em Saúde da Família. Foi estruturado o ambulatório municipal de acompanhamento do RN de alto risco – “Viva Bebê” – e a Rede Solidária de Aleitamento Materno, investimentos para a promoção da qualidade de vida, para além da garantia de sobrevivência do RN.

Em relação ao monitoramento da qualidade das maternidades são avaliados indicadores básicos continuamente, como o índice de cesarianas, a prevalência de prematuridade e do baixo peso ao nascer, o índice de Apgar, as internações preveníveis pela Atenção Básica, entre outros, além da avaliação permanente dos óbitos maternos, fetais e infantis por maternidade. Foi iniciada a avaliação da qualidade da atenção em maternidades, com observação *in loco* da assistência e da entrevista com a mulher em trabalho de parto e no puerpério, em outubro de 2006, com a Supervisão Hospitalar (Controle e Avaliação Hospitalar). Uma vez por semana, além da habitual análise de prontuários, o profissional médico da supervisão hospitalar da Secretaria de Saúde entrevista as parturientes, as puérperas e as(os) acompanhantes, utilizando instrumento com seleção de marcadores assistenciais que espelham a qualidade do processo assistencial e da humanização do cuidado em saúde, em amostra representativa por maternidade. Estes dados coletados são socializados, trabalhados e discutidos periodicamente com as maternidades na Comissão Perinatal e com os supervisores hospitalares, de modo a subsidiar as ações de melhoria da atenção. Sem dúvida, essa ação tem se apresentando muito potente para melhoria do cuidado hospitalar e da disseminação das práticas humanizadas, envolvendo e responsabilizando profissionais em termos de sua participação para promover e apoiar as mudanças fundamentais. (LANSKY, 2009)

Em 2008, foi elaborado o *Termo de Compromisso das Maternidades*, com o intuito de marcar a responsabilidade dos serviços com relação à implementação das práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas. Todo esse trabalho subsidiou a seleção de

indicadores de acompanhamento da qualidade e da humanização do cuidado ao parto e ao nascimento nas maternidades, pactuado coletivamente na Comissão Perinatal, que culminou com a sua utilização na contratualização dos serviços a partir de 2009. São 15 indicadores utilizados para monitorar a assistência, que refletem desde a adequação da ambiência para o parto, o processo assistencial e alguns resultados da atenção. Esses indicadores atualmente são utilizados como referência para a contratualização das maternidades na Rede Cegonha. Por outro lado, esses indicadores são motivo de discussão permanente, na medida em que os serviços apresentam justificativas e argumentos para o não alcance das metas propostas, o que repercute no repasse financeiro para as maternidades e vem demandando pauta contínua nas reuniões. Os indicadores são socializados para todos os participantes da Comissão Perinatal, possibilitando a discussão e a análise crítica comparativa dos dados dos diversos serviços e entre serviços, um passo a mais no processo democrático e participativo das práticas da saúde, com a transparência dos resultados alcançados.

De maneira geral, os indicadores assistenciais e de resultado da atenção obstétrica e neonatal no SUS-BH vêm evoluindo de forma satisfatória, incluindo até mesmo os índices de cesariana nas maternidades públicas, menores que os encontrados nos diversos serviços do País, de capitais e de grandes cidades. Mesmos hospitais de referência para alto risco têm mantido os índices próximos de 30%, conforme pactuação realizada em 1998. Por outro lado, os desafios contemporâneos da cultura da cesariana com índices crescentes na cidade decorrente das práticas no setor de Saúde Suplementar (maternidades com 80% de cesariana, o que impacta no índice da cidade que chegou a 52% em 2011), motivaram a estruturação do *Movimento BH pelo Parto Normal* em 2007, coordenado pela Comissão Perinatal. Agrega o setor de Saúde Suplementar ao trabalho no SUS, envolvendo cerca de 30 participantes. Essa iniciativa se propõe a divulgar os benefícios do parto normal para a população e os riscos da cesariana desnecessária, e atua em parceria com as duas maiores universidades da cidade, entidades profissionais e ONGs, com curso de multiplicadores, participação em feiras de rua quinzenalmente e em eventos dirigidos aos profissionais de Saúde e população em geral.

### **III – Algumas experiências de fóruns em construção, vividas na Amazônia Legal e no Nordeste**

Consideramos que a melhor forma de contar a história de uma ação política, de um momento ou movimento de mudança é demonstrar seus meandros, seus desafios e avanços. Nesta perspectiva, seguem relatos de experiências de Fóruns Perinatais em construção na Amazônia Legal e no Nordeste que trazem contextos, parcerias, campos de prática e tempos de caminhada distintos, mas que comungam o mesmo intenso desejo de consolidar o SUS e a atenção materna e neonatal qualificada na região. Os relatos, ainda que breves,

demonstram os resultados da aposta feita pelo Ministério da Saúde nesta estratégia que, em última instância, visa produzir atenção integral para mulheres e recém-nascidos em muitos recantos do Brasil, afinada com a Política Nacional de Humanização.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996), “a mortalidade materna representa um indicador do *status* da mulher, seu acesso à assistência de saúde e a adequação do sistema de saúde para responder às suas necessidades”. A constituição de Fóruns Perinatais tomou como mote este grande desafio, diante do cenário de taxas muito altas de mortalidade materna e infantil existentes no território. Mais um grande desafio se coloca: como operar estas mudanças tão desafiadoras sem envolver atores, instituições, serviços, enfim, sociedade civil?

Desde o início de implementação do PQM, a compreensão de que não se altera modelos de gestão com o desenvolvimento do Plano circunscrito à maternidade de referência levou à necessidade de estender o trabalho, o apoio institucional e a supervisão à atenção primária, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, articulação permanente com as maternidades da rede municipal e estadual, implicando a busca de dispositivo capaz de assegurar esta discussão da rede, em rede.

Assim, foi se desenhando modos de funcionar dos fóruns e estabelecendo-se prioridades, em consonância com as necessidades expressas pelos estados, municípios e serviços.

O Fórum Perinatal de Palmas no Estado do Tocantins, do Rio Branco/Acre, de Imperatriz/MA, de Aracaju/SE, de Natal/RN e de Teresina/PI foram priorizados para este relato em virtude de certa similaridade em relação à organização, ao funcionamento e ao papel relevantes nesses territórios. Não se trata de iniciativas isoladas, mas que tem desenvolvido estratégias, dispositivos potencializando as ações, a partir dos objetivos, das diretrizes e dos pressupostos do PQM.

O primeiro passo para delimitar este recorte/aposta, a partir dos referenciais do PQM, foi o modo de fazer dos Fóruns, sendo o caminho escolhido o *método da inclusão*, um modo de funcionar em que o ponto de partida foi a experiência dos serviços trazidas para o debate coletivo, tendo como olhar analítico-avaliativo os princípios, as diretrizes e os dispositivos da PNH/PQM. A perspectiva problematizadora adotada nestes espaços incluiu os representantes das Secretarias Estaduais e Municipais, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais, Conselhos de Classe, sociedades profissionais, instituições formadoras/Universidades, Conselhos de Saúde, Ministério Público, Maternidades das capitais e regiões metropolitanas, entidades, instituições e representantes da sociedade civil/ONGs, apoiadora e supervisora da PNH/PQM, que entre variadas pautas, exigem constantes (re)contratações das tarefas, mas principalmente um modo de fazer que amplia a participação democrática e solidária, onde a palavra circula, a lateralidade é exercida.

### **O Fórum perinatal de Palmas no Estado do Tocantins**

Constituído em outubro de 2010, quando estava em efervescência a disputa eleitoral para o governo do estado. Diante dos resultados que levaram à mudança do governador do Tocantins, trabalhadores estratégicos da Secretaria Estadual e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Semus) se posicionaram em relação ao fortalecimento do Fórum, com funcionamento muito recente, apenas uma reunião. Era compreensão comum a estes atores que a existência desse espaço coletivo e plural daria continuidade ao que se propunha como espaço de: ampliação de acesso com qualidade; vinculação das gestantes desde o pré-natal até a maternidade de referência; espaço de ampliação de grau de corresponsabilização pelas decisões tomadas; mudança de modelo obstétrico e neonatal e constituição de rede perinatal de Palmas e do estado.

O seu grau de abertura foi se delineando com a inclusão dos participantes e a importância de atores em sua composição foi construída no próprio Fórum em seu funcionamento e regulamento, e a decisão sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde (Sesau). Houve ampliação da composição, com a participação de diretores de mais quatro hospitais do interior do estado que realizam partos. Em seguida, houve a inclusão de todos os hospitais/maternidades do estado. O Fórum é coordenado pela Superintendente de Vigilância em Saúde, indicada pelo secretário estadual de saúde e validada pelo Fórum. Possui um calendário de encontros que se estabeleceu para todo o ano de 2011, fixando toda a última quarta-feira de cada mês, cujas pautas são retiradas do encontro anterior, com atas sistematizadas e compartilhadas no grupo de *e-mails* dos participantes dos fóruns. O Coletivo de Humanização da PNH/Sesau participa ativamente do Fórum em sua organização, mobilização e sistematização das reuniões. Antecede a todo encontro uma reunião do grupo de trabalho constituído para preparar com discussão do que a Sesau apresentará de retorno ao que foi pactuado em reuniões anteriores, entendendo que um Fórum só se legitima e fortalece se cada decisão for levada adiante.

Algumas estratégias de ação demonstram a relevância do Fórum Perinatal na construção da rede perinatal. Destacam-se os grupos de trabalho específico para cada ação.

- elaboração de protocolos conjuntos da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e da capital;
- estruturação do ambulatório de pré-natal de alto risco;
- projeto de educação permanente/capacitação em pré-natal para a Atenção Básica;
- organização do acolhimento à puérpera na Atenção Básica após alta hospitalar;
- elaboração de projeto de capacitação de docentes.

A partir do Fórum, o movimento de construção de redes de serviços, de conversação entre serviços e equipes apresentaram-se com desdobramentos, como a realização do seminário de Gestação do Parto ao Puerpério pela Semus; acesso ao prontuário eletrônico das unidades básicas de saúde da Semus para a maternidade de referência da capital; mapa de vinculação (maternidade de referência, condutas, fluxos regionais); ajuste de conduta sobre os protocolos estado/Semus (toxoplasmose, sífilis, HIU); elaboração da proposta de criação de ambulatório; Gestão de Alto Risco com a Universidade; elaboração de protocolos da Diretoria de Atenção Básica/Semus para atendimento à mulher e à criança; e sistematização da análise de dados mortalidade por local de ocorrência. Houve intensa mobilização com inclusão de diretores de hospitais no Fórum a partir da apresentação e da discussão dos indicadores de mortalidade materna e neonatal de infantil do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), bem como da análise dos óbitos evitáveis do Estado, caso a caso.

O Fórum desencadeou reuniões nas regiões de saúde, via colegiados, Comissão Intergestora Regional (CIR), do Telessaúde e movimentos de capacitação/qualificação de equipes de saúde nos municípios com piores indicadores de qualidade do pré-natal no estado. A discussão sobre a maternidade de casos pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas equipes de Saúde da Família encaminhados ao ambulatório propiciou maior integração para funcionamento dos serviços. Assim, merece destaque a reorganização do ambulatório de alto risco na maternidade de referência e a integração da maternidade com as Unidades Básicas de Palmas a partir de discussões sobre o protocolo de pré-natal de alto risco. A cada encontro o grupo publiciza o debate, as deliberações e os encaminhamentos, no grupo de *e-mails* dos participantes e na mídia local: *site* da Secretaria Estadual, Ministério Público, jornal e televisão.

### ● Fórum perinatal do Acre

Desde a elaboração do PQM no Estado do Acre, as apoiadoras institucionais vêm apontando a necessidade de espaço coletivo para o direcionamento das propostas contidas no plano, por meio de suas diretrizes, especialmente a de constituição de uma rede perinatal de atenção às mulheres desde a saúde reprodutiva, em todo o período gravídico puerperal e crescimento e desenvolvimento das crianças.

Após intensa discussão sobre a implementação do PQM na maternidade Bárbara Heliodora no final de abril de 2010, foi avaliado que, sem articulação com a rede de serviços e equipes de saúde do território, não seria possível avançar com as diretrizes do PQM. Desencadeou-se processo de encontros e diálogos institucionais, com agenda quinzenal, que permitiu o amadurecimento de espaços de problematização, priorização de atuação dos diversos



setores do sistema de saúde que apresentavam desafios para a gestão dos serviços de atenção materna e infantil, em especial a gestante e o RN.

Durante o período, cerca de 30 reuniões foram realizadas, com participação de diversos profissionais, gestores e trabalhadores, além de representantes de movimentos e segmentos da sociedade civil organizada, totalizando 260 participantes. O exercício coletivo de discussão, de encaminhamentos que se revertem em propostas e intervenções no processo de qualificação do pré-natal, permitiu o fortalecimento desses encontros e a valorização do fórum, uma vez que já é estabelecido o compromisso de todos os envolvidos.

Em 2010, com a continuidade das ações estratégicas do PQM, a necessidade de um espaço instituído e de caráter deliberativo ganhou visibilidade no contexto da gestão da saúde estadual e municipal, dando forma à constituição de fórum permanente.

No início de março de 2011, foi realizada a II Oficina Intersetorial do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal – Planejamento, evidenciando os avanços e propondo ações estratégicas para 2011, apontando a necessidade de formalização do fórum. Para este fim, cerca de sete encontros e reuniões ocorreram mobilizando em torno de 235 participantes.

O Fórum Perinatal tem oferecido espaço de tensionamentos e deliberações, porém sua composição ainda não obedece a uma representação instituída de fato, tendo participação de diversos setores, mas não efetivados como na proposta inicial.

A coordenação está composta por comissão interinstitucional, com representação da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (Sesacre) e da Secretaria Municipal de Saúde (Semsu) de Rio Branco, tendo como grupo de mobilização e de organização representantes da Área Técnica da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente de Rio Branco.

Os produtos provenientes do Fórum Perinatal do Acre já contam com reconhecimento em virtude das mudanças ocorridas nas unidades no que tange à gestão e à atenção, como: aumento de diálogo e poder de decisão que só se restringia a gestores/gerentes; articulação entre unidades de atenção primária e unidades hospitalares; construção de mapa inicial da rede perinatal; publicação de Protocolo de Pré-Natal de Alto Risco de acordo com a realidade regional; sistematização do fluxo de exames de rotina de pré-natal; oferta de visita às gestantes e acompanhantes na maternidade Bárbara Heliodora durante o pré-natal; discussão para estruturação da vinculação das gestantes desde o pré-natal até a maternidade de referência corroborando uma linha de cuidado integral, com a visão de acolhimento imediato na primeira maternidade que a gestante procura; ampliação do grau de corresponsabilização de gestores e trabalhadores nos encaminhamentos de referência e contrarreferência; experimentação de discussão e planejamento para a celebração de

contratos internos de gestão na Maternidade Bárbara Heliodora e Unidades de Atenção Básica e equipes de Saúde da Família de Rio Branco.

Em Cruzeiro do Sul, município priorizado na conformação da rede perinatal do estado, este movimento de ativação de espaços coletivos vem acontecendo, apesar da dificuldade da distância geográfica para acompanhamento e apoio intensivo pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e pelo Ministério da Saúde. Há resultados importantes, como a articulação da rede intermunicipal com a participação dos secretários de saúde da região, quando decisões e encaminhamentos para a garantia de acesso das gestantes e dos recém-nascidos já acontecem para qualificar a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Entretanto, os desafios são muitos, e a necessidade de regulação assistencial é permanente demanda que emerge nas discussões das oficinas e das reuniões do fórum. Seus participantes recebem regularmente as informações, memórias e atas dos fóruns, podendo acompanhar o andamento das propostas e atualizar informações. A rede *online* conta atualmente com mais de 450 *e-mails* cadastrados entre instituições de assistência, universidades e outros serviços, todos acompanhando regularmente o andamento dos encontros do Fórum Perinatal, as mudanças e as necessidades da rede perinatal na implementação do PQM.

### ● Fórum perinatal de Imperatriz/MA

Constituído em 17 de junho de 2011, é um espaço permanente com reuniões mensais. Instância deliberativa, interinstitucional e multiprofissional, conta com Regimento Interno, construído e pactuado pelo grupo de participantes. É coordenado de forma colegiada por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, do Comitê Gestor do Hospital Regional Materno Infantil e Unidade Regional de Saúde (URST).

As primeiras pautas de reuniões foram destinadas a informações gerais sobre o que é o Fórum Perinatal, citando outras experiências existentes para a conformação da rede perinatal, sendo inaugurado com a questão do por que deste espaço, definição de agendas fixando-se datas em cronograma mensal e identificação de necessidades de saúde que foram emergindo neste cenário de organização e construção de proposta para seu funcionamento. Assim, algumas estratégias e encaminhamentos de ações para capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para realizarem a atenção humanizada no pré-natal, no parto e no nascimento foram tomando lugar e compromisso, firmaram-se como a articulação para realização de reunião ampliada do Fórum criada com gestores, Ministério Público e Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado, tendo como foco a pactuação de estratégias e a corresponsabilização na atenção e no cuidado perinatal.

Apesar de sua recente constituição, registramos alguns produtos resultantes do fórum e/ou desdobramentos relacionados aos seus movimentos como: (i) realização de Seminário em 2011, para qualificação da atenção humanizada ao parto e ao nascimento para as 44

equipes de Saúde da Família (eSF) de Imperatriz e de alguns municípios prioritários da região; (ii) elaboração de vídeo institucional e potente campanha publicitária de caráter informativo-educativa, quanto à saúde materno-infantil na região; (iii) constituída comissão técnica com profissionais da Atenção Básica de Imperatriz e Hospital Regional Materno Infantil para discussão e elaboração de protocolos de referência e contrarreferência na rede de cuidados à mulher e à criança. A importância do Fórum no cenário atual do Maranhão e, especialmente em Imperatriz, tem sido reconhecida como forma de mobilização dos atores envolvidos como espaço para a qualificação da atenção e constituição da rede perinatal, contando com apoio institucional do Ministério da Saúde. As apoiadoras dos territórios e supervisoras do PQM são as fomentadoras e articuladoras do Fórum Interinstitucional, que vem se fortalecendo e é reconhecido espaço de discussão, articulação e potencialização das ações na perspectiva da rede.

### **1º Fórum estadual de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil: tecendo Redes de Salvador/BA**

Em agosto de 2011, teve início movimento em Salvador para trabalhar a diretriz de vinculação da gestante desde o pré-natal até o encaminhamento para a maternidade de referência por técnicos da Secretaria de Saúde, com apoiadores do PQM assumindo que acolhimento e vinculação são prioridades para a conformação da rede perinatal e temas fundamentais para a implantação do Fórum Perinatal. Foi realizada a articulação entre Secretaria Estadual de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores do Município de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), com o objetivo de debater mecanismos para a construção e a consolidação da rede perinatal e da linha de cuidado à saúde materna e à saúde infantil no município de Salvador e no Estado da Bahia. Esse movimento visou traçar estratégias para a garantia de acesso e vinculação das mulheres gestantes no pré-natal, no parto e no puerpério e a implementação da Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 e a Lei Municipal nº 7.851, de 25 de maio de 2010.

Entretanto, na Bahia encontrava-se em funcionamento desde 2009 um fórum – Colegiado de Maternidades – que inicialmente era composto por gestores de maternidades de Salvador, coordenado pela Diretoria de Gestão de Rede Própria (DGRP)/Sesab, realizando reuniões mensais sistemáticas com objetivo de discutir o cotidiano das maternidades e de se constituir como espaço estratégico para o enfrentamento de problemas, cujo objetivo das discussões era a qualificação do cuidado na rede materna e infantil. Até dezembro de 2011 foram realizadas 35 reuniões e sua composição foi se ampliando, tornando-se a

sua dinâmica e o modo de funcionar incluyente e participativo. Entre as principais pautas trabalhadas até então destacam-se:

- Definição do perfil assistencial das maternidades de Salvador por grau de complexidade.
- Visitas técnicas às maternidades feitas por representantes da DGRP e do Centro Especializado em Reabilitação (CER) para levantamento dos leitos existentes com o intuito de imprimir maior agilidade nos processos regulatórios, resultando na contratação de sete obstetras e pediatras/neonatoLOGISTAS reguladores, viabilizando e agilizando a regulação de Obstetrícia e Neonatologia por esses profissionais.
- Adequação da composição das equipes multiprofissionais nas maternidades com concurso público.
- Dimensionamento do quantitativo de Enfermagem para orientar processos de contratação dos profissionais – chamamento do concurso público.
- Mobilização pró-Rede Cegonha – vinculação: levantamento de dados epidemiológicos por distrito sanitário e por maternidades, georreferenciamento dos serviços de saúde.
- Delimitação da área de abrangência por maternidade para construção do desenho do mapa de vinculação de Salvador, da Atenção Básica e ambulatorios às maternidades de referência, para por fim à peregrinação das gestantes e dos RNs. Foram realizadas oficinas com gestores das 102 unidades da Atenção Básica de Salvador, além de oficinas distritais com gerentes e trabalhadores estratégicos da Atenção Básica e das maternidades para validação do desenho proposto.
- Implantação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal): implantação nos ambulatorios das maternidades. Construção de fluxos para realização do teste rápido e tratamento/profilaxia HIV e sífilis nas maternidades.

Esse é um espaço coletivo bastante potente, cujo movimento foi instituinte e crescente com a ampliação de sua composição para a implementação da Rede Cegonha na Bahia.

### **Fórum perinatal de Sergipe**

Uma das principais estratégias para a discussão do acolhimento em rede em Sergipe tem sido o Fórum Perinatal, que ocorre uma vez por mês, com participação variável de diversos atores que compõem a Rede Perinatal de Sergipe. O Fórum tem se apresentado como espaço privilegiado de discussão, sendo identificados muitos dos desafios da Rede Perinatal, colocando-os na roda na tentativa de produzir sentidos e encaminhamentos. Além disso, tem sido fundamental para a divulgação/produção de consensos a respeito da Rede Cegonha (RC).

Um produto importante elaborado no primeiro semestre de 2011 pelo coletivo que compõe o Fórum foi o Quadro Perinatal de Sergipe, em 2010. Por meio desse desenho, buscou-se responder às seguintes perguntas: temos leitos obstétricos suficientes? A oferta nas regionais supre a demanda de seus municípios? Há serviços sobrecarregados? E subaproveitados? O fluxo desorganizado leva a desfechos negativos (morte materna, infantil, baixo peso ao nascer etc.)? Há leitos de UTI suficientes para os recém-nascidos de alto risco?

Alguns esclarecimentos importantes foram possíveis por meio dessa pesquisa. Existem, por exemplo, regionais sobrecarregadas, nem sempre a capacidade instalada de todas as regionais supre a demanda de seus municípios, tornando mais visíveis os fluxos migratórios entre as regionais. Cabe ressaltar que esse estudo tem sido fundamental para a implantação da RC em Sergipe.

Outra frente de trabalho foi a construção dos dez passos para enfrentamento da mortalidade infantil e materna no contexto hospitalar e na atenção primária. Diante de certa angústia produzida pela impressão de que o que era problematizado precisava ultrapassar o espaço mensal dos Fóruns, surgiu o desejo de sistematizar ideias discutidas, transformando-as em um documento que pudesse ser legitimado pelos gestores locais e trabalhadas nos equipamentos de saúde.

O Fórum tem sido um espaço muito potente. Nessa fase inicial identificou-se baixa representação das maternidades do interior, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) e de Movimentos Sociais, com irregularidade dos encontros por meio da divulgação/produção de consensos acerca da Rede Cegonha em Sergipe, a discussão da Rede Perinatal tem acontecido em outros espaços além do Fórum, sendo necessário definir claramente as funções do Fórum Perinatal (Fórum RC) e do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha no Ceará. Percebe-se certo esvaziamento dos atores que compõem o Fórum pelo fato de esse espaço ser pouco deliberativo. Para 2012 o desafio: fortalecer esse espaço como estratégia importante para toda a rede perinatal.

Vale ressaltar que a Secretaria da Saúde de Sergipe tem apresentado interesse em dar conta desse desafio. O Plano Estadual da Rede Cegonha prevê, por exemplo, o espaço do Fórum para validação do Protocolo Estadual de ACCR e indica que, para a elaboração do Protocolo Estadual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, se considere as recomendações pautadas pelo Fórum.

### **Fórum perinatal do Piauí**

A Comissão Perinatal do Estado do Piauí é coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (Sesapi), por meio da Superintendência de Atenção Integral à Saúde e da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e teve início em agosto de 2011. Apresenta como objetivos proceder à discussão da atenção perinatal do Piauí e organizar a linha de cuidado da gestante e do recém-nascido de forma a contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil.

Neste Fórum, inicialmente, foi analisada a situação da atenção perinatal no Piauí; os dados do Comitê de Mortalidade Materna da MDER; o PQM seus feitos e efeitos. Houve participação da Comissão Perinatal de Belo Horizonte com ampla discussão para apoio à estruturação do Centro de Parto Normal do Piauí. Inicialmente o grupo definiu algumas questões referentes à organização da Comissão como local de reunião, inclusão da representatividade da Pastoral da Criança e da Secretaria Estadual da Juventude sendo a periodicidade mensal.

Sua primeira reunião contou com 91 pessoas representantes da gestão estadual e municipal de saúde, das unidades de serviços, do controle social, das universidades e das entidades de classe. A Comissão Perinatal do Piauí tem por objetivo acelerar a redução das desigualdades em saúde na mortalidade materna, fetal e infantil, isso faz parte do compromisso em todos os níveis de governo, assumido também pela Sesapi, com a definição de estratégias de trabalho importantes nesta perspectiva. A coordenação é composta por um grupo com membros da Sesapi, uma subcoordenação formada por membros do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e uma secretária- executiva de nível superior a ser indicada pela SES. Esse grupo tem como atribuição a coordenação das reuniões, elaborações de documentos, entre outros.

Está em curso no fórum a discussão para elaboração dos protocolos para Acolhimento, Acolhimento com Classificação de Risco e Direito a acompanhante, os leitos de UTI/UCI nas maternidades do interior, com esclarecimento sobre os pontos de atenção com condições de serem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) nas regiões de saúde, incluindo assuntos fundamentais para a conformação da Rede Perinatal, merecendo destaque da Rede Cegonha. Sua implantação no estado tem sido

colocada como um desafio, tanto para o Grupo Condutor da Rede Cegonha, como para a Comissão Perinatal.

### **Fórum perinatal no Rio Grande do Norte**

O Fórum Perinatal do Rio Grande do Norte é espaço de fomento à discussão e proposição para a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no estado. Seus encontros acontecem uma vez por mês, articulado com a reunião do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

Essa proposta organizativa emerge como uma oportunidade de fortalecer a parceria fórum e comitê ampliando para a participação dos gestores dos municípios prioritários no Plano de Redução da Mortalidade materna e infantil do estado (PRMI).

Com o objetivo de construir encaminhamento às propostas, foi criado um núcleo articulador da Rede Perinatal da Secretaria de Saúde do Estado, e este grupo se encontra semanalmente, proporcionando o acompanhamento das ações do plano de forma conjunta e participativa.

O Fórum também tem sido espaço para efetivação de ações para o desenvolvimento do Plano de Qualificação das Maternidades de pactuação de propostas que envolvem ações intersecretarias, entidades e movimento social, bem como para viabilizar o seu monitoramento. A participação do Ministério Público, com presença efetiva no acompanhamento do PRMI no estado, fortalece os encaminhamentos propostos por ser órgão de controle e de grande expressão no estado. Nesse sentido, merece destaque o Projeto “Nascer com Dignidade”, que vem capacitando os promotores do estado na atenção à assistência materna e infantil baseada nos parâmetros das políticas de atenção à mulher e à criança, e tem como meta a parceria na redução das mortes e atendimento de qualidade a nossas mulheres e crianças, principalmente por se tratar de mortes em sua maioria por causas evitáveis.

O Fórum é conduzido pelo núcleo articulador da rede perinatal com a coordenação do PRMI no estado e a presidente do comitê estadual de mortalidade materna, ficando sua organização em dois momentos; primeiro, com a apresentação de tema central que abranja a organização da rede, e em seguida, o debate. Procura-se envolver temas que levem à reflexão, à discussão propostas de forma clara e objetiva na efetivação do PRMI, com a presença de gestores e representantes que tenham governabilidade para dar encaminhamento das propostas levantadas. As reuniões são registradas em atas e enviadas por *e-mail* para apreciação antes do próximo encontro, em que a ata é lida no início dos trabalhos. O esforço de encaminhar ao máximo as propostas para que sejam efetivadas é realizado na perspectiva de que esse espaço seja de construção e acompanhamento,



trazendo respostas e promovendo dinâmica de confiança e grupalidade na luta pela garantia da vida.

### **IV – As potencialidades que o Fórum Perinatal traz para a construção da rede de cuidado integral à saúde materna e infantil**

No decorrer dos encontros do Fórum, a partir das discussões e situações-problema de serviços, de diagnósticos situacionais de pontos da rede e níveis de atenção, de processos grupais, fomento de redes e coletivos, cada grupo participante vem amadurecendo e começa a se delinear, coletivamente, seu formato e seu modo de funcionamento. Nesta direção suas potencialidades foram apresentadas e compartilhadas, os sujeitos envolvidos começaram a colocar para dentro do Fórum necessidades e estratégias de ações nas instituições.

De modo geral, as experiências apresentadas vêm sendo pactuadas paralelamente às tentativas de elaboração de planos de intervenção para cada maternidade. São discussões temáticas a cada encontro, com assuntos definidos coletivamente na reunião prévia que aquecem e aprofundam os debates, sempre articulando a discussão do tema à realidade das maternidades, das unidades de atenção primária, de cada unidade da rede.

Na análise dos fóruns percebe-se que a sua estética foi se transformando a partir do seu funcionamento regular, e do momento em que uma situação-problema é explicitada e discutida, a postura dos participantes vem se modificando:

- de um espaço onde eram colocadas, predominantemente, queixas e dificuldades para um espaço propositivo, participativo e de análise da realidade;
- de um espaço no qual a pauta a ser discutida era escolhida pelos gestores, para um espaço no qual a pauta passou a ser escolhida pelo coletivo e a partir de suas necessidades;
- de um espaço proposto como desdobramento de processo complexo que é a constituição de rede perinatal, com caráter instrumental de desenvolver e acompanhar planos de ações, para um espaço também pedagógico, de troca e potencial produtor de articulação de saberes, práticas e redes as mais diversas.

Um acordo ético do estado com instituições, conselhos e sociedade civil vem se desenhando e a expectativa é que seja na direção da promoção da saúde e da qualidade de vida da mulher e da criança: universal, resolutiva, integral e equitativa.

Tudo isso nos convoca a repensar a relação e as responsabilidades entre seus participantes, considerando sua força como arranjo de articulação e composição ampla, e que tenha como norte a garantia dos direitos da mulher e da criança, resultando na redução da mortalidade materna, infantil e perinatal.

Este é o sonho que embala o cotidiano dos apoiadores institucionais e supervisores do PQM e que confirma o porquê da função apoio nos territórios de construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho. Todo o investimento do PQM é para apoio à cogestão e se destina a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados. A função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho na construção de espaços coletivos, onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A construção e a sustentação de sentimento de pertencimento ao grupo e corresponsabilização coletiva são imprescindíveis para a formação de compromisso e contratação de tarefas, com as quais se busca ampliar a eficácia de práticas, e ao mesmo tempo e de forma indissociável, qualificar espaços de trabalho (PASCHE; PASSOS, 2010). Entretanto, no exercício da função apoio em vários territórios, ainda que com avanços em muitos para a organização de fóruns, nos deparamos com movimentos ainda tímidos em alguns territórios. Os motivos que justificam isso passam pela maneira como se constituíram historicamente as gestões nesses territórios (pouco democráticas e participativas e muito verticalizadas), que levam a uma situação nas quais os trabalhadores não se veem como protagonistas ou não conseguem, de fato, sê-lo, pela concentração de poder na alta direção e baixa governabilidade por parte dos trabalhadores. Além disso, encontramos movimentos diferentes entre as gestões municipais e estaduais, com disputas política partidárias, constitutivas de uma democracia plural, disputa de quem coordena o Fórum, se mais ampliado envolvendo entidades, instituições estratégicas na defesa de direitos das mulheres e das crianças, se de caráter deliberativo ou propositivo.

### **Algumas considerações que não são finais, mas atuais: do PQM à Rede Cegonha**

No momento em que se iniciou a transição do trabalho dos apoiadores institucionais do PQM para a Rede Cegonha, a discussão sobre os fóruns precisou ganhar espaço e força para transformá-los em Fóruns Perinatais como estratégia para a implantação/implementação da Rede Cegonha. Movimentos nesta direção já se iniciam com o entendimento claro dos objetivos da Rede Cegonha, que tem sua matriz no PQM.

Sua importância se amplia, pois se trata de arranjos político-institucionais para a democratização dos processos de trabalho, para a qualificação da atenção e da gestão e para a conformação da rede de saúde materno-infantil, agora não apenas para

duas regiões, mas para todo o País. Em função desse cenário, torna-se fundamental dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades (no viés da corresponsabilização), em torno de objetivos e metas afinados com as necessidades das mulheres, das crianças e dos trabalhadores do SUS, cujos representantes discutem, negociam e pactuam ações a partir dos objetivos da Rede Cegonha.

Para Campos (2000), a formação de compromisso e a construção de contratos seriam as formas sob as quais se apresenta a relação entre os sujeitos e as instituições. Na primeira, predominariam os mecanismos inconscientes, e na segunda, processos deliberados. Assumindo que ambas estão sempre presentes, seria desejável que os *coletivos organizados para a produção* pudessem desenvolver graus cada vez mais amplos de contratualização, o que indicaria uma diminuição do coeficiente de alienação dos sujeitos. É com este referencial técnico-político que temos trabalhado na implementação dos Fóruns Perinatais e no cenário atual da construção/conformação da Rede Cegonha.

Nesse sentido, parece ser fundamental um continuado esforço, de equipes e usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade civil e formuladores de políticas, de construção e continuidade desses espaços de efetiva comunicação, onde se possam relacionar objetivos técnicos com as finalidades mais amplas de mudança de práticas de gestão e atenção que represente necessidades das mulheres e das crianças brasileiras, em especial de gestantes, das puérperas e dos recém-nascidos. Em que pese a importância de capacitações, das qualificações das equipes de serviços, seja da Atenção Básica e das maternidades, para a mudança de modelo obstétrico e neonatal, enfatizando as boas práticas para o parto e nascimentos humanizados e seguros. Resultados efetivos nesse sentido parecem depender de questionamentos, debates, conflitos e consensos que podem ser tão melhor compreendidos e trabalhados quanto mais se basearem no fazer cotidiano dos serviços de saúde, nos afetos, diálogos e ações que se efetuam nesse rico espaço de encontros, de deliberações e de pactuações que são os Fóruns Perinatais, para a implementação da Rede Cegonha.

Especificamente em relação à qualificação das maternidades no contexto da rede materna e infantil com os Fóruns Perinatais, é preciso avançar ainda mais, buscando construir um conjunto de estratégias para alcançarem a certificação do serviço Rede Cegonha, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde:

1. Garantir “*vaga sempre*” às mulheres gestantes, com acolhimento respeitoso e classificação do risco e vulnerabilidade.
2. Garantir o *direito a acompanhante* de livre escolha a todas as mulheres, durante o trabalho de parto, do parto, do aborto e do puerpério.
3. Adotar as *boas práticas* de atenção ao parto e ao nascimento, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

4. Garantir *privacidade* da mulher no trabalho de parto e no parto.
5. *Reduzir os índices de cesariana*, de episiotomia e uso de ocitocina.
6. Promover o *parto e o nascimento humanizados*, ofertando métodos de alívio da dor e possibilidade de partos na posição vertical.
7. Promover a *participação do pai* no momento do nascimento.
8. Promover o *contato pele a pele* entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento.
9. Garantir livre *permanência da mãe e do pai juntos ao seu recém-nascido* durante todo o tempo de internação na UTI ou UCI.
10. Estimular a amamentação na primeira hora de vida e cumprir os dez passos para a proteção, a promoção e o apoio ao *aleitamento materno*.
11. Manter atuante comissão de *investigação do óbito* materno, fetal e infantil.
12. Manter ativos mecanismos de *participação dos usuários*, como ouvidoria, conselho local de saúde, pesquisas de satisfação, caixas de sugestão, publicização dos indicadores.
13. Garantir *gestão participativa e democrática*, valorizando o trabalho e o trabalhador da saúde.

Caberá aos Fóruns trabalhar, pactuar e buscar a efetivação de ações e atividades que confirmam materialidade às diretrizes para o alcance dos objetivos propostos que mudarão o cenário existente em relação à realidade materna e infantil no País.

Para fazer frente à complexidade que é organizar rede de cuidados progressiva, integral e humanizada, favorecendo o acesso de mulheres e crianças a práticas de saúde que defendam e protejam a vida, para organizar a *Linha de Cuidado de Atenção à Saúde Materna e Infantil* e produzir e consolidar um novo paradigma de atenção à saúde, com base em evidências científicas e nos princípios da humanização e, para ampliar o acesso das mulheres e das crianças usuárias do SUS às ações e aos serviços de Saúde Obstétrica e Neonatal de maneira integral, oportuna e digna, garantindo o vínculo entre a atenção primária e a atenção especializada e uma assistência humanizada, segura e de qualidade, seria estratégico que os fóruns se consolidem e se multipliquem pelo País afora.

Foi nessa perspectiva que se adotou os Fóruns Perinatais como arranjo de gestão potente e sua expansão é uma aposta do Ministério da Saúde, entendendo que sua composição ampla e seu modo de operar democrático e participativo poderão conferir sustentabilidade a essa diretriz ousada que é a Rede Cegonha.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**: documento base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, 2010. (v. 1: Formação e intervenção).

\_\_\_\_\_. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

\_\_\_\_\_. **Método para apoio a coletivos organizados para a produção**: a capacidade de análise e de intervenção: um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

LANSKY, S. A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 36, p. 10-17, ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para gestante e a criança no SUS-BH: a experiência da Comissão Perinatal. In: MAGALHÃES JR., H. M. **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. [S.l.]: Maza, 2010. p. 443-458.

\_\_\_\_\_; MAIA, M.; REGO, M. (Org.). **Seminário BH pelo Parto Normal**. Paradoxo Perinatal brasileiro: mudando paradigmas para a redução da mortalidade materna e neonatal. [S.l.]: Rona Editora, 2009.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, Campinas, 2011.

ONOCKO, R. C. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, W. S. C. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAIM, J. S. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, ago. 1998.

PASCHE, D. F. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP, v. 13, 2009. Suplemento 1.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, R. B. **Câmara Técnica de Humanização como dispositivo de co-gestão**: experimentando o conceito de rede. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/camara\\_tecnica\\_humanizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/camara_tecnica_humanizacao.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2012.

\_\_\_\_\_; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP, v.13, p. 606, 2009. Suplemento 1.

WINICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND). Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. **A New Approach by WHO and UNICEF**. WHO/FRH/MSM/96.11 UNICEF/PZN/96.1. Geneva, 1996.

# Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil\*

**Social Movements For The  
Humanization Of Childbirth In Brazil**

Daphne Rattner <sup>1</sup>

Ricardo H. Jones <sup>2</sup>

Simone Grilo Diniz <sup>3</sup>

Renata Sousa Beltrão <sup>4</sup>

Ana Flávia Coelho Lopes <sup>5</sup>

Tatiana Coelho Lopes <sup>6</sup>

Silvéria Maria dos Santos <sup>7</sup>





\* Artigo inédito, elaborado sem fontes de financiamento. A seção As Marchas das Mulheres foi publicada na revista Brasil Mulher Jul/Ago/Set 2012.

1 Daphne Rattner, Médica Epidemiologista, professora da Universidade de Brasília, Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa e integrante da diretoria da International MotherBaby Childbirth Organization – IMBCO.

2 Ricardo H. Jones, Médico Obstetra, integrante do Colegiado da ReHuNa, palestrante internacional

3 Simone Grilo Diniz, Médica Sanitarista, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, integrante do Colegiado da ReHuNa, e pesquisadora visitante no King's College London (2012)

4 Renata Sousa Beltrão, Educadora em Saúde, Vice-Presidente da ReHuNa, Coordenadora da Rede Nacional de Doulas

5 Ana Flávia Coelho Lopes, Especialista em atendimento sistêmico a famílias e rede social pela PUC/MG, Assistente Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

6 Tatiana Coelho Lopes, Doutora em Saúde Coletiva IMS/UERJ, Fisioterapeuta e Integrante da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.

7 Silvéria Maria dos Santos – Enfermeira Obstetra, professora da Universidade de Brasília, integrante do Colegiado da ReHuNa.

## Resumo

É possível identificar três modelos básicos na atenção ao parto e ao nascimento (P&N): os paradigmas Tecnocrático, o Humanista e o Holístico, sendo que o paradigma vigente e predominante é o Tecnocrático. Ademais, pesquisas recentes têm demonstrado que há violência institucional na atenção obstétrica. Para a mudança do paradigma atual para um modelo de atenção humanista e humanizado, é necessário reconhecer o papel dos movimentos sociais. Este artigo relata a atuação de um movimento nacional, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA); um movimento local, vinculado à comunidade onde se localiza o Hospital Sofia Feldman; em Belo Horizonte/MG; o movimento das doulas; o das parteiras tradicionais; e o das mulheres. Apesar do cenário favorável aos movimentos e suas propostas, as taxas de cesárea continuam em ascensão. Espera-se que, com a produtiva aliança com a atual proposta do governo federal intitulada Rede Cegonha, seja possível avançar no sentido das mudanças necessárias.

## Palavras-chave:

Humanização. Movimentos sociais. Atenção perinatal.

## Abstract

Three main models of childbirth care may be identified: the Technocratic, the Humanistic and the Holistic paradigms, being the predominant current one the Technocratic. Besides, recent research has shown that institutional violence occurs in childbirth care. It is important to acknowledge the role of the social movements in this paradigm shift to the Humanized and Humanistic care. This paper reports how a national movement acts – the Brazilian Network for the Humanization of Childbirth (ReHuNa); how a local community by Hospital Sofia Feldman, in Belo Horizonte, Minas Gerais state, participates in the care; the social movements of the doulas, of the traditional midwives and of the women. In spite of the favorable scenario to the movements and their proposals, cesarean sections keep their ascending trend. It is expected that, with the productive alliance between the movements and the current policy of the federal government called Rede Cegonha (Stork Network), we may advance in the direction of the needed changes.

## Keywords:

Humanization. Social movements. Perinatal care.

## 1 Introdução

Para compreender o papel dos movimentos sociais na humanização da atenção ao parto e ao nascimento (P&N) e seu surgimento no Brasil é importante ter noção do contexto da atenção a esses eventos à época de seu surgimento e, portanto, os modelos de assistência ao parto. Ainda que hajam incontáveis maneiras de atender mulheres no parto, em cada mulher que transita por este rito de passagem será construída uma relação única e subjetiva, inigualável e irreprodutível. Entretanto, para um olhar externo, é possível criar uma etnografia da assistência ao nascimento, em um recorte transcultural e abrangente, que ofereça viés comparativo entre modos preponderantes de interação entre cuidadores e pacientes. A partir de valores constitutivos, relacionados à maneira como o processo de nascimento é encarado pelos profissionais assistentes, foi possível estabelecer três grandes vertentes, que foram agrupadas em modelos *Tecnocrático*, *Humanista* e *Holístico*, classificação criada pela antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (1998; 2001).

O modelo *Tecnocrático* é o preponderante atualmente. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo (*res cogitans versus res extensa*), estabelecendo a máquina como a mais adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto. Nessa acepção a mulher é dotada de máquina física *defectiva em essência*. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica.

O modelo *Humanista* entende o corpo humano como *organismo* (do grego *organismós*, “conjunto”), extrapolando a compreensão simplista do corpo como máquina complexa. Por ser *conjunto*, é entendido como a interação de aspectos somáticos com as manifestações anímicas, derivadas da linguagem e da razão. Mais que banal soma de órgãos e tecidos, o corpo humano *animado* é caracterizado por expressões de ordem simbólica que se manifestam na relação com seus iguais, por meio da troca infinita de conhecimento e histórias contadas, no que se convencionou chamar de “cultura”. Humanistas do nascimento compreendem o parto como fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, extrapolando a visão limitante do biologicismo. O resultado expressa-se na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e para o bebê. Por outro lado, entendem a tecnologia como ferramenta essencial para resgate de casos patológicos que se afastam perigosamente da rota da fisiologia. Segundo Jones (2012, p. 32):

A Humanização do Nascimento vem trazer a síntese entre as conquistas recentes da ciência, que nos oferecem segurança, com as forças evolutivas e adaptativas dos milênios que nos antecederam. Esta releitura do nascimento humano se faz necessária para acomodar as necessidades afetivas, psicológicas e espirituais das mulheres e seus filhos com as conquistas que o conhecimento nos trouxe através da aquisição crescente de tecnologia.

Esse modelo pretende oferecer interlocução criativa entre paradigmas conflitantes. Se o “naturalismo” nos aprisiona nos ditames inexoráveis de uma natureza imprevisível, a “tecnocracia” também nos encarcera sob o domínio de uma tecnologia despersonalizante, coisificante e objetualizante, que se opõe às aspirações humanas de liberdade e autonomia. Portanto, a humanização do nascimento apresenta proposta baseada nesse tripé conceitual:

1. Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado.
2. Visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas.
3. Vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.

Finalmente, o modelo *Holístico* proposto por Davis-Floyd (1998; 2001) se baseia na compreensão do corpo humano como sendo formado por um campo energético em constante interação com outros campos de energia. Mais que funções orgânicas, existem relações de “energias”, que perpassam na interação entre sujeitos. Para “holistas”, a origem das enfermidades está na desestabilização do sutil balanço que comanda essas energias que, ao se desarmonizarem, produzem doenças, buscando resgatar o equilíbrio perdido. Dessa maneira, as intervenções terapêuticas se dariam mais no nível “energético” e emocional que no veículo físico e denso, diminuindo, assim, os efeitos indesejáveis da intervenção mecânica ou de drogas sobre o organismo.

Esses modelos de atenção oferecem essa possibilidade de classificação de ordem didática, congregando em três grandes grupos as variadas formas de interação cuidador-paciente e permitindo identificar que o modelo hegemônico preponderante em nosso País é o

Tecnocrático. Porém, outro aspecto importante, referente aos direitos das mulheres e à sua dignidade, é a *violência institucional* corrente na atenção obstétrica.

Trabalho clássico a esse respeito é de D'Oliveira e colaboradoras (2002), que categoriza essa violência em violência por negligência, violência oral, violência física e violência sexual. Outro, de Gomes e colaboradoras (2008), identifica, além da força física, a violência estrutural, muitas vezes já institucionalizada, e a simbólica, e cita Marilena Chauí (*apud* GOMES; NATIONS; LUZ, 2008, p. 62): “Modificar esse quadro é difícil, pois há resistências à efetivação dos direitos humanos no Brasil, uma sociedade violenta, autoritária, vertical, hierárquica e oligárquica, polarizada entre a carência total e o privilégio absoluto”.

Salienta-se que essa violência institucional é violência de gênero (LOCICERO, 1993; CASTRO et al., 2009), e fenômeno da cultura dos serviços de saúde, como transparece na publicação da italiana Franca Pizzini (1989) e no trabalho do mexicano Roberto Castro (2009). Ressalte-se que é generalizada internacionalmente, tanto que, em 2010, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) abriu linha de apoio financeiro a projetos que investiguem intervenções de assistência respeitosa específica aos cuidados de atenção a P&N, como estratégia para modificar o que é denominado “desrespeito e abuso em serviços de atenção a partos e nascimentos” (BOWSER; HILL, 2010).

Embora seja frequente nos serviços de saúde, assim como a violência doméstica e a sexual, por muitos anos permaneceu invisível. Todavia, em 2010 Venturi e colaboradores mostraram sua alta prevalência em nosso País: pesquisa representativa da realidade nacional mostrou que 25% das mulheres relataram ter sofrido alguma forma de violência nos serviços de atenção ao parto, tanto em serviços públicos (27%) como em privados (17%).

A contrapartida a essa violência institucionalizada seria uma *atenção humanizada e respeitosa*. Essa violência institucional e a crítica ao modelo de atenção Tecnocrático ensejaram que se constituísse um movimento social pela humanização do P&N. Saliente-se, todavia, que o movimento é plural. Neste artigo serão descritas algumas dessas variantes: o movimento nacional, em que a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) foi pioneira; a possibilidade de organização em nível local, a exemplo do trabalho com a comunidade das cercanias do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte/MG; a forma como as doulas, acompanhantes de parto, vêm se estruturando nacionalmente; a organização das parteiras tradicionais; e a das mulheres, que culminou em marchas em muitas cidades do País.

### **2 Movimento nacional: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)**

O processo de constituição do paradigma Tecnocrático ocorreu no século XX, e principalmente na segunda metade intensificaram-se intervenções e uso intensivo de tecnologia. Já em 1942, Grantly Dick-Read (2011, p. 14-15) alertava para os possíveis efeitos danosos da mudança na doutrina de atenção, o que denominou de “crueldade das rotinas de eficiência institucional existente em alguns hospitais”.

Este quadro se consolidou na segunda metade do século XX, fase política muito difícil do País, sem circulação de informação. Crescia o entusiasmo com a industrialização e essa abordagem também se instalou nos serviços de saúde (RATTNER, 2009), tendo aumentado os nascimentos por cesárea, que assumiram características de bem de consumo (RATTNER, 1996).

Na contracorrente, cabe citar o professor uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia (1921-1996), cujas pesquisas impactaram no meio obstétrico internacional e lhe facultaram a possibilidade de constituir o Centro Latino-Americano de Perinatologia (Clap), vinculado à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), instituição de referência sobre atenção fisiológica ao parto até o presente. Em trabalho de 1979, esses autores já discorriam sobre aspectos que atualmente são defendidos pelos ativistas (CALDEYRO-BARCIA et al., 1979).

Pioneiro brasileiro foi o professor da Universidade Federal do Ceará, José Galba de Araújo (1917 – 1985). Na década de 70, implantou sistema misto de atenção integrando ao sistema de saúde – as parteiras tradicionais, incorporando o parto domiciliar e em casas de parto, garantindo transferência e referência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MISAGO et al., 1999). O Ministério da Saúde (MS) atribuiu seu nome ao prêmio Galba de Araújo (BRASIL, 1998), que presta reconhecimento às iniciativas de humanização.

Outra referência são os médicos paranaenses Moysés Paciornik (1914 – 2008) e seu filho Cláudio Paciornik, que divulgaram o parto de cócoras com base nas vivências com indígenas kaingangue.

Nesse cenário, e tendo essas referências, é que surge em 1993 a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Tomando como inspiração as palavras de Michel Odent “Para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”<sup>6</sup>, explicitam a motivação da criação da Rede, como mostram trechos da Carta de Campinas (REHUNA, 1993, p. 171):

<sup>6</sup> Frase proferida e internacionalmente conhecida desse autor

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais brasileiros ainda têm taxas como 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método “normal” de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida.

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstetras perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Esses eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor.

<sup>7</sup> Nenhum dos autores deste artigo é fundador da ReHuNa e esta é uma justa homenagem aos que o foram.

É preciso ter clareza do contexto do surgimento dessa organização, há 20 anos, para conceber a ousadia desses visionários<sup>7</sup>. Pouco depois da criação da ReHuNa, uma de suas fundadoras fez o seguinte comentário, muito verdadeiro à época:

Não vejo perspectivas de mudanças: os médicos só querem fazer cesáreas, estão em sua zona de conforto e não pretendem mudar; as enfermeiras obstetras têm sido desviadas para atividades administrativas, estão em sua zona de conforto e não vão brigar com os médicos para assistir partos; as mulheres estão sendo conduzidas a desejar e fazer uma cesárea, estão sem informação e não têm escolhas; e o governo não está nem aí com isso.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Depoimento pessoal à primeira autora.

Portanto, se atualmente o cenário mudou – embora não seja o ideal, há vontade social e política de mudanças, com recursos alocados – é necessário reconhecer o papel desse movimento social, que “remou contra a corrente”, “deu murro em ponta de faca” e agora começa a colher os frutos desse árduo investimento.

São diversas as contribuições de ativistas da ReHuNa: a mais impactante foi na *gestão do cuidado*, mostrando como deveria e poderia ser um atendimento centrado no bem-estar das mulheres, bebês e suas famílias. Outra foi a *difusão de conhecimentos*, por produção de material, realizando eventos ou organizando campanhas. Uma terceira foi buscando contribuir para a *formulação de políticas públicas* referentes ao tema. A quarta foi ser baluarte de *resistência* contra as muitas tentativas de coibir o exercício humanizado do cuidado por forças que se beneficiam com o paradigma que prevalece. E a quinta grande contribuição foi a ousadia de mexer no *nó górdio* da mudança de paradigma na atenção, qual seja, o processo de *formação de profissionais* para a atenção humanizada a P&N. Essas contribuições serão detalhadas a seguir.

Com relação ao *cuidado humanizado*, é necessário reconhecer profissionais que já na última década do século XX desenvolviam propostas pioneiras: 1) a equipe do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte/MG, que nos anos 80 construiu, em parceria com a comunidade, um projeto de atenção humanizada considerado atualmente modelo, tanto de assistência quanto de participação da comunidade e dos trabalhadores de saúde; 2) a equipe do Hospital São Pio X, de Ceres (GO), com seu Centro de Práticas Terapêuticas e sua Casa de Partos, referência do MS para capacitações profissionais sobre humanização da atenção a P&N; 3) a Maternidade Leila Diniz, iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 4) a Casa de Partos Nove Luas, Lua Nova, de Niterói (RJ); 5) o Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (SP); 6) a parteira Angela Gehrke da Silva, que, em uma comunidade desfavorecida economicamente, demonstrou a viabilidade, em nosso País, do modelo de atenção em que uma parteira/obstetiz atende gestações e partos em uma casa de partos, com baixa taxa de intervenções, excelentes resultados e alto grau de satisfação das mulheres (HOTIMSKY, 2001).

Outra iniciativa pioneira de cuidado de rehunid@s (filiação à ReHuna) foi a implementação de cursos de preparação para gestação, parto, pós-parto e amamentação, salientando-se o Instituto Aurora, que introduziu a preparação com ioga e meditações para gestantes, e disseminou no País a massagem shantala para bebês. Há ainda muitos rehunid@s trabalhando na prática privada, em que exercem a autonomia de praticar o que acreditam, obstetras, enfermeiras obstetras e doulas, inclusive gerando modelos multiprofissionais de atenção que obtiveram divulgação internacional (JONES, 2009).

Rehunid@s também pugnam pelo reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais, tanto o Grupo Curumim Gestação e Parto, como o C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser), em iniciativas que receberam prêmios e reconhecimento nacional e internacional, e são rehunid@s que iniciaram seu trabalho como doulas. Esses movimentos específicos serão detalhados mais adiante.



Os profissionais de Enfermagem Obstétrica/Obstetrix, reconhecendo-se como profissionais-chave para a mudança de paradigma, aceitaram o desafio das políticas públicas de retomada da atenção ao parto, de ocupar os espaços dos centros de parto normal, demonstrando a viabilidade do paradigma humanista no Brasil. Alguns têm buscado o retorno ao parto domiciliar, com muito preparo técnico e coragem, enfrentando críticas contrárias, e foi constituído na ReHuNa o Núcleo de Parteira Urbana, que organizou em julho de 2012, em Sorocaba/SP, o I Encontro Nacional de Parteira Urbana (I Enapartu).

Quanto à *difusão de conhecimentos* referentes ao tema, o boletim *Notas sobre Nascimento e Parto*, do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (Genp), do Instituto de Saúde de São Paulo, já em 1995 divulgava material sobre práticas baseadas em evidências científicas. A publicação *Care in Normal Birth – a practical guide*, da Organização Mundial da Saúde (OMS; 1996), evidenciaria que as reivindicações do movimento tinham respaldo dessa entidade tão prestigiosa, a OMS. Rehunid@s pleitearam ao MS e à Opas sua tradução ao português, finalizada em 2000 e distribuída com o material do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), do MS, a todos profissionais filiados à Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiras Obstétricas (Abenfo). A ReHuNa assumiu esse material como diretriz a ser difundida e adotada pelos serviços e, ainda hoje, na filiação, ao preencher a ficha, candidatos a rehunid@s se comprometem a *promover, difundir, preconizar, implantar, implementar e trabalhar para que sejam adotadas em nosso País as Recomendações da Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto normal*. A Coordenação Executiva da ReHuNa intermediou, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica), a tradução do livro da Colaboração Cochrane com práticas baseadas em evidências científicas: *Guia para atenção efetiva na gestação e no parto* (ENKIN et al., 2005).

Além de intensa produção científica de teses, livros, vídeos, aprofundando a reflexão teórica (vide DINIZ, 2005; 2009) rehunid@s organizaram: o I Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo, em 1996, que inspirou outros eventos; os Congressos Internacionais Ecologia do Parto e Nascimento (2002 e 2004: Rio de Janeiro e Florianópolis); e a ReHuNa organizou as Conferências Internacionais sobre Humanização do Parto e Nascimento (2000: Fortaleza; 2005: Rio de Janeiro; 2010: Brasília), em parceria com Jica, MS e outros organismos nacionais e internacionais. Salienta-se a cooperação internacional: rehunid@s também contribuíram na organização de eventos no México, Peru, Ilhas Canárias e Honolulu, e foi na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento que foi fundada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan). Finalmente, cabe mencionar os Encontros de Gestação e Parto Natural Conscientes, realizados anualmente no Rio de Janeiro, oportunidades de trocas de informações e avanços para o movimento (mais detalhes em RATTNER et al., 2010). Por terem estudado muito o tema, rehunid@s tornaram-se referências e são procurados

para matérias na mídia escrita, falada e televisiva, outra estratégia de disseminação das propostas.

Também para disseminar informações foram lançadas as campanhas: pelo Grupo Curumim de Recife: *Parto Humanizado, pense nisso!* (1997); pela ReHuNa de São Paulo, *Pelo direito de acompanhante de escolha da mulher* (1999) e *Pela abolição da episiotomia de rotina* (2003), esta com presença de representante do Clap. (RATTNER et al., 2010).

Em termos de *políticas públicas*, foram rehunid@s que implantaram a primeira política pública explícita de humanização do P&N, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nos anos 90 do século passado. Um dos frutos mais conhecidos foi a implantação do novo paradigma de atenção na Maternidade Leila Diniz, já em 1994, que se tornou modelo para outras maternidades municipais. Também esse grupo institucionalizou o acompanhante, por meio de resolução de 1998, inspirando o surgimento de leis e de portarias em outras localidades. Os enfrentamentos encontrados para instalação da casa de partos de Realengo mostram a tenacidade e a adesão desses profissionais ao ideário de humanização. Muitos frutos ficaram dessa comprometida gestão.

Sempre nos foi claro que, para o sucesso do projeto, seria necessário conquistar aliados na gestão pública federal. Buscando contribuir na formulação de políticas nacionais que considerassem o P&N e rehunid@s participantes dos Congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, em 1997 e 1998, coletaram assinaturas em moções encaminhadas à plenária final e aprovadas para encaminhamento ao MS. Viram seus esforços retribuídos quando, em 2000, foi lançado pelo MS o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com várias publicações que consideravam as propostas do movimento e as evidências científicas. Desde então, rehunid@s têm sido referência, como consultores das políticas públicas, na elaboração dos documentos técnicos, na disponibilização de campos de estágio profissional, conduzindo projetos de implementação das políticas como o Doulas no SUS e interagindo participativamente, desde 2002, no Seminário de Cesáreas realizado em Campinas; nos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas (2004 – 2006); no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (desde 2004); e, mais recentemente (desde 2011), com participação nos Comitês de Especialistas e de Mobilização Social da Rede Cegonha, além de ter contribuído no delineamento e realização do Plano de Qualificação de Maternidades na Amazônia Legal e Nordeste (2009 e 2010), que integra o Compromisso pela Aceleração da Redução das Desigualdades Regionais da Presidência da República. A ReHuNa considera a Rede Cegonha a convergência de várias políticas e o cenário mais favorável possível para a implementação prática de seu ideário.

Também foram rehunid@s do núcleo de Santa Catarina que, inicialmente em seu estado e posteriormente em nível nacional, articularam para que fosse proposta lei que tornasse obrigatória a presença de acompanhantes de escolha da mulher durante o trabalho de parto e no parto. Essa iniciativa institucionalizou-se em 7 de abril de 2005, com a promulgação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (mais detalhes: RATTNER et al. 2010).

Com respeito à *defesa do exercício profissional humanizado*, salienta-se que novos paradigmas sempre encontrarão resistência, principalmente de quem se beneficia com o atual estado da assistência. Entre as pautas da ReHuNa, desde sua fundação, estão a diversidade de locais para o parto, permitindo a escolha das mulheres; a prestação de cuidados por obstetizes; a presença de acompanhante de escolha; e outras. Essas propostas certamente incomodaram alguns setores da corporação médica, que têm buscado de todas as formas impedir a existência e o funcionamento dos centros de parto normal, ainda que estejam regulamentados oficialmente. Mais detalhes sobre esses embates em Rattner et al. (2010). Recentemente, à medida que o movimento cresce e se consolida, mais enfrentamentos têm aparecido, principalmente nas esferas locais, onde o confronto de paradigmas se expressa no cotidiano: médicos contra enfermeiras ou doulas, instituições privadas que impedem médicas humanizadas de atender partos no quarto etc. A ReHuNa não se furta a esses enfrentamentos e tem dado respostas das mais variadas, fazendo essa defesa, tanto no plano individual, como no político e social (vide ‘As marchas das mulheres’, ao final) – em geral, com resultados favoráveis ao movimento.

O ponto mais desafiador da agenda da ReHuNa é a *formação de trabalhadores de saúde* para o novo modelo. Algumas faculdades de Enfermagem desenvolvem essa proposta e há contingente crescente de enfermeiras obstetras que adotam o novo modelo, havendo as que assumiram a mudança ao ponto de assistir apenas partos domiciliares, como relatado anteriormente. A mobilização da Enfermagem conseguiu que fosse aberto curso de Obstetrícia entre os novos da Universidade de São Paulo, na USP-Leste, direcionado ao novo paradigma. Iniciado em 2005, encontrou-se dificuldades para o registro das formadas no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, pleito resolvido na Justiça. Outra dificuldade é a abertura de vagas para obstetizes nos serviços públicos e privados de saúde; em agosto de 2012 houve audiência pública na Assembleia Legislativa de São Paulo para discutir essa possibilidade.

Todavia, o *nó górdio* é a formação de novos médicos e a atualização dos que atualmente praticam, para uma Obstetrícia baseada em evidências científicas e menos intervencionista. Em muitas faculdades não se ensina a fisiologia do parto normal e há médicos formados que nunca assistiram a um parto vaginal – podendo prestar-lhe assistência dado seu diploma! Ademais, o Ministério da Educação alega respeito à autonomia universitária para não interferir nos currículos de Obstetrícia. Por outro lado, o MS condicionou o repasse

de recursos de hospitais universitários federais à adequação da ambiência, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 36/2008. Porém, apenas a readequação da ambiência não condicionará os conteúdos. Hotimsky (2007) mostrou o processo de ensino de Obstetrícia em duas prestigiosas faculdades de Medicina de São Paulo, sem relação com evidências científicas e com “conteúdos ocultos”, em que a conveniência dos profissionais antecede o objetivo do cuidado.

Para o sucesso do novo paradigma, será necessário desatar esse nó, que demandará articulação com entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina e a Febrasgo. Mudar os conteúdos e as práticas que são ensinadas. A grande dúvida é: quem ensinará os professores? E como? Uma das possibilidades seria o Projeto Faimer.<sup>9</sup> Este é um desafio para as instâncias governamentais e um problema que, constantemente, a ReHuNa levanta nos espaços de interlocução de que participa.

### **3 Movimento local: Participação da comunidade na construção do cuidado materno e infantil: a experiência do Hospital Sofia Feldman**

No Hospital Sofia Feldman (HSF), a comunidade teve participação ativa desde sua criação, com envolvimento na mobilização para aquisição do terreno e da construção do hospital, e no cotidiano da assistência, por meio do trabalho voluntário e da presença de acompanhantes para mulheres e recém-nascidos. Posteriormente, a participação da comunidade ampliou-se, com desenvolvimento de projetos em parceria com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF (Acau/HSF) e do Conselho Local de Saúde. Esses projetos possibilitam a permanência da comunidade na instituição em período integral, o que favorece o exercício do controle social e da gestão participativa, contribuindo para a humanização da assistência. Destacaremos dois projetos que envolvem a participação da comunidade na construção e na avaliação do cuidado à mulher na instituição: Doulas e a Ouvidoria Comunitárias.

Atualmente o projeto Doula Comunitária é composto por 28 voluntárias, mulheres que já passaram pela experiência da maternidade e que permanecem durante as 24 horas diárias na instituição. Sua atuação é no apoio às mulheres em trabalho de parto e no parto, oferecendo-lhes suporte emocional e físico, como segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranquilidade. Essa experiência serviu como referência para a Capacitação de Doulas Comunitárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) em maternidades da Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em parceria com o MS, projeto desenvolvido entre 2003 e 2006. E atualmente, em Belo Horizonte, integra a Política Pública Municipal de Doulas nas maternidades do SUS.

Já o projeto da Ouvidoria Comunitária atualmente é composto por sete voluntárias, presentes na instituição de 7h as 19h, todos os dias, com a função de ouvir usuárias e seus

<sup>9</sup> Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores Médicos – Instituto Regional de Educação Médica FAIMER Brasil. É um programa de formação específico para professores de Medicina.

familiares em suas demandas (reclamações, sugestões e elogios) e apresentar a instituição às mulheres que desejam conhecer o hospital.

Além disso, a participação do usuário na avaliação da assistência prestada no HSF acontece em espaços distintos, como reuniões com acompanhantes, reuniões de puérperas e reuniões administrativas na Casa de Sofia e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais. Essas reuniões objetivam oferecer escuta qualificada sobre a assistência recebida e as experiências vivenciadas durante a internação. Além das reuniões, há ainda possibilidade de avaliação escrita pelos usuários, por meio de questionários aplicados pela ouvidora comunitária, e também por meio de caixas de sugestões afixadas nos diferentes setores do hospital.

A reunião com acompanhantes é realizada todas as manhãs, incluindo domingo, em uma sala do Centro de Capacitação do HSF. É coordenada pelo serviço social e há sempre contribuição da ouvidora comunitária em sua organização e desenvolvimento. Nela acontecem trocas de experiências entre acompanhantes, profissionais e comunidade, aprofunda-se a reflexão sobre o sistema de saúde do País, maternidade e paternidade (OLIVEIRA, 2012); durante a reunião, valores culturais sobre processo de nascimento, exercício da cidadania, SUS e em relação à instituição são reconstruídos.

A presença da comunidade no cotidiano da instituição, tanto na gestão quanto na produção do cuidado, possibilita escuta constante das demandas dos usuários e trabalhadores; estas orientam a construção de propostas concretas para melhoria das práticas de assistência e das condições de trabalho, transformando a realidade, ao tornar possíveis propostas até então impensadas (LOPES; DITZ, 2010). Assim, pode-se afirmar que essa participação assegura espaços efetivos para o exercício da democracia e do controle social, com postura ativa e de não resignação desses sujeitos, permitindo reafirmar a saúde como direito de cidadania.

#### **4 A organização das doulas: profissão ou ocupação?**

Em 2003, a ReHuNa organizou curso de capacitação de doulas, ministrado por representante da Dona – Doulas of North America, no Rio de Janeiro e em Brasília. Na ocasião, houve visita das organizadoras ao MS, onde foi apresentada a proposta de trabalho das doulas e, a partir desse ano, foram iniciadas as capacitações oficiais de Doulas Comunitárias Voluntárias, por meio de convênio com o Hospital Sofia Feldman. No âmbito do privado, mulheres já vinham trabalhando como doulas e cursos esparsos já haviam sido realizados. Desde então as doulas, mulheres que acompanham outras mulheres em trabalho de parto e no parto, estão se multiplicando em nosso País. O exercício dessa atividade difundiu-se, o que trouxe questionamentos sobre sua legitimidade e originou a necessidade de seu reconhecimento formal.

Essa discussão teve início no 8º Encontro Nacional de Doulas em Brasília, durante a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, organizada pela ReHuNa em novembro de 2010, na mesa redonda sobre *Doulas profissão ou ocupação?* No debate estavam uma representante do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e uma doula. A representante do MTE acentuou a importância, do ponto de vista legal, do reconhecimento formal da doula como ocupação. Com isso, doulas poderiam usufruir de benefícios de ocupações do País, como possibilidade de recolhimento de INSS, férias, licença para tratamento de saúde e aposentadoria, entre outros. A proposta foi acolhida com entusiasmo por todas as participantes do evento. A despeito de todos questionamentos, certa era a necessidade de atuação da doula, fosse como ocupação ou profissão, contar com reconhecimento legal.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Sua atualização e modernização devem-se às mudanças ocorridas no cenário cultural, econômico e social do País nos últimos anos, implicando alterações estruturais no mercado de trabalho. A nova CBO tem dimensão estratégica importante, na medida em que, padronizando códigos e descrições, poderá ser utilizada pelos mais diversos atores sociais do mercado de trabalho. Terá relevância também para a integração das políticas públicas do MTE, sobretudo no que concerne aos programas de qualificação profissional e intermediação da mão de obra, bem como para o controle de sua implementação.

Para dar início ao processo de reconhecimento, deve-se ter mais de 200 pessoas praticando essa atividade no País. Para o MTE ficou evidente, durante o 8º Encontro Nacional de Doulas, que as doulas já tinham ultrapassado em muito essa marca. O trâmite de reconhecimento na CBO foi aberto em 2012, quando foi convocado um grupo de especialistas para participar da definição e da caracterização das atividades e atribuições desenvolvidas para orientar essa classificação. Com base nessas descrições, em janeiro de 2013 o MTE reconheceu a Ocupação Doula, publicando-a na categoria ocupacional nº 3.221 – Tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas, sob nº 3.221-35. Ainda que se possa questionar se essa inserção é a mais adequada, esta é uma conquista adicional do movimento social pela humanização da atenção ao P&N.

Uma possibilidade de ampliação do acesso das parturientes ao cuidado das doulas é projeto “Doulas no SUS”, parceria entre o MS e a Universidade de Brasília (UnB) que conta com a contribuição da ReHuNa. Em uma primeira fase, trata-se de elaborar material instrucional para, em seguida, formar tutoras e multiplicadoras de doulas em todo o País. Também será elaborada cartilha para ampla distribuição nos serviços de saúde, para que conheçam e cultivem o trabalho das doulas.



### 5 Os movimentos das parteiras tradicionais

Parteiras realizam a função mais antiga na humanidade. Estão registradas e reconhecidas em documentos antigos como afrescos egípcios e a bíblia. No Brasil, as parteiras são inúmeras e incontáveis. No interior do País percorrem grandes distâncias a pé, a cavalo, em pequenas embarcações, por estradas, por rios ou no meio da mata para atender ao chamado das mulheres em trabalho de parto, que lhes confiam os cuidados ao parir e ao nascer. Rezam implorando proteção aos santos, Deus e Nossa Senhora e cantam para a mulher canções de estímulo e de conforto; fazem massagens, banhos e utilizam medicações à base de ervas. Este arsenal é descrito por Mary Del Priori como um “saber informal, transmitido de mãe para filha, era necessário para assegurar a sobrevivência dos costumes e tradições femininas” (DEL PRIORI, 2004, p.81). Em geral são mães, já pariram, tornando-as mais experientes e com maior compreensão para a hora de dar à luz. Exercem outras funções, muitas vezes na agricultura ou em pequenos negócios. Isso permite que suas vidas de parteiras deixem de ser rotina como acontece nos hospitais. São chamadas para atender parturientes eventualmente, tendo espaço e tempo para outros trabalhos que lhes permitem sair de uma função que poderia se tornar rotineira e fastidiosa.

Parteiras tradicionais foram desconsideradas e excluídas por “adoção de mecanismos sutis de desqualificação e de humilhação social que operam em nossa cultura, em relação às mulheres e à cultura feminina” (RAGO, 2002, p. 60), relacionados às perspectivas de gênero que hierarquizam feminino e masculino, sob a égide do sexismo. Independentemente da representação social atribuída, parteiras sempre estão disponíveis para mulheres que necessitam de seus cuidados, principalmente nos rincões do País onde o sistema de saúde ainda não está estruturado.

Desde os tempos da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp), e depois pelo MS, tem-se capacitado parteiras tradicionais. O grande diferencial surgiu em 2000, no convênio com o Grupo Curumim – Gestação e Parto, ONG cuja agenda inclui direitos sexuais e direitos reprodutivos. Adotando metodologia paulofreiriana de problematização, contribui para a construção de conhecimento alicerçada na perspectiva cidadã, de direitos das mulheres e das parteiras tradicionais (MELO; VIANA, 2006). Por meio desse convênio, até 2012 já foram capacitadas cerca de 1.900 parteiras tradicionais e 1.350 profissionais de saúde. Outras iniciativas importantes são a constituição da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT), trabalho pioneiro da ONG Cais do Parto, e o trabalho desenvolvido com parteiras da Chapada Diamantina pela Universidade do Estado da Bahia.

Também parteiras tradicionais vêm se organizando e há registro de suas Associações nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A criação de associações, o perfil das associadas e os efeitos dessa vinculação sobre a atuação dessas mulheres apontam para a emergência



de novos olhares sobre parteiras tradicionais. E já é tradicional a Marcha das Parteiras, realizada durante as comemorações do Dia Internacional da Parteira, 5 de maio.

Suas reivindicações incluem reconhecimento como profissão (atualmente constam da CBO com o número 515.115 – Parteira leiga) e principalmente seus direitos, sendo o mais candente a aposentadoria, pois ao envelhecer encontram-se sem arrimo. Iniciativa importante foi do Amapá (JUCÁ; MOULIN, 2002), que passou a realizar encontros periódicos de parteiras e lhes garantiu subsídio de meio salário mínimo de 1995 a 2002, programa retomado em maio de 2012.

A recuperação e a valorização da herança de seus saberes e práticas também é preocupação do movimento social e há algumas iniciativas nesse sentido. O Instituto Nômades, de Pernambuco, desenvolve projeto de inventário desses saberes e práticas e já deu entrada no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan/PE) de solicitação desse reconhecimento, em parceria com o Grupo Curumim, a Associação das Parteiras Tradicionais de Caruaru e a Associação das Parteiras Tradicionais e Hospitalares de Jaboatão dos Guararapes. Durante o XXII Congresso do Conasems de 2006, em Pernambuco, foi realizada a Roda Temática *A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: Humanização do Parto sob o Enfoque do Patrimônio Cultural*, que resultou em uma publicação com esse título do Conasems (Rattner & Terra Ferraz, 2009). No Dia Internacional da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, em 2010, foi compartilhada essa iniciativa de reconhecimento e valorização dos saberes da parteira tradicional com movimentos sociais internacionais. Destaque-se nessa Conferência a mesa redonda *A importância da atenção à interculturalidade nos sistemas de saúde*, que abordou iniciativas de integração das diferentes culturas em vários países da América Latina, e a mesa *Fortalecimento e Valorização das Parteiras Tradicionais, Inserção no Sistema de Saúde*.

Também na UnB há iniciativa de reconhecimento da sabedoria das parteiras do Centro-Oeste como patrimônio imaterial da humanidade, em um projeto em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o projeto *Vidas Paralelas* da UnB, desenvolve proposta de que a ocupação das parteiras seja integrada na *Rede Certific* do Ministério da Educação e Ciência (MEC). Esta linha de atuação do MEC se propõe a dar reconhecimento a outros saberes que não os acadêmicos, por meio de certificação oficial por instituição de ensino. Serão inventariadas habilidades, práticas e saberes da parteira tradicional, incluindo rezas e uso de raízes, para depois oferecer possibilidade de certificação às parteiras tradicionais que estejam interessadas. Ainda há muito a fazer para que recebam o devido reconhecimento, mas esses são alguns passos.

### 6 As marchas das mulheres

No Brasil, já nas décadas de 1970 e 1980, inicia-se a mobilização dos movimentos de mulheres em torno de temas que afetam sua saúde, entre eles a gestação e o parto. Uma conquista é a instituição da Área Técnica de Saúde da Mulher no MS, como prioridade individualizada. A reivindicação à época é “*Voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada – esta é a maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto*”. (DINIZ; CHACHAM, 2002, p. 3)

A mobilização das mulheres de que trataremos é mais recente e aconteceu por iniciativa espontânea de outros grupos de mulheres. Em 10 de junho de 2012, foi apresentada em um programa dominical vespertino de grande audiência matéria sobre parto domiciliar, em que foi exibido um vídeo do Youtube<sup>10</sup> que havia tido mais de dois milhões de visualizações. Nessa matéria, entre outras pessoas, um professor de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo fez comentários sobre evidências científicas que dão suporte à escolha de um parto domiciliar. No dia seguinte, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) publicizou sua intenção de denunciar esse médico ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, para punição por seu posicionamento favorável ao parto domiciliar.<sup>11</sup>

Imediatamente houve intensa articulação nas redes sociais, principalmente da parte da entidade *Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa*. Em repúdio à decisão arbitrária dos Conselhos de Medicina em punir profissionais que compreendem ser da mulher a decisão sobre o local do parto, foi idealizada a *Marcha do Parto em Casa* (MPC). Além da defesa pelo direito à liberdade de escolha, liberdade de opinião, pela humanização do P&N e pela melhoria das condições da assistência obstétrica e neonatal no País, também se demandava de que algo fosse feito em relação às altas taxas de cesarianas que posicionam o Brasil entre os primeiros colocados do *ranking* mundial, sendo que favorecer partos domiciliares seria uma possibilidade para essa redução.

A MPC foi organizada em três dias, por meio de redes sociais, e realizada nos dias 16 e 17 de junho, com manifestações em 31 cidades do Brasil e uma no exterior, para afirmar os direitos das mulheres a escolhas informadas, à sua integridade física e a experiência saudável de parto.<sup>12</sup> Nela, foi distribuída uma *Carta Aberta à Sociedade*. Em paralelo, foi lançada na internet petição de apoio ao profissional<sup>13</sup>. Salienta-se que já estava disponível na internet outra petição, reivindicando debate cientificamente fundamentado sobre local de parto<sup>14</sup>. Essas petições ficaram disponíveis coletando assinaturas por vários meses.

A MPC obteve muita visibilidade nacional e conseguiu que o movimento de humanização estivesse no mais assistido programa vespertino dominical em duas semanas seguidas, 17 e 24/6/2012.

<sup>10</sup> Disponível em: <<http://globov.globo.com/rede-globo/fantastico/t/edicoes/v/parto-humanizado-domiciliar-causa-polemica-entre-profissionais-da-area-de-saude/1986583/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>11</sup> Disponível em: <<http://www.jb.com.br/rio/noticias/2012/06/11/cremerj-abrira-denuncia-contra-medico-que-defende-parto-domiciliar/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>12</sup> Disponível em: <[http://www.youtube.com/watch?v=W5c-TA\\_bvMI&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=W5c-TA_bvMI&feature=youtu.be)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>13</sup> Disponível em: <<http://www.manifestoivre.com.br/ml/exibir.aspx?manifesto=pariremcasa2012>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>14</sup> Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=265266RJ>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://radioglobo.globo.com/radioglobo.manha-da-globo-bh/2012/08/16/ENTREVISTA-PARTO-HUMANIZADO.htm>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>16</sup> Disponível em: <<http://gazetaweb.globo.com/v2/videos/video.php?c=16308>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>17</sup> Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23156:por-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156:por-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>18</sup> Disponível em: <<http://www.cremeb.org.br/cremeb.php?m=sitemem&item=1459&idioma=br>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>19</sup> Disponível em: <[http://www.cremepe.org.br/leitorNews.php?cd\\_noticia=5372](http://www.cremepe.org.br/leitorNews.php?cd_noticia=5372)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>20</sup> Disponível em: <<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/30281/geral/cns-repudia-proibicao-da-atuacao-de-medicos-no-parto-domiciliar>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

No mês seguinte o Cremerj publicou duas resoluções (nº 265 e nº 266/2012). Uma proibia os médicos do Estado do Rio de Janeiro de assistirem partos domiciliares e atuarem como referência para equipes de partos domiciliares. A outra proibia médicos diretores de estabelecimentos de saúde de permitir o trabalho de “obstetrias, doulas, parteiras etc.” nos estabelecimentos que dirigiam. Ou seja, essas resoluções fortaleciam a visão do parto como ato médico.

Ambas as resoluções foram consideradas por nós ativistas como reação à marcha das mulheres de junho. Postulamos que essas resoluções do Cremerj são contrárias às mais atualizadas evidências científicas acerca do cuidado durante o parto, além de violar os direitos humanos das mulheres. Também são contrárias às recomendações sobre assistência segura e humanizada do MS e da Organização Mundial da Saúde, e são ilegais, pois atentam contra vários dispositivos existentes, como as leis nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (Lei do acompanhante) e do exercício profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987). Parteiras e doulas, bem como centros de parto normal (casas de parto), integram o programa Rede Cegonha do MS para atenção mais segura e humanizada e suas diretrizes são baseadas em evidências científicas sólidas.

Houve nova *Marcha do Parto*, em 5 de agosto de 2012, e o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Coren/RJ) entrou com ação na Justiça contra essas resoluções, tendo conseguido liminar que suspendeu seus efeitos até o julgamento. Nova petição foi inserida na internet, desta vez solicitando revogação das resoluções e dirigida ao MS, ao Conselho Federal de Medicina, ao Ministério Público Federal, ao Conselho Nacional de Direitos da Mulher, ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e à Defensoria Pública do Rio de Janeiro<sup>14</sup>. Em menos de um mês já havia mais de 8 mil assinantes.

Paralelamente, o movimento buscou apoios, intermediados pela ReHuNa, tendo conseguido audiência com o atual ministro da saúde, Alexandre Padilha, que deu boa acolhida às demandas do movimento social. O MS se posicionou publicamente na defesa das políticas públicas que incluem parteiras tradicionais e doulas<sup>15</sup>. A mídia escrita, televisiva e falada deu ampla cobertura ao movimento. O episódio acabou provocando manifestações inclusive de outras entidades médicas, a exemplo da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)<sup>16</sup>, do Conselho Federal de Medicina<sup>17</sup>, dos Conselhos Regionais de Medicina da Bahia<sup>18</sup> e de Pernambuco<sup>19</sup>, mostrando que há divergências na categoria médica a respeito do parto domiciliar e do trabalho em equipe na atenção ao parto. O Conselho Nacional de Saúde<sup>20</sup>, a Associação Brasileira de Saúde

Coletiva (Abrasco)<sup>21</sup> e o Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (Cebes)<sup>22</sup> se posicionaram contrariamente às resoluções.

As organizadoras das marchas destacam o conflito de interesse do Cremerj na perpetuação de modelo violento de parto, tentando impedir o direito de escolha das mulheres, violando assim seus direitos reprodutivos. Um dos *slogans* do protesto é “*Chega de parto violento para vender cesáreas*”. Estudos mostram que as taxas alarmantes de cesárea nos hospitais brasileiros não podem ser justificadas pela demanda das mulheres, pois a maioria delas declara no início da gravidez sua preferência pelo parto normal.

Segundo os grupos de mulheres e seus aliados, incluindo muitos médicos, o Cremerj é seletivamente tolerante com violações éticas graves: superestimação de riscos para os bebês para induzir mulheres a aceitar cesarianas eletivas; abuso de intervenções dolorosas e potencialmente prejudiciais, tais como uso liberal da episiotomia, induções e fórceps (para oferecer cesariana como “melhor”, comparativamente); humilhação sexual das mulheres no parto quando pedem ajuda ou manifestam dor; e outras formas de violência de gênero. As ativistas também denunciavam que os médicos frequentemente violam a Lei Federal nº11.108/2005 que garante o direito de acompanhante de escolha durante o parto, tornando essa vivência ainda mais estressante.

O Cremerj já apelou duas vezes da sentença, demonstrando que a batalha legal será longa e árdua, pois provavelmente será travada até a última instância – e não é possível prever seu desfecho, ainda que evidências científicas, políticas públicas, dispositivos legais e o Código de Ética Médica estejam sendo afrontados. Fica, para quem acompanha o episódio, a grande preocupação com a saúde das mulheres e dos bebês cariocas, que seriam privados da referência para complicações, aspecto essencial do parto extra-hospitalar, assim como de suporte emocional durante o parto, caso no julgamento final, as resoluções sejam consideradas ativas.

### 7 Considerações finais

Políticas sociais são estruturadas como resposta às reivindicações sociais, já que a função dos governos é equilibrar os interesses dos diversos segmentos sociais. Em geral, quando essas vozes não se fazem ouvir, são ignoradas nas políticas públicas. E os movimentos sociais crescem e se desdobram em movimentos de doulas, de parteira urbana, de parteiras tradicionais e o fulcro da assistência, o movimento das mulheres, que se evidencia nas marchas do parto.

No caso da humanização da atenção a P&N, houve sinérgica convergência das políticas públicas com as reivindicações sociais, estando muitos ativistas dos dois lados do espectro:

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>22</sup> Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=3384&idSubCategoria=29>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

têm origem nos movimentos sociais porém, dado seu aprimoramento técnico e científico, contribuem para a formulação e o desenvolvimento das políticas que atendem a seus anseios.

Fato recente é a saída das mulheres às ruas, para reivindicar o direito de escolha para seus partos. Grantly Dick-Read (2011, p. 17), referindo-se às mulheres inglesas de sua época, nas marchas por seus direitos no parto, comenta:

Nunca antes na história do homem ele teve que enfrentar poder tão grande como o das mulheres ativistas, que exercem suas reivindicações tão justificadas e com uma demanda tão impressionante. Atualmente elas são ativistas buscando sua saúde e felicidade no parto natural e na beleza inata de seus bebês, que iniciarão suas vidas incólumes das interferências, que bem poderiam ter sido evitadas.<sup>23</sup>

É preocupante que, apesar das iniciativas governamentais e da sociedade civil, permaneça a tendência ascendente das taxas de cesárea brasileiras: segundo o DATASUS<sup>24</sup>, foram 48% em 2009, 52% em 2010 e dados preliminares do inquérito Nascer no Brasil<sup>25</sup> sugerem 54% para 2011. Questionamento importante: para qual parto normal estaríamos reduzindo as cesáreas? Esse parto que é rotina dos serviços, de que 25% das mulheres se queixam de violência?

Para nós, a Rede Cegonha visa corrigir essa situação, atuando na gestão do cuidado – de forma a que seja humanizado; na gestão do sistema de saúde, organizando redes de cuidado que permitam assistência com segurança, adequada aos diferentes graus de risco, com garantia de vagas para o parto, visando eliminar a peregrinação; e com o apoio do Comitê de Especialistas e do Comitê de Mobilização, em que participam os mais variados setores organizados da sociedade civil. Com essa produtiva articulação, de governo, sociedade civil organizada e movimentos de mulheres, espera-se conseguir mudar o paradigma vigente na atenção a P&N, reduzindo a violência institucionalizada e humanizando a assistência, beneficiando as díades de mães/bebês e suas famílias, o que impactará na saúde dos brasileiros, já que anualmente ocorrem no País cerca de três milhões de nascimentos.

<sup>23</sup> Tradução da primeira autora.

<sup>24</sup> Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

<sup>25</sup> Comunicação pessoal de Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa.

**Referências**

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of landscape analysis. [S.l.]: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: <<http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998. Altera a Portaria nº 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, e homologa os municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica que realizaram adesão ao segundo ciclo do PMAQ-AB. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998. Seção 1, p. 24.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. In: CONFERENCIA DICTADA EN EL SIMPOSIO SOBRE RECIENTES ADELANTOS EN MEDICINA PERINATAL, 22., 1979, Tokio. **Anais...Tokio**: [s.l.], 1979.

CASTRO, R.; LÓPEZ GÓMEZ, A. (Org.). Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. In: **Avances y desafíos en la investigación regional**. Montevideo: D.R. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, 2010, 159 p.

D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [S.l.], v. 359, p. 1681-5, 2002.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic models of birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.l.], v. 75, Supplement 1, p. S5-S23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. **From doctor to healer**: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998, 308 p.

DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997, 680 p.

DICK-READ, G. **Childbirth without fear**. London: Pinter & Martin, 2011, 338 p.



DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005, 279 p.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **Saúde e sociedade**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 361 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, S. N. **Parto e nascimento no ambulatório e na Casa de Parto da Associação Monte Azul: uma abordagem antropológica**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

JONES, R. H. **Entre as orelhas: histórias de parto**. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012. 263 p.

JONES, R. H. Teamwork: an obstetrician, a midwife and a doula in Brazil. In: DAVIS-FLOYD, Robbie E. (Ed.). **Birth Models that work**. Berkeley: University of California Press, 2009. p. 271-304.

JUCÁ, L; MOULIN, N. **Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá**. São Paulo: Cortez e Unicef, 2002. 144 p.

LOCICERO, A. K. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 37, p. 1261-69, 1993.



LOPES, A. C.; DITZ, E. S. A participação comunitária no cotidiano do serviço de saúde: reafirmando o direito da saúde como direito de cidadania. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/Participa%C3%A7%C3%A3o\\_Comunit%C3%A1ria\\_cotidiano\\_servi%C3%A7o.pdf](http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/Participa%C3%A7%C3%A3o_Comunit%C3%A1ria_cotidiano_servi%C3%A7o.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2012.

MELO, N.; VIANA, P. (Org). **Mulheres e parteiras:** cidadania e direitos reprodutivos. Recife: Grupo Curumim, 2006. 55 p.

MISAGO, C. et al. Humanised maternity care. **The Lancet**, [S.l], v. 354, n. 9187, p. 1391-1392, 1999.

OLIVEIRA, E. C. **A avaliação da assistência prestada no Hospital Sofia Feldman na perspectiva do usuário.** 2012. 34 f. Monografia (Especialização Multiprofissional em Neonatologia) - Faculdade Estácio de Sá, Belo Horizonte, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996, 54 p.

PIZZINI, F. The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. **Health Promotion**, [S.l], v. 4, n.1, p.1-10, 1989.

RAGO, M. Feminizar é preciso, ou por uma cultura filógena. **Labrys, Estudos Feministas**, [S.l], n.1-2, jul./dez. 2002.

RATTNER, D. Cesárea: Bem de Consumo? In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 48., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s.n], 1996. p. 339-342.

RATTNER, D. et al. ReHuNa: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l], v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>>. Acesso em 30 set. 2012.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l], v.13, p. 595-602, 2009. Suplemento 1.

RATTNER, D.; TERRA FERRAZ, S. **A medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural.** Brasília: Conasems, 2009, 103 p.

RATTNER, D.; TRENCH, B. ReHuNa: carta de Campinas. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Editora Senac, 2005.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. **Resolução nº 265, 19 de julho de 2012.** Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=714&item=1>, Cremerj-α>. Acesso em: 27 nov. 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro.. **Resolução nº 266, de 16 de julho de 2009.** Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/skel.php?page=legislacao/resultados.php>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

VENTURI, G. et al. **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

**Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil:  
Desafios e  
Possibilidades  
para Efetivação dos  
Direitos Humanos e Redução  
da Mortalidade\***

**Institutional Violence in The Maternal and Child  
Healthcare Network: Challenges and Possibilities for the  
Promotion of Human Rights and the  
Reduction of Mortality**

Annatália Meneses de Amorim Gomes<sup>1</sup>



## Resumo

Visa refletir a articulação do tema violência institucional nas maternidades, na perspectiva dos direitos humanos e a rede materna e infantil como possibilidade de atuação e possível proposta de enfrentamento e afirmação do respeito à vida humana. Toma-se como referências a conceituação sociológica de violência e violência institucional, os contextos de práticas das maternidades integrantes do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) na Amazônia Legal (AL) e Nordeste (NE), as diretrizes do PQM e a Política Nacional de Humanização (PNH), seus desafios e possibilidades. É preciso resistir a todas as formas de violência e investir esforços no sentido do respeito à vida humana e da inclusão como diretriz, visando ao fortalecimento de coletivos e suas capacidades de análise e intervenção, afirmando a produção de saúde como produção de subjetividade. A elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades e iniquidades sociais, a valorização dos trabalhadores da saúde, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, o uso de evidências científicas, a garantia dos direitos humanos, a distribuição adequada de serviços e equipamentos e o trabalho em rede integral podem ser algumas importantes medidas para essa mudança.

## Palavras-chave:

Humanização da assistência. Parto humanizado. Violência contra a mulher. Violência institucional.

## Abstract

This study deals with the institutional violence in maternities from the perspective of the human rights and with the maternal and child healthcare network as a possible field of action for the promotion and affirmation of respect for human life. The sociological conceptualization of violence and institutional violence are taken as a point of reference in the context of maternity practices within the Maternity Qualification Plan (MQP) implemented in the Brazilian Amazon (AL) and Northeast (NE) regions, the MQP guidelines and the National Humanization Policy (NHP), with all their challenges and possibilities. We must resist all forms of violence and invest efforts in the promotion of respect for human life and social inclusion, aiming to strengthen certain populations and their capacities for analysis and intervention, considering the healthcare outcome as a subjective issue. The development of public policies that ensure the reduction of social inequalities and inequities, the valuation of healthcare workers, the use of best practices in

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Ceará. Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e dos mestrados profissionais Ensino na Saúde e Saúde da Família. Consultora da Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde. Psicóloga e assistente social. Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN.

labor and childbirth and the use of scientific evidence, ensuring the respect for the human rights, the adequate distribution of services and equipment and a work carried out in the integral healthcare network, may be some important measures for this change.

### Keywords:

Humanization of healthcare. Humanized birth. Violence against women. Institutional violence.

### Introdução

Sem o amparo do sentimento de uma humanidade comum, não há conversa possível entre diferenças. Apenas a promessa de um extermínio recíproco (CALLIGARIS).

A violência crescente em nosso cotidiano é alvo de estudos em diferentes perspectivas, configurando temática “complexa, polissêmica e controversa” (MINAYO, 2006, p. 7). Chega a ser algo que nos inquieta e desconcerta a avalanche de notícias que envolve as diversas formas de violência em nossos dias.

Embora a violência se ressalte na atualidade, consiste em fenômeno sócio-histórico desde a origem da humanidade. A pesquisadora e socióloga Cecília Minayo lembra-nos da passagem bíblica de Caim e Abel, que evidencia a convivência humana como permeada da disputa de poder, de ódios e de vontade de aniquilar o outro, a qual se manifesta em formas diferenciadas, desde discriminação, desprezo, menosprezo pelo outro, autoritarismo até crueldades (MINAYO, 2006).

Algumas situações propagadas ou vividas nos torna perplexos, como os frequentes assassinatos no cotidiano por questões banais, porém, corremos o risco de que este estado de coisas se transforme em rotina e nos acostumemos com ele, quando então não o perceberemos. Ele, pois, então naturaliza-se e, por vezes, vira o comportamento comum assumido pela sociedade ou grupo. É importante destacar o fato de que existem formas de violência toleradas pelos agrupamentos sociais e outras inaceitáveis em determinados códigos morais, e, portanto, condenadas.

Eventos violentos passam pelo julgamento moral da sociedade. Significa dizer que, dependendo dos códigos morais, certos comportamentos são toleráveis. Consoante

expressa Minayo (2006), a visão de violência presente na consciência contemporânea é a forma criminal e delituosa, associada ao crime, que fere a moral de todas as culturas. Popularmente, a corrupção, o pecado e a miséria, consequência da ordem social vigente, que leva a desigualdades e à exclusão, constituem outras formas de violência, estas mais “aceitáveis”.

Muitas são as explicações para a violência em nossos dias. Minayo (2006) indica-nos que a violência abrange aspectos históricos, culturais, sociológicos e até econômicos. Esse fenômeno se vincula às características de uma sociedade pós-moderna e de aspectos da subjetividade expressa nos comportamentos (RIOS, 2009). Compreendê-lo, portanto, é fundamental para guiar de forma crítica a ação de cada qual.

No Brasil, as desigualdades sociais e as iniquidades favorecem as expressões da violência, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, tradicionalmente mais desfavorecidas em termos econômicos e de condições dignas de vida. Marilena Chauí caracteriza a sociedade brasileira como violenta, autoritária, vertical, hierárquica e oligárquica, polarizada entre a carência total e o privilégio absoluto (CHAUÍ, 2006), o que torna as mudanças neste quadro mais difíceis, pois há bloqueios e resistências à efetivação dos direitos humanos (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

Na área da saúde, usuários reclamam das condições de acesso e de atendimento, assim como os profissionais são alvo de agressões e insatisfações por parte dos pacientes, tornando-se um desafio a relação profissional-paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999; NATIONS; GOMES, 2007).

É destacado o fato de que, apesar dos esforços para aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, visando, por meio do estabelecimento de políticas públicas, à universalização do acesso, à integralidade, à humanização, ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (PASCHE, 2009), iniquidades, violência institucional e simbólica acontecem nas práticas de saúde (DESLANDES, 2004; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; NATIONS; GOMES, 2007).

Na busca da humanização do parto e do nascimento, investimentos são feitos na melhoria obstétrica e neonatal, universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto, exames de rotina, diminuição das taxas de cesáreas desnecessárias. Persistem, entretanto, uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres e características de uma relação profissional-usuário: autoritária, com tratamento discriminatório, desumano ou degradante, desafiando a uma transformação das desigualdades (DINIZ, 2009; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Assim, é consenso o fato de que qualquer violência contra a mulher é uma questão de saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Ante o que expusemos, nos interrogamos, em busca de respostas, quando ainda cursando o mestrado, em 2003, no qual desenvolvemos pesquisa com o objetivo de identificar a percepção de usuários sobre a humanização hospitalar: por que o nascimento como fenômeno tão propagado socialmente é marcado pela violência? Quais fatores contribuem para a mulher se sentir desvalorizada e abandonada? Parte dessas respostas está em artigo intitulado “Pisada como Pano de Chão”: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

Com a oportunidade de participar na Supervisão do Projeto de Qualificação das Maternidades (PQM) na AL e no NE brasileiros, recolocamos-nos perante novas questões que os desafios destas realidades trouxeram e sobre os quais o PQM atuaria, visando à qualificação das práticas e à redução da mortalidade materna e infantil. Desse modo, este artigo visa fazer e introduzir uma reflexão a respeito do tema da violência institucional nas maternidades, a perspectiva dos direitos humanos e a rede materna e infantil como possibilidade de atuação e possível proposta de enfrentamento e afirmação do respeito à vida humana.

Tomamos como referências as conceituações sociológicas de violência e de violência institucional, os contextos de práticas das maternidades integrantes do PQM na AL e no NE brasileiros, as diretrizes do Plano de Qualificação das Maternidades e da Política Nacional de Humanização, seus desafios e possibilidades.

Compartilhamos, assim, ideias fruto destas experiências, de pesquisas, da escuta às mulheres, aos trabalhadores e aos gestores, histórias contadas e vividas; longe, aliás, de nos situar como portadora de uma verdade sobre um tema tão complexo. Até mesmo as verdades são provisórias, na medida em que revisitamos continuamente nossas percepções e elaboramos interpretações do mundo.

### **Violência e violência institucional nas maternidades: conceitos, raízes e preconceitos**

A palavra “violência” vem do latim *violentia*, designando “*ato de violentar; constrangimento físico ou moral; uso da força, coação*” (FERREIRA, 1975, p. 1463). Consiste ainda em invasão da autonomia, da integridade física ou psicológica e à vida do outro. No senso comum, entende-se pelo uso de palavras ou ações que constroem e machucam as pessoas, causam danos; o uso abusivo do poder, que resulta em ferimentos, sofrimentos, torturas e mortes.

Existem outras formas de violência, entretanto, além da força física, que são até mais agressivas, opressoras, dominadoras e complicadas de encarar pela sutileza como se escondem na macroestrutura, na estrutura institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos (LUZ, 1979). A “Violência estrutural” é uma força macrossocial no âmbito



político-econômico, que limita injustamente o acesso às oportunidades dos desfavorecidos (ABADIA-BARRERO; CASTRO, 2006).

Essas várias formas de violência se agravam em contextos de grandes desigualdades sociais, pois prevalecem situações com “algum grau de injustiça”, uma vez que diferenças se associam às características sociais e situam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de se manter sadio (BARATA, 2009). O SUS, ao estabelecer o acesso universal, busca reduzir as desigualdades no atendimento das necessidades dos usuários.

A violência institucional é aquela exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, e o poder abusivo do Estado concretiza-se nestes espaços (GOFFMAN, 1963). Tem como características contribuir para a ordem social injusta, podendo ser identificada de várias formas: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em decurso de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas para o HIV, quando estão grávidas ou tencionam engravidar; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Com efeito, a violência simbólica é a maneira mais insidiosa exercida pelos agentes institucionais sobre as classes populares, de acordo com o sociólogo francês Pierre Bourdieu (1991). Ocorre quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinções entre pessoas como legítima, disfarçando os reais interesses e as relações de poder desiguais vigentes, ao ponto de isto se tornar aceitável, por ambos, dominadores e dominados (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

Existem, portanto, as formas de violência física, econômica, moral e simbólica, que significam a dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro. Recente revisão sobre os trabalhos teóricos e empíricos acerca de estigma e de preconceito, e seus impactos na discriminação e na saúde, identificou a crescente tendência de reconceituar estigma, discriminação e preconceito em relação aos modelos mais amplos de desigualdade social e violência estrutural (PARKER, 2012).

A violência obstétrica estudada por D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) manifesta-se em negligência na assistência, discriminação, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional); violência física, incluindo não uso de medicação analgésica quando tecnicamente indicada; violência sexual, ou o abuso propriamente dito, e preconceito com certos grupos populacionais, como os negros.

O que concorre para este fenômeno nas maternidades, um ambiente que deveria proteger a vida humana e acolhê-la? Onde habitam suas raízes? As ações que envolvem violência provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional para quem comete, sofre a violência ou a presença (MINAYO, 2006). Em situação de vulnerabilidade e fragilidade em que se encontra a mulher, torna-se ainda mais grave qualquer constrangimento realizado.

Estudos nacionais e internacionais apontam diferentes perspectivas, desde dificuldades estruturais como a precariedade dos serviços, condições de trabalho, modelos assistenciais, até preconceitos. Pesquisa realizada por Santos et al. (2011) destaca o fato de que profissionais de Enfermagem expostos à violência institucional, como excessivo tempo de permanência com pacientes e cuidadores sem pausas de descanso, são mais propensos a comportamentos violentos, influenciando sua vida e sua rotina.

A prática discriminatória, quanto ao gênero, à classe social e à raça/etnia, é outro aspecto destacado por Lettice, Nakano e Rodrigues (2008). Ao estudarem uma maternidade filantrópica, levantam a desigualdade de gênero e a prática profissional biologicista, reducionista e fragmentada da saúde da mulher como causas da violência. Wolf e Waldow (2008) chegam a cunhar a expressão “violência consentida” para designar este tipo de violência de gênero predominante entre nós, que discrimina e assujeita a mulher no trabalho de parturição e se caracteriza por ações desrespeitosas e desumanizadas no trabalho de parto e no parto.

Estudo etnográfico dos significados de humanização para os usuários de hospital público revelou a imposição de normas, regras e procedimentos que ignoram a autonomia, as condições pessoais e a subjetividade do paciente, os estigmas, a desmoralização com base em seu *status* social de classe com menores condições socioeconômicas e o gênero feminino, o que produz intenso sofrimento; todavia, apesar das agressões, os usuários resistem (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Todos esses fatores constituem raízes dessa problemática hipercomplexa. A questão de violência institucional contra a mulher produzida pelos profissionais da saúde, na gravidez e serviços de saúde, é ainda concebida por d’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) como parte do problema de morbidade e mortalidade, grave violação dos direitos humanos e também relacionados à má qualidade e à ineficácia dos serviços de saúde.

O que consideramos mais grave é a existência de uma cultura institucional pautada em estereótipos de classe e de gênero, que cristaliza rotinas desumanizadas, naturalizando-as, o que resulta em uma banalização e na conseqüente invisibilização da violência (SCHRAIBER et al., 2009; DINIZ; SCHRAIBER, 2002) no ambiente do hospital, onde diversas expressões de violência são instituídas desde sua origem (FOUCAULT, 1993).

Os eventos são de tal modo frequentes em maternidades públicas que as mulheres “já esperam sofrer algum tipo de violência”. (AGUIAR, D’OLIVEIRA, 2011, p.79). Apesar da necessidade de sistematização das práticas de atenção e gestão do cuidado, a maternidade é marcada por normatizações e mecanismos disciplinares para os empobrecidos, que resultou na despersonalização da paciente internada (HELMAN, 2003).

Ainda em estudo realizado por Pereira (2004), sobre as faces da violência, poder e dominação simbólica presentes nas ações e práticas dos profissionais da saúde com mulheres em circunstância de gestação, parto e puerpério, observa-se que a experiência mais aguda de violência é vivida pelas mulheres, em razão da “[...] secundaridade cultural em relação aos homens dentro das hierarquias sociais historicamente construídas” e estas “aceitam sua própria desvalorização e endossam o ponto de vista da cultura que a desvaloriza” (PEREIRA, 2004, p. 392), estabelecendo uma “violência consentida” (WOLF, WALDOW, 2008).

Torna-se importante destacar as várias formas de violência, pois todas elas se relacionam e produzem um estado de violência institucional que afeta a mulher e repercute no processo do parto. Essas condições se intensificam no contexto do Norte e do Nordeste, onde as taxas de mortalidade superam os indicadores esperados e as condições estruturais precárias não propiciam renda, nem escolaridade suficiente à população. Os serviços de saúde lidam com dificuldades de estrutura física, precarização dos trabalhadores, modelos de atenção e de gestão centralizadores e autoritários, práticas de atenção ao parto baseadas em cesáreas e sem o respeito aos direitos das mulheres de acompanhante, boas práticas e “empoderamento” no processo do parto.

O PQM foi uma aposta do Ministério da Saúde de transformar este estado da arte para uma realidade pelo respeito aos direitos e à dignidade da pessoa humana; implementação de diretrizes que aperfeiçoassem os processos de trabalho, como acolhimento e classificação de risco, ambiência, direito a acompanhante, práticas baseadas em evidência científica, práticas de cogestão e em rede de atenção interfederativa e interinstitucional; vinculação da mulher na rede de cuidados, visando à humanização do parto e do nascimento, bem como à consequente promoção da maternidade segura e da redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009; DINIZ 2009). Mais recentemente, a Rede Cegonha vem contribuir para efetivar a atenção integral à saúde da mulher e da criança e mudança no modelo de atenção obstétrica e neonatal no País (BRASIL, 2011).

### Articulação da violência institucional, da humanização e dos direitos humanos

Humanizar a hospitalização pública no Nordeste brasileiro requer: confrontar a violência estrutural, removendo estigmas que prejudicam e incluir a experiência e a voz do paciente (GOMES, NATIONS e LUZ).

Vimos que atuar na direção do estabelecimento de uma prática de cuidado à mulher na maternidade (*locus*, inclusive, de deslocamento na sociedade ocidental do fenômeno do parto) como espaço de proteção da vida e de respeito aos direitos das mulheres, com base na evidência, é alvo de estudos e da luta incansável de alguns pesquisadores, militantes e profissionais da saúde.

Em certo sentido, a violência institucional no parto é associada aos mesmos fatores sócio-históricos, culturais e econômicos que a violência, em suas diferentes formas, é expressa. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais. Designa, de acordo com épocas, locais e circunstâncias, realidades muito diferentes (MINAYO, 2006).

Assim, em algumas maternidades envolvidas no PQM, foram observadas muitas resistências em mudar o trato e as formas de cuidar da mulher ao dar à luz. Embora o enfrentamento, por meio de espaços coletivos, envolvendo diferentes atores sociais do SUS e da sociedade civil, e de atuação da Promotoria, representando a instância jurídica, tenha ocorrido, os efeitos de mudança foram lentos, de desestabilização difícil e aquém do desejado, principalmente no primeiro ano, sobretudo no que se refere ao direito ao acompanhante da livre escolha da mulher e à implementação da cogestão e gestão participativa. Esse grau de negação em mudar o instituído pode nos dar uma amostra de como se expressam os elementos de dominação.

Essa prática de violência institucional é inconciliável com os Direitos Humanos, os quais asseveram uma sociedade que respeita plenamente a dignidade da pessoa humana e são afirmados na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), e, portanto, cabe ao Estado zelar por sua garantia. Assim, o primeiro artigo da Declaração destaca: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem proceder uns em relação aos outros com espírito de fraternidade” (PIOVESAN, 2012, p. 471). O “empoderamento” das mulheres,

homens e famílias, bem como a criação de uma cultura de direitos humanos na saúde parecem imprescindíveis.

Muitos casos de violação dos direitos da mulher e da criança se aplicam aos artigos da DUDH, entre eles os conceitos de que “todo indivíduo tem o direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa” e que “ninguém será submetido a torturas nem a castigos ou a tratamentos cruéis, desumano ou degradante” (PIOVESAN, 2012, p. 471). Esses conceitos aplicam-se àquelas pessoas situadas em instituições, sejam elas prisões ou serviços de saúde, como, por exemplo, o direito à integridade pessoal, à autonomia nas decisões sobre a sexualidade e à reprodução (DINIZ, 2005). Segundo Diniz (2005), com a redefinição da mortalidade materna de “desvantagem na saúde” para uma “injustiça social”, cria-se a base legal e política para que os governos sejam obrigados a prover serviços adequados.

Uma complexa e diversa rede de fatores – como condições socioeconômicas dos usuários, cultura, gênero, consciência de direitos, situação precária dos serviços de saúde, interesses variados, incipiente organização do sistema de saúde em rede, baixo reconhecimento dos direitos dos usuários, entre outros – pode contribuir para resistências em mudar as práticas de atenção e de gestão nas maternidades que, em muitas situações, são expressas como violência institucional e comprometem o direito à mulher e à criança de um momento digno e feliz no parto e no nascimento.

Os estudos que envolvem a reflexão brasileira sobre a violência institucional e o impacto na saúde são incipientes e, somente nos últimos dez anos, são paulatinamente apropriados pelos serviços de saúde (MINAYO, 2006). Embora seja crescente o reconhecimento da violência como questão de saúde pública, a literatura epidemiológica é escassa (LARIZGOITIA et al., 2011), o mesmo se aplicando ao campo da violência institucional e do seu impacto no estado de saúde das mulheres no processo da gestação e do parto. Estudos deverão aprofundar esse impacto de modo a contribuir para a erradicação dessas práticas em nosso meio.

Então, questionamos: os profissionais se dão conta dessa violência e da violação dos direitos humanos das mulheres? E da violência a que estão submetidos, que reproduzem na relação com as pacientes e acompanhantes? Uma das características da violência é ter um caráter invisível e naturalizado. Em decorrência de situações a que ambos estão expostos e da precariedade de grande parte dos equipamentos de saúde, do acesso e de uma relação pouco favorecedora da afirmação dos direitos e dos protagonismos da mulher no processo do parto, muitas das expressões de violência não são percebidas como tais.

Na direção de afirmar a dignidade humana, a humanização do parto é um movimento nas últimas décadas que busca modificar esta realidade. O termo *humanização* refere-se a múltiplas interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas,

que acontece muito lentamente e, apesar de enorme resistência, parece favorecer o diálogo com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005).

A implementação das diretrizes da PNH, que pressupõe a humanização com suporte em uma dimensão ética e política, pode potencializar mudanças e contribuir para a minimização da violência institucional (RIOS, 2009); ética pelo reconhecimento do outro, que é acolhido em sua diferença e nos diversos modos de andar na vida, no respeito à diversidade cultural; política com vistas a implicar o outro na produção de saúde, potencializando, no encontro clínico, o protagonismo e a participação no cuidado de si. Para a referida Política, humanização refere-se à valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde – usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010; PASCHE, 2009).

Afirmamos, pois, como necessário o estímulo à inclusão do usuário na atenção e na gestão do cuidado e no reconhecimento do seu direito à livre expressão, ao protagonismo e à participação; o exercício da escuta do que as mulheres, homens, famílias e acompanhantes têm a dizer e a ensinar. É preciso ainda desenvolver um olhar e agir sensível, crítico e comprometido, e se interrogar: como se expressam as formas de violência institucional na maternidade onde estou? Como podem ser eliminadas? Corroboramos as ideias de Gomes, Nations e Luz (2008, p. 71):

As reivindicações e atos de resistência contra o atendimento que agride, rotula e estigmatiza, tanto explicitamente quanto de maneira encoberta, precisam ser consideradas como um protesto legítimo contra a violência institucional; não se trata de mera reclamação, ou de queixa sem mérito. As 'insatisfações do paciente' podem, na realidade, fornecer pistas valiosas.

Algumas medidas são identificadas como promotoras de um parto humanizado, que respeita a mulher, e a circunda de condições apropriadas a um nascer feliz para ambos, ela e seu bebê. O que dentro do PQM podemos considerar que pode ter contribuído para evitar ou enfrentar a violência institucional?

A proposta de inclusão da rede social foi uma dessas apostas do PQM na definição de uma diretriz de direito a acompanhante e a visita, objetivando o apoio emocional e social, fortalecimento do vínculo familiar, maior aproximação na relação mãe-bebê-pai e garantia dos direitos constitucionais. Vários estudos demonstram que a comunicação verbal agressiva por parte de profissionais (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002), as

condições de ambiência e apoio no parto melhoram pela presença de acompanhante ao lado da mulher, o que contribui para a redução de violência institucional (DINIZ, 2009).

Outra estratégia neste sentido foi a de adoção das boas práticas no cuidado ao parto e ao nascimento, procedimentos baseados em evidências científicas que resguardam o saber técnico como princípio ético da prática obstétrica, e vão desde condutas específicas para mulheres e crianças, como as ações e métodos não farmacológicos para alívio da dor, respeito e favorecimento da relação mãe-bebê imediatamente ao nascimento, e outras, indicando um compromisso com a defesa da vida.

É preciso usar uma lente que nos permita ver o outro e nos vermos nos atos cotidianos, sem perder a capacidade de refletir e de compreender as dinâmicas institucionais, sobretudo das relações de poder e de saber nos hospitais, a respeito das realidades instituídas, do valor ético da prática de saúde, direitos da mulher e do bebê e de fazermos a autoanálise da implicação nos processos que mantêm ou perpetuam as discriminações e a violência institucional silenciosa; e promover roda de conversa nos espaços de trabalho sobre questões de gênero, os conflitos de interesse que permeiam as relações no trabalho da assistência à mulher, o não reconhecimento dos seus direitos – direito à expressão sexual (evidenciada pela gravidez), à integridade corporal, à condição de pessoa, à autonomia, à não discriminação.

Por último, assinalamos a criação de uma rede materna e infantil como possibilidade de enfrentamento da violência estrutural e institucional pela articulação dos atores sociais em práticas democráticas, análise de processos de trabalho em coletivos organizados para produção de saúde, garantia do acesso, acolhimento e resolubilidade e respeito aos direitos dos usuários.



### Rede materna e infantil – proposta de enfrentamento coletivo

Nunca duvide da força de um pequeno grupo de pessoas para transformar a realidade. Na verdade, eles são a única esperança de que isso possa acontecer (MARGARET MEAD).

Rede é um conceito bastante utilizado no vocabulário da saúde na atualidade e constitui estratégia importante do Ministério da Saúde, visando superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, bem como o modelo de atenção à saúde baseado em ações curativas, centrado no médico e estruturado com base na oferta (BRASIL, 2010). Este modelo, também chamado de tecnoassistencial, pensado como pirâmide em uma perspectiva racionalizadora (CECÍLIO, 1997), evidencia-se insuficiente para responder aos desafios do contexto atual, atender ao conceito amplo de saúde, como produção social composta de múltiplos determinantes e para criar inovações na gestão e na atenção em saúde.

É preciso, portanto, pensar outros arranjos, mais horizontais e circulares, como o estabelecimento de redes de atenção à saúde, importante estratégia para a qualificação da atenção e da gestão do SUS. A perspectiva de rede atua, portanto, na consolidação de sistema universal, unificado, equânime, integral e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas (BRASIL, 2011).

Com efeito, Rede de Atenção à Saúde “é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010), e objetivam a promoção da integração sistêmica e organizada. Nesses arranjos, a lógica é pensada com arrimo no que é mais importante para cada usuário com vistas a oferecer a tecnologia certa, no espaço exato e na ocasião mais adequada (CECÍLIO, 1997).

Com amparo nesses referenciais, interrogamos: de que forma a criação de uma rede materna e infantil pode contribuir para a integralidade, a humanização e a redução da mortalidade materna e infantil, diminuindo a violência institucional? Consoante Silva e Magalhães Júnior (2011, p. 77), o estabelecimento de redes integrais de atenção com foco no usuário “é o melhor conjunto de dispositivos para alterar os quadros de morbimortalidade de uma população”. Com a instalação de relações com longa duração, é possível criar vínculo entre usuários e profissionais, estabelecer relações com base na confiança, escuta às singularidades e subjetividades, favorecendo a um cuidado humanizado. Uma situação

que envolve a necessidade de equipamento para identificar o câncer de colo de útero em certo território poderá atender à necessidade de uma população, mas não ser necessária em outro contexto. As necessidades de saúde de uma adolescente grávida destoam das de outra com maturidade.

A efetivação do conceito ampliado e da visão holística de mulher e de criança, situadas em um território e rede de cuidados, torna-se imprescindível com vistas a possibilitar múltiplas respostas para os enfrentamentos na produção da saúde. É importante considerar a especificidade, por exemplo, da rede materna e infantil, e, ao mesmo tempo, sua interconexão transversal e integrada com outras redes, políticas, áreas, serviços, movimentos, para a produção do comum.

A rede materna e infantil precisa incluir o homem, a família, as subjetividades, as diferentes visões de mundo sobre a gestação, o parto e o puerpério, condições socioeconômicas, as relações de gênero, aspectos culturais, entre outros; incluir todos os nós da rede, por exemplo, a Atenção Básica, o Centro de Atenção Psicossocial, o hospital e a maternidade, como pontos integrantes da rede, favorecendo pensamento e ação coletiva.

Nessas relações complexas de encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, não basta ampliar o acesso, mas é fundamental crescer o grau de comunicação entre os sujeitos, entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais para maior eficácia e eficiência e elaborar a integralidade (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha representa um sistema propiciador desta experiência de criação da rede de cuidados da mulher e da criança em todo o território nacional. Importante é ressaltar que a rede materna e infantil, no sentido aqui discutido, considera a articulação entre serviços, mas pressupõe a conexão entre os diferentes, visando fazer a gestão dos pontos dos vários temas e de seus fluxos (redes territoriais), resguardando as singularidades e as características dos contextos; as redes produzem território (BRASIL, 2010). Projeta a ideia de rede transversal, heterogênea, solidária e cooperativa, como produtora das diferenças nas distribuições de poderes, saberes e afetos, sendo capaz de estabelecer diálogo para a produção ampliada de saúde. Articula-se em um território desde a Atenção Básica, é aberta a inovações na gestão pública, elabora responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe, cogestão, e vale-se de acompanhamento e de avaliação sistemática (BRASIL, 2010).

Com referência as Redes de Atenção à Saúde, Liane Righi concebe que na rede, a complexidade não tem endereço fixo, ou seja, não sabemos em que momento a situação ficou mais complexa. Por exemplo, a Equipe de Saúde da Família que visita em certo momento pode ter um papel mais significativo, em outro momento, os profissionais que acolhem na maternidade, portanto, as hierarquias são menos rígidas e favorece a horizontalidade. As redes estão em permanente inacabamento, cada vez que se altera

o fluxo, ou é criado um ponto novo a rede muda, ela está em constante provisoriedade. Entretanto, é preciso estabelecer contratos na rede, pois não há poder para definir a norma, ela precisa ser pactuada (RIGHI, 2003).

Assim, a constituição da estratégia do PQM e da RC para fomento da rede materna e infantil sucede pela criação de espaços coletivos, Fóruns Perinatais, em que: são discutidos a matriz diagnóstica da situação de saúde das grávidas em um território, estabelecidos compromissos e pactos da gestão interfederativos, é definida a linha de cuidado da mulher e da criança com os responsáveis e definições de protocolos de atendimento, de modo que a mulher não peregrine em busca de assistência, tenha atendido o seu direito à qualidade e à humanização pelo acesso universal e integral.

A PNH oferta dispositivos para estabelecer a rede de produção de saúde e integra algumas das diretrizes do PQM: transversalidade, cogestão, acolhimento, ambiência, direitos dos usuários e redes de produção de saúde, entre outros, baseados no método da tríplice inclusão: de sujeitos trabalhadores, gestores e usuários; dos movimentos sociais e de analisadores, ou seja, as perturbações que ocorrem no cotidiano da rede que devem ser analisadas pelo coletivo dos atores sociais. Visa, pois, “ofertar conceitos e ferramentas para a superação de problemas e contradições que ainda permanecem como marcas dos serviços e práticas de saúde” (PASCHE, 2009, p. 708).

O apoio institucional, tecnologia empregada pela PNH para fomentar processos de mudanças na atenção e na gestão do cuidado à mulher e à criança, foi empregado no PQM e torna-se fundamental na implementação das redes (OLIVEIRA, 2011). O apoio dar-se-á pelo “fazer com”, uma permanente articulação e conexão de sujeitos, redes e equipes, que se organizam para a produção de saúde, em um exercício de produzir rede na heterogeneidade, o que exprime o desafio de uma tensão entre rede temática e territorial, partindo da ideia de que a rede está em elaboração permanente, produz-se no território e este produz a rede.

Maior interação de pessoas, equipes, áreas, serviços e políticas pode significar melhores resultados nos indicadores de saúde e satisfação de trabalhadores, de gestores e de usuários (BRASIL, 2010). Na humanização do parto, Ratter (2009) recobra a história e atualiza o papel de movimentos sociais que constituem redes de mobilização em defesa da maternidade segura, contra a violência obstétrica e em defesa da humanização e da qualidade na assistência ao parto e ao nascimento, como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), criada desde 1993; a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan); a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo); a Associação Nacional de Doulas (Ando), entre outras. Recentemente foi criada a Rede Contra as Violências Doméstica, Sexual e

Outras Violências (Rede Elis Brasil) encetando vários movimentos no País pela proteção e garantia dos direitos humanos contra as violências em todas as suas formas de expressão, sejam elas confirmadas ou suspeitas.

Necessário se faz que a rede materna e infantil integre o envolvimento da sociedade civil, de homens e de mulheres, em defesa da vida digna, da maternidade segura e do parto humanizado. Sem esse compromisso coletivo, os caminhos da rede materna e infantil tornar-se-ão frágeis em seus enfrentamentos da ordem vigente e do modelo hegemônico e excludente. Ressaltamos, ainda, que a rede social é uma dimensão fundamental de apoio à mulher na gestação, no parto e no puerpério. A importância da presença dos familiares, amigos e pessoas de confiança da mulher, e de livre escolha, é insubstituível. De acordo com Pasche (2009, p.705):

[...] o fomento e a produção de redes sociais tanto na condução da coisa pública, quanto na efetivação do cuidado clínico e de saúde coletiva, ampliam a sustentação de mudanças e construção de novos sujeitos e ação coletiva nos territórios, na perspectiva da produção ampliada de saúde e da cidadania.

É evidenciado por Mendes (2011) o Programa Mãe Curitibana, desenvolvido em Curitiba, como experiência bem-sucedida e sustentada de atenção materno-infantil organizada na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde no SUS, superando a fragmentação para um sistema integrado desde os cuidados primários.

Muitos desafios e limites, entretanto, perpassam estes caminhos que levam à constituição da rede materna e infantil transversal. Além do modelo Tecnocrático de atenção e gestão no parto, aspecto de gênero, obstáculos no acesso (DINIZ, 2005), as condições de vida, saúde e trabalho da população e dos trabalhadores, destacamos a dificuldade em lidar com os processos intersubjetivos presentes nas organizações de saúde (BRASIL, 2010; SÁ, 2009), aspecto relevante para o desenvolvimento da autonomia, corresponsabilização e práticas de cooperação e elaboração coletiva.

De acordo com Sá (2009, p. 661), “a responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e, igualmente, a base para a solidariedade e para a cooperação”, e, para que a responsabilidade com o outro aconteça, complementa a autora, é preciso ser responsável pelo próprio desejo e conflito psíquico, ter acesso ao próprio sofrimento.

Somente a consciência de si, no entanto, não é suficiente, e, é com a percepção, em cada indivíduo, de sua interdependência em relação às ações de outros (objetiva e subjetiva – dependendo da estima, do cuidado do outro), formando uma rede de relações, que é possível emergir uma inteligência coletiva (COSTA, 2008). É condição, para que o cuidado aconteça, a abertura para compor na produção do comum ultrapassando os individualismos (SILVA; GOMES, 2008).

O trabalho afetivo seria, então,

o principal vetor da construção integrativa, produtor de redes sociais, mas pode levar ao ‘abuso de si’ pela falta de limite às atividades afetivas; ao mesmo tempo pode constituir chance de emergência da inteligência coletiva como resistência as ações de alienação e do imperativo da colaboração. (COSTA, p. 67, 2008).

Assim, produção da rede materna e infantil, alicerçada na perspectiva do direito à saúde como direito humano fundamental, no conceito ampliado de saúde, nas diretrizes e princípios da PNH, das áreas de Saúde da Mulher e da Criança e outras, em busca de efetivar o SUS, constitui-se possibilidade para a mudança do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento. A perspectiva do diálogo entre os saberes e as áreas como forma de reduzir o isolamento dos profissionais e produzir trabalho em equipe transdisciplinar é potente estímulo ao envolvimento e à produção de compromisso mútuo em torno das questões da gestão dos processos de trabalho com prioridade nas necessidades dos usuários.

Embora essas políticas não tenham poder para realizar mudanças estruturais, podem atuar nas consequências negativas das desigualdades e contribuir para minimizar seus efeitos e o desrespeito aos direitos humanos. À medida que a atuação dos profissionais e serviços de saúde não contribua com ações que estigmatizam e discriminam grupos de indivíduos por idade, gênero, condições socioeconômicas, classe social etc., reduzir-se-ão as desigualdades sociais (BARATA, 2009). Essa ação, portanto, insere-se na micropolítica do trabalho em saúde e exige deslocamentos de poderes, afetos e inclusão de saberes, abertura de fronteiras de conhecimento, sabedoria para elaborar um *ethos* civilizatório que dignifique humanidade na diferença.

### Considerações finais

A experiência vivenciada no PQM mostrou-nos que é possível constituir espaços coletivos e enfrentamentos capazes de modificar as práticas de atenção e gestão do cuidado a mulheres e crianças nas maternidades, por mais difíceis que sejam as condições encontradas. Uma conjugação de esforços com planos de diretrizes claras e definição ético-política de efetivação dos direitos e respeito à dignidade humana e qualidade na prestação de serviços contribuirão para a redução da mortalidade materna.

Interrogamos até que ponto as intervenções feitas no projeto contribuíram para diminuir a violência, pois este aspecto não foi investigado. Sugerimos que o tema seja aprofundado em pesquisas empíricas que avaliem o impacto no estado de saúde da mulher e da criança desde a rede materna e infantil. Depoimentos e alguns indicadores mostraram que as medidas realizadas permitiram maior satisfação e respeito aos direitos humanos das mulheres e das crianças.

É preciso resistir a todas as formas de violência que discriminam o ser humano e investir esforços no sentido do respeito à vida humana e da inclusão como diretriz, visando ao fortalecimento de coletivos e à sua capacidade de análise e de intervenção, afirmando a produção de saúde como produção de subjetividade. A elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades e iniquidades sociais, valorização dos trabalhadores da saúde, utilização das boas práticas no parto e no nascimento, uso de evidência científica, garantia dos direitos humanos, distribuição adequada de serviços e equipamentos e o trabalho em rede integral podem ser algumas importantes medidas para essa mudança.

Ainda é necessária, entretanto, mudança profunda nos referenciais e práticas do ensino em saúde que privilegiem uma visão social e humanística, integrando conteúdos das Ciências Sociais e Humanas ao saber técnico e político. Por fim, é preciso profissionais que reflitam sobre o sentido do seu trabalho, da saúde como elaboração social, permeada de contradições, interesses e conflitos e organizem o seu trabalho para responder às necessidades de saúde.

A formação dos profissionais deve levar em conta o fato de lidar com as diferenças, os preconceitos, a conquista da democracia institucional e o desenvolvimento da consciência de si. Todas essas medidas podem ser apostas que deságuem na criação de novo *ethos* social, de valores identitários de solidariedade, visando à possibilidade do diálogo para cultura de paz e a menos violência institucional na rede materna e infantil.

### Referências

ABADIA-BARRERO, C. E.; CASTRO, A. Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 62, p. 1219-1228, 2006.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 36, p.79-91, jan./mar. 2011.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BOURDIEU, P. **Language and symbolic power**. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil e Materna – Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro. Grupo de Trabalho em Humanização do Parto e Nascimento- MS. **Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010. Seção I, p. 88.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, 2010. (Serie B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., 4. reimpr. Brasília, 2010. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).



CAPRARA, A.; FRANCO, L. S. A. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CHAUÍ, M. **Marilena Chaui diz que Brasil convive com violência estrutural e ataca a 'oligarquia'**. Disponível em: <[http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=1749%20-](http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1749%20-)>. Acesso em: 10 out. 2006.

COSTA, R. Inteligência Coletiva: comunicação, capitalismo cognitivo e micropolítica. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 37, dez. 2008.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, jan. 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005.

\_\_\_\_\_. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: na emerging problem. **The Lancet**, [S.l.], v. 359, n. 9318, p.1681-1685, May 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GOFFMAN, E. **Stigma**: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1943-52, mar. 2011.

LARIZGOITIA, I. et al. Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 25, n. 3, June 2011.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MENDES, E. V. Uma experiência bem-sucedida de rede de atenção à saúde no SUS: o programa mãe curitibana (PMC). In: \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. p. 439-471.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, 'cavalo batizado' e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 2103-2112, set. 2007.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 164-169, jan. 2012.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1. p. 701-708, 2009.

PEREIRA, W. R. P. Violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 391-400, jul. 2004.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 13. ed., ver. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

RATTER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE (Brasil). **Os diferentes tipos de violência cometidas contra a mulher**. Ano 2, n. 17, 2008. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/NOTICIAS/25nov/tiposdeviolencia.htm>>. Acesso em: 13 out. 2012.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. 2002. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, abr./jun. 2009.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a 'humanização' das práticas de saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 651-664, 2009.

SANTOS, A. M. et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p.84-90, jan./fev. 2011.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, jul./ago. 2009.

SILVA, F. H.; GOMES, R. S. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMSUERJ; ABRASCO, 2008. p. 297-309.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2011. p. 69-85.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

# **Acolhimento e Vinculação: Diretrizes para Acesso e Qualidade do Cuidado Perinatal\***

**Immediate Reception for Women in Labor and Continuum of Care:  
Essential Guidelines of Quality Perinatal Care**

Sônia Lansky<sup>1</sup>

Vera de Oliveira Nunes Figueiredo<sup>2</sup>

**Artigo**



## Resumo

Os conceitos acolhimento e vinculação são essenciais para a construção de um novo referencial ético na atenção à gestante e ao recém-nascido no Brasil. Esta reflexão tem embasamento nos direitos das mulheres e das crianças de atenção integral e digna de saúde, bem como na legislação nacional. Estes dois conceitos imbricados e as diretrizes inseparáveis no cuidado em saúde para esta população, apresentam-se como estratégias determinantes para a superação dos elevados índices de morbimortalidade na saúde materna e infantil. A importância de se discutir o tema vem de encontro à necessidade de responder ao arranjo contemporâneo da atenção obstétrica e neonatal no mundo e no Brasil, com a institucionalização e intensa medicalização do parto e nascimento. Em uma rede de saúde fragmentada, desarticulada e desresponsabilizada, onde predomina a peregrinação de mulheres em busca de vaga hospitalar na hora do parto, a descontinuidade da assistência entre o pré-natal e o parto, a reflexão sobre o envolvimento e a postura dos profissionais, dos gestores e dos serviços de saúde diante da demanda previsível de atenção ao parto podem determinar o sucesso ou fracasso da proposta do cuidado.

## Palavras-chave:

Vinculação. Acolhimento. Parto. Nascimento.

## Abstract

The concepts of health service reception and continuity of care are essential for the construction of a new benchmark in ethical care for pregnant women and newborns in Brazil. This reflection has been grounded in women's and children's rights to integral attention and dignity in health care, as well as in the national legislation. These intertwined and inseparable concepts in health care for this specific population are presented as fundamental strategies to overcome the high rates of maternal and child morbidity and mortality. The article relies on a reflexion to respond to childbirth health care in the world and in Brazil, with intensive institutionalization and medicalization. In a fragmented health network, with poor accountability, women in labor facing pilgrimage while searching for hospital admission, and discontinuity of care between prenatal care and childbirth are still frequent. A reflexive and ethical attitude with more involvement by professionals, managers and health services could determine the success of the proposed health care.

## Keywords:

Immediate health care reception. Continuum of care. Perinatal health.

\* Texto inédito

<sup>1</sup> Pediatra, pós-doutora em Saúde Pública; consultora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; apoiadora matricial da Rede Cegonha – *E-mail*: <sonialansky@gmail.com>

<sup>2</sup> Assistente social; consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde; apoiadora temática da Rede Cegonha – *E-mail*: <vera.fig@uol.com.br>

### Introdução – Por que acolhimento e vinculação?

As transformações sociais e tecnológicas que aconteceram nas últimas décadas determinaram importantes modificações no modelo de atenção ao parto e ao nascimento no mundo. Inicialmente, é preciso considerar o contexto histórico e social da atenção obstétrica no País, para reflexão crítica sobre a necessidade de destacarmos as diretrizes do acolhimento e da vinculação como proposta de cuidado e promoção da saúde da gestante e do recém-nascido. A história da obstetria brasileira testemunha o drástico deslocamento do cenário do parto, da casa, cercado pela forte participação da família e da comunidade, para o ambiente hospitalar, onde ocorrem 98% dos partos atualmente (IBGE, 2006). Pode-se dizer que houve desconstrução da atenção voltada para o cuidado centrado na mulher, na família e na sua rede social, a começar pelo local onde o cuidado de saúde se organizava, a casa, com a participação de parteiras, familiares e posteriormente o médico. O foco da atenção era a mulher no seu ambiente habitual da vida e de suas relações afetivas e familiares. A institucionalização do parto culminou com a (des)organização da atenção ao parto, que hoje envolve necessariamente o deslocamento da gestante em busca de acesso ao cuidado no parto, percorrendo uma rede de saúde complexa e na maioria das vezes desarticulada. No cenário hospitalar, predomina a organização da atenção eminentemente sob o ponto de vista de atender às necessidades da instituição e dos profissionais, tendo em vista a concentração de pessoas, transformadas aqui em pacientes, apesar da consideração de que gestação e parto transcorrem fisiologicamente em 90% dos casos, sem necessidade de intervenções. Esse novo ambiente do nascer na vida moderna certamente transformou e interferiu nas relações interpessoais mulher-bebê-família e nas relações de cuidado em saúde, deslocando o protagonismo para a equipe de saúde no lugar da mulher e da família. Busca-se o equilíbrio em termos dos riscos e benefícios da atenção hospitalar, que carrega traço inerente de intervencionismo muitas vezes exacerbado e não justificado sobre um acontecimento fisiológico como o parto e o nascimento em uma gravidez de risco habitual.

A mudança da concepção do parto e do nascimento de processo natural da vida para o “normalmente patológico”, em analogia ao termo utilizado por Caldeyro-Barcia (1979) para criticar a visão médica predominante do corpo feminino, repercute diretamente em uma abordagem artificializada, seja do ponto de vista do cuidado pessoal, seja do ponto de vista do cuidado sistêmico, disperso e fragmentado.

Igualmente pode-se refletir sobre as mudanças ocorridas em um contexto social destinado a atender ao novo modo de pensar e fazer o cuidado de saúde, respondendo a interesses e perspectivas diversas da tradição do cuidado ao nascimento, o chamado “*business* do nascimento”. Este se organiza de forma equivalente a linha de produção, cujo principal objetivo é ofertar o controle e ao mesmo tempo acelerar os processos naturais da vida, para alcançar maiores resultados do ponto de vista quantitativo. Satisfaz-se, assim, a

expectativa de comercialização do nascimento encampado pela indústria da doença, a indústria farmacêutica e a de equipamentos, travestida de ciência moderna. Imprimiu-se uma marca profunda na cultura do nascimento no mundo, situação semelhante ao ocorrido com o aleitamento materno, quando a indústria alimentícia, aliada ao saber-poder médico, mudou a alimentação natural e protetora da infância.

Neste novo cenário contemporâneo do parto, se por um lado houve ganhos inquestionáveis no acesso a tecnologias assistenciais de saúde que impactaram de forma positiva na saúde da mulher e da criança, sobretudo acesso à hemoterapia, à antibioticoterapia, à assepsia e à cirurgia, incluindo a cesariana, a reanimação e a terapia intensiva, por outros novos desafios se apresentaram, incluindo as interferências excessivas com repercussões negativas na saúde da mulher e da criança (GOLDENBERG; MACLURE, 2011). A peregrinação da gestante em busca de vaga durante as urgências na gravidez e durante o trabalho de parto é vivido concretamente pela população e identificada pelos trabalhadores, gestores e pesquisadores como problema recorrente e determinante para a atenção oportuna de saúde e prevenção da morbimortalidade materna, fetal e infantil evitáveis (LEAL et al., 2004; LANSKY et al., 2002). Se este problema era até recentemente uma dificuldade no SUS, a partir do final de década de 2000 ocorre também no setor de Saúde Suplementar nas grandes cidades, em decorrência da desorganização e despreparo desse sistema para atender a uma população crescente, assim como da lotação artificializada das maternidades pelo agendamento de cesarianas eletivas sem indicação técnica. Portanto, e não menos importante, como produto da mudança do cenário do parto estão também as intervenções desnecessárias que constituem a visão medicalizada dos processos naturais da vida como o parto e o nascimento, atendendo a interesse e pressões corporativas e econômicas da sociedade consumista de mercado.

Nesta nova dimensão da atenção ao parto outros contrapontos se fazem, portanto, necessários na perspectiva de recuperar valores e sentidos que se perderam ao longo dessa progressiva banalização e mecanização do nascimento.

### **Conceituando acolhimento e vinculação**

Assumindo como justificativa que a redução da mortalidade infantil e a melhoria à saúde das gestantes, a promoção da igualdade entre os sexos e o empoderamento das mulheres estão entre os Objetivos do Milênio propostos pela ONU (UNITED NATIONS, 2000), e na busca da garantia do acesso à informação correta e em linguagem adequada aos serviços e aos insumos, a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, no parto, no puerpério e no acolhimento em rede devem ser compromissos éticos do SUS.

A diretriz que vincula entre os serviços que realizam atenção pré-natal e ao parto, com o estabelecimento de referência e contrarreferência no cuidado à mulher e ao bebê,



permite a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado. A vinculação das gestantes orienta a implementação de ações integrais, contínuas de cuidado e de promoção da saúde desde o pré-natal até a maternidade de referência, buscando mitigar a violação dos direitos reprodutivos das mulheres, caracterizada pela peregrinação em busca de uma vaga não garantida nas maternidades, bem como reduzir os riscos de agravos, de morbidade e de mortalidade materna e neonatal.

### **Acolhimento**

O Acolhimento é conceito imbricado no grande princípio do SUS de acesso universal, seja acesso às unidades e serviços (garantia do cuidado), acesso à qualidade da assistência que significa escuta ativa, vínculo, responsabilização, resolutividade e acesso à continuidade do cuidado. Expressa-se como a construção de uma diretriz política e operacional para responder à necessidade dos usuários de garantia de acesso ao cuidado em saúde. Acolhimento traduz-se em uma atitude de inclusão, é postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e à integralidade da atenção.

A garantia do acesso à informação correta e em linguagem adequada, aos serviços e aos insumos, a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, no parto, no puerpério e no acolhimento em rede além de compromisso ético do SUS, configuram-se como a concretização do acolhimento pleno, com a disponibilização da melhor tecnologia em saúde.

Como descrito por Franco, Bueno & Merhy, é um processo de ressignificação da relação da equipe de saúde com o usuário, sujeito de sua própria história, que constrói e é construído por sua história. (FRANCO; BUENO; MERRHY, 1999). É uma diretriz e ao mesmo tempo um dispositivo, na medida em que transforma concretamente processo de trabalho de tal modo que garanta a acessibilidade, a responsabilização e o vínculo. O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de relação de confiança e compromisso com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (PNH/MS, 2009 ).

Segundo a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH), traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (MS/PNH, 2008).

Nas maternidades este conceito se concretiza na missão de *vaga sempre*, considerando-se que a gestante em trabalho de parto ou com queixas/intercorrências se constituem como urgência com demanda atenção imediata. Traduz-se em *oferta de atenção qualificada com tecnologia apropriada* para a gestante em trabalho de parto e a criança. Significa continuidade do cuidado, com transferência responsável em caso de necessidade, bem como manutenção do cuidado após a alta da maternidade: alta responsável com agendamento assegurado na Atenção Básica.

### **Vinculação**

É uma diretriz que emerge da necessidade de superar a dificuldade de acesso da gestante em trabalho de parto à assistência, expressa em desumana peregrinação em busca de vaga hospitalar em um momento de grande vulnerabilidade. Diretriz que reforça ainda a responsabilidade continuada da atenção primária de saúde até o parto, banindo a prática da “alta do pré-natal”, atitude ainda frequente, mas inadmissível, quando se pensa que a necessidade de cuidado se mantém ou é até mesmo maior no final da gestação.

A vinculação, entendida como conceito relativo à inter-relação humana, apresenta-se aqui como diretriz de resgate da relação interpessoal no cuidado em saúde, na resignificação das relações entre a mulher e as equipes de saúde e das relações entre as equipes de saúde que prestam o cuidado à gestante, à medida que envolve na atualidade diferentes níveis assistenciais, o que demanda articulação e harmonia na prestação deste cuidado. Diferente de outros aspectos da atenção de saúde e de outros momentos da vida, a gestação e o nascimento hoje no Brasil pressupõe necessariamente a articulação entre a atenção primária de saúde (atenção pré-natal) e atenção secundária ou terciária, ou o hospital, já que é neste cenário em que o parto acontece.

O termo vinculação nos remete à ideia de ligação. É conexão, construção de rede de apoio. Outros termos são propostos como aproximações que auxiliam na construção conceitual de *vinculação*, como ligar ou prender com vínculo; ligar ou prender moralmente; tramar, traçar, entrelaçar, ajuntar, juntar, articular, combinar, comunicar, concatenar, agregar, cativar, emparelhar, encadear, engrenar, estreitar, incorporar, acompanhar, aconchegar, aglutinar, aproximar, conectar. Esse cardápio de palavras nos propicia a imagem-reflexão de pessoas e espaços interligados em uma dinâmica que sugere compartilhamento de processos, de movimentos e de sentidos. De produção conjunta de projetos de interesse e intuito comuns, em um arranjo que integra pessoas e espaços onde se produz saúde. Vínculo e confiança são pressupostos para produzir ação terapêutica. (ABREU; MELO; VIANA, 2003)

Em analogia retomamos a teoria do vínculo afetivo da Psicologia, que compreende o desenvolvimento de uma criança como resultado da relação que ela mantém com os pais. A vinculação ou apego é a necessidade de estabelecer laços, contato emocional entre o

bebê, a mãe, o pai e outras figuras significativas próximas. Acontece por meio da relação interpessoal, onde se cria e se constroem relações afetivas entre os seres humanos e se estabelece a capacidade de relação entre pessoas e de relações sociais. Assim, podemos vislumbrar as diversas dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação mãe-bebê, pois a vivência do processo da gestação e do parto em sua plenitude, ancorada pelo sistema de saúde que ampara e oferece o melhor cuidado e em tempo oportuno, propicia mais forte interação qualificada entre mãe e bebê. E, portanto, desde então, o processo da vinculação entre pessoas e serviços já se apresenta como uma ação essencial do cuidado. De promoção da saúde compreendida de forma ampla, física e emocional, que pode favorecer também a vinculação mãe-bebê. Portanto, a forma de nascer, não apenas a via de parto, mas toda a ambiência que envolve este momento, desde a casa, a atenção primária de saúde, a atenção hospitalar, a vinculação com os serviços e as equipes, o deslocamento seguro para o parto, o acolhimento, deve ser entendida como foco de atenção fundamental para o futuro e o desenvolvimento das relações humanas. (LANSKY, 2010)

A transição da gestação para o nascimento é condição intrínseca desse momento da vida e, do ponto de vista da atenção de saúde, o cuidado não poderia ser diferente. Na atenção de saúde à gestação e ao parto não poderia haver ruptura ou fragmentação, ao contrário, esta deveria se manter até o final do processo completo da gestação com o parto e o nascimento. A transição da responsabilidade da atenção primária de saúde no pré-natal deve então acontecer de forma responsável e suave, sem perda da ligação própria desse momento da vida, da experiência humana da gestação e do parto. Um ciclo de cuidado ininterrupto, envolvendo a atenção hospitalar e, ainda, mantendo-se após a alta hospitalar. Dessa maneira se consubstancia a ideia da vinculação como reciprocidade: da maternidade para a Atenção Básica, conformando continuidade do cuidado em uma rede de atenção integral. É proteção contra o isolamento que hoje se apresenta como normalidade no momento de parir.

A equipe que inicia o cuidado na gestação mantém e garante a continuidade do cuidado até o parto, dando seguimento também após alta hospitalar, provendo a atenção longitudinal com todos os seus benefícios. Este aspecto do cuidado humano, que existia no modelo de parteiras tradicionais ou o modelo de atenção domiciliar até o início do século XX, parece ter se perdido, quando os níveis de atenção e as respectivas responsabilidades foram definidos de forma estanque e burocrática, com perda da dimensão de vínculo, de apego, de confiança, de construção e de sustentação das relações entre o cuidado na gravidez e o cuidado no parto. Esta perda da dimensão humana e relacional do cuidado se expressa de forma mais contundente neste momento da vida da gestação e do nascimento, forte símbolo da construção da linha da vida, do contínuo da vida, que se fortalece e traz melhores resultados e satisfação quanto maior o apoio da rede humana, social e de atenção de saúde. Falar de vinculação significa retomar a dimensão da necessária continuidade

do cuidado, da manutenção de proposta de atenção, do projeto terapêutico singular, da relação entre equipes e níveis de cuidado, da promoção da atenção de forma ininterrupta.

A manutenção do cuidado da gestação ao parto deve ocorrer da maneira mais consistente e harmônica possível, sobretudo porque o parto é considerado uma *urgência prevista* (LANSKY et al., 2002). Prevista, mas não planejável ou previsível, portanto, deve ser cercado de cuidado e de arranjo de proteção para que este momento transcorra da maneira mais harmoniosa possível, considerando-se que a insegurança neste momento interfere diretamente na tranquilidade da mulher e no seu potencial de liberação plena de hormônios que compõem a fisiologia do parto.

Em diversas situações, incluindo as intercorrências que demandam atenção imediata, a peregrinação frequentemente ocorre, com atraso do cuidado, expondo a mulher e a criança a riscos desnecessários. Podemos considerar que a peregrinação da gestante em uma situação de urgência é, muitas vezes, a verdadeira causa básica de óbitos de mulheres e de crianças, e ainda, de óbitos fetais. Por trás das causas frequentes de óbito materno, como as síndromes hipertensivas, as hemorragias e a infecção, está de fato o atraso na atenção oportuna de saúde.

Por esse motivo, a vinculação da gestante a equipes de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, conformando linhas de cuidado integral, desde o pré-natal ao parto até o puerpério, é destacada como diretriz do Plano de Qualificação das Maternidades do Ministério da Saúde (PQM) como parte do Projeto da Presidência da República de Redução das Desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil assumido pelas secretarias de estado e município. Essa diretriz se coloca como prioridade com o acolhimento da gestante, da puérpera e do recém-nascido na Atenção Básica e nas maternidades, com o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), a garantia de acompanhante da livre escolha da mulher durante toda a internação para o parto e do acompanhante em tempo integral para o recém-nascido, além da adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados e a cogestão.

Nesse sentido, o vínculo entre os serviços que realizam o pré-natal e o parto e o estabelecimento de referências e contrarreferências no cuidado à mulher e ao bebê permitem a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado.

### Marco legal e iniciativas no País

Em 27 de dezembro de 2007, foi sancionada a Lei nº 11.634, pelo então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em seu artigo 1º declara que toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrências no pré-natal e também no puerpério. Esta vinculação deve ocorrer no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. O artigo 2º garante a responsabilidade do sistema de saúde pela transferência segura da gestante, caso necessário transferi-la em situação de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade (BRASIL, 2007).

A vinculação da gestante à maternidade de referência é, portanto, um direito garantido em lei. Assim, toda mulher deveria saber (e conhecer) a maternidade onde o parto ocorrerá. A constituição de uma lei, como as demais conquistas brasileiras, reflete uma história prévia de lutas que culmina com a formalização legal de um direito. Entretanto, como muitos outros exemplos da legislação brasileira, não necessariamente a lei e o direito se traduzem em práticas integrantes da vida cotidiana. Entre o direito assegurado por lei e a sua transformação concreta em exercício constituinte incorporado na rotina da vida das relações entre os sujeitos de direito há ainda uma caminhada a ser percorrida. Ações específicas para apoiar essa transformação são necessárias e devem pautar as políticas públicas para sua implementação. Assim, a vinculação da gestante desde o pré-natal para o local do parto faz parte de propostas do Ministério da Saúde, formalmente, desde 2000, integrando o Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Iniciativas locais, como o Programa Mãe Curitibana (1999) e a Comissão Perinatal de Belo Horizonte (2000) foram pioneiras nesta articulação necessária entre a atenção primária e a atenção hospitalar, compreendendo que os efeitos da atenção primária de saúde sobre a saúde da gestante e do recém-nascido dependem da adequada orquestração de todo o sistema, uma vez que na realidade brasileira há predomínio da atenção institucionalizada ao parto. Estas experiências assumiram o desafio de garantir o início oportuno da atenção pré-natal, a qualidade deste cuidado e todo o investimento realizado na gestação podem ser perdidos com a desresponsabilização do sistema de saúde pelo cuidado com a gestante no momento do parto. Assumiram que a vinculação da gestante ao local para o parto e a garantida de acolhimento imediato durante o trabalho de parto e nas intercorrências durante a gestação são condições inequívocas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, produção de bons resultados e alcance de satisfação da mulher e da família neste momento da vida. Ao longo da década de 2000 estas iniciativas foram expandidas,

como exemplos a *Mãe Morena* em Campo Grande, *Mãe Coruja* em Pernambuco, e mais recentemente em Roraima, já como resultado das ações do PQM. De maneira geral, o debate e a negociação sobre a implementação da vinculação tem se dado em todo o País, impulsionado pelo PQM nas regiões Norte e Nordeste desde 2009 e com reforço pela Rede Cegonha desde 2011, que assume esta diretriz para todo o País. (BRASIL, 2011)

### **O acolhimento e a vinculação em rede representam o acesso e a construção conjunta do cuidado e a necessária integração dos serviços para prover o cuidado integral**

Retomando a discussão conceitual, por um lado, o acolhimento deve ser entendido como uma diretriz essencial, à medida que garante o acesso imediato e oportuno da gestante com queixas ou em trabalho de parto, uma vez que se trata de situação de urgência. Não menos importante, representa o direito de escolha da gestante do local do parto, considerando os direitos e as preferências da usuária. Ao mesmo tempo em que propõe ligação, o termo pode ser interpretado como amarra – e não sobrepor ao direito de escolha da gestante, que vai procurar o local que se apresenta como melhor local para o parto, seja pela proximidade, seja pela identidade e história prévia com o lugar, pela qualidade oferecida, ou qualquer outro motivo de sua preferência.

Por outro lado, a vinculação deve ser compreendida como referencial de responsabilização do sistema de saúde sobre a gestante, propiciando a oferta de cuidado integral e contínuo, uma vez que a atenção de saúde à gestante no pré-natal pressupõe a continuidade do cuidado até o parto. Portanto, acolhimento e vinculação em rede dizem respeito à necessidade de estreitamento de relações entre a atenção básica e a maternidade, propiciando o trabalho coletivo e integrado, incluindo a possibilidade de análise e a atuação conjunta na saúde perinatal, como o desenvolvimento de práticas educativas para divulgação e o estímulo das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, visita à maternidade, entre outras iniciativas.

Assim, a necessidade de disseminação de novos conceitos de cuidado em saúde na gravidez e no parto – uma vez que se trata de mudança de paradigma, de mudança da cultura e dos valores predominantes na sociedade brasileira com relação ao parto e ao nascimento – pode acontecer de forma mais eficiente e com maior participação e envolvimento dos trabalhadores e gestores, desde a atenção básica até a maternidade. Reforça a necessidade de participação mais ativa da mulher e da família na gravidez, com a oferta de informações sobre a tecnologia apropriada na atenção ao parto e ao nascimento, a elaboração do plano de parto pela mulher e pela família, a negociação dos seus direitos de acesso à melhor assistência e a responsabilização das maternidades pela garantia de atenção adequada, baseada no conhecimento atual. Significa potencializar as ações

dirigidas à qualificação das maternidades desde o pré-natal, com o “empoderamento” das mulheres sobre os seus direitos e as boas práticas de atenção, assim como interferir nas práticas de atenção e no cuidado desde a Atenção Básica de Saúde, que pode contribuir para as mudanças propostas. Isso significa dizer que este movimento fortalece a mulher e sua família, e corresponsabiliza os trabalhadores e gestores da Atenção Básica para maior articulação com as maternidades rumo à qualificação da atenção. A mudança conceitual e cultural começa necessariamente no pré-natal, na gravidez, e o envolvimento de toda a rede de atenção primária é fundamental. A vinculação proposta como diretriz propicia esta articulação.

O cuidado à gestante pressupõe um plano de cuidado ou projeto terapêutico singular construído na Atenção Básica, como propulsor das mudanças de práticas nas maternidades. É dispositivo essencial para propiciar o ingresso efetivo da gestante às boas práticas no parto.

### **A vinculação como tecnologia apropriada para o parto**

Além de diretriz fundante para a humanização do parto e do nascimento, a vinculação é a tecnologia apropriada para o parto. Significa apoio e segurança para a mulher no momento do parto – apoio ao processo fisiológico do trabalho de parto: se não assegurada, o medo, a insegurança, a desinformação, as incertezas, as dúvidas, a falta de apoio, as situações de estresse que interferem na liberação de hormônios importantes do processo do parto como a ocitocina endógena, ao contrário nessas situações há maior liberação de adrenalina, hormônio do medo, que compete com esta, dificultando todo o processo. Assegurar os direitos da mulher, para além do ponto de vista ético, tem um significado e referencial sob a ótica do uso de tecnologias apropriadas para implementação pelas políticas de saúde e pelos profissionais responsáveis pela atenção ao parto. Assim, é preciso entender como a vinculação se apresenta e está imbricada no processo de atenção, uma vez que este aspecto do cuidado é essencial para preservar e estimular a fisiologia do nascimento. Ou seja, trata-se de organizar a atenção e ofertar tecnologia apropriada para o parto, com recursos que influenciam o cuidado em saúde: segurança, confiança e tranquilidade para o adequado transcorrer do parto.

### **Tensionamentos entre as diretrizes acolhimento e vinculação**

A vinculação inexistente se não se assegura o acolhimento. Pode, ao contrário, ser utilizada como barreira de acesso como observamos em algumas situações, como exemplo, maternidades que recusam o atendimento, em nome da vinculação da gestante em outra maternidade. Assim, a peregrinação da gestante se mantém em nome de uma pretensa proposta de organização e ordenação do sistema, a vinculação, utilizada aqui de forma rígida e burocrática. É inegável a sua participação como proposta na organização dos serviços em rede, porém não se reduz a amarras que limitam a atenção oportuna.



Portanto, o acolhimento é o preceito ético de fundo, que deve reger as relações do cuidado em saúde. Deve ainda ser realizado de forma solidária por todos os serviços, já que a prática de acolhimento, porta aberta praticada de forma isolada em um determinado serviço, com frequência resulta em superlotação e prejuízo da qualidade de atenção por um lado, e desresponsabilização dos outros serviços por outro.

A transferência de gestantes de uma maternidade a outra tem sido também banalizada, e só deveria ocorrer como último recurso. Deve ser pactuada pela equipe e não como resultado de decisões unilaterais e hierárquicas. Deve envolver inclusive a equipe da Neonatologia, para a tomada de decisão compartilhada e flexível, que reflita o comprometimento da equipe de antes de tudo atender, pois trata-se da missão primeira de uma maternidade.

Portanto, para que a vinculação aconteça de maneira que se constitua de fato em uma estratégia de harmonização, de orquestração de uma rede regionalizada, alinhada e que promova a continuidade do cuidado, o acolhimento deve ser pactuado na rede por todos e praticado por todos.

### **Vinculação: modo de fazer**

Pensar a vinculação como estratégia de atenção obstétrica é compreender que é uma urgência que reinventa o conceito de vinculação e que o conceito é efeito das práticas. Assim, as experiências de construção da vinculação nos territórios tem sido de agenciamento de coletivos para a discussão e análise da situação atual com a elaboração do diagnóstico da necessidade da população, da rede, dos fluxos da população e da malha viária.

Trabalhar a diretriz da vinculação é compreender, antes de tudo, que a vinculação inicial será da maternidade com o distrito sanitário localizado em seu território, composto por Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família e Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para a garantia do melhor acesso às gestantes, sem restrições, na medida em que mulher tem direito de parir onde se sentir segura.

Isso implica na necessidade de planejamento de ações conjuntas, especialmente entre a rede básica e as maternidades, uma vez que vinculação não se restringe a encaminhamentos. Planejamento que pode ser efetivado a partir de encontros regulares e frequentes, com pautas organizadas de indicadores de produção, de processos e de discussões para organização das propostas com monitoramento e avaliação.

Partir da análise da situação com troca de listas de acompanhamento das gestantes contendo idade gestacional (IG), data provável de parto (DPP), entre a rede básica e maternidades, bem como a identificação das gestantes de risco, identificando o local onde

ela realiza acompanhamento, enfim, o fluxo já realizado pelas gestantes como caminho inicial e fruto de história e circunstâncias locais e particulares.

Entretanto, o que é determinante para se avançar nesta perspectiva é um modo de construir a proposta de vinculação compreendendo que se trata de processo que envolve vários atores, especialmente trabalhadores e gestores das Secretarias Estaduais e Municipais e Ministério da Saúde, espaços/territórios como os Distritos Sanitários e Conselhos Locais de Saúde (Distritais e de serviços), serviços compreendidos por Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família e maternidades, para conferir materialidade e transformando a proposta de diretriz em ações e atividades para a construção do mapa de vinculação e desdobramentos correlacionados.

O levantamento da capacidade instalada da Atenção Básica nos territórios, nos Distritos Sanitários, do mapeamento das unidades elaborando sua relação com descrição da área de abrangência, identificação de quem realiza o pré-natal, oferta por turno da semana de consultas, como é a organização das agendas de pré-natal de risco habitual e quais os serviços de apoio diagnóstico existentes no distrito sanitário possibilita diagnóstico e mapeamento das ofertas e possibilidades locais.

Identificar também no distrito e no município as unidades que ofertam o pré-natal alto risco, tendo como foco de atenção especial para vinculação das gestantes de alto risco nos serviços especializados, os fluxos relacionados à procedência territorial das gestantes e a malha viária existente. A regulação assistencial, por meio da Central de Consulta Especializada e de Internação ou outros mecanismos regulatórios, propicia o acesso e priorização das demandas, promovendo equidade. Assim, o estudo da capacidade instalada e ao mesmo tempo, a análise dos dados e discussões buscando identificar os vazios assistenciais onde a cobertura pode ser ampliada, tanto em relação às novas unidades como em relação ao estudo das áreas de abrangência para garantia de cobertura são necessários para a construção do mapa de vinculação. Por outro lado, enquanto a ampliação da rede de Atenção Básica não ocorre, tem sido fundamental em muitos estados pactuar o direcionamento das gestantes residentes em áreas descobertas de Atenção Básica para o pré-natal de risco habitual na maternidade de referência do território, bem como reorganizar a assistência e o acesso às consultas ambulatoriais a partir da análise da situação sobre o pré-natal realizado nas maternidades, quando for o caso.

Esses movimentos de construção do mapa de vinculação têm se iniciado por estudos dos nascidos vivos por Distrito Sanitário, com acréscimo de 10% como estimativa dos abortos e óbitos fetais que podem ocorrer durante a gravidez, e levando em consideração a proporção de usuárias do SUS. Importante ainda o estudo comparativo entre os nascidos vivos residentes no município e o local de nascimento (nascidos vivos por ocorrência),

observando o quantitativo de nascimento em outro município, assim como por maternidade. Pode-se utilizar ainda a produção hospitalar com análise das autorizações de internação hospitalar (AIH) de parto, para avaliação da produção por maternidade em relação à sua capacidade instalada, e para projeção do quantitativo de usuários do SUS no município, em relação ao número total de nascidos vivos.

Ressalta-se que não basta mapear os serviços da Atenção Básica e hospitalar, uma vez que a vinculação também implica mapear os serviços de apoio diagnóstico do território de cada Distrito Sanitário para também territorializar o acesso aos exames do pré-natal e às consultas com especialista.

Uma atividade a ser programada e que estimula a construção do plano de cuidado e o plano de parto de uma gestante é a visita à maternidade. Considera-se estratégica para apoiar as gestantes durante a gravidez no sentido de aumentar sua segurança, seu protagonismo, bem como na efetivação do mapa de vinculação. Se por um lado a vinculação organiza a atenção na rede assegurando o fim da peregrinação, por outro lado a visita proporciona às gestantes elementos para confirmar esta vinculação, definindo a sua escolha do local de parto.

Durante a visita à maternidade, as gestantes e seus acompanhantes recebem da equipe multiprofissional informações a respeito das rotinas da unidade e conhecem as dependências, especialmente os espaços de pré-parto e do parto/centro obstétrico, do alojamento conjunto, da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal e do banco de leite. Tomam contato com métodos não farmacológicos de alívio da dor e têm a oportunidade de observar a ambiência e como de fato transcorre e é abordado o trabalho de parto.

Dos encontros e rodas de conversa entre as Unidades da Atenção Básica e maternidades emergem propostas que aumentam o grau de conexão desses pontos de atenção, com a realização de ações integradas como discussões e alinhamento de protocolos de cuidado pré-natal e atenção ao parto e ao puerpério, bem como ações de saúde sexual e reprodutiva.

Em síntese, a tessitura da rede de atenção à mulher e à criança ganha com essa metodologia interativa e participativa, que parte do contexto real da rede para a reorganização dos pontos de atenção, aproximando os trabalhadores da saúde dos Distritos Sanitários/Unidades da Atenção Básica e das maternidades, aumentando assim o grau de conexão entre eles e fortalecendo os nós na rede, produzindo efeitos mais potentes de cuidado em saúde.

### Referências

ABREU, I. P. H.; MELO, N; VIANA, A. P. Parteiras Tradicionais: uma questão importante. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 795, jul. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 569, de 1 de junho de 2000**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>> Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 570, de 1 de junho de 2000**. Disponível em: <[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_570\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_570_GM.PDF)> Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 571, de 1 de junho de 2000**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-571.htm>> Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 572, de 1 de junho de 2000**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-572.htm>> Acesso em: 30 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Rede Cegonha**, 2013. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_consolidada\\_cegonha.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2013.

CALDEYRO-BARCIA, R. **Base; fisiológicas; y psicológicas; para el manejo humanizado del parto normal**. Montevideu: Centro Latinoamericanode Perinatologia y Desarrollo Humano, 1979.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GOLDENBERG, R. L.; MCCLURE, E. M. Maternal Mortality. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, Saint Louis, Mo., p. 293-295, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em: set. 2012.

LANSKY, S. **Por um novo modo de nascer no Brasil**, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35995](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35995)>. Acesso em: 17 maio 2013.

\_\_\_\_\_; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set./out., 2002.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Suplemento 1, p. S20-S33, 2004.

UNITED NATIONS. High Commissioner For Human Rights. **United Nations Millennium Declaration**, 2000. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>. Acesso em: 16 maio 2013.

# **Estratégias para a Ambiência na Humanização de Partos e Nascimentos\***

**Strategies for Ambience in  
Humanization of Childbirths**

Mirela Pilon Pessatti<sup>1</sup>

**Artigo**



\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Graduação em Arquiteta e Urbanista – FAU Mackenzie. Mestre em Saúde Coletiva – FCM/Unicamp. Consultora na Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde. *E-mail:* <mirelapessatti@gmail.com>

## Resumo

Este trabalho apresenta discussão sobre o conceito de ambiência que é trazido pela Política Nacional de Humanização no Ministério da Saúde e o modo de coprodução dos espaços como possibilidade de contribuição nas mudanças dos modelos de atenção e gestão, a partir da experimentação do apoio matricial para a temática da ambiência nas maternidades apoiadas pelo Ministério da Saúde, no Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste Brasileiro, nos anos de 2009 e 2010 e, posteriormente, na Rede Cegonha.

## Palavras-chave:

Ambiência. Humanização. Partos. Nascimento. Saúde.

## Abstract

This paper presents a discussion of the concept of ambience at National Humanization Policy in the Ministry of Health of Brazil and the method of space's co-production as a contribution of changes in models of care and management, from the matrix support for the theme of the ambience at the Maternity supported by the Ministry of Health in Qualification Plan of Maternity of the Amazon and Northeast Brazil, in the years 2009 and 2010, and later in the Stork Network.

## Keywords:

Ambience. Humanization. Childbirths and Health.



### Introdução

A inclusão da valorização da ambiência como um dos princípios norteadores da humanização apresenta uma compreensão para a produção do espaço físico na saúde que oportuniza aos profissionais de Arquitetura, que atuam nessas instituições, a apropriação da discussão da ambiência, articulando a produção do espaço aos novos modos de se produzir saúde e, também, sujeitos.

A inclusão desse novo olhar para as alterações propostas no espaço físico nas instituições de saúde, articulada a uma proposta de método – modo de fazer, no contexto de uma política pública de saúde, provocou reposicionamento inclusive em relação ao uso do termo “ambiência” com a criação de conceito para esse termo no escopo da humanização no SUS, onde fosse possível expressar o desejo dos trabalhadores e usuários dos ambientes em saúde de que os espaços fossem confortáveis, acolhedores e facilitadores dos processos de trabalho.

No Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS a Ambiência é definida como: “...ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2008, p. 51).

Ao propor método de trabalho com a inclusão dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários associados ao saber da Arquitetura, aposta-se na intercessão desse núcleo aos saberes aqueles do campo da saúde, com o objetivo de alterar as situações e os espaços de trabalho e produção de saúde.

Essa proposta de método e inserção no campo da saúde não exclui o olhar para as questões relacionadas às especificidades do saber do arquiteto, inerentes a todo projeto e/ou espaço arquitetônico construído, mas evidencia e destaca o que se expressa nesse encontro dos saberes, que faz com que as intervenções no espaço sejam potencializadoras de mudanças e não apenas prescritivas para suprir determinadas necessidades expressas nos discursos da falta e da inadequação dos espaços para realização do trabalho em saúde.

A mesma questão é posta para as novas construções, pretendendo-se que a decisão para sua implantação passe pelas instâncias de discussão do SUS dos municípios e estados e o seu conceito, planejamento e projetos sejam discutidos em um grupo ampliado e multiprofissional, contando com os saberes da Arquitetura, do planejamento urbano e da saúde, de modo a favorecer também, nessa situação, o processo de produção e criação coletiva, bem como as singularidades de cada local.

### **A ambiência no plano de qualificação das maternidades**

O modo de tratar a ambiência, com orientação conceitual e metodológica no âmbito da Política Nacional de Humanização, apresentou-se como uma das diretrizes do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e no Nordeste brasileiro (PQM) no período de 2009 a 2011, possibilitando análise da potência dessa diretriz e seu dispositivo quando o objetivo é contribuir para a humanização e mudança de modelos de atenção e gestão nas instituições de saúde.

A ambiência entra no processo de apoio ao Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais de modo matricial, ou seja, é realizado por profissionais de referência da área de Arquitetura para apoiar a discussão do tema articulado aos apoiadores institucionais com o objetivo de discutir novas organizações e arranjos para os espaços físicos das maternidades, a partir da reorganização dos processos de trabalho, de acordo com as diretrizes da Humanização e Boas Práticas nos Partos e nos Nascimentos. Esta experiência inspirou posteriormente o trabalho com ambiência na Rede Cegonha, inclusive na criação dos parâmetros para a Adequação da Ambiência das Maternidades, Centros de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera.

Entre os objetivos específicos do PQM esteve apoiar às equipes das maternidades na problematização e na reorganização de seus processos de trabalho, com a constituição de Espaços Coletivos e de apoiadores de referência. Neste sentido, para contribuir com a implementação das diretrizes e reorganização nos processos de trabalho, apostou-se também em intervenções nas ambiências, com reorganização dos espaços de trabalho, ofertando o apoio temático para a ambiência.

As Oficinas foram adotadas como estratégias metodológicas para atender aos objetivos propostos para a Ambiência no apoio ao PQM, sendo que é o modo proposto pela Política Nacional de Humanização para produção compartilhada e a cogestão dos espaços físicos na saúde e aposta que pela produção coletiva das ambiências se afirme o método da inclusão preconizado na política.

Este modo/método proposto na PNH para se trabalhar as intervenções nos espaços físicos se fundamenta na aposta de que, ao serem criados espaços coletivos com a inclusão dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários, arquitetos, engenheiros e apoiadores institucionais) para a discussão e construção das propostas de intervenção, oportunize-se também a problematização sobre os modos de estar, de trabalhar, de conviver, de se relacionar e de se operar nesses espaços, apostando na composição dos diferentes saberes como dispositivo potencializador das transformações que contribui para as mudanças nas práticas instituídas, nos processos de trabalho nesses espaços e nos modos de se produzir saúde.

É nesse contexto de aposta na coprodução como potencializadora de mudanças e construção de um novo modo de estar nos espaços da saúde e no modo de produzir saúde que se propôs no âmbito do PQM, para os espaços onde acontecem partos, as Oficinas de Ambiência para as Maternidades que integram o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região da Amazônia Legal e do Nordeste.

Ao se elaborar proposta para as Oficinas de Ambiência para essas Maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, lidamos não apenas com questões relacionadas às intervenções nos espaços físicos, mas também com as articulações desses espaços aos modelos de atenção e de gestão que se propõem nessas maternidades de modo a propiciar as condições favoráveis para potencializar a Humanização dos Partos e dos Nascimentos.

Nas Oficinas de Ambiência foi importante dar visibilidade também às forças que agem para a composição dos espaços físicos, as quais determinam a organização destes nas atuais Maternidades do PQM. Essa organização e arranjo espacial são determinados por fatores físicos, arquitetônicos, de dimensões, de ocupação e de terreno. Porém, um componente importante, que determina esses arranjos e que nos interessa discutir e analisar também, é o modo como se organizam os processos de trabalho e a relação entre processo de trabalho e organização espacial, que pode ser mais um analisador potente das práticas.

O processo de apoio temático em ambiência aconteceu de diferentes formas, a partir da situação em que se encontrava a instituição apoiada, tanto no que se referia às condições físicas, quanto ao grau de apropriação com relação ao tema da ambiência e em relação às diretrizes do PQM, como o direito a acompanhante, ao acolhimento, à cogestão, à classificação de risco. A etapa inicial constitui-se de momentos de discussões conceituais sobre Ambiência nos espaços que realizam partos, por meio de rodas de conversas ou oficinas, trazendo a orientação do modo de coprodução dos espaços físicos e a adequação desses espaços às diretrizes do PQM no sentido da Humanização de Partos e de Nascimentos, e as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para os Serviços de Obstetrícia e Neonatologia em vigência. Estes momentos na maior parte dos casos aconteceram de forma dialogada, mostrando slides teóricos e fotos, seguidos de debates sobre o tema e as mudanças que são apresentadas a partir do modelo de atenção e gestão proposto nas maternidades.

Na sequência realizavam-se as visitas-intervenção, onde ao se percorrer os espaços das maternidades, discutia-se sobre as dificuldades, os nós críticos e as propostas de mudanças da ambiência articuladas com mudanças no modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Após os momentos de alinhamento conceitual, reconhecimento do local e visita-intervenção, no segundo dia desta etapa, propunha-se ao grupo oficina de coprodução da ambiência onde eram discutidas e decididas as mudanças necessárias nos espaços físicos, indicando

quando possível em croquis, fluxogramas analisadores, os quais tinham como objetivo nortear os projetos arquitetônicos das reformas necessárias que eram discutidas e pactuadas.

Essa primeira aproximação nos possibilitou observar o quanto é potente a discussão da ambiência e como são necessárias as mudanças no espaço físico para transformação do modelo de atenção aos Partos e aos Nascimento.

### **Sobre a ambiência para partos e nascimentos**

O modelo tradicionalmente adotado na assistência ao parto e ao nascimento induz a ambiência focada na minimização do risco, na patologia e na pouca autonomia e protagonismo da mulher durante os períodos clínicos do parto. Quando se pretende um modo de atenção ao parto e ao nascimento que privilegia a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável com a presença de acompanhante de sua livre escolha em todos os momentos, alterações na organização dos espaços físicos são necessárias, especialmente para que as ambiências favoreçam:

- O acolhimento da gestante e sua rede social em espaços agradáveis, acessíveis.
- Espaços para a realização da classificação de risco.
- Garantia de acompanhante para a mulher durante a internação para o parto e do recém-nascido, com incorporação de propostas de adequação da ambiência relacionadas às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados, possibilitando que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente, o pré-parto, o parto e o puerpério (PPP).

Dessa forma, é desejável que os espaços físicos das maternidades, nos seus projetos de reforma e novas construções, estejam adequados para:

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento e o atendimento adequados e singulares para as gestantes também nas Unidades Básicas.
- Criar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, proporcionando acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto.
- Prever espaços adequados para se realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente e do bebê.

- Estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto, criando ambiência que favoreça o conforto e a privacidade para essa situação.
- Estimular o contato imediato, *pele a pele*, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor.
- Possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente.
- Garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico, projetando-se espaços adequados para as atividades e os acolhedores.
- Garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.

As condições da ambiência para a humanização de partos e nascimentos devem atender a todas essas diretrizes, conforme preconiza a Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008 da Anvisa. E ainda, é importante a criação de espaços integrados, que possibilitem o melhor fluxo, de modo a favorecer o trabalho em equipe multiprofissional, proporcionando privacidade e conforto para as mulheres e seus acompanhantes desde a entrada nessas maternidades.

Imagens de algumas situações nas ambiências das maternidades que foram transformadas no contexto do apoio da ambiência no Plano de Qualificação das Maternidades:

**Figura 1** – Alteração na situação dos pré-partos coletivos



Fonte: Maternidade Tsylla Balbino – Salvador/BA.

**Figura 2** – Salas de partos que também eram coletivas foram alteradas



Fonte: Maternidade Tsylla Balbino – Salvador/BA.

**Figura 3** – Área de pré-parto coletivo e sala de parto com duas mesas foram transformados em espaços com camas PPP individualizados, favorecendo a presença do acompanhante



Fonte: Maternidade Tsylla Balbino – Salvador/BA.



**Figura 4** – Criação de espaços PPP, onde se permite que os períodos clínicos do pré-parto, do parto e do puerpério sejam assistidos sem a mudança da mulher de lugar



Fonte: Maternidade Ana Braga – Manaus/AM.

**Figura 5** – Área de Recepção antes das reformas no PQM



Fonte: Maternidade Dona Regina – Palmas/TO.

**Figura 6** – Área de Recepção após as reformas no PQM



Fonte: Maternidade Dona Regina – Palmas/TO.

**Figura 7** – Criação de áreas de deambulação



Fonte: Maternidade Bárbara Heliodora – Rio Branco/AC.

### Considerações finais

A produção de espaço ou de ambiência na saúde baseado nessa compreensão proposta pela humanização vai além de composição apenas técnica, normativa funcional e formal dos ambientes, configurando-se na construção de uma situação, em um determinado tempo e lugar, que é vivenciada por um grupo de pessoas, que se encontram, trabalham, relacionam-se, trocam experiências e vivências, que identificam ou não valores de uso nessa situação, sentidos de pertencimento e apropriação deste determinado território (PESSATTI, 2008).

Essa estratégia metodológica do apoio da ambiência no PQM fundamentou-se, portanto, em uma relação entre as alterações no espaço e as alterações nos processos de trabalho e nas relações de convivência nesse lugar, que tem como objetivo/atividade a produção de saúde. E ainda, que o espaço físico não é dado, estático, e sim que existe temporalidade no espaço e no processo para a sua construção, que é possível ser reinventado e potencializado quando se trabalha de modo coletivo apostando na composição de saberes.

A experimentação do apoio temático em ambiência no Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, além de contribuir para as mudanças nas práticas na atenção aos Partos e aos Nascimentos, criando-se condições favoráveis na ambiência que contribuam para transformação nos modelos tradicionais da atenção obstétrica, nos apresentou novas pistas para a própria condução da produção do espaço físico na saúde a partir do conceito e do método da ambiência preconizado na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

PESSATTI, M. P. **A intercessão arquitetura e saúde**: quando o problema é a falta de espaço, qual é o espaço que falta? 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campina, São Paulo, 2008.

# Enfermagem na Cena do Parto\*

**Nursing in the Scene of Labour**

Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho<sup>1</sup>

Rita de Cássia Velozo da Silva<sup>2</sup>

**Artigo**



## Resumo

A parturição, antes uma experiência vivida por mulheres entre mulheres, migrou para o ambiente hospitalar na tentativa de assegurar parto e nascimento saudáveis, o que implicou mudanças e redefinição de papéis, inclusive da gestante e sua família. Essa nova perspectiva não correspondeu às demandas das mulheres no processo de parturição, e a morbimortalidade materna e neonatal ainda mantêm taxas elevadas. Houve retomada em relação à humanização da assistência, privilegiando-se aspectos como o acolhimento e o investimento na capacitação das enfermeiras obstetras para melhorar a atenção às gestantes. A enfermeira obstetra e sua equipe, por estarem presentes em todos os momentos da parturição, devem ter em mente que o significado dessa presença é o de promover segurança, acolhimento e efetividade na atenção, proporcionando maior autonomia à mulher e garantindo-lhes seus direitos. Buscou-se neste estudo, refletir sobre o papel da enfermeira obstetra no processo de parturição, já que sua atuação permeia todas as etapas da assistência à mulher. Revisão de literatura, narrativa, com busca em base de dados virtual e em outras literaturas pertinentes.

## Palavras-chave:

Enfermagem. Enfermagem obstétrica. Humanização do parto.

## Abstract

The parity is no longer an experience lived by women for women, and migrated to the hospital in an attempt to ensure a healthy labor and birth, which resulted in many changes and redefinition of roles, including the pregnant woman and her family. This new approach, however, did not respond to the demands of women in labor, and maternal and neonatal morbidity and mortality still remains high rates. There was a revival in relation to (re) humanization of care, focusing on aspects such as host and investing in the training of midwives to improve care during pregnancy. A (o) nurse (o) obstetrician and his team for being present in every moment of childbirth, should keep in mind that the meaning of that presence is to promote safety, and effectiveness in primary care, providing greater autonomy to women and guaranteeing them their rights. From these considerations, we sought in this study, reflect on the role of the nurse midwife during the delivery process, as their work permeates all stages of care for women. We used the literature review, narrative, with search in virtual database and other relevant literature.

## Keywords:

Nursing. Obstetric nursing. Childbirth humanization.

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Especialista em Obstetrícia e Controle de Infecção Hospitalar, diretora da Maternidade Tsylla Balbino, docente das Faculdades Maria Milza e Unijorge, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: <ritacalfa@hotmail.com>

<sup>2</sup> Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), docente da Faculdade Ruy Barbosa, enfermeira do Programa Viva Mulher da Secretaria Estadual de Saúde, integrante do Grupo de Estudos em Saúde da Mulher da UFBA (GEM), Salvador, Bahia, Brasil.

### 1 A assistência ao parto: dos primórdios ao cenário atual

Historicamente, mulheres cuidavam de mulheres na hora do parto, trocavam conhecimentos sobre a gravidez, o parto e o pós-parto, assim como sempre fizeram com outros aspectos de sua vida cotidiana. Em muitas comunidades, algumas mulheres se destacaram nesta arte de cuidar e eram particularmente eficazes no ato de confortar e encorajar as outras. Estimadas pela sociedade, sua assistência era frequentemente solicitada e, aparentemente, apresentava bons resultados com o parto e com o nascimento, mesmo em situações adversas. Dessa forma, algumas mulheres desenvolveram habilidades e conhecimentos empíricos sobre a arte de assistir ao parto e ao nascimento, os quais eram passados de geração a geração ou para mulheres mais jovens quando a demanda assim o exigia (ROOKS, 1997 apud SANTOS, 2002).

Em torno de 1880, os médicos apresentavam melhor aceitação na sociedade e as mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos mais complicados e, gradualmente, passaram a considerá-la mais segura que o domicílio. O hospital vendia uma imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos: era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção, tanto direcionados à mulher quanto ao bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a recuperação da mulher. O estudo da evolução do modelo de atenção ao parto, em particular, de sua institucionalização, passa pelo entendimento do próprio processo de urbanização ocorrido na época. A transição durou apenas duas gerações, passando de um evento familiar e fisiológico para um procedimento médico (SANTOS, 2002).

Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, os médicos foram formados para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto passou então a ser visto como ato cirúrgico qualquer, e a mulher em trabalho de parto sendo tratada como doente e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica (MACHADO et al., 2008).

Nesse contexto, o obstetra passa a ser o centro da cena, obrigando a mulher a se deitar em uma posição desconfortável, tirando dela o direito de participar ativamente do nascimento do próprio filho. As posições verticais, que ao longo dos milênios foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, passam-lhes a serem negadas pelo obstetra (SANTOS, 2002).

Esse modelo de atenção ao parto, atualmente hegemônico no Brasil, com excessiva medicalização, no entanto, tem sido denunciado crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Este modelo é apontado como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil

em vários países, pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, e pela redução de um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (TORNQUIST, 2003).

São inegáveis as contribuições dos avanços técnico-científicos que, ao reduzir os riscos maternos e fetais, tornaram o parto mais seguro. Entretanto, a desvalorização do parto natural e a prática cada vez maior de intervenções desnecessárias mostram o quanto a população é carente de informação e de educação em saúde. A relação entre profissional e 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 diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, as altas taxas encontradas configuram-se como violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças e grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2007).

A melhoria da saúde materna e neonatal pode ser alcançada por meio de ações voltadas para promoção, respeito e proteção dos direitos das mulheres e das crianças. Nessa perspectiva, o governo federal lançou, em 2009, o Pacto de Redução das Desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal no qual se encontrava inserido o Plano de Qualificação de Maternidades (PQM), com o objetivo de garantir uma maternidade segura e humanizada a partir de uma experiência coletiva (BRASIL, 2010).

Não há porque negar o recurso tecnológico para resgatar vidas que se apresentam em risco; por outro lado não há razão para se alterar de tal maneira e com tanta intensidade um evento tão humano quanto o parto. De tão artificializado, o nascimento de um indivíduo chegou a ponto de nem ser mais reconhecido como processo ligado à reprodução e à natureza, quanto mais estar unido a sentimentos tão humanos como o amor e a esperança (JONES, 2008).

Complementa que o desempoderamento da mulher no nascimento de seus filhos tem repercussões na sociedade como um todo, pois será ela a principal guardiã dos seus valores, e quem vai lhes ensinar as primeiras ideias. O parto é momento pleno de afeto e sexualidade e a intervenção desmedida pode ter efeitos devastadores – físicos e psicológicos para a mãe e seu bebê.



Rattner (2009a), em seu trabalho que abordou como tem sido desenvolvida no Brasil a política pública no que tange à humanização na atenção a nascimentos e partos, e o papel dos movimentos sociais, defende que mudanças de paradigma exigem firmeza e constância do gestor, pois sempre haverá oposição dos setores interessados pela manutenção do modelo hegemônico. Há que se dar continuidade à formação de enfermeiras(os) obstetras voltada para a mudança de paradigma e apoiar iniciativas de capacitação de doulas, assim como a implantação de centros de parto normal, com supervisão da atuação. Considera importante incentivar o trabalho conjunto da equipe, estabelecendo protocolos assistenciais locais que contemplem peculiaridades e diversidades regionais e a complementariedade das atuações (médicos, enfermeiras(os), doulas, parteiras tradicionais).

Pontua, ainda, que outro desafio é estruturar a rede perinatal com garantia de assistência, exames, atendimento para os casos de risco e garantia de vaga para o parto, assim como o acompanhamento mais constante em casos de vulnerabilidade (como bebês prematuros).

Percebe-se, pois, que resgatar o humano na atenção ao parto é um desafio que deve ser enfrentado por todos os profissionais de saúde e gestores envolvidos nesse processo. Implica compreender o processo de nascimento como algo inerente à natureza humana, permeado por sentimentos, expectativas e medos. Não é possível assistir à mulher e ao seu bebê de forma mecanizada e desprovida de sensibilidade.

## **2 A humanização do parto**

O termo humanização do parto refere-se a uma multiplicidade de interpretações com abordagens que se baseiam em evidências científicas, em direitos, entre outras. São recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que vem ocorrendo muito lentamente e com enorme resistência. Apesar de o termo humanização vir se incorporando nas políticas de saúde, inclusive com a criação da Política Nacional de Humanização, seus sentidos, percepções e significados, dependem 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 (DINIZ, 2005; BOARETTO, 2003).

Jones (2002) aponta que cada profissional se apropriou do termo humanização com uma visão diferente. Os anestesiológicos acreditam que parto humanizado é sinônimo de parto sem dor, alguns profissionais acreditam que seja o parto vertical, outros defendem a ideia da presença do acompanhante e para outros é um parto com mais suporte físico e emocional. Entretanto, nenhuma dessas intervenções será humanizante se não levar em consideração a opinião da mulher, uma vez que ela, o recém-nascido e a família são os protagonistas reais da cena.

O parto humano foi forjado nesse grande laboratório de aprimoramento que é a dinâmica do processo evolutivo, e não pode ser melhorado por intermédio de equipamentos, drogas ou cirurgias. Nossa função como cuidadores da saúde é observar e intervir nos casos em que exista alteração da fisiologia que siga na direção de uma patologia. Nesse caso, nossa arte e nossa tecnologia poderão ser usadas para salvar tanto mães quanto bebês (JONES, 2008).

Aponta, ainda, que a tecnologia é usada abusivamente, baseada em uma crença preconceituosa e falsa em relação à mulher, de que a tecnologia é mais segura do que as mulheres para dar conta do nascimento. Por estas questões marcadamente filosóficas, pode-se dizer que a humanização do nascimento é também uma questão de gênero, porque a matriz desta visão distorcida desconsidera a mulher e sua fisiologia. O projeto global de humanização do nascimento representa uma forma de colocar a mulher em uma posição de destaque, respeitando seu corpo, valorizando sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo de seus partos.

Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do(a) profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, que não intervenha desnecessariamente, que reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos referem-se à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Os(as) profissionais de saúde desempenham importante papel neste momento vital, sendo grandes colaboradores dessa experiência. Ao atuar com competência e eficácia eles têm a oportunidade de colocar o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico/psíquico da gestante e do recém-nascido, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar o bem-estar de ambos. As atividades de apoio no trabalho de parto para minimizar a dor, podem ser divididas em categorias, sendo elas: o suporte emocional, o conforto físico e o oferecimento de informações de todo o processo que está sendo vivenciado neste momento (BRASIL, 2001).

Diniz (2005) reitera que as propostas de humanização do parto, seja no Sistema Único de Saúde (SUS), seja no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento.

A autora ainda afirma que, se as experiências de humanização, contudo, concentram-se em aspectos técnicos isolados e em um modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista da Medicina, isso pode minimizar seu grande potencial que é o de empoderar as diferentes mulheres no que tange à sua saúde reprodutiva e sexualidade, produzindo, assim, efeitos tão prejudiciais quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater.

É importante ressaltar que a Enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher com movimentos sociais feministas, em defesa da humanização no pré-natal e no nascimento. Diante disso, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação desta(e) profissional na atenção integral à saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções e riscos, tanto em maternidades, como em casas de parto, favorecendo a humanização da assistência (BRASIL, 2003).

### **3 A Enfermagem na cena do parto**

Diante do exposto, parece-nos apropriado retomar aqui o quanto é importante e relevante resgatarmos a tradição da(o) enfermeira(o) como profissional do cuidar, principalmente na cena do parto, uma vez que, historicamente, ele era feito por mulheres que cuidavam de outras mulheres na hora do parto e do puerpério. O objetivo primordial desta assistência é assegurar à mulher e seu conceito um parto saudável e livre de iatrogenias de qualquer tipo. A(o) enfermeira(o) assiste à mulher desde o pré-natal, iniciando aí uma conexão que deve ser continuada até o puerpério. Esta(e) profissional deve oferecer apoio físico e empático, realizando abordagem não farmacológica para alívio da dor, colocando o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico/psíquico da gestante e do recém-nascido, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar o bem-estar de ambos.

As(os) enfermeiras(os) obstetras possuem perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada. Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, na empatia, na intersubjetividade, no envolvimento, no vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Em 1998, o MS reconheceu a assistência humanizada prestada pela(o) enfermeira(o) obstetra nos hospitais públicos, incluindo na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal sem distocia realizado por este profissional. O MS

também propôs, em 1999, a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) para os partos de baixo risco fora das instituições de saúde, coordenados por enfermeira(o) obstetra(o), que presta todos os cuidados às mulheres e aos recém-nascidos (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Rattner (2009b) aponta que a avaliação internacional de modelos de atenção evidencia que países que mantiveram o modelo de atenção ao parto, primando pelo respeito à fisiologia e à dignidade da mulher e sua família e valorizando a atuação de enfermeiras, a exemplo dos países escandinavos, a Inglaterra, o Japão, a Holanda, a França, a Alemanha e outros, conseguiram manter baixos seus indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, assim como o índice de intervenções, a exemplo de cesáreas, episiotomias, entre outras.

Nessa perspectiva, a Maternidade Tsylla Balbino (MTB), organização pública localizada no município de Salvador/Bahia, buscou proporcionar à Enfermagem um envolvimento mais expressivo na assistência à parturiente e ao parto, dando maior autonomia às(aos) enfermeiras(os) obstetras. Esta unidade pública foi contemplada com o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) em 2010 e 2011, e vem avançando significativamente nas propostas hoje preconizadas pela Rede Cegonha.

Desde 2007 a MTB vem travando essa luta pela autonomia das(os) enfermeiras(os) obstetras e pela introdução das boas práticas na assistência à mulher, por meio de um projeto-piloto em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, denominado Espaço de Parto Alternativo (EPA), com todas as condições para o estímulo e assistência, pela Enfermagem, ao parto normal.

Em janeiro de 2012, a MTB implantou o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), estratégia que visa humanizar o atendimento e facilitar o acesso da mulher no ciclo gravídico puerperal em nosso serviço, levando em consideração o seu potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. É realizado pela(o) enfermeira(o) com utilização de protocolos técnicos para identificação das gestantes que necessitam de tratamento imediato.

O acolhimento pela(o) enfermeira(o) na MTB não se restringe apenas ao ACCR, estendendo-se ao espaço de parto, onde enfermeiras(os) obstetras auxiliam as mulheres a suportar a dor, tolerar as contrações em todo o período de trabalho de parto, por meio de massagens em pontos de acupuntura, com gelo, com compressas quentes, no períneo, com óleos aromáticos. Estímulo à deambulação e as orientações sobre a importância de posturas verticais que aumentam o diâmetro pélvico, orientando sobre a utilização da bola suíça e o cavalinho, por conta de favorecer a essa postura e proporcionar o alívio da tensão muscular.

A Enfermagem encaminha a mulher ao banho morno por saber que ocorre, por meio desta iniciativa, redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo

a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Orienta e estimula também o acompanhante a realizar massagens, auxiliar no banho de aspersão e na deambulação, onde o mesmo participa desde a admissão até a enfermaria de alojamento conjunto.

Durante o período de trabalho de parto, a(o) enfermeira(o) obstetra avalia a dinâmica uterina da mulher, observa a dilatação do colo do útero por intermédio do toque e monitora o bem-estar fetal, verificando os batimentos cardíofetais, avaliando o líquido amniótico. No ano em curso, o Colegiado Gestor da unidade elaborou o Protocolo de Boas Práticas do Parto e Nascimento, ocorrendo a sua validação por intermédio de discussões com a equipe assistencial, quando se observou a importância de um instrumento único, que norteasse as atividades da equipe multiprofissional e que a envolvesse nos cuidados realizados dentro da unidade.

Ao ser parte integrante da equipe de saúde na assistência integral prestada à mulher, a equipe de Enfermagem deve usar o seu conhecimento técnico-científico atrelado aos preceitos éticos de compromisso com a profissão e com a vida humana, proporcionando assistência digna e com qualidade (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A(o) enfermeira(o) obstetra, por estar presente em todos os momentos da parturição, deve ter em mente que o significado dessa presença é o de promover segurança, acolhimento e efetividade. Contudo, embora se reconheça que a adoção de medidas simples, a exemplo da presença de um acompanhante, pode minimizar o estresse da parturiente, nem sempre isso pode ser assegurado.

Além de uma equipe de Enfermagem qualificada e satisfeita, deverá existir organização nas informações contidas nos registros, e instalações e equipamentos que favoreçam o cuidado. Como bem ressalta Deslandes (2004, p.13), “Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”, ou seja, há que se oferecerem condições para que os profissionais de saúde efetivem essa assistência.

Em contrapartida, as usuárias, muitas vezes, não estão atentas às questões do ambiente e conforto no momento da parturição, requerendo maior atenção aos aspectos emocionais e afetivos, o que exige qualidade no acolhimento que lhe é oferecido pela equipe de Enfermagem. Desde 2001, em um documento que trata do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e em 2004, quando é substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), que a gestão federal já se preocupava com a qualidade das relações no SUS, constituindo-se em uma política de assistência e não mais em um programa específico, quando aparece que

[...] na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para atender suas demandas e suas expectativas, são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos [...] (BRASIL, 2001, p.1).

Deslandes (2004) analisa, ainda, que há um divórcio entre possuir boas condições de alta tecnologia e nem sempre dispor da delicadeza do cuidado, o que desumaniza a assistência, e que, embora se afirme que ambos constituam a qualidade do sistema, o aspecto humano é considerado o mais estratégico nos documentos do PNHAH e da PNH.

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Assim, estabelece que para haver humanização é preciso existir: compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004).

A conceituação de humanização da PNH é transversal aos vários sentidos elencados, incorporando questões referentes à ambiência, à estabilização dos coeficientes de mortalidade materna, que certamente está associada à inadequação na qualidade da atenção, preponderando a deficiência no componente do processo de atenção. Um dos aspectos desse componente é a relação interpessoal, à qual a humanização está fortemente associada. A proposta ética-estética-política é um projeto de sociedade baseada na equidade, em que o acesso aos serviços de saúde com humanização e qualidade reflete a garantia da cidadania em uma sociedade democrática (RATTNER, 2009b).

Tal percepção poderia ser compreendida pelos(as) profissionais de Enfermagem, e demais profissionais de saúde, como oportunidade de exercerem sua prática com maior sensibilidade para com os sujeitos sob seus cuidados. Isso certamente resultaria em uma assistência mais humanizada, atenta às demandas efetivas das usuárias, maior respeito à diversidade, distanciando-se de uma postura de enfrentamento e de prepotência diante do falso poder que o saber técnico lhes confere.

Nessa perspectiva, Deslandes (2004, p.12), aponta alguns questionamentos que deveriam levar os profissionais de saúde à reflexão:

No que concerne aos usuários, o quanto deles se conhece para pressupor que os profissionais de saúde saberão corresponder a suas expectativas? Quais são os mecanismos de “permitir a voz”, a livre expressão desses usuários, de facilitar a verbalização de suas demandas, além dos espaços mais formais das ouvidorias?

Merigui e Gualda (2009) nos trazem outra perspectiva que é a da formação dos(as) profissionais de saúde, quando dizem que a maioria dos currículos das faculdades que preparam esses(as) profissionais são biocêntricos, sendo que a ênfase do processo educativo é a doença, os procedimentos técnicos e a tecnologia. Além disso, geralmente o ambiente onde ocorre atividade de ensino de campo não possibilita uma prática humanitária. Consideram que o processo saúde-doença passa pelo veio da complexidade e da singularidade do viver humano, o que demanda tendência educacional que deve estar pautada no modelo sociocêntrico.

Defendem que, ao direcionar essas reflexões para a equipe de Enfermagem que atua na cena do parto, teríamos muito a refletir, já que o “outro” está representado pela parturiente, seu conceito, seu acompanhante, todos com inúmeras expectativas que nem sempre poderão ser atendidas. Como reconhecer suas reais necessidades? Que mecanismos nos permitiriam uma escuta sensível? Encontrar tais respostas implica reconhecer a importância desses aspectos nesse cenário.

A equipe de Enfermagem tem oportunidade ímpar de se aproximar e dar cuidado diferenciado e efetivo à parturiente. Despojar-se de preconceitos, tabus, respeitar as diversidades culturais e religiosas, o modo de viver e sentir dessas mulheres, colocando-as em posição de protagonistas de sua história, esses profissionais teriam a chance de oferecer assistência qualificada, acolhedora e humanizada. As Boas Práticas viriam como consequência do reconhecimento desses aspectos. Estas foram elaboradas pela OMS em 1996 e classificadas em uma escala, baseada em evidências científicas, que demonstram práticas que devem ser estimuladas e outras que devem ser abolidas.

Essa perspectiva encontra ressonância no que é postulado por Zveiter, Progiante e Vargens (2005) quando propõem cuidado fundamentado no reconhecimento da mulher e do bebê como protagonistas da cena e no respeito à singularidade de cada díade. Cuidado que prevê o emprego de tecnologias não invasivas e potencializadoras do cuidado materno, que exige atitude sensível de acolhimento, que rejeita a assistência sustentada pelas rotinas rígidas protocolares, pela intervenção desnecessária, pela invasão dos corpos, que se desenvolve em um ambiente que toma da mãe e do bebê o direito de exercerem integralmente suas potencialidades.



Os autores nos levam a pensar no parto como experiência única, onde a mulher e a criança adquiriram as condições necessárias e devam ser capazes de passar pelo momento do parto e do nascimento, ressaltando que a assistência que desconsidera este fato incorre no risco de representar uma demanda extra àquela que é intrínseca ao evento. Ou seja, uma tecnologia assistencial baseada em uma perspectiva da práxis científica, desconsiderando a mãe e o bebê como sujeitos preparados para responder eficientemente às exigências fisiológicas do evento, pode imprimir uma demanda maior que a capacidade deles responderem, representando fonte potencial de trauma para a díade.

O grande desafio que se coloca, para todos os(as) profissionais que prestam esta assistência, é o de investir em uma abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional e o uso de técnicas não farmacológicas de cuidado que permitam o alívio da dor, como o estímulo à deambulação e à mudança de posição, uso da água para relaxamento e massagens (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Para modificar o cenário atual, levando-se em conta a perspectiva proposta pelos autores acima, torna-se necessário o resgate ao respeito à mulher em processo parturitivo e aos seus familiares, pois a representação dessa vivência depende de uma série de fatores que vai desde os intrínsecos à mulher até os relacionados ao sistema de saúde. Deste modo, a atenção adequada no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que a mulher possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar, sendo importante que a equipe de saúde esteja preparada para acolher a grávida, seu companheiro e sua família (BRASIL, 2003).

Diante de suas diversas abordagens, percebe-se que o acolhimento pode colaborar para a garantia de atendimento humanizado, mas essa colaboração só pode existir se o acolhimento for entendido como processo de responsabilização de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional qualificada e capacitada para tal ato, com a postura acolhedora de todos e liberdade para que se estabeleça o vínculo das(os) usuárias(os) com o serviço (SILVA; ALVES, 2008).

É preciso entender o acolhimento não como uma etapa do processo de saúde que deve ocorrer em um local específico (triagem), mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, tratando-o como algo que qualifica uma relação sendo, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas em uma condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção (BRASIL, 2006).

Acolher a parturiente adequadamente requer, antes de tudo, uma reflexão sobre a influência dos próprios valores na prática profissional, reconhecimento e aceitação dos

próprios limites e das diferenças que caracterizam a sociedade humana. Comentários desrespeitosos e conclusões precipitadas devem ser banidos do dia a dia dos serviços. A discussão coletiva e o repensar cotidiano de cada indivíduo poderão evitar julgamentos e atitudes preconceituosas sobre o comportamento reprodutivo das mulheres e/ou, pelo menos, erradicar práticas condenáveis e antiéticas na oferta de serviços, como as punições e castigos impostos a muitas mulheres que gritam ou demonstram medo na hora de parir (BRASIL, 2003).

#### 4 Considerações finais

O parto se constitui em um dos pontos fundamentais da vida da mulher, os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Eles podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer.

No entanto, a formação dos profissionais de saúde, sejam eles médicos ou de Enfermagem, segue outra perspectiva, e

[...] a maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotar “práticas rotineiras”, como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2003, p.9).

De acordo com Castro (2003), atualmente as políticas de saúde tendem a defender o retorno da atuação ativa da enfermeira obstetra na assistência ao parto, acreditando que esta profissional possa resgatar uma assistência de melhor qualidade, embora, como salienta Tuesta et al. (2003), o exercício profissional de Enfermagem esteja ainda vinculado à prática dos obstetras, sendo o núcleo de sua atuação a gestação de baixo risco e a identificação precoce do risco.

Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) vem qualificando enfermeiras obstetras para sua inserção na assistência ao parto normal por meio de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstetra. Essas medidas visam à humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias, a exemplo da prática excessiva do parto cesárea e com consequente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2007).

Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, empatia, intersubjetividade, envolvimento, vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que pelas características menos intervencionistas dos cuidados, as enfermeiras obstetras e as obstetras, nos países onde sua prática está consolidada, são as profissionais mais apropriadas para o acompanhamento das gestações e partos normais (WHO, 1996).

Apesar da produção de relações e estabelecimento de vínculos entre as pessoas serem discutidos no campo das profissões de saúde em geral, para a Enfermagem isso se revela como condição fundamental no cuidado, refletindo o exercício do cuidado em si e do outro, o qual se configura no objeto de trabalho desta profissão. Desse modo, a assistência humanizada de enfermagem à parturiente deve estar pautada na escuta sensível, responsável e comprometida das necessidades e das expectativas da mulher, visando ao atendimento qualificado e humanizado por meio da solidariedade e atenção diante do momento vivenciado pela mulher e sua família (SOUZA, 2010).

Como nos leva a refletir Caus et al. (2012), na relação empática, a(o) profissional tem a percepção das necessidades da mulher: pelo olhar, pela pele, pelo não dito, pelo silêncio, pelo gesto. É nessa atitude/cuidado que a(o) enfermeira(o) obstetra responde ao chamado da mulher, esclarecendo suas dúvidas, reanimando sua energia, renovando sua confiança para seguir adiante.

As tecnologias leves, ao serem utilizadas no cuidado, quando operadas com o objetivo de potencializar a vida do usuário, possibilitam um compromisso permanente do profissional, tais como vínculo-responsabilização levando a maior implicação com a resolutividade da atenção (MERHY, 1994).

Para tanto, é necessário que existam profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de incentivarem-nas a exercerem sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no

processo parturitivo, como também a serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência que possam comprometer seus direitos de mulher e cidadã (MOURA et al., 2007).

Como já foi dito, uma estratégia do Ministério da Saúde, visando garantir a qualidade da assistência pré-natal, do parto e do puerpério, é a inserção e a capacitação de enfermeiras obstetras que trabalham no SUS, sobretudo nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. Essa estratégia visa intensificar a assistência integral à saúde da mulher e das crianças desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, do parto, do puerpério, até o segundo ano do filho.

Para caminharmos nessa perspectiva de parto mais humano e seguro, existem várias formas de trabalhar: primeiro, é importante entender a necessidade desta reavaliação. A intromissão da tecnologia, em todos os setores da nossa vida cotidiana, nos cria a sensação incômoda de que estamos deixando de ser o que sempre fomos. Em segundo lugar, temos que entender que esse não é um problema médico, ou que tem a ver somente com a Medicina; mas é da sociedade como um todo, pois foi a sociedade, e não a Medicina, que criou o modelo Tecnocrático que se expressa em quase todos os aspectos da cultura (JONES, 2008).

Pondera, ainda, que a humanização do nascimento passa pela compreensão do sentido profundo dos valores, e estes não podem ser alterados por decreto. É preciso, antes de tudo, uma compreensão muito mais sofisticada da história, da vida, da ritualística, dos valores, da fisiologia humana e dos nossos próprios sonhos para ter uma visão dissidente do modelo tecnológico contemporâneo (JONES, 2008, p.147).

Assim, torna-se importante refletir sobre a importância do resgate do parto como evento fisiológico e social, e a Enfermagem é uma das profissões que tem condição de fazer parte deste contexto, pela sua história e formação. Ressalte-se, ainda, o papel da equipe multidisciplinar (médicos, doulas, assistentes sociais, psicólogos, entre outras) no processo do nascimento, dando segurança à mulher para vivenciar este momento tão significativo de sua vida e percebendo-se como um profissional humanizado.

Profissional humanizado é todo aquele que entende as dimensões subjetivas da(o) sua(seu) paciente como prioritárias, encarando-a(o) como singular, irreprodutível e diferente de todas(os) as(os) outras(os). Encara o nascimento como evento único e ápice da feminilidade, oferecendo às mulheres a condução do processo. Posiciona-se como instância de orientação técnica, e não como proprietário do evento, utilizando os protocolos mais atualizados, mas sempre leva em consideração a dimensão subjetiva de cada uma, sua história pessoal, suas lembranças, seus medos, suas expectativas, seus sonhos, suas características físicas e seu desejo de passar pelo nascimento de seus filhos como um ritual de amadurecimento (JONES, 2008).

### Referências

BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual PNHAH:** Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** 3. ed. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal:** 2009-2010. Brasília, 2010.

CASTRO, J. C. **Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência à saúde da mulher.** 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CAUS, E. C. M. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Escola Anna Nery (online)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 34-40, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

JONES, R. H. **Humanização do Parto**: qual o verdadeiro significado? In: Amigas do parto (Site). Porto alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Atenção humanizada ao parto e nascimento. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, 2008.

MACHADO, D. B. et al. Assistência de enfermagem humanizada no pré-parto imediato a parturiente primigesta de baixo risco. **Revista Uniandrade**, Curitiba, 2008. Disponível em: <[http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista\\_enfermagem/oitavo\\_a\\_manha/artigo09.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_a_manha/artigo09.pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2009

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 12 dez. 2012.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MOURA, F. M. de J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/at8.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação [online], Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

SANTOS, M. L. dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**: um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, L. G. da; ALVES, M. da S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v011n1/074-084.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SOUZA, L. O. **Acolhimento à parturiente**: percepção da equipe de Enfermagem. 2010. Graduação (Monografia) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. 419-427, 2003.

TUESTA, A. A. et al. Saberes e prática de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in Normal Birth**: a practical guide. maternal and newborn health/ safe motherhood unit. Geneva, 1996.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. da C. O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. **Pulsional** – Revista de Psicanálise, São Paulo, ano 18, n. 182, jun. 2005. p. 86-92.



# A Doula na Assistência ao Parto e Nascimento<sup>\*</sup>

## The Doula in the Labor and Childbirth Care

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior<sup>1</sup>

Nelson Filice de Barros<sup>2</sup>

Larrisa Carpintéro de Carvalho<sup>3</sup>

Raimunda Magalhães da Silva<sup>4</sup>



## Resumo

A assistência ao parto no Brasil tem sido um desafio para os profissionais de saúde e a doula apresenta-se como possível membro da equipe cuidadora obstétrica. Partindo da história de vida de uma mulher que se tornou doula no Brasil, este artigo visa discutir facilitadores e dificultadores do trabalho da doula como um novo profissional da equipe de cuidado ao parto e nascimento. Trata-se de um estudo que utiliza a narrativa biográfica inspirada na história de vida tópica do sujeito do estudo. Os dados coletados em 2010, em Campinas/SP, por meio de entrevista, foram organizados e analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo. A narrativa denotou convergências nas temáticas: o despertar de uma doula; fatores propulsores na atuação da doula; problemas no desenvolvimento das ações de uma doula. As análises desenvolvidas parecem indicar que a atuação da doula agrega potência ao trabalho em equipe na busca pela humanização da obstetrícia.

## Palavras-chave:

Acompanhantes de pacientes. Doula. Parto humanizado. Pesquisa Qualitativa.

## Abstract

The childbirth care in Brazil has been a challenge for health professionals, and the doula is presented as a possible member of the obstetrics caring team. Based on the life story of a woman who became a doula in Brazil, this article provide to discuss facilitate or hamper the work of the doula as a new professional to the teamwork to care labor and birth. This is a study which uses the biographical narrative inspired by the topical life story of the subject of study. The data were collected in Campinas-SP in 2010, through interviews, and then were organized and analyzed using the content analysis technique. The narrative denoted convergence in the following themes: the awakening of a doula; driving factors in the performance of the doula; problems in the development of the actions of a doula. The developed analyzes seem to indicate that the role of doula adds power to the teamwork in the pursuit of humanization in obstetrics.

## Keywords:

Patient escort service. Doula. Humanizing delivery. Qualitative research.

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: junioruoca@hotmail.com

<sup>2</sup> Sociólogo. Professor da Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNICAMP.

<sup>3</sup> Psicóloga. Mestre em Educação pela UNICAMP.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

### 1 Introdução

Ao longo da história nas culturas ocidentais o nascimento é um acontecimento que envolve diferentes expectativas e necessidades de cuidado, porém ocorreram modificações na forma como ele é construído socialmente, tomando vultosa importância a discussão do tema para a área da Saúde (FREITAS et al., 2005).

A construção e a legitimação de conhecimentos biomédicos e o desenvolvimento de tecnologias possibilitaram uma crescente intervenção profissional no processo do nascimento, transformando os corpos das mulheres grávidas em corpos-pacientes. A legitimidade dos saberes e fazeres médicos ocorreu no bojo do nascimento do hospital como máquina de curar, sendo nesse cenário que os corpos das mulheres se tornam corpos apacientados e a gravidez de evento social passa a evento médico, ou seja, doença que deve ser curada (FOUCAULT, 2012). Todo o ambiente referente à gravidez passou a ser controlado pelos profissionais da Medicina (MARTINS, 2005).

No Brasil, várias ações do Estado foram sendo desenvolvidas para minimizar os problemas que circundam o processo gravídico, como a assistência precarizada, a verticalidade das ações e os saberes dos profissionais e da equipe de saúde; pouco ou nenhum protagonismo da mulher na cena do parto. A implantação em 1984 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), aprimorado com os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) 20 anos depois (BRASIL, 2004a), são exemplos destas ações. Outro fato importante é o planejamento das ações no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2008), culminando com o lançamento da Rede Cegonha, estratégia pública para melhorar a qualidade da atenção à saúde durante o processo gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

Diante da magnitude do tema e das repercussões na saúde individual e coletiva, é importante considerar as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, de Humanização e de Atenção Básica que esclarecem a necessidade de se intervir em saúde com um olhar ampliado e direcionado às usuárias grávidas (BRASIL, 2006a; 2006b). Saliente-se que a Política Nacional de Humanização tem como um de seus objetivos centrais discutir modelos de atenção e de gestão centralizadores e verticais que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho e o usuário do desenvolvimento do cuidado prestado, inclusive na área obstétrica (BRASIL, 2004b).

Todas essas políticas possuem envolvimento intrínseco com a implantação do Pacto pela Saúde como forma de planejar e implementar as ações no sistema público brasileiro, o qual coloca a redução da mortalidade materna e infantil como um dos principais objetivos (BRASIL, 2006c). Com essa perspectiva, o Ministério da Saúde tenta estimular a adoção de práticas humanizadas pelas equipes obstétricas, enfocando a usuária do serviço como

detentora do poder de decisão acerca das práticas assistenciais e dos encaminhamentos delineados pelos profissionais.

O grande norte apontado pelo Pacto é a construção de processos de modificação da atenção por meio da participação do usuário em seu desenvolvimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas potencialidades, seus saberes, seus fazeres bem com de seus familiares. Neste âmbito, o trabalho em equipe na área da Saúde surge como oportunidade de melhoria dos cuidados realizados, considerando a mudança contínua da oferta e o acesso aos serviços (MERHY et al., 2007). Isso é propiciado pelas políticas que visam atenção integral às necessidades de saúde (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Na direção de pensar o trabalho em equipe como modo de qualificação dos cuidados em saúde e, aqui, mais especificamente, da assistência obstétrica, surgem novos membros nesse cenário: o apoiador institucional e a doula, esta última foco de nossas análises. Ela pode desempenhar funções importantes no pré-natal, parto e puerpério, desenvolvendo atividades que visem tornar o processo de parto e o nascimento menos tecnocrático e melhor vivenciado pela mulher e sua família (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

Historicamente a palavra doula foi utilizada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e os afazeres domésticos. Atualmente possui vertente mais técnica ancorada em saberes biomédicos, embora norteadada pela humanização da assistência obstétrica (DONA, 2012; SILVA et al., 2012).

As doulas têm sido associadas a diversos resultados positivos para a área Obstétrica, especialmente por meio de alterações na percepção do parto, entendendo-o e restituindo-o como evento social e não como doença, ou seja, restituindo a dimensão social que envolve o processo de parir. Assim, por meio do envolvimento da mulher na protagonização do parto e estando ela acompanhada pela equipe de saúde, mas também por seus familiares e comunidade, aumenta-se a sensação de sua segurança e dos familiares em relação ao processo gravídico (PUGIN, 2008; LOW; MOFFAT; BRENNAN, 2006; KOUMOITZES-DOUVIA; CARR, 2006). Outros autores constataram que o papel da doula é significativo, diminuiu o tempo do trabalho de parto, o uso de medicamentos, ansiedade, medo, além de proporcionar bem-estar à mulher acompanhada (GINGER, 2005; GILLILAND, 2002; KAYNE; GREULINCH; ALBERS, 2001).

Apenas em 2013 as doulas foram classificadas como ocupação laboral no Brasil. Porém, há anos são reconhecidas socialmente por desenvolver atividades assistenciais nos variados cenários do trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2013).

Considerando as singularidades que envolvem a atuação de uma doula ao desenvolver ações humanizadas, dando suporte às necessidades emocionais e físicas e prestando

informações que facilitam a tomada de decisão pela parturiente, procurou-se nesse texto discutir a história de vida de uma mulher que se tornou doula no Brasil. Buscou-se também refletir sobre esse processo, na tentativa de contribuir para o entendimento das funções inerentes a uma doula e sua possível participação no Sistema Único de Saúde (SUS) como integrante da equipe responsável pela assistência à mulher e sua família durante o processo gravídico-puerperal.

### **2 Caminho metodológico**

Trata-se de um estudo de caso (YIN, 2010; KEEN, 2009), na perspectiva de compreensão dos sentidos inerentes à construção da narrativa biográfica (POLKINGHORNE, 1995; BRUNER, 1994) do sujeito do estudo: uma doula.

Nesse sentido, a história de vida surge como abordagem compreensiva e utilizada na pesquisa social como poderoso instrumento para o conhecimento, a avaliação e a exploração sobre as formas que as pessoas podem definir vivências do passado e as variadas significações das situações (MINAYO, 2010).

A coleta de dados ocorreu em maio de 2010, em Campinas/SP, com uma doula que possui residência permanente e desenvolve suas atividades nesta cidade. A escolha deste caso se pautou pela experiência de vida, por seus antecedentes obstétricos e opção de trabalhar na área. Utilizou-se entrevista aberta, com a técnica de história de vida tópica para a construção de narrativas, tomando como fonte de busca os aspectos que a despertaram para esta atividade, suas facilidades e dificuldades na assistência à mulher em trabalho de parto e o parto.

A narrativa foi gravada e posteriormente transcrita, sendo organizada e analisada conforme a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2008), que compreende três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação. Isso possibilitou a sistematização das ideias após a leitura compreensiva dos dados coletados, visando ao agrupamento de convergências nas temáticas: o despertar de uma doula; fatores propulsores na atuação da doula e problemas no desenvolvimento das ações de uma doula.

O estudo possibilitou à doula momentos de autoconhecimento e a oportunidade de lembrar e ressignificar situações vivenciadas, ao tempo em que essas lembranças refletiam seu contexto atual de vida.

A sequência cronológica foi definida como fator importante para a apresentação dos achados, enfatizando o processo que desencadeou a construção de se tornar doula e, posteriormente, as experimentações positivas e as dificuldades no desenvolvimento de suas ações.

O estudo seguiu a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2001a), tendo recebido parecer favorável para sua realização pelo Comitê de Ética e Pesquisa de uma instituição universitária pública sob o nº 151/10.

### 3 Resultados e discussão

A doula tinha 32 anos, de cor branca, casada, com dois filhos (uma cesárea e um parto natural domiciliar), participante do movimento de mulheres para o parto natural no município de Campinas/SP.

#### O despertar de uma doula

O meu conhecimento para o trabalho que faço atualmente veio muito da minha prática. Tem a ver com a minha trajetória de vida, no sentido de quando eu fui ter o meu segundo bebê eu tive o contato com uma doula que me despertou para essa questão. [...] O ponto base pra mim foi o fato de eu ter passado pela primeira gestação e não ter tido o parto como eu planejei. Hoje eu penso que se tivesse tido o parto como planejei essa vontade de trabalhar com as mulheres e contribuir para que elas tenham o parto que desejam talvez nem existisse. [...] Fui meio autodidata, participando de um grupo que trabalha isso, tentando fazer trabalhos no pós-parto, que tem o foco na amamentação e aí fui, meio na marra, aprender o fazer com os partos que acompanhei. Fui na intuição, com o que eu tinha visto e com o que eu tinha vivenciado um pouco nos meus partos. Especialmente com o trabalho feito comigo com a doula que eu tive.

*“Não tive o parto como planejei”* – a narrativa possibilita reflexões sobre acontecimentos passados, mas que geraram efeitos observados atualmente. Deve-se atentar ao fato de que o relato explicita que não ter o primeiro parto da forma como gostaria representou para a entrevistada perda de autonomia no encaminhamento de sua situação durante o trabalho de parto.

Essa dificuldade é geralmente ocasionada pelo desrespeito de muitos profissionais de saúde da área Obstétrica a mulheres sob seus cuidados, delegando a elas papel coadjuvante em situação tão importante de suas vidas, como o parto.

A resignificação da atenção centrada nas necessidades e nas potencialidades do usuário precisa avançar em sua plenitude, possibilitando atuação mais efetiva dos usuários dos

serviços de saúde nas decisões acerca dos encaminhamentos que lhe dizem respeito (MERHY, 2007). Ou seja, produzir autonomia e cidadania por meio de sua participação no desenvolvimento de práticas de saúde.

*“Especialmente com o trabalho feito comigo com a doula que eu tive”* – a presença desta mulher em seu segundo parto possibilitou momentos mais tranquilos, com menos ansiedade, gerando lembranças sempre associadas a situações consideradas agradáveis.

Essa afirmação é corroborada em estudos realizados com mulheres que foram acompanhadas por doulas durante o parto, sendo as experiências relatadas como bastante positivas, denotando um importante papel desta mulher cuidadora durante esse momento singular do processo gravídico (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; SCHROEDER; BELL, 2005; BREEDLOVE, 2005).

A doula é apresentada como capaz de propiciar à mulher mais segurança para que esta seja capaz de assumir o controle do processo de parir. Atenta-se que é algo muitas vezes esquecido ou tratado com menor importância pelos profissionais de saúde, cuidadores nas unidades hospitalares.

### Fatores propulsores na atuação da doula

Essa tranquilidade que a gente dá à parturiente. Um momento que ela está super sensível, num momento que não está bem para tomar decisões e ter uma pessoa que está lá mais consciente que possa ajudá-la nessas tomadas de decisões [...] É engraçado que só algumas palavras fazem diferença no trabalho de parto. Ela ser lembrada de coisas que ela sabia que ia acontecer naquele período, como: é assim mesmo; tá indo bem; tá acabando. São simples, mas que muda tudo. [...] Outra coisa boa é que muitas vezes a equipe do hospital acaba desencanando com aquela parturiente, o que é bom. Sabem que tem uma pessoa que está ali com ela e eles não ficam entrando querendo medir pressão, tranquilizando o ambiente durante o trabalho de parto. Isso diminui a taxa de cesárea, diminui o pedido da parturiente por uma intervenção, não só cesárea, mas uma anestesia ou mesmo a percepção da dor pela parturiente. [...] Isso também é bom para o resto do hospital, pois é aquela que dava trabalho e deixou de dar. Tem vantagem que é relacionada com o pós-parto, com as orientações que damos antes. Ela se sente mais segura pra cuidar da criança, de amamentar...



*“A equipe acaba desencanando da parturiente”* – a presença da doula no acompanhamento do trabalho de parto é visto como importante também para a minimização de procedimentos realizados pela equipe de saúde obstétrica com a mulher. Procedimentos que podem ser considerados empecilhos ao desenvolvimento ‘natural’ do parto, tais como: aferição de pressão arterial constante, verificação de temperatura e orientações que descartam a deambulação e a posição vertical durante o trabalho de parto (MIQUELUTTI *et al.*, 2009).

A atuação das doulas minora o trabalho da equipe de Enfermagem na unidade hospitalar, visto que esta pode direcionar seu plano de cuidado com ênfase a pacientes que necessitem de maior assistência, bem como realizar suas atividades burocráticas com maior concentração (PAPAGNI; BUCKNER, 2006).

A produção de modificações coletivas na forma de cuidar em saúde, nesse caso particular, de cuidar do processo de parto, exige uma formação adequada dos profissionais, considerando a Política Nacional de Humanização no SUS. Ressalta-se que tal política entende que os processos de formação, cuidado e gestão são indissociáveis, na medida em que cada profissional é gestor de seu processo de trabalho e que trabalho é ambiente formativo, solicitando e incitando novos saberes e fazeres em saúde (HECKERT; NEVES, 2010). Essa forma de pensar para modificar o agir em saúde, agrega os investimentos realizados para implementação da política brasileira de humanização da atenção e da gestão no SUS, que busca associar a competência técnica ao respeito à singularidade de cada indivíduo e de cada coletivo que utiliza o SUS.

A doula possibilita *“melhora nas orientações e segurança da mulher”* por meio da disponibilização de uma significativa quantidade de informações, desenvolvendo orientações que tornam a mulher segura acerca das possibilidades de um parto mais adequado à sua escolha. Isso ocorre principalmente se a mulher estiver sendo acompanhada durante todo período gestacional, parto e puerpério.

Na direção de qualificar a assistência ao parto, aponta-se que a mulher em trabalho de parto e parto necessita receber um cuidado humanizado, o que envolve a possibilidade de acesso aos avanços científicos e principalmente, o exercício da cidadania priorizando sua liberdade de escolha nos encaminhamentos durante as ações que permeiam o processo de parir (BRASIL, 2001b). A doula surge, assim, como importante membro nesse processo, como pessoa capaz de promover momentos de descontração e informação durante o parto, auxiliando a equipe de saúde na facilitação do entendimento da parturiente acerca dos acontecimentos sequenciais que envolvem o parir, causando melhora no autoconhecimento, na autonomia e na sensação de segurança.

Ressalta-se que o vínculo é um dos preceitos básicos para modificações positivas no modelo de atenção em saúde, produzindo abordagens singulares às demandas de saúde (CAMPOS, 2007), nesse caso, às demandas de mulheres grávidas. Nesse sentido, a fim de fortalecer a sensação de segurança citada anteriormente e, desse modo, fortalecer o cuidado, a formação de vínculo entre doula e parturiente, um vínculo a ser construído e potencializado, ao longo do período gestacional, parto e puerpério, parece primordial para o bom desencadeamento das ações de cuidado.

### Problemas no desenvolvimento das ações de uma doula

Subjetividade. É um trabalho que você se envolve muito e é difícil você separar. O que eu quero pra parturiente e o que ela realmente quer. Eu posso achar que deve ser um parto sem anestesia, de cócoras e ela pode querer essa anestesia. [...] Mas a estrutura do hospital prejudica o trabalho, dificulta o trabalho, especialmente esse esquema de enfermaria que tá todo mundo junto ali, onde você não consegue um espaço mais individualizado com aquela parturiente. Ela tem mais vergonha, porque o acompanhante da outra passa por ela, mesmo a equipe do hospital fica passando pra lá e pra cá. É um ambiente que tem privacidade quase zero. O banheiro também é um pra todas elas, então é mais difícil usar o chuveiro. O espaço é pequeno, então você tem que usar o espaço externo. [...] A estrutura deixa muito a desejar para o parto. [...] Às vezes a gente chega num momento que tem uma equipe super tranquila, apoiando, concorda com a maneira que a mulher optou, pois são pessoas que estão conectadas com aquilo, mas é sorte.

*“A estrutura deixa muito a desejar para o parto”.* As mulheres geralmente não possuem privacidade para estar da forma como desejam, pois os ambientes não são estruturados para que sejam propiciadas práticas como a deambulação e os exercícios de relaxamento com participação de acompanhantes.

A organização estrutural das unidades de saúde de nível primário, secundário e terciário, e as modificações na ambiência dos serviços são pontos fundamentais quando o que se quer é desenvolver práticas que humanizam o processo do parto e do nascimento. Para tanto, para que isso se concretize, são necessárias ações nos variados níveis hierárquicos, com atuações dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários, especialmente no que tange ao controle social (BRASIL, 2004b). Nessa direção, observa-se que paulatinamente as unidades hospitalares procuram adequação ao preconizado na política de humanização,

que envolve desde o acolhimento singularizado às mulheres à participação familiar durante o trabalho de parto (MAIA, 2007).

*“As dificuldades com a equipe de saúde”* surgem cotidianamente, pois muitos profissionais não concordam com a atuação das doulas em sua equipe. Isso dificulta a aceitação das doulas no sistema de saúde, considerando que é uma ocupação recente aceita pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ao contrário de outros países como Estados Unidos e Chile que possuem as doulas, inclusive, atuando em seus sistemas de saúde (PUGIN, 2008; BREEDLOVE, 2005).

A atenção na perspectiva interdisciplinar tem sido pensada e experimentada como um meio promissor para melhora da qualidade na assistência à saúde. No que se refere à assistência ao parto, o trabalho em equipe, incluindo-se nela, a presença das doulas, pode ser fundamental, quando o que se busca é evitar massificação do cuidado à mulher grávida e sua marginalização, peregrinação, falta de vinculação com o sistema de saúde, respeitando seus sentimentos, suas necessidades, singularidade (MATOS; PIRES, 2009; CARRARO et al., 2008).

### **Considerações finais**

As modificações no cuidado obstétrico, especialmente no que tange ao comprometimento dos profissionais com a humanização das práticas de saúde, ainda são enigmas nas instituições de saúde e na equipe de profissionais responsáveis pelo cuidado no processo de parturição. Tal enigma é caracterizado pela ausência de método (modos de fazer) que funcione como norteador das mudanças requeridas. Talvez, um modo de superar essa dificuldade se dê na direção de incluir trabalhadores, gestores, mulheres grávidas e seus familiares no desenvolvimento da assistência ao parto. Por meio de tal inclusão, talvez seja possível o exercício da liberdade de escolha para a mulher alcançar o protagonismo nas decisões acerca de seu corpo durante o processo de parir e de uma autonomia que se teça com a presença do outro, ou seja, com a mulher em processo de parto sendo acompanhada não só pela equipe de saúde, mas por seus familiares. E nessa articulação entre equipe de saúde e familiares no processo de parto, a presença da doula parece ser fundamental.

Percebeu-se que o motivo impulsionador para o desenvolvimento das ações da doula envolveu uma experiência negativa durante seu primeiro parto, despertando o desejo crescente de auxiliar outras mulheres, para que essas desfrutassem de situações envoltas de humanização. Evidenciou-se o desejo e a experimentação de, por meio de seu trabalho de acompanhamento de mulheres grávidas: minimizar as dores durante o trabalho de parto; melhorar a segurança física e emocional individual e familiar; ajudar o desenvolvimento de habilidades subjetivas; ampliar a quantidade e a qualidade de informações e minimizar a

possibilidade de intervenções profissionais durante o parto. Todos esses aspectos denotam o importante papel da doula para proporcionar o bem-estar da parturiente.

Por meio dos relatos da doula que acompanhamos e das análises desenvolvidas, também foram explicitados fatores que nos remetem a reflexão acerca da possibilidade de identificação da doula como ocupação e até mesmo profissão no Brasil, pois a não legitimação oficial da profissão coloca dificuldades para as práticas das doulas, tais como o não reconhecimento institucional agregado ao desconhecimento de suas funções na equipe de saúde, o que tolhe a interação com os integrantes das equipes obstétricas e parturientes.

A deficiência na estrutura física e nos equipamentos inadequados nas unidades de saúde utilizadas como cenário para o parto, impedindo o acolhimento singular da parturiente e sua família, foi outro empecilho relatado para o desenvolvimento da atuação da doula na adoção de práticas humanizadas de atenção ao parto.

Espera-se que essa história de vida propicie reflexão aos profissionais de saúde acerca da possibilidade de inserção da doula como integrante da equipe cuidadora obstétrica no SUS, considerando-a como pessoa que desenvolverá ações ampliadoras de experimentações positivas e de práticas humanizadas no processo de parir por mulheres brasileiras. Almeja-se também que as instituições de saúde, especialmente as maternidades, ressignifiquem seu contexto político-social, assumindo papel inovador no âmbito assistencial, de ensino e pesquisa, visando ao atendimento de alta qualidade, o que pode se dar, não apenas por meio de “grandes” incrementos em seus aparatos tecnológicos, mas por meio de tecnologias leves (Merhy, 2007), que possam produzir alterações nos processos de trabalho pelo empoderamento das equipes de saúde, mas também da mulher sobre seu cuidado e, nele, sobre seu corpo, com suporte físico e mental.

### Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre pesquisas com seres humanos. Brasília, 2001a. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/Resolucao\\_CNS\\_196.1996/view](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/Resolucao_CNS_196.1996/view)>. Acesso em: 18 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 18 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações.** Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

BREEDLOVE, G. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. **Journal of Perinatal Education.** v. 14, n. 3, p. 15-22, 2005.

BRUNER, J. Life as a narrative. In: DYSON, A. H.; GENISHI, C. (Ed.) **The need for story: cultural diversity in classroom and community.** Illinois: NCTE Editorial, 1994. p. 28-37.

CAMPOS, G. W. S. **saúde Paidéia.** 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARRARO, T. E. et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto & contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-509, 2008.

DOULAS OF NORTH AMERICA. **[Site].** 2012. Disponível em: <<http://www.dona.org>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

GILLILAND, A. L. Beyond holding hands: the modern role of professional doula. **Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing**, [S.l.], v. 31, p. 762-769, 2002.

GINGER, B. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. **Journal of Perinatal Education**, [S.l.], v. 14, p. 15-22, 2005.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010, p. 14-28.

KAYNE, M. A.; GREULINCH, M. B.; ALBERS, L. Doulas: an alternative yet complementary addition to care during childbirth. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 44, p. 692-703, 2001.

KEEN, J. Estudos de Caso. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2009. p. 127-134.

KOUMOITZES-DOUVIA, J.; CARR, C. A. Women's perceptions of their doula support. **Journal of Perinatal Education**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 34-40, 2006.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. **Reme: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-29, 2006.

LOW, L. K.; MOFFAT, A.; BRENNAN, P. Doulas as Community Health Workers: Lessons Learned from a Volunteer Program. **Journal of Perinatal Education**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 25-33, 2006.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista de estudos feministas**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 645-665, 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, 2009.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed., São Paulo, Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIQUELUTTI, M. A. et al. The vertical position during labor: pain and satisfaction. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 393-398, 2009.

PAPAGNI, K.; BUCKNER, E. Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study From The Patient,s Perspective. **Jornal of Perinatal Education**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 53-58, 2006.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

POLKINGHORNE, D. E. Narrative configuration in qualitative analysis. In: HATCH, J. A.; WISNIEWSKI, R. (Ed.). **Life history and narrative**. Oxon: Routledge Falmer, 1995. p. 5-23.

PUGIN, E. et al. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. **Revista Chilena de Obstetricia e Ginecología**, [S.l.], v. 73, n. 4, p. 250-256, 2008.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, A. F. Sobre as Dores e Tremores do Parto: Dimensões de uma Escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. **Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 582-589, 2009.

SCHROEDER, C.; BELL, J. Doula Birth Support for Incarcerated Pregnant Women. **Public Health Nursing**. v. 22, n. 1, p. 53-58, 2005.

SILVA, R. M. *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Botucatu, SP, v. 17. n. 10, p. 872-890, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.



# **O Homem na Cena do Parto: Vivências, Direitos e Humanização em Saúde<sup>1</sup>**

**The Man at the Scene of Childbirth: Experiences, Rights  
and Health Humanization**

Jorge Lyra<sup>2</sup> - UFPE – Gema/ Instituto Papai

Ricardo Castro<sup>3</sup> / Instituto Papai<sup>4</sup>

**Artigo**



<sup>1</sup> Texto inédito produzido para o caderno *HumanizaSUS*.

<sup>2</sup> Professor dos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. É um dos fundadores do Instituto Papai; líder do grupo de pesquisas do CNPq Gênero e masculinidades (Gema/UFPE); psicólogo e bacharel em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1993), mestre em Psicologia Social pela PUC/SP (1997) e doutor em Ciências (Saúde Pública) pela Fiocruz/ CPqAM (2008).

<sup>3</sup> Coordenador-geral do Instituto PAPAÍ. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2003). Mestre em Saúde Pública (2009) e especialista em Saúde Pública pela Fiocruz/ CPqAM (2006).

<sup>4</sup> O Instituto Papai foi fundado em 1997. É uma organização não governamental feminista, sediada em Recife, Nordeste do Brasil. Nossa equipe é formada por homens e mulheres que desenvolvem ações educativas, informativas e políticas com homens em situação de pobreza, bem como estudos e pesquisas sobre masculinidades, a partir da perspectiva feminista e de gênero. Endereço: Rua Mardonio de A. Nascimento, 119 Várzea, Recife/PE – Brasil, CEP: 50741-380 E-mail: papai@papai.org.br # Site: <http://www.papai.org.br> # Fone: 0055 81 32714804

## Resumo

Objetiva-se, neste texto, abordar a presença e o envolvimento dos homens no ciclo pré-natal, parto e puerpério, adotando como ponto de partida as perspectivas feministas e de gênero, que compreendem os direitos reprodutivos como direitos humanos e que a promoção de uma sociedade mais equitativa quanto à relação entre homens e mulheres dar-se-á, também, por meio de uma maior participação dos homens nos processos de nascimento e cuidado das crianças. Apresentamos essa reflexão a partir do relato de atividades de pesquisa-ação desenvolvidas pelo Instituto Papai, durante a semana do dia dos pais, a campanha: *Paternidade, Desejo, Direito e Compromisso*, voltada à reflexão crítica sobre os homens e o cuidado infantil, no bojo dessa campanha mais ampla trabalhamos o tema da participação do pai durante o processo de gestação, do parto e do cuidado do bebê, tendo como elemento deflagrador a Lei Federal nº 11.108 (“a lei do acompanhante”), com a mensagem: *Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante*.

## Palavras-Chave:

Paternidade. Parto humanizado. Masculinidade. Identidade de gênero.

## Abstract

Objective, in this text, addressing the presence and involvement of men in pre-natal, childbirth and, taking as a starting point feminist perspectives and gender, which comprise reproductive rights as human rights and the promotion of a more equitable society regarding the relationship between men and women will also happen through greater participation of men in the processes of birth and child care. We present this reflection from the reported action research activities undertaken by the Institute during the week Dad Father's Day campaign: *Fatherhood, Desire and Commitment Law*, aimed at critical reflection about men and child care, in the midst of this campaign broader work the theme of parent involvement during the pregnancy, delivery and baby care with as an element triggering the federal Law No. 11,108 (“the law of the companion”), with the message: *father not visit! The right to be companion*.

## Keyword:

Paternity. Humanizing delivery. Masculinity. Gender identity.

### 1 Introdução

Este artigo se inicia com o agradecimento à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, pelo convite ao Instituto Papai em elaborar um dos textos que integram o quarto volume do caderno *HumanizaSUS*, voltado a Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil. Um capítulo escrito por homens, pesquisadores e sanitaristas que integram a equipe de uma organização que atua com base em princípios feministas e defende a ideia de que uma sociedade justa é aquela em que homens e mulheres têm os mesmos direitos. Assim sendo, consideramos fundamental o envolvimento dos homens nas questões relativas à sexualidade e à reprodução. Nosso objetivo é promover a desconstrução do machismo e a revisão dos sentidos da masculinidade e dos processos de socialização masculina em nossa sociedade.

Objetiva-se, nesse texto, abordar a presença e o envolvimento dos homens no ciclo pré-natal, parto e puerpério, adotando como ponto de partida as perspectivas feministas e de gênero, que compreendem os direitos reprodutivos como direitos humanos e que a promoção de uma sociedade mais equitativa quanto à relação entre homens e mulheres dar-se-á também por meio de uma maior participação dos homens nos processos de nascimento e de cuidado das crianças (MEDRADO; LYRA, 2008).

As atividades do Instituto Papai com o tema da paternidade iniciam-se em 1997 no contato com futuros pais, adolescentes e jovens, que acompanhavam suas companheiras e ex-companheiras na maternidade-escola do Hospital das Clínicas (HC), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Eram jovens que ficavam apenas acompanhando entre uma consulta e outra o desenrolar daquela gestação. Deles pouco se sabia, porque muito pouco era perguntado, pelo contrário, ignoravam-se aquelas presenças na mesma intensidade em que se enaltecia a paternidade “ausente,” essa sim foco dos discursos na mídia e das políticas públicas voltadas para a gravidez na adolescência muitas vezes adjetivada de precoce, indesejada e quase sempre solitária. A solidão se fazia presente mesmo quando essa adolescente chegava acompanhada, mas o convite não era feito, o jovem, futuro pai, era um estranho na maternidade (LYRA, 2003).

Ao conversarmos com esses jovens e adolescentes nos deparamos com um novo universo de narrativas e significados para essa experiência que se anunciava. A paternidade que chegaria a qualquer momento anunciava sim o medo do novo, traduzido no desemprego, no preço do enxoval, em permanecer naquela relação que não se sabe bem se queria, em ter que “fazer o certo”, mas também falava em um desejo, um desejo pouco reconhecido e dificilmente confessado de ser pai.

Em determinado momento desses encontros, alguns jovens e adolescentes manifestavam o desejo de presenciar o momento do parto, acreditavam que seria importante para eles e

para as companheiras, que seria importante para simbolizar ou confirmar uma passagem, enfim desejavam vivenciar o parto. Nesse momento nos deparamos com o interdito, o cenário do parto não poderia ser acessado por serem homens, por serem adolescentes, ou pelas duas coisas. Do ponto de vista de uma organização feminista que trabalha com homens, tínhamos um fato novo, ou até o momento, pouco explorado, o sexismo e o machismo personificados em nosso cotidiano que tolhia e podava o acesso das mulheres aos espaços públicos e, agora, deparamo-nos com homens jovens, educados e socializados a ocuparem espaços públicos, a “irem prá rua”, mas que agora eram impedidos de acessar o cenário do parto por serem homens, por exemplo: às vezes o simples fato de entrar na sala de consulta, obter informações sobre os procedimentos, e com certeza, o veto de ser acompanhante no momento do parto propriamente dito. Não, que nesse contexto, o espaço do parto se configurasse necessariamente como um espaço feminino, o qual entendemos por um espaço em que os desejos e a vontade das mulheres fossem acolhidos e respeitados. É essa negativa da autonomia das mulheres, que constitui esse local como um cenário machista, que não admitia a concorrência de outros homens. Independente do sexo do profissional de saúde e, de sua formação (médico, enfermeira, técnicas de Enfermagem), teremos relações de poder instituídas e reforçadas cotidianamente por intermédio de construções de gênero. (LYRA, 2008; LYRA; MEDRADO; AZEVEDO; VALENTE, 2010).

A Lei do acompanhante que só foi editada e sancionada em 2005 (BRASIL, 2005a), e muitas vezes negligenciada nas maternidades brasileiras, era, naquele momento, um sonho distante. Logo pareceu frustrante apenas facilitar grupos de pais em maternidades e postos de saúde, para que em seguida, esses mesmos pais esbarrassem no imperativo de que o lugar do homem era na sala de espera, na maioria das vezes, à espera de ninguém!

Essa experiência nos levou a compreender que a questão da participação do pai na cena do parto iria muito além de educar ou sensibilizar os homens, em outras palavras, passava pela revisão de políticas públicas e práticas institucionais, repetindo o caminho do movimento feminista em relação à medicalização e à redução da saúde das mulheres à esfera reprodutiva.

Desde a década de 1960, as mulheres brasileiras vêm exigindo e conquistando reconhecimento e legitimidade na esfera pública, antes destinada exclusivamente aos homens, em uma sociedade histórica e culturalmente marcada pelo patriarcado, pelo machismo (COSTA, 2006; PISCITELLI, 2004; PITANGUY, 2003; ROSEMBERG, 1993).

Acreditamos que essas reflexões que, durante mais de 50 anos questionaram o lugar das mulheres na saúde pública, também possam contribuir para uma participação mais equânime dos homens em vários aspectos de sua saúde, incluindo o processo de parto que passa a ser encarado como um momento da família (seja ela que modelo tiver) e cujo

protagonismo cabe à mulher e não à equipe de saúde. Compreendemos a Saúde Pública como um campo em disputa, “um campo de relações interpessoais e institucionais, que se organizam em dispositivos e relações de poder e que marcam posições de sujeito e modos de ser, de saber e de fazer” (MEDRADO; LYRA, 2008).

Por humanização do parto e do nascimento entendemos a valorização da capacidade de expressão da mulher de seus desejos, medos e vontades diante do processo de parto e os cuidados imediatos com o recém-nascido. De que os profissionais envolvidos basearão as suas condutas em evidências cientificamente fundamentadas e mesmo assim sob o consentimento da mulher. A humanização do nascimento é aceitar que o parto é um evento que tem a díade mãe-bebê como protagonistas em detrimento da equipe de saúde, que deve se colocar na posição de quem escuta e de quem apoia antes da que intervém, colocando-se ao lado da mulher e da família nesse momento tão importante e cheio de significados que é o parto-nascimento (REDE SAÚDE, 2002; BRASIL, 2010).

Esse pressuposto é importante para que nos posicionemos de que a presença do pai, independente de quais benefícios possam trazer para o parto, para a mulher, para a criança e para o próprio pai, deve ser antes de tudo um desejo da parturiente, pois ela precisa estar à vontade e expressar evidentemente o desejo de que o pai da criança, independente do vínculo afetivo ou conjugal do momento do nascimento, esteja presente no parto. Em seguida, esse homem também precisa expressar o desejo em participar e vivenciar todas as possibilidades que esse momento pode trazer.

A presença de um(a) acompanhante de escolha da parturiente, durante todo o período de internação, encontra-se entre as várias recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a humanização do parto e do nascimento, diretriz esta que pretende reorientar a organização e a prática profissional no âmbito dos serviços de saúde a fim de *respeitar e promover os direitos das mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e da eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais* (REDE SAÚDE, 2002). O movimento pela humanização do parto e do nascimento nasce com o objetivo de evitar abusos e violências que as mulheres vêm sofrendo nos serviços de saúde, como o uso de medicamentos e intervenções cirúrgicas desnecessários, e maus-tratos por parte dos profissionais de saúde. Reconhecendo o parto não como uma patologia, mas como um evento natural da vida das mulheres que decidem ter filhos, pretendendo fazer deste momento o mais prazeroso possível para todos envolvidos (REDE SAÚDE, *op. cit.*; NAKANO; SILVA; BELEZA; STEFANELLO; GOMES, 2007).

Vários relatos científicos têm assinalado que a presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto interfere positivamente no processo fisiológico do parto, diminuindo o período de internação e de recuperação e o número de cesáreas (BRASIL,

2005b; 2005c; ZHANG; BERNASKO; LEYBOVICH; FAHS; HATCH, 1996). Não fazer do parto um momento de isolamento e abandono, por meio da presença de alguém de confiança da mulher, aumenta a sensação de bem-estar da mãe e do recém-nascido, o que se reflete positivamente em seus indicadores de saúde (CARVALHO, 2003; TARNOWSKI, PRÓSPERO, ELSEN, 2005; PERDOMINI, BONILHA, 2011). A presença de um acompanhante pode ainda, servir de “controle social direto” do serviço de saúde, evitando abusos e procedimentos desnecessários. Quando se pensa que este acompanhante escolhido pela mulher pode ser o pai da criança, as consequências positivas da efetivação deste direito podem ir para além das já apontadas pela literatura científica (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

Em estudo publicado em 1997, por Janet Draper, a autora apontava que mudanças culturais e as atitudes dos profissionais têm encorajado os pais a participarem do momento do nascimento, refletindo inclusive em um aumento no volume de pesquisas sobre o tema. Seu estudo concentrou-se, exclusivamente, sobre o papel dos homens no trabalho de parto negligenciando, segundo a própria autora, a exploração de outras necessidades específicas que os homens podem ter. Essa pesquisa apontou algumas implicações para a prática, entre elas: o fato de se ter maior consciência das experiências masculinas podem informar tanto as mulheres como os educadores e profissionais de saúde a, efetivamente, prover as necessidades dos homens durante a gravidez e o parto.

Em outro estudo desenvolvido por *Ilkay Gungor e Nezihe K. Beji (2007)*, com pais na Turquia, encontraram resultados semelhantes em relação às experiências positivas de poder contar com o suporte paterno no momento do parto, contribuindo positivamente para a experiência das mães em todos os aspectos do nascimento de seus filhos. Os pesquisadores fizeram uma correlação entre o suporte dos pais e o tempo do trabalho do parto, o uso ou não de medicamentos e as intervenções obstétricas durante o nascimento. Em suma, quando mães e pais têm um suporte por parte dos profissionais de saúde, durante o trabalho e o desenvolvimento do parto, constrói-se também um lugar mais ativo e participativo por parte dos pais.

O envolvimento do pai com o cuidado infantil desde os primeiros momentos pode contribuir significativamente para que esta seja uma experiência a ser vivida de maneira compartilhada pelo casal (LYRA, 1997). Sabe-se que historicamente o cuidado infantil vem sendo colocado não só como uma atribuição, mas uma obrigação primordialmente feminina, acarretando uma série de desvantagens para a vida das mulheres, especialmente no tocante a sua inserção em atividades socialmente reconhecidas como remuneráveis (MEDRADO, 1998). Ademais, a experiência do cuidado não é apenas sinônimo de privações e obrigações, mas também algo prazeroso na vida de homens e mulheres. Devemos lembrar ainda que nem todo pai é ausente e muitos homens que desejam “paternar” encontram

dificuldades, haja vista que os marcadores de gênero cristalizados nas instituições criam barreiras concretas para o exercício da paternidade (LYRA; MEDRADO, 2000).

Certamente, as transformações sociais inauguradas pelo feminismo ultrapassam os limites do corpo e da vida das mulheres, inscrevendo-se também em instituições (especialmente a família, o mercado de trabalho, o campo da Saúde) e em narrativas masculinas. Contudo, infelizmente, parece que ainda mantemos em nossos corações e mentes uma forte dicotomia simbólica entre masculino-produção e feminino-reprodução (IZQUIERDO, 1994; 2003).

Caso queiramos uma efetiva transformação do exercício reprodutivo, é preciso reconhecer que em um mercado competitivo as desigualdades de sexo e de gênero ainda são profundas e marcantes, pois muitas vezes convivemos com situações eticamente complexas como: diferentes critérios (não declarados) na seleção de postos em empresas; diferença de salários entre mulheres e homens; a garantia (ou não!) dos direitos à educação infantil e às creches públicas para trabalhadoras e trabalhadores; a disparidade de dias entre as licenças maternidade e paternidade entre outras, esta última relegada ainda a cinco dias consecutivos; e as questões ligadas à vida reprodutiva: contracepção, gestação e parto visto como algo exclusivo do corpo das mulheres (OIT, 2009; OIT; PNUD; SPM, 2009).

### **2 Homens como acompanhantes e cuidadores: propiciando condições e/ou barreiras para o exercício dessas atividades**

Em nossa sociedade, o cuidado infantil é uma experiência pouco valorizada e atribuída frequentemente às mulheres. Pouco se pergunta ao homem sobre seu desejo de ser pai e sobre os direitos e compromissos relativos ao exercício da paternidade (LYRA, 1997). Além disso, a paternidade ainda aparece associada ao homem e a uma concordância entre pênis-sêmen-heterossexualidade-adulterz-família nuclear (homem-mulher-filho/a) o que parece ofuscar possibilidades paternas fora das estruturas restritivas machistas e heteronormativas como a paternidade por inseminação, homossexual, travesti, adolescente, monoparental ou após a separação conjugal (VALENTE; MEDRADO; LYRA, 2011). Não se pode esquecer que o cuidado é, antes de tudo, uma habilidade, que se aprende ao longo da vida. Desde crianças, as mulheres são estimuladas a praticar o cuidado infantil. Desde muito cedo, muitas são obrigadas ao cumprimento de tarefas domésticas e/ou estimuladas, por exemplo, a brincar de boneca, exercitando o que supostamente as espera pela frente: o trabalho doméstico e o cuidado com os futuros filhos e filhas. Por outro lado, quando um menino resolve incluir, entre suas brincadeiras, peças ou jogos relacionados ao lar, geralmente é recebido com chacotas e censura: “menino não brinca de arrumar casa”, “menino não brinca de boneca”. São mensagens que se repetem, de diferentes formas, ao longo da vida de um homem (PAPAI, 2001).



A relação homem e cuidado quando compreendida pela negatividade acaba, apesar de muitos esforços, reiterando a fixidez (mesmo quando as relativiza) do sistema sexo/gênero (RUBIN, 1986). Precisamos compreender a relação entre cuidado e homens a partir da positividade, isto é, como algo que se produz a partir de mecanismos móveis como discursos midiáticos, jurídicos, de políticas públicas, científicos, artísticos etc.

No entanto, poucas vezes presenciamos um homem adulto executando tarefas associadas ao cuidado de um bebê, seja dentro de casa ou em instituições voltadas ao cuidado e à educação infantil, tais como berçários, creches, escolas etc. Do mesmo modo, o cuidado das pessoas idosas e dos doentes, na família, costuma ser desempenhado por mulheres. Enfim, em nossa cultura, o ato de cuidar aparece quase como uma atribuição “natural” das mulheres (IZQUIERDO, 2003; SAPAROLLI, 1997) como o não cuidado (inclusive consigo) uma característica atribuída aos homens. O que poderia ser visto, então, como um privilégio, ao contrário, tem gerado muitos obstáculos para a vida das mulheres, principalmente aquelas que buscam espaço no mercado de trabalho e que, por vezes, não podem assumir determinado emprego porque precisam tomar conta dos filhos ou outros familiares e amigos. Muitas delas precisam enfrentar o que tem se chamado de tripla jornada de trabalho (BRUSCHINI, 2007).

Especificamente, quando tratamos da presença do pai no momento do parto, temos como grande destaque, o advento da Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005a), que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o período de trabalho de pré-parto, de parto e de pós-parto imediato.

Infelizmente, mesmo com toda a mobilização da sociedade civil e de órgãos, como o Ministério Público, essa lei ainda não conseguiu garantir a efetiva presença dos acompanhantes no cotidiano das maternidades brasileiras. Além disso, a presença dos acompanhantes no momento do parto, não necessariamente garantiria um efetivo processo de suporte físico e emocional à parturiente (NAKANO et al, 2007).

Ao assumirmos que a presença do pai no momento do parto se constitui como um elemento valioso na humanização do nascimento no Brasil, precisamos atentar para dois aspectos. O primeiro diz respeito à presença do homem acompanhante no contexto dos nossos processos institucionalizados de acompanhamento de todo o processo gravídico, isso é bem exemplificado nas consultas de pré-natal em que o casal ao adentrar o consultório do profissional responsável e se deparar com apenas uma cadeira (imediatamente cedida à gestante). Essa imagem é tão forte em nosso imaginário que mesmo em um Encontro Internacional sobre paternidade com a presença de 40 pesquisadores e ativistas de diferentes países, entre eles Brasil, Coreia, Argentina e Egito, ao ser pedido aos pesquisadores

que encenassem questões relativas aos homens e à saúde reprodutiva, saiu essa cena, uma única cadeira no consultório médico (BERNARD VAN LEER FOUNDATION, 2004). Esse “não lugar” ao nosso olhar de profissional de saúde tende a se perpetuar durante o restante da nossa relação com o casal grávido.

Acontece que o parto não é um momento amorfo e desprovido de significados, pelo contrário, gênero, sexualidade, vida, morte, poder e fragilidade se fazem presentes. Em algum momento aquela cadeira vazia, aquela voz inaudita se fará presente e este pai/acompanhante pode se transformar de um apêndice a um intruso, aquele que nos alerta sobre a dissonância no nosso modelo de cuidado.

Do outro lado temos o homem na figura oficial de acompanhante da parturiente, mas que também desempenha a figura pouco lembrada de pai. É interessante destacarmos que os principais dispositivos legais que apoiam essa presença se baseiam na figura da mulher (Lei nº 11.108/2005) ou da criança (em novas interpretações do Estatuto da Criança e do Adolescente), até esse momento o lugar do pai, pelo menos no momento do nascimento, ainda não é reconhecido.

Tendo em vista essa situação é que, desde 1998, o Instituto Papai vem desenvolvendo durante a semana do dia dos pais a campanha: Paternidade, Desejo, Direito e Compromisso, voltada à reflexão crítica sobre os homens e o cuidado infantil. Nesse sentido, nos anos de 2006, 2007 e depois reeditada em 2011, 2012, no bojo dessa campanha mais ampla trabalhamos o tema da participação do pai durante o processo de gestação, do parto e do cuidado do bebê tendo como elemento deflagrador a Lei Federal nº 11.108 (BRASIL, 2005a), com a mensagem: Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante. Esta lei, mais conhecida como “a lei do acompanhante” entrou em vigor em agosto de 2005 com o objetivo de garantir às gestantes o direito à presença de um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No primeiro ano da campanha, em 2006, visitamos todas as maternidades de nossa cidade e as unidades de saúde do Distrito Sanitário II da cidade do Recife. Nosso objetivo foi divulgar a lei para a população em geral, mas especialmente com os profissionais e gestores em saúde, foi impressionante o nível de desconhecimento da lei. Em 2007, resolvemos fazer um levantamento de informações nas maternidades do Recife, e em 2011, ampliamos a coleta para os municípios de Olinda e Jaboatão, sobre a implementação da lei do acompanhante, sobre que ações vêm sendo desenvolvidas no sentido de garantir a efetivação deste direito, bem como dificuldades e barreiras encontradas, resultando em uma série de recomendações em relação ao casal grávido, a estrutura dos serviços, a equipe de saúde e os sistemas de informação em saúde.

Com os resultados em mãos, em 2007, realizamos uma coletiva de imprensa na semana do dia dos pais com vistas a divulgar as informações e sensibilizar os gestores e a população em geral. E, em 2011, em parceria com o Ministério Público de Pernambuco, ONG e redes de humanização do parto e nascimento organizamos uma audiência pública tanto para discutir sobre o tema, quanto para articular possíveis parcerias para transformar essa realidade<sup>5</sup>. Realizamos também um ato público em frente à Estação Central do metrô do Recife (2007) e no Mercado Público de São José (2011), nos quais houve a distribuição de materiais educativos e informativos à população.

A pesquisa de caráter exploratório foi realizada em agosto de 2007 nas oito maternidades públicas do Recife – as municipais, estaduais, uma federal e uma de gestão não governamental – por meio de um questionário com 13 questões, sendo nove de múltipla escolha e quatro discursivas, com informantes privilegiados destes serviços – gestores e profissionais indicados. Das oito maternidades visitadas, apenas uma se recusou a responder o questionário, não dando justificativa para tanto. Em 2011, foram, ao todo, 12 maternidades públicas ou conveniadas ao SUS dos municípios do Recife, Olinda e Jaboatão, o que representaram um número aproximado de 394 leitos e, por semana, 904 mulheres em situação de parto. Nessa edição detalhamos mais o questionário perfazendo um total de 49 questões (25 fechadas e 24 abertas). Apresentaremos os dados referentes ao último levantamento realizado em 2011, mas que adiantamos, infelizmente, não alterou substancialmente do anterior (LYRA; MEDRADO; AZEVEDO; VALENTE, 2010).

Vale assinalar que os dados apresentados a seguir mostram as informações de forma geral na medida em que se trata de um levantamento exploratório, qualitativo e sem intenções de generalizações. Tal levantamento foi baseado em entrevista e na aplicação de um questionário com representantes das Instituições de Saúde, e o que expomos a seguir é uma espécie de fotografia das principais informações. Sem dúvidas recomendamos a realização de novas pesquisas com análise de prontuários e de documentos de procedimentos institucionais, entrevistas com os usuários (mulheres e homens) e sistematização de dados secundários do DATASUS que possa expressar outras particularidades aqui apenas apontadas.

Sobre o conhecimento da lei e sua importância, nove dos 12 informantes afirmam conhecer a Lei nº 11.108, entre eles, dez consideraram importante que *o pai* seja o acompanhante. Os argumentos desenvolvidos vão desde uma concepção estritamente instrumental, para dar mais segurança e apoio à mãe até a ideia de que o pai tem o direito de acompanhar pela simples condição de ser pai; para fortalecer os laços de afeto entre a família; e porque contribuiu para o processo de humanização do parto e do nascimento.

Grande parte das mulheres que chegam ao serviço em situação de parto vão acompanhadas. A maioria vem acompanhada de membros da família, especialmente a mãe da gestante.

<sup>5</sup> Disponível em: <[http://www.papai.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=181](http://www.papai.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=181)>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

Também por amigas e pelo companheiro. Contudo, nas consultas de pré-natal, aumenta o número de mulheres que vão sozinhas. Mas a mãe da gestante e seu companheiro são os mais lembrados como acompanhantes nas consultas.

No que diz respeito às regras da maternidade para presença do acompanhante, estas vão variar segundo o momento da internação, do parto e do pós-parto – e o sexo do(a) acompanhante. No pré-parto apenas nove maternidades permitem a presença de acompanhante durante o pré-parto. Destas nove, somente uma autoriza que este acompanhante seja um homem. No parto, apenas metade das maternidades permite a presença de um acompanhante durante o parto, seja homem ou mulher. Todas as maternidades permitem acompanhantes no pós-parto, contudo, apenas dois autorizam que o acompanhante seja um homem.

Os argumentos e as justificativas para a não permissão da presença de um(a) acompanhante passam diretamente pela questão da estrutura física das maternidades, considerada inadequada, dos casos de alto risco e pelos marcadores de gênero que vão invariavelmente afastar os homens deste espaço. Mesmo a falta de estrutura física adequada, considerada um dado da realidade que não há como negar, é lidada a partir dos referenciais de gênero apartando homens do espaço do cuidado.

Incluimos uma questão bastante interessante nessa edição para saber se houve o interesse por parte dos pais e se há casos de descumprimento da lei, e observamos as seguintes respostas: no pré-parto: nove das 12 maternidades afirmam que, no último ano, pais quiseram ser acompanhantes durante o pré-parto e foram impedidos. No parto: em sete maternidades houve casos no último ano em que o pai quis acompanhar e não pôde e, no pós-parto: em quatro maternidades foi referido que, no último ano, houve casos em que o pai quis acompanhar e não pôde.

Procuramos saber também se há um planejamento e uma preparação do acompanhante, quando ele está presente, seja homem ou mulher. Vejam as respostas a seguir: no parto – nas quatro maternidades que oferecem algum tipo de orientação para o acompanhante, essas se referem às normas da instituição, sobre o uso da roupa esterilizada, os riscos de contaminação e o que fazer em caso de o acompanhante “passar mal” durante o parto. No pré e no pós-parto: quatro maternidades afirmam oferecer algum tipo de orientação para o acompanhante neste momento, que em geral se restringem às normas de funcionamento da instituição como: horários, que roupas usar e orientações gerais de como se comportar. Uma maternidade oferece, além disso, orientações de como o acompanhante pode apoiar a parturiente, realizando exercícios físicos, por exemplo.

É importante lembrar que as maternidades pesquisadas, em 2007 e em 2011, foram as mesmas em que se desenvolveram as ações de comunicação da campanha. Nesse sentido,

o fato de todas as maternidades demonstrarem conhecer a Lei nº 11.108 contribuiu para fortalecer a continuidade das ações da campanha nos próximos anos. As ações da campanha se desenvolveram no sentido de primeiramente informar/ sensibilizar e posteriormente fiscalizar/monitorar ações voltadas para a efetivação de um direito reprodutivo no âmbito da saúde pública. Os argumentos dados pelos serviços, como justificativa para a não implementação da lei do acompanhante, mostram que é necessário não só transformar as barreiras físicas, mas a própria ordem simbólica que organiza os espaços de cuidado, como a saúde. A falta de leitos individuais, ou ao menos divisórias nas enfermarias que garantam a privacidade das mulheres no momento do pré e do pós-parto, aparece como a maior justificativa para a não permissão de homens nesses espaços. Haja vista que nesses momentos as mulheres, estando em trajes “mais à vontade”, estariam submetidas aos olhares ameaçadores dos homens.

Sem deixar de considerar a importância que a estruturação física adequada dos serviços tem para a efetivação de direitos e a boa qualidade das ações em saúde, e nesse sentido, faz-se urgente a disponibilização de recursos financeiros e humanos para a individualização de leitos de enfermaria; é importante atentarmos para qual é a concepção de homem que organiza o cotidiano e a própria estrutura física do serviço, pois todo espaço é antes de tudo um espaço pensado e refletido a partir do que é considerado legítimo e assim, também, a concretização de ordens simbólicas. Ainda quando o argumento da estrutura física não existe, como é o caso do momento do parto, onde os leitos são individuais, o poder médico entra em cena, assinalando que as barreiras a essa presença se dariam mais na ordem do simbólico e da cultura do que da estrutura física dos ambientes de parto. São essas barreiras que se configuram em frases, apontando esse homem como um possível contaminador do ambiente (como se para ele não valessem as regras e normas de biossegurança) ou naquele que “daria trabalho à equipe” por causa de possíveis desmaios e intervenções inoportunas. É interessante destacar que essa presença deveria ser antecedida de uma preparação prévia para que o acompanhante esteja habilitado a participar do momento do parto, e requerida especialmente quando se trata de um homem. Pode-se ainda questionar o que vem a ser considerado um parto de alto risco que justifique a não presença de um acompanhante neste momento.

Por fim, a partir dessa experiência elaboramos a cartilha “Pai não é visita: pelo direito de ser acompanhante”<sup>3</sup>, com recomendações para os casais, os profissionais, as instituições e os sistemas de saúde, que podem ser observadas a seguir.

<sup>6</sup> Para mais informações esta cartilha está disponível em: <[http://www.papai.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=4322](http://www.papai.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=4322)>. Acesso em: 13 de maio de 2013.

### Recomendações

#### Em relação ao casal grávido

1. Dialogar entre si sobre o desejo e as possibilidades de compartilhar o momento do parto, garantindo a prerrogativa de que o direito de escolha final seja da mulher.
2. Criar estratégias para garantir que os dois possam ir juntos às consultas de pré-natal.
3. Dialogar com o serviço de saúde onde a mulher realiza o pré-natal sobre a possibilidade da presença do acompanhante durante o parto.
4. Caso o serviço recuse-se a autorizar a presença do pai, entrar em contato com o Ministério Público para garantir seu direito.

#### Em relação à estrutura do serviço

1. Instalação de divisórias (biombos, cortinas etc.) nos espaços de pré-parto e pós-parto, de modo que a mulher tenha maior privacidade e possa ter o acompanhante ao seu lado.
2. Garantia de insumos (bata, touca de cabelo, luva etc.) para o acompanhante nos momentos em que esses insumos forem exigidos pelas normas de biossegurança.
3. Garantia de sala de espera especial para os(as) acompanhantes.
4. Realizar atividades internas de capacitação e atualização para refletir sobre os benefícios da presença do acompanhante no parto.

#### Em relação à equipe de saúde

1. Informar à mulher que, caso ela tenha interesse, o pai pode acompanhá-la no parto, no pré-parto e no pós-parto.
2. Incentivar a participação do pai, desde o pré-natal, incluindo, entre os procedimentos, recomendações específicas sobre como deve proceder o acompanhante.

3. No contexto do parto humanizado, garantir maior aproximação entre doulas (quando houver) e acompanhantes. Um não substitui o outro.

### **Em relação aos sistemas de informação em saúde**

1. Ampliar o conhecimento das mulheres e dos homens sobre a Lei nº 11.108, a partir da elaboração de cartazes, folhetos e especialmente uma “Cartilha do Acompanhante” que possa trazer informações relevantes sobre as condições e os procedimentos durante o pré-parto, o parto e o pós-parto.
2. Ampliar a divulgação da lei e seus princípios com os profissionais de saúde.
3. Criação de um sistema de informação que registre o número e o perfil dos(as) acompanhantes.

### **Referências**

BERNARD VAN LEER FOUNDATION. **Supporting fathers**: contributions from the International Fatherhood Summit 2003. Oxford/UK: Bernard Van Leer Foundation, 2004. Disponível em: <[http://www.bernardvanleer.org/Supporting\\_fathers\\_Contributions\\_from\\_the\\_International\\_Fatherhood\\_Summit\\_2003?pubnr=578&download=1](http://www.bernardvanleer.org/Supporting_fathers_Contributions_from_the_International_Fatherhood_Summit_2003?pubnr=578&download=1)>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 abr. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 15 out. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2010.



- BRUSCHINI, C. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-572, set./dez. 2007.
- CARVALHO, M. L. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, p. S389-S398, 2003.
- COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmica de uma intervenção política. In: MELO, Hildete P. et al. (Org.). **Olhares feministas**. Brasília: Ministério da Educação; Unesco, 2006. p. 51-82.
- DRAPER, J. Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. **Midwifery**, [S.l.], n. 13, p. 132-138, 1997.
- GUNGOR, I.; BEJI, N. K. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. **Western Journal of Nursing Research**, [S.l.], v. 29, March, 2007.
- HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 10, p. 461-481, 2002.
- INSTITUTO PAPAI. **Paternidade e cuidado**. Rio de Janeiro: Promundo, 2001. (Série Trabalhando com homens Jovens).
- IZQUIERDO, M. J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. In: CONGRESO INTERNACIONAL SARE CUIDAR CUESTA, Emakunde, Donosti, 2003.
- \_\_\_\_\_. Uso y abuso del concepto de género. In: VILANOVA, M. (Org.). **Pensar las diferencias**. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1994. p. 31-53.
- LYRA, J. et al. A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante. In: KALCKMAN, S. (Org.). **Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. p. 155-174.

LYRA, J. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil**: uma análise de gênero no campo das políticas públicas: 2003-2006. 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: <[www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. **Paternidade adolescente**: uma proposta de intervenção. São Paulo: [s.n], 1997. 182 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Paternidades adolescentes: proyecto Papai In: OLAVARRIA, J. (Ed.). **Varones adolescentes**: género, identidades y sexualidades en América Latina. Santiago: FLACSO, 2003, p. 289-300.

\_\_\_\_\_; MEDRADO, B. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 145-158, 2000.

MEDRADO, B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: ARILHA, M. et al. (Org.). **Homens e masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998, p. 145-162.

\_\_\_\_\_; LYRA, J. O homem no processo de ter filhos: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. In: **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo: [s.n], 2002, p. 24.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 20-35, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n3/05.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

NAKANO, A. M. S. et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l], v. 20, n. 2, p. 131-137, 2007.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **O desafio do equilíbrio entre trabalho, família e vida pessoal**. Brasília: OIT; PNUD; SPM, 2009.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e família**: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social. Brasília: OIT, 2009.

PERDOMINI, F. R. I; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enfermagem**, [S.l], v. 20, n. 3, p. 445-452, set. 2011.

PISCITELLI, A. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: COSTA, C. L.; SCHIMIDT, S. P. **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 43-66.

PITANGUY, J. Movimento de mulheres e políticas de gênero no Brasil. In: MONTAÑO, S.; PITANGUY, J.; LOBO, T. (Org.). **As políticas públicas de gênero: um modelo para arma: o caso do Brasil**. Santiago de Chile: CEPAL, 2003. p. 23-40.

REDE SAÚDE. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

ROSEMBERG, F. Estudos sobre mulher e relações de gênero. In: MICELLI, S. (Org.). **A Fundação Ford no Brasil**. São Paulo: Fapesp; Sumaré, 1993. p. 205-236.

RUBIN, G. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. **Nueva Antropología**, México, v. 7, n. 30, 1986.

SAPAROLI, E. **Educador infantil: uma ocupação de gênero feminino**. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

TARNOWSKI, K. S.; PRÓSPERO, E. N. S.; ELSÉN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enfermagem**, [S.I.], v. 14, n. 102-108, jul. 2005.

VALENTE, M.; MEDRADO, B.; LYRA, J. Ciência como dispositivo de produção da paternidade: análise de produções científicas brasileiras. **Athenea Digital**, [S.I.], v. 11, p. 57-72, 2011.

ZHANG, J. et al. Continuous labor support from labor attendant for primiparous woman: a meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, [S.I.], v. 88, n. 4, 1996.



# Parto Domiciliar

como um Dispositivo de  
Humanização das Práticas de Saúde no Brasil<sup>1</sup>

Home Childbirth as a Device for Humanization of  
Health Practices in Brazil

Laura Gonçalves<sup>2</sup>

Sabrina Ferigato<sup>3</sup>

Tadeu de Paula Souza<sup>4</sup>

Gustavo Tenório Cunha<sup>5</sup>



<sup>1</sup> Texto inédito – Os três primeiros autores são bolsistas CAPES pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – UNICAMP

<sup>2</sup> Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Unicamp.

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional, doutora em Saúde Coletiva pela FCM – Unicamp, consultora da Política Nacional de Humanização/ Rede Humaniza SUS e facilitadora da Comunidade de Práticas da Atenção Básica – DAB/SAS/Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pela FCM – Unicamp, consultor da Política Nacional de Humanização.

<sup>5</sup> Médico, doutor em Saúde Coletiva pela FCM/Unicamp, professor técnico da pós-graduação em Saúde Coletiva e graduação em Medicina da FCM/Unicamp.

## Resumo

Este artigo tem o objetivo de realizar a problematização teórico-prática sobre o parto domiciliar e seus desdobramentos para as práticas de humanização em saúde no Brasil. Para isso, a partir da metodologia de revisão bibliográfica, discutiremos sobre aspectos conceituais do parto e do nascimento no Brasil, bem como sobre a humanização do parto e do nascimento. Na sequência, apresentaremos algumas evidências científicas sobre o parto domiciliar, incluindo-o como dispositivo para a humanização e para a análise da rede assistencial no Sistema Único de Saúde. Os resultados do estudo apontam para o estímulo em curto prazo de instâncias intermediárias de assistência ao parto e para a gradativa incorporação do parto domiciliar como uma possibilidade no sistema público de saúde brasileiro, em longo prazo. Aponta ainda que o parto domiciliar é dispositivo significativo para a produção de resistência ativa do corpo feminino contra as estratégias de medicalização e patologização da vida.

## Palavras-chave:

Parto domiciliar. Humanização. Práticas de saúde.

## Abstract

This paper aims to offer some theoretical and practical questioning about home childbirth and its implications for the humanization of health care in Brazil. Through literature review, conceptual aspects of parturition and birth in Brazil are discussed, as well as its humanization. Scientific evidences are presented about home birth, intended as a device for the humanization and further analysis of health care practices in the Public Health System. The study results point out to short term stimulation of intermediate types of assistance to childbirth as a means to achieve the gradual incorporation of home birth as a possible choice for women at the public health services. Additionally, the study reveals home birth as an important tool to enhance active resistance of the female body against the strategies of medicalization and pathologization of life.

## Keywords:

Homebirth. Humanization. Health practices.

### Introdução

Este texto tem como objetivo a discussão crítica e reflexiva a respeito do parto domiciliar (PD) no contexto brasileiro como dispositivo que põe em análise a assistência ao parto no Brasil e a humanização das práticas de cuidado. Para isso, faremos algumas demarcações para evitar possíveis confusões e precisar nosso principal eixo de problematização.

Por humanização estamos entendendo um amplo movimento em saúde que tem na atual Política Nacional de Humanização (PNH) uma forma de expressão, fundamental, mas não exclusiva. A PNH nesse sentido pode ser tomada como regime político em que diversos movimentos de humanização em saúde ganham institucionalidade no SUS, embora não seja exclusividade dela.

O movimento de humanização da saúde possui diversas expressões que podem ou não ser incorporadas pela PNH. Com isso, queremos demarcar que, embora pelo atual jogo de forças, não seja um procedimento oficialmente incorporado pela PNH, o Parto Domiciliar é atualmente um dispositivo de humanização. Essa compreensão é uma estratégia para evidenciar um movimento instituinte ao SUS que tem no cerne de sua formulação a defesa da liberdade, da democracia e dos direitos humanos referentes ao parto e ao nascimento no Brasil.

Ao tomarmos o Parto Domiciliar (PD) como um dispositivo de humanização, queremos problematizar em que este dispositivo permite dar visibilidade para além do procedimento em si. O que esse dispositivo faz ver e falar? Que tipo de rede assistencial e que relações de poder o PD põe e evidencia?

Para problematizar os caminhos e descaminhos do PD no Brasil, inicialmente realizaremos uma breve contextualização sobre a humanização do parto no Brasil. Na sequência, faremos uso da cena do parto domiciliar como analisador do processo cada vez mais abrangente de medicalização da vida e de uso do poder pelos profissionais de Saúde em relação ao corpo feminino.

Realizaremos ainda uma sistematização de alguns dos dados evidenciados em estudos científicos sobre os reais riscos e benefícios do parto em domicílio, para, por fim, apresentar possíveis interfaces entre essa prática e o nosso Sistema Único de Saúde (SUS).



### Cenário atual do parto e do nascimento no Brasil

Não é novidade para ninguém que o Brasil ostenta indicadores bastante preocupantes em relação à atenção perinatal. Como nos indica Faúndes e Cecatti (1991), o modelo obstétrico tecnocrático hegemônico reverbera em um índice injustificável de parto cirúrgico (cesárea) e em taxas de mortalidade materna e neonatal ainda bastante altas, com indicadores perinatais piores que os encontrados em outros países com índices de desenvolvimento socioeconômico igual ou inferior ao do Brasil. (HOTIMSKY e RATTER, et al, 2002; DIAS, 2011). Além disso, 25% das mulheres que tiveram parto normal relatam ter sofrido algum tipo de maltrato ou violência obstétrica, segundo estudo desenvolvido pela Fundação Perseu Abramo no início de 2012 (<http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>). Outros estudos (BATISTA, 2004) revelam que a situação é ainda pior na população negra<sup>6</sup>, e nos extratos sociais mais pobres.

Embora evidências científicas de estudos nacionais e internacionais atestem a ineficiência do nosso modelo obstétrico, esse cenário ainda persiste por fatores objetivos e subjetivos que invadem a cena do parto e a construção histórica da obstetrícia nacional (MAIA, 2010). Entre estes fatores, podemos citar o processo de institucionalização do nascimento, as características das instituições hospitalares e das corporações médicas brasileiras, a sobrevalorização de tecnologias duras (MERHY, 2002), a mercantilização das práticas em saúde e a medicalização da vida. Um fato importante a ser destacado é a insuficiência de evidências científicas para produzir mudanças no modelo de atenção perinatal. O que nos convida a pensar nas diversas frentes de luta necessárias para conseguir mudanças no campo político e cultural e efetuar mudanças no modelo de atenção e no paradigma de saúde.

Temos visto acontecer, no contemporâneo, um fenômeno de transformação de situações corriqueiras em objeto de tratamento da medicina. Um dos efeitos produzidos com a chamada medicalização da vida é a redução das experiências singulares a meros fenômenos bioquímicos.

Illich (1975), em estudo sobre a expropriação da saúde, aponta que a transformação de situações corriqueiras ou variações cotidianas em objeto de estudo da Medicina estigmatiza as pessoas, gera medo, insegurança e dependência de serviços médicos. Estes fatores favorecem a baixa participação e pouco conhecimento dos usuários em relação aos respectivos tratamentos. Além disso, segundo o autor, todos têm direito ao conhecimento e à moderna técnica científica, bem como às informações sobre os benefícios e os perigos das drogas e dos procedimentos usados na Medicina. Em um contexto de medicalização social, ou seja, de expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como problemas médicos, produz-se declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da

<sup>6</sup> No Estado de São Paulo a mortalidade materna para as mulheres negras em 2003 era seis vezes maior do que das mulheres brancas, segundo o pesquisador Luis Eduardo Batista (Batista 2004).

maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas, que desemboca em um consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação por parte dos usuários (TESSER, 2006). Tal fenômeno se expressa, por exemplo, na crescente medicalização e intervenção do parto, que deixa de ser visto como processo natural e fisiológico e passa a ser tomado como objeto exclusivo da Medicina.

Especificamente, em relação ao parto e ao feminino, na cultura ocidental, é preciso lembrar também da presença da herança cristã que culpabiliza a sexualidade e compreende as dores do parto por castigo<sup>7</sup>. A própria (e elementar) relação entre a sexualidade e o parto é um tabu na nossa sociedade, e para alguns pesquisadores uma das tentativas de explicações (por meio de procedimentos inadequados e da hospitalização do parto) de tornar o procedimento “asséptico”, uma vez que o sexo é associado à ideia de impureza. Nesse mesmo sentido, apesar da dificuldade geral de aceitar acompanhantes no momento do parto, tem sido relatado uma dificuldade maior dos serviços em aceitar a presença masculina no momento do parto.

Por muito tempo o PD foi prática comum e corriqueira. Foi só a partir do século XX, que a Medicina transformou o parto em um evento médico, que necessitaria na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso, cirúrgico e com crescente número de intervenção. Esse processo, no Brasil, se naturalizou, ocupando cada vez maior hegemonia nas práticas perinatais.

O modelo obstétrico hegemônico patologiza a gestação, infantiliza e objetiva a mulher, reduzindo o processo de parir a procedimento técnico, no qual o médico, e não a mulher, assume o lugar protagônico. Entendemos que esse modelo obstétrico comunga do projeto neoliberal de sociedade, onde valores capitalísticos como o poder fálico, a superestimação dos riscos, a eficiência temporal e a lucratividade invadem a cena do nascimento, transformando-o em uma mercadoria, em um objeto de disputa de poder sobre a vida, ou como diria Foucault (2008, 2009) em um regime de biopoder que se estende a toda textura social, em todos os setores da vida. Neste cenário, o tempo todo é estimulado nossas potências econômicas, mas não são permitidas passagens às nossas potências políticas (FERRACINI et al., 2012).

Embora as evidências científicas sustentem a importância de alterações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, sua desmedicalização parece ser significada, como perda de poder: “abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia, seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência” (DIAS E DOMINGUES, 2005, p. 700). Nessa situação de violência institucional, fetiche tecnológico em favor do parto cirúrgico

<sup>7</sup> Em relação à herança cristã sobre o a sexualidade e o parto Nietzsche é bastante preciso: “(...) para os gregos, por isso, o símbolo sexual era o símbolo venerável em si, o verdadeiro sentido profundo dentro da inteira religiosidade antiga. Toda particularidade do ato de geração, da gravidez, do nascimento, despertava os mais altos e solenes sentimentos. Na doutrina dos Mistérios a dor é declarada santa: as “dores da parturiente” santificam a dor em geral – todo vir-a-ser e crescer, tudo o que garante futuro condiciona a dor... Para que haja o eterno prazer de criar, para que a vontade de vida afirme eternamente a si mesma, é preciso também que haja eternamente o “tormento da parturiente”... Isso tudo significa a palavra Dioniso: não conheço nenhum simbolismo mais alto do que esse simbolismo grego, o das Dionísias. Nele, o mais profundo instinto da vida, o do futuro da vida, da eternidade da vida, é sentido religiosamente – o caminho mesmo para a vida, a geração, como o caminho santo... Somente o cristianismo, com seu ressentimento contra a vida no fundamento, fez da sexualidade algo impuro: lançou lodo sobre o começo, sobre o pressuposto de nossa vida ...” NIETZSCHE, F. In O Crepúsculo dos ídolos ou como filosofar com o Martelo.

<sup>8</sup> “A preferência dos médicos pela cesariana pode ter várias origens. Contudo, atualmente, o que domina é a conveniência de uma intervenção programada, que não tomará mais que uma hora de seu tempo, ao contrário do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível de seu tempo” (FAUNDES; CECCATTI, 1991). Corroborar para essa prática outro traço da medicalização: a conveniência da cesareana por parte da Medicina é corroborada pela da própria mulher, devidamente medicalizada. Da preferência médica pelas cirurgias e a aceitação da mulher em relação a esse procedimento, nasce o acoplamento perfeito para as epidemias de cesarianas no Brasil.

<sup>9</sup> Disponível em: <[www.maternidadeativa.com.br](http://www.maternidadeativa.com.br)>. Acesso em: 09 out. 2012.

<sup>10</sup> Disponível em: <[www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)>. Acesso em: 31 ago. 2012.

<sup>11</sup> Disponível em: <[www.partoativobrasil.com.br](http://www.partoativobrasil.com.br)>. Acesso em: 12 set. 2012.

<sup>12</sup> Disponível em: <<http://www.facebook.com/partonobrasil>>. Acesso em: 09 set. 2012.

<sup>13</sup> Disponível em: <<http://www.facebook.com/groups/240417759351930>>. Acesso em: 10 set. 2012.

<sup>14</sup> Disponível em: <<http://www.gruposamauma.com.br/site1/index.php>>. Acesso em: 08 set. 2012.

e vantagem financeira para a corporação médica<sup>8</sup> (já que o tempo de trabalho médico é muito menor no parto cirúrgico), consideramos um fato político da maior relevância para o debate em torno da humanização do parto e do nascimento, enfatizando aqui nessa discussão o direito de escolha do local do parto. Debate este que tem ganhado cada vez mais importância e polêmica no Brasil, especialmente quando partos domiciliares, realizados por equipes especializadas e por parturientes de classes socioeconomicamente favorecidas, ganham visibilidade na mídia.

Por outro lado, um determinante do cenário brasileiro, é o momento do sistema público, que ainda apresenta dificuldades de constituição de redes assistenciais regionais (não só em relação à atenção perinatal). A interação corresponsável entre profissionais de serviços de Saúde diferentes, entre municípios diferentes, entre equipes diferentes, mas que compartilham a atenção das mesmas pessoas, ainda esbarra na fragmentação da gestão e da clínica. Existem obstáculos burocráticos (para os quais o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que aponta para a construção de regiões de saúde intermunicipais, é um grande passo) e obstáculos gerenciais (modelo de gestão burocrático-taylorista com excessiva fragmentação do processo de trabalho e distribuição do poder gerencial por corporações profissionais em vez de equipes de referência). A proposta da Rede Cegonha, que abordaremos a seguir, também busca contribuir para a superação desses desafios.

### A humanização do parto e do nascimento no contexto brasileiro

O movimento de humanização do parto e do nascimento luta pela diminuição das intervenções desnecessárias e pela promoção de cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação entendidos como processo singular, natural e fisiológico e que requer o fortalecimento do protagonismo da mulher.

No Brasil esse movimento não é exatamente novo. Nos últimos anos, pesquisadores, organizações não governamentais e uma parte da sociedade civil, tem demonstrado preocupações com as intervenções excessivas e desnecessárias no parto e proposto alterações no modelo de assistência ao parto, sobretudo naqueles de baixo risco (DIAS E DOMINGUES, 2005). Um exemplo dessa resistência foi a criação, em 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil que tem tido um importante papel na estruturação desse movimento hoje denominado “humanização do parto/nascimento”. Outras tantas organizações ainda podem ser citadas, como o Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (Gama)<sup>9</sup>, Parto do Princípio<sup>10</sup>, Parto Ativo Brasil<sup>11</sup>, Parto no Brasil<sup>12</sup>, Parto Natural<sup>13</sup>, Samaúma<sup>14</sup>, entre outros.

Um dos marcos do movimento de institucionalização da humanização do parto no Brasil ocorreu com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Humanização do Parto em 2002 (BRASIL, 2002). Com a constituição da Política Nacional de Humanização, em

2003, a temática da humanização do parto passou a ganhar maior relevância institucional à medida que se compreendia que não é possível alterar os modos de cuidado e de atenção sem que se alterem os modos de gestão e organização dos processos de trabalho. Esse movimento institucional desembocou em uma importante iniciativa denominada Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), que teve como principal objetivo alterar os índices de mortalidade materno-infantil nas regiões Nordeste e Amazônia Legal, experiência amplamente tematizada neste caderno. Pautada pelas experiências de boas práticas em saúde, a PNH em parceria com as Áreas técnicas da Saúde da Mulher e Saúde da Criança e com a sociedade civil organizada, investiu, por meio do PQM, na alteração das práticas de cuidado e dos modos de gestão, produzindo impactos na mortalidade materno-infantil nestas regiões. Essa experiência serviu de modelo para a atual política de constituição de rede perinatal no âmbito do SUS batizado de Rede Cegonha. O atual desenho institucional da Rede Cegonha evidencia a centralidade e a prioridade da pauta do parto e do nascimento no Brasil, objetivando garantir melhor qualidade ao atendimento de bebês e gestantes desde o diagnóstico de gravidez até o pós-parto (BRASIL, 2012). Essa iniciativa, tomada como uma das prioridades do atual governo, é mais uma demonstração de que as questões políticas que envolvem a assistência ao nascimento no Brasil estão em franca movimentação (DIAS, 2011).

A Rede Cegonha fomenta um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, fundamentada nos princípios da Humanização (BRASIL, 2012) e em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que desde o início da década de 1980 (OMS, 1985; 1996) tem proposto, com base em evidências científicas, tecnologias para o parto e o nascimento que contestam práticas preconizadas no modelo biomédico de atenção. Nesse sentido, além do investimento em mudanças de práticas nas maternidades, incorporam-se elementos que buscam qualificar o atendimento pré-natal por intermédio do fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora da rede perinatal. Além disso, intensificam-se os contratos de gestão entre os três entes federados e sistemas de regulação que possibilitem, por meio da classificação de risco, definir encaminhamentos diferenciados para gestação de alto e baixo risco.

A Política de Humanização, como indutora deste amplo processo, destaca a necessidade de que a mudança do modelo hegemônico do parto e do nascimento implica diferentes alterações nos modelos de atenção e de gestão na saúde, de uma mudança na cultura hospitalocêntrica e médica centrada para uma valorização das necessidades e desejos das mulheres e suas famílias. Implica, sobretudo, uma mudança de postura das equipes e profissionais para que a fisiologia do parto seja respeitada, intervenções desnecessárias sejam evitadas (como ultrassonografias sem indicação clínica, episiotomia de rotina, cesariana eletiva sem indicação clínica e/ou sob falsos pretextos, exames de toque antes do trabalho de parto sem indicação clara, descolamento de membranas antes de 41

semanas de gravidez, internação precoce, jejum, tricotomia e enema, restrição à liberdade de movimentos, uso rotineiro de soro com ocitocina, aspiração de rotina das vias aéreas do recém-nascido, entre outros).

Além disso, busca incluir na cena do cuidado aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento para que seja possível garantir suporte emocional às famílias (DIAS E DOMINGUES, 2005).

Implica também os profissionais com a garantia do direito a escolha informada por parte da gestante, de modo que as equipes possibilitem a ela o acesso a informações baseadas em evidências científicas que permitam que ela tenha condições de escolher o tipo de parto que lhe faz sentir mais segura, de modo que possa elaborar um plano de parto que seja respeitado pela equipe que lhe assiste e que seja informada sobre todos os procedimentos a que será submetida, podendo inclusive sinalizar aqueles que não quer.

Infelizmente muitas intervenções desnecessárias até são informadas, mas muitas vezes apenas no momento em que serão realizadas, sem nunca antes terem sido mencionadas, impossibilitando uma real escolha por parte da mulher. A humanização também implica a garantia do direito a ter um acompanhante de sua escolha durante o parto. Nos referimos, portanto, ao reconhecimento de um modo possível de parir, de um modo de atenção a esse momento que permite emergir a singularidade de cada parto, de cada mulher, de cada bebê, de cada processo.

A equipe que assiste o parto humanizado tem a função de dar o suporte afetivo, psicológico, físico-técnico e tecnológico, intervindo apenas quando realmente necessário. Preconiza-se, nesse sentido, o protagonismo da mulher no parto, o respeito ao tempo e a saúde do bebê e a participação do pai ou outros acompanhantes que se fizerem necessários. Tal postura na atenção ao parto respeita os desejos e as necessidades dos sujeitos diretamente envolvidos no processo gestacional no qual a mulher e o bebê têm lugar privilegiado. Esse movimento deve também estar sensível às novas configurações familiares, como as relações homoafetivas, em que o papel do parceiro não necessariamente é ocupado pela figura do pai. Trata-se, portanto, de processo que deve ocorrer em sintonia com os movimentos subjetivos da atualidade que prezam pelo respeito à temporalidade singular de cada parto e, principalmente, acreditam na potência feminina para parir, seja em ambiente domiciliar ou hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) recomenda que o parto normal não seja medicalizado, e que seu acompanhamento deve se dar com a utilização de um mínimo de intervenções realmente necessárias. Esta assistência deve estar direcionada a reduzir o uso excessivo da tecnologia sofisticada, quando procedimentos mais simples podem ser eficientes. O ambiente ideal para uma mulher dar à luz está relacionado com a escolha

de um local que lhe permita segurança no nível e onde a assistência adequada for viável e segura. No caso de uma gestante de baixo risco, esse local pode ser um centro de parto normal, uma maternidade de um hospital, ou ainda o seu próprio domicílio.

Dentro desse amplo processo político-institucional, a luta pelo direito à escolha do local de parto surge como movimento ainda marginal, embora encontre nos preceitos ético-políticos, que norteiam o atual movimento institucional do SUS, total respaldo e sintonia.

Quanto à escolha do local do parto, entendemos que a discussão deve se pautar, essencialmente, em dois níveis: (a) respeito à autonomia e ao protagonismo feminino, uma vez que a escolha do local de parto é direito reprodutivo básico; e (b) reconhecimento das evidências científicas que comparam partos domiciliares planejados e partos hospitalares em gestantes de baixo risco.

Se o respeito à singularidade e à necessidade de constituição de rede de cuidado, à realização de pré-natal com construção de vínculo e corresponsabilidade, e à interdisciplinaridade são preceitos que norteiam a atual política de parto e de nascimento do SUS, por que o PD comparece como evento marginal e radical?

### **Parto domiciliar: o que dizem as evidências científicas?**

A escolha pelo PD planejado vem crescendo no Brasil, sobretudo porque cada vez mais as mulheres têm compartilhado e comparado as suas experiências de parto em nosso País por meio da participação em grupos de apoio e da utilização de ferramentas da internet, como as redes sociais e *blogs*. Não são poucas as mulheres descontentes com o modelo hegemônico de assistência obstétrica, excessivamente intervencionista e com grandes índices de violência institucional. Essas mulheres vêm buscando cada vez mais informações a respeito do parto e tem encontrado na humanização uma referência assistencial. Elas não se satisfazem com o modelo de atenção em que as decisões são tomadas de forma heterônoma pela equipe de Saúde. Parte dessas mulheres têm descoberto o direito de escolha de local do parto, reconhecendo o domicílio como uma possibilidade e desmistificando o discurso de medo e risco que os rondam, especialmente em nosso País recordista em partos cesáreos.

Segundo Brüggemann, (2001) até o início do século passado, as parteiras eram mulheres de confiança da gestante e/ou reconhecidas pela comunidade por sua experiência no acompanhamento durante o trabalho de parto e de pós-parto que ocorriam no domicílio. Essas mulheres eram pobres e geralmente pouco ou nada recebiam por seu trabalho e faziam disso um sacerdócio. Por ser atividade desvalorizada, o parto era deixado aos cuidados femininos, pois, além de serem raros os médicos que existiam, estes eram pouco familiarizados com o atendimento ao nascimento. No início do século XX, os médicos formados nas faculdades brasileiras não possuíam conhecimentos práticos, apenas



teóricos, pois as gestantes não pariam nos hospitais. Foi após a Segunda Guerra Mundial que o parto no Brasil foi sendo progressivamente institucionalizado, com o crescimento do número de partos hospitalares, fenômeno conhecido como apropriação médica do conhecimento popular. Nesse mesmo movimento, tendo como causa a comodidade do médico e equipe, os médicos brasileiros se inspiraram em propostas surgidas em Londres e Paris no século anterior, e as mulheres deixaram de parir na posição agachada ou de cócoras como acontecia no Brasil colônia e passaram a ter que adotar a posição deitada ou posição ginecológica (COLLAÇO, 2002). Crizóstomo, Nery e Luz (2007) ressaltam nessas mudanças o desrespeito aos mecanismos fisiológicos do parto e o prejuízo na qualidade do atendimento ao parto normal de baixo risco. Para esses autores, o progresso tecnológico e científico da Obstetrícia e a institucionalização do parto foram importantes e de grande valia para a assistência à gestante e ao parto de alto risco, mas, por outro lado, culminaram em excesso de intervenções desnecessárias e em assistência desumanizada ao parto de evolução fisiológica.

No modelo de assistência atual, o PD está relacionado às práticas culturais de comunidades isoladas com as parteiras e à dificuldade de acesso das mulheres/usuárias aos hospitais, seja pela ausência ou distância, e à falta de recursos econômicos da população. Mas é notório que o PD planejado em grandes centros urbanos relaciona-se com questão de escolha pessoal da mulher (MEDEIROS et al., 2008).

A inclusão da opção da casa como lugar para o nascimento nos grandes centros urbanos indica mudança nos valores, comportamentos e sentimentos quanto à maneira de dar à luz (SOUZA, 2005).

Apesar da posição contrária de alguns conselhos regionais de Medicina e da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que vêm sistematicamente desaconselhando o PD, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (Figo) respeitam o direito de escolha do local de parto pelas mulheres e reconhecem que, quando assistido por profissionais habilitados, há benefícios consideráveis para as mulheres que querem e podem ter partos domiciliares (OMS, 1995; OMS, 1996; FIGO, 1992).

Diversas pesquisas têm destacado a vantagem do PD em relação ao parto hospitalar por resultarem em redução das intervenções e indicarem maior satisfação das mulheres (JOHNSON & DAVISS, 2005; HUTTON et al., 2009; JANSSEN et al., 2009). A casa como ambiente protegido, o acompanhamento de parceiros de forma ativa no trabalho de parto e a escolha de equipe de profissionais torna praticamente inviável a existência de práticas de violência e abuso de poder.



As principais pesquisas que apontam para esses resultados são dois estudos realizados na Holanda, um primeiro publicado em 2009, envolvendo mais de 500 mil partos (DE JONGE et al, 2009), e uma mais recente, publicada em 2011, com uma coorte com mais de 679 mil partos (VAN DER KOOY et al., 2011). Há também um estudo realizado no Reino Unido pelo National Health System (NHS), com mais de 60 mil partos, publicado em 2011 (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011). Este último aponta que, em partos de baixo risco bem assistidos, não há diferença significativa na mortalidade neonatal entre o parto hospitalar e o domiciliar.

Segundo Amorim (2012), a irrelevância da diferença de mortalidade materno-infantil entre partos assistidos em domicílios e partos assistidos em ambientes hospitalares foi corroborada na revisão sistemática publicada em 2012, envolvendo 22 grandes estudos observacionais, e reforçam a conclusão de maior satisfação da mulher quando o parto ocorre em ambiente domiciliar atendido, seja por obstetras certificadas ou obstetras que realizam partos em casa. Concluem que, embora nenhuma diferença de mortalidade perinatal tenha sido encontrada, enfatiza-se a importância de qualificação permanente das equipes de acompanhamento ao parto e a necessidade de existência de serviços de pronto atendimento para eventuais complicações intraparto (MCINTYRE, 2012).

No Brasil, um estudo transversal recente, realizado em Florianópolis/SC por Koettker et al. (2012), apresentou resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas semelhantes às pesquisas internacionais. Foram coletados prontuários de 100 parturientes assistidas de 2005 a 2009, e desse total, constatou-se a necessidade de 11 transferências hospitalares, sendo nove submetidas à cesariana. Apenas 1% das parturientes sofreu episiotomia e 49,4% não necessitaram sutura perineal. A maioria apresentou batimentos cardíacos fetais (94%) e evolução no partograma (61%) normais. Dos recém-nascidos, 98,9% receberam Apgar do 5º minuto  $\geq 7$ . A análise corrobora com a indicação dos estudos internacionais de que o PD é seguro (AMORIM, 2012).

A OMS reconhece enfermeiras obstetras e parteiras como profissionais habilitadas para prestar assistência ao parto e não apenas médicos, recomendando que as mulheres possam escolher ter seus partos em casa se elas têm gestações de baixo-risco. Aliás, grande parte das enfermeiras obstétricas que atuam nas grandes cidades considera o parto como evento natural e concordam que, se estiver bem acompanhado no pré-natal e livre de complicações, pode ocorrer fora do ambiente hospitalar (MEDEIROS et al., 2008). Nesse sentido, a possibilidade de escolha do local de parto implica trocas e debates a respeito dos direitos, dos medos, dos desejos, das informações e do conhecimento científico que são cada vez mais propiciados por grupo de gestantes e equipes multiprofissionais como psicólogos, terapeutas corporais, médicos obstetras, enfermeiras, doulas e parteiras.

A realização de PD sugere a ampliação do dispositivo pré-natal, não mais reduzido a consultas médicas, embora estas sejam fundamentais. Mostram-se também fundamentais que o pré-natal se complexifique em uma configuração grupal, transdisciplinar e dialógica, sem o qual as políticas do medo dificilmente serão superadas.

### **Parto domiciliar como analisador da rede assistencial**

O direito de escolha do local de parto é bandeira de um movimento que vem ganhando cada vez mais expressão e visibilidade na cena pública à medida que traz nova perspectiva para o problema do parto e do nascimento no Brasil. O tema ganhou expressão em matérias nas revistas, programas de rádio, TV e nas redes sociais, especialmente depois de uma matéria veiculada por um programa dominical, dia 10 de junho de 2011, sobre um vídeo que se destacou na internet em rede mundial trazendo à tona o tema do parto e do nascimento no Brasil.

A matéria mostrou partes do PD da terapeuta ocupacional e sanitária Sabrina Ferigato, compartilhado nas redes sociais com o intuito de fortalecer a humanização do parto. Essa matéria mostrou também trechos de entrevista com a doula Lara H. Gordon, com a obstetrix Ana Cristina Duarte e com o médico obstetra e prof. Dr. Jorge Kuhn, que se pronunciaram a favor do PD para gestantes de baixo risco.<sup>15</sup>

No dia seguinte, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) denunciou o médico ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), alegando que o posicionamento de Jorge Kuhn foi antiético. Essa atitude do conselho disparou reações dos movimentos sociais em defesa do PD, entre elas, a “Marcha pelo parto em casa” que foi mobilizada em, pelo menos, 32 municípios brasileiros nos dias 16 e 17 de junho de 2012 (<http://www.redehumanizausus.net/12996-marcha-do-parto-em-casa-imagens-de-todo-brasil>).

Na matéria veiculada, chamava-se atenção para a polêmica constituída em torno da expressão utilizada para definir essa modalidade de parto: *parto domiciliar humanizado*. Ou seja, de modo geral, entende-se justo e digno o parto humanizado, desde que realizado em ambientes hospitalares, sendo o termo *domiciliar* índice de risco e polêmica. Nesse sentido o PD mais do que o parto humanizado teve a potência de ser um analisador das relações de poder que influenciam o atual quadro de desumanização do parto no Brasil.

Os motivos pelos quais o PD é combatido permitem entender porque a humanização do parto, mesmo em ambientes hospitalares, é obstruída. É nesse sentido que o PD opera como um dispositivo, pois permite evidenciar de forma mais intensa os desafios para a humanização do parto de modo geral, sendo domiciliar ao não. E por que o PD tem esse potencial analisador?

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://fantastico.globo.com/jornalismo/O,,MUL1680907-15605,00.html>>. Acesso em: 10 out. 2012.

A casa, ao ser incluída como ambiente propício para a realização de partos de baixo risco, tem grande potencial de desmedicalização e alteração das relações de poder que incidem sobre a vida. Quando se considera a possibilidade de que um parto seja realizado em casa, o saber médico e o hospital/maternidade são deslocados do lugar de centralidade para lugar de retaguarda. A defesa de um PD seguro não dispensa uma rede assistencial médica e hospitalar, mas sua função é ressignificada. Para a realização de um PD é fundamental a existência de uma rede de urgência que possa ser rapidamente acessada nos raros casos em que isso é necessário. Essa proposta interfere diretamente em uma prática que baseia-se em um saber que coloca-se, necessariamente e para todos os casos, em um lugar de centralidade. A casa como ambiente de parto, mais que um hospital humanizado, desloca de forma intensa o poder que o saber médico passa a ter sobre o tempo de gestação e sobre os procedimentos de intervenção no corpo da mulher.

Supomos que isso passa a ser insuportável para os interesses de algumas corporações que tem se posicionado contrárias a tal prática. Embora enfermeiros e obstetras sejam legalmente habilitados para assistir partos em casa, o Conselho Federal de Medicina (CFM) considera mais seguro que ele seja feito no hospital (CFM, 2012). O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) chegou a vetar que os médicos do Rio de Janeiro assistissem partos domiciliares e a pedir ao Cremesp a punição do médico obstetra que defendeu a opção pelo parto em casa em entrevista ao programa acima referido. A instrução do Cremerj contra o PD após manifestações em todo País foi derrubada pela Justiça do Rio de Janeiro.

Ao censurar o PD, a corporação médica, por meio de seus conselhos, passa a ter a obrigação ética de explicitar, com base em pesquisas científicas, não só o motivo dessa retaliação autoritária, mas também os motivos que fazem do Brasil campeão mundial em cesarianas. Que ética desautoriza o PD e autoriza intervenção desnecessária em milhões de mulheres brasileiras? Que evidências científicas justificam a transformação de um momento natural em procedimento cirúrgico a contrapelo do que indica a OMS e diversos países desenvolvidos do mundo?

A cesariana representa avanço da Medicina à medida que salva as vidas de mães e bebês quando tal intervenção é necessária. Entretanto, quando este procedimento passa a ser realizado de forma indiscriminada, é a própria Medicina que abdica de seu avanço em nome da reserva de mercado, do corporativismo e da concentração de poder. As políticas do medo, da impotência e da violência institucional passam a ganhar proporções avassaladoras. Milhares de mulheres são conduzidas a agendar o dia do parto, por meio da realização de cirurgia de médio a grande porte (cesariana) sob as mais variadas alegações: de que não aguentarão a dor do parto, de que o bebê está com circular de cordão, entre outras. Mas não é segredo que, além do fator financeiro, o que está em jogo é a zona de

conforto dos profissionais da saúde, que querem garantir a praticidade e a conveniência de programar cesarianas eletivas, sem que haja qualquer indicação respaldada em evidências científicas.

A proposta construída em torno da defesa do PD ganha a forte expressão de direito à escolha do local do parto. Nesse sentido, busca-se inserir a casa com um ambiente propício e possível para a realização do parto e a inclusão de profissionais não médicos como corresponsáveis pelo acompanhamento do parto. Parece claro, portanto, que o parto entendido como evento natural e não médico recoloca o problema da centralidade do saber médico e seus efeitos para a saúde.

### **O Sistema Único de Saúde e o parto domiciliar**

Como já descrevemos anteriormente, a humanização do parto e do nascimento integra uma das políticas prioritárias do SUS, que está em processo de implementação por meio da Rede Cegonha. No entanto, embora as evidências científicas apresentadas e a experiência de países com sistemas universais redistributivos semelhantes ao SUS demonstrem que a possibilidade de escolha do local de parto favorece a humanização da assistência, a realização de partos domiciliares realizados por meio do sistema público ainda está longe de ser realidade no cenário nacional.

Analisando as práticas de parto em domicílio presentes no Brasil, podemos verificar a coexistência de dois contextos que são tomados como elementos para desqualificar o movimento do PD humanizado. O parto realizado por parteiras, em regiões de vazio assistencial, e o parto realizado em centros urbanos, por equipes interdisciplinares para o público de classe média. Esses movimentos são tomados como signos de um movimento que ocorre à margem do SUS. De um lado, o PD aparece como signo da desassistência e atraso e de outro lado o PD emerge como movimento de elite. Ou seja, nos dois casos concretos em que o parto domiciliar vem sendo praticado no Brasil, o SUS não comparece como rede de assistência, servindo para ataques de ordem ideológica que tendem a desqualificar qualquer ideia de que um dia o PD possa ser um procedimento realizado pela rede pública de saúde.

Entretanto, muitos movimentos que alteraram o modo do SUS se organizar, surgiram de movimentos que aliaram desejos coletivos de mudança, mesmo sendo inicialmente um movimento exterior ao SUS. O caso da aids, por exemplo, que teve forte participação da classe média brasileira associada ao movimento minoritário de *gays*, permitiu que os avanços e conquistas para prevenção e tratamento ao HIV/aids se universalizassem e se tornassem referência mundial. O fato de ser um procedimento hoje restrito a situações extremas (regiões desassistidas e classe socioeconomicamente favorecida) não pode ser

tomado como índice para desqualificação desse movimento, uma vez que seus anseios são universalizantes e públicos.

Em seu primeiro modo de expressão, verificamos a presença de PD realizados em regiões desassistidas do Brasil, onde, o PD faz parte da tradição e cultura local. Essa situação, embora seja uma tradição, não pode ser idealizada, pois o maior problema nesses casos é que, geralmente, as parteiras tradicionais não contam com rede de apoio em caso de complicações no parto e não tem acesso a ferramentas técnicas ou tecnológicas que muitas vezes podem salvar vidas. Por outro lado, permanece o desafio de conciliar a ampliação da cobertura e acesso às tecnologias disponíveis com as referidas práticas locais, sem que estas sejam desqualificadas e significadas como atrasadas.

Para minimizar esse tipo de risco, o próprio Ministério da Saúde está implementando ofertas de capacitação e instrumentalização das parteiras tradicionais em regiões onde elas ainda são a única opção para assistir partos e nascimentos.

Como signo da elite, os partos domiciliares aparecem vinculados a entidades privadas organizadas e pautadas por diretrizes da humanização. Médicos obstetras, obstetrias, enfermeiras obstétricas, neonatologistas e doulas compõem algumas equipes interdisciplinares que fazem a assistência ao parto em domicílio de gestantes de baixo risco, com suporte técnico-tecnológico para o acompanhamento do parto natural e para intervenções em urgências/emergências obstétricas. Essas equipes contam também com planejamento da situação do parto com a gestante, com o transporte e com o acesso hospitalar para situações em que seja necessária transferência da parturiente e/ou bebê para o hospital (seja por intercorrências no curso natural do parto, seja por desejo do casal gestante, que pode avaliar como necessário o uso de analgesia, por exemplo).

Condições como essa tornam o PD financeiramente inacessível para a maior parte das mulheres brasileiras, e hoje fica restrita a uma minoria de casais que conseguem acessar essas equipes e sustentar social, afetiva e financeiramente sua escolha. Hoje, essas mulheres são, na maioria das vezes, além de oriundas de classes socioeconomicamente favorecidas, detentoras de alto grau de escolaridade (KOETTKER et al., 2012). Entretanto, um movimento não pode ser taxado de “elitista” porque não se origina de grupos pobres da sociedade. Elitista deve ser um adjetivo usado quando os anseios são elitistas, ou seja, privatizantes, excludentes e em defesa do mercado. Um movimento pode ser inicialmente organizado pelas ditas classes média e alta e ter como anseio a universalização, a inclusão, a defesa do público e da vida. É dessa forma que entendemos o atual movimento em defesa pelo parto domiciliar que vem sendo organizado principalmente em centros urbanos.

Nesse caso, fica o desafio de que esse movimento não se feche dentro de um grupo específico, e inclua diferentes segmentos da sociedade, provoque a rede pública a repensar seus

procedimentos e as limitações que a universalidade do acesso sofre quando se padronizam modelos de parto que excluem outras possibilidades não hospitalares de atendimento ao parto. Em termos de sistema de saúde, a luta no setor privado pela humanização do parto é potencialmente mais difícil do que no setor público, uma vez que nem sequer tem acesso às estatísticas das equipes, dos profissionais e dos serviços de saúde privados. Com todas as dificuldades que ainda se tem no SUS, pode-se afirmar que a luta da cidadania pelo direito à saúde é mais promissora, uma vez que a desigualdade de poder entre os profissionais de saúde e usuárias (ainda que estas sejam bem informadas) sempre será muito grande. Ou seja, o SUS tem mecanismos de controle social e transparência que, se forem plenamente usados, podem definir os modelos de atenção com mais facilidade do que o sistema privado.

Embora esse modo de parir seja acessível a uma parcela pouco significativa da população nacional, e uma porcentagem muito pequena de mulheres optem pelos PDs, os movimentos sociais organizados, mães, pais e profissionais militantes da humanização do parto têm cumprido papel relevante para a universalização dessas reivindicações. Para além de questões de classe, são incorporadas no debate disputas necessárias para a democratização brasileira pela via dos direitos humanos, pelo direito de escolha, pelo resgate do protagonismo feminino em relação ao seu corpo e ao parto, bem como pela possibilidade de resignificação do movimento feminista no Brasil.

Enquanto política pública e expressão de um dos processos mais potentes de exercício de cidadania no Brasil, o SUS não pode ficar alheio a essa discussão. Embora essa não seja uma prática possível de ser incorporada no SUS em curto prazo, precisamos dar início aos primeiros passos. Por isso, gostaríamos de apontar algumas vias para que essa possibilidade comece a ganhar concretude.

No atual momento de desenvolvimento e fortalecimento de uma rede perinatal no âmbito do SUS, nossa defesa se direciona mais para o fortalecimento das instâncias intermediárias que já tem forte papel no deslocamento dos poderes centralizadores e autoritários. As Casas e Centros de Parto Normal que, mesmo raras, já são realidade brasileira, indicam para novas práticas de humanização do parto em que a assistência pode ser feita fora do centralismo médico-hospitalar.

A Rede Cegonha traz como possibilidade os Fóruns Perinatais, instâncias abertas de discussão da atenção perinatal, para a participação dos gestores da saúde, setor público (ministério público e universidades, por exemplo), serviços de saúde locais e todas as representações da sociedade civil que tiverem interesse em contribuir para enfrentamento dos desafios da atenção perinatal, em cada região (conselhos profissionais, movimentos de mulheres

etc.). Esse espaço torna público o debate e é uma instância importante na definição da aplicação dos recursos da Rede Cegonha.

Outra experiência adotada em países que atualmente realizam o PD pelos seus sistemas públicos de saúde, como Canadá e Inglaterra, é a possibilidade de realização ou acompanhamento de parto por profissionais (médicos, obstetrias ou enfermeiras) da rede primária de saúde, que no Brasil seriam realizados pelas enfermeiras das Equipes de Saúde da Família (eSF) que realizam o pré-natal. A possibilidade de qualificação dos profissionais da eSF com a formação de obstetria não é proposta de alto custo, podendo ser importante dispositivo para qualificar o pré-natal e fortalecer o vínculo, uma vez que o profissional envolvido com o processo gestacional participará do momento do parto. Além disso, esse vínculo e maior responsabilização com aumento da capacidade técnica dos profissionais da Atenção Básica parecem ser um passo importante para a territorialização do parto ao contexto domiciliar. Também seria recomendável que a Atenção Básica pudesse trazer para a Equipe de Saúde da Família, assim como traz o agente comunitário de saúde, as parteiras e as doulas presentes no território.

### **Considerações finais: o corpo a parir como prática de resistência**

Quando a mulher dá à luz e é respeitada nesse processo, é possível vivenciar o nascimento de uma mulher-mãe. Ao experimentar essa situação limite, a mulher se expõe, se afirma e se compõe com outros corpos presentes na cena: o pai do bebê e/ou outros familiares e amigos, a equipe de Saúde, o bebê, os sons, os objetos e o ambiente. Experimenta o que pode um corpo na linguagem spinozana, elabora aquela nova vida que se coloca à sua frente com a chegada de um novo ser vivo que se produz nela e com ela. A dor, que no contexto cultural brasileiro ganha importante centralidade no imaginário acerca da cena do parto, ganha novos sentidos. Sem dúvidas é um elemento importante e que afeta a maioria das mulheres, porém não é ou não precisa ser o elemento central do parto. A própria dor é resignificada quando é permitido ao corpo da mulher conduzir o processo de parir: ela é acompanhada por outras intensidades igualmente ou mais significativas tais como força, medo, insegurança, expectativas, prazeres, alegria, além da sensação ativa de viver e sentir o parto.

No modelo hegemônico de parto, as inúmeras intervenções constroem uma ação corporal mais potente. A força do desejo, nesse caso, é canalizada para outros fins, bastante diferentes e distantes da produção de uma nova mulher e de uma nova vida, distantes da produção do próprio desejo e de outras potências de ação feminina. O desejo e as potências são reduzidos e reprimidos visando à rapidez e a uma pretensa diminuição dos riscos. Abafa-se a produção de vida livre e a duração das suas intensidades. Esse constrangimento corpóreo, esse estancamento de forças de fluxos (musculares e relacionais) geram o que



podemos chamar de padronização corpórea e comportamental (nos corpos e nas relações) (FERRACINI et al., 2012), quando não, violência institucional.

Entendemos que o “parto humanizado” não é um novo “modelo” que substitui um “modelo anterior”, mas sim um modo singular de encontro em cada parto, já que aqui pensamos o parto mais como modelagem (que se produz no encontro livre da mão de quem modela com a matéria a ser moldada) que como moldagem (em que a matéria se adapta a um molde). Apostamos no parto em sua singularidade e não engessado em regras e padrões a serem obedecidos, e não por isso sem segurança, tecnologias necessárias e a inventividade que envolve o processo de cuidado. Essas garantias se colocam aqui mais como direito do que como regra. Não se trata, absolutamente, da produção de grandes eventos, mas do simples que se faz de outro modo no mundo, gerando novos mundos, para todos os recém-nascidos daquele instante, já que não nasce apenas um novo bebê, nasce também um novo homem-pai, uma nova mulher-mãe e se o profissional da Saúde se permitir um olhar atento, sensível e poroso, a cada parto nasce também um novo cuidador.

Enfim, propomos o PD como dispositivo de humanização nas práticas em saúde e como dispositivo de *reexistência* feminina. Resistência no seu sentido mais afirmativo: uma resistência que produz, e produz a vida. E que a ativação dessa nova existência feminina tenha potência para contagiar equipes de Saúde alterando os modos de gerir as práticas de parto e gestar novos modos de produção de saúde. Propomos que se tome a Atenção Perinatal no Brasil, a partir dos últimos acontecimentos e do contexto sanitário perinatal, como importante analisador das forças políticas que disputam o modo de produção de saúde. Que os movimentos de luta pelo direito de escolha do local do parto e pela humanização do parto em geral, sejam considerados aliados potencialmente importantes na luta pelo direito à saúde, e que o SUS seja capaz de incorporar demandas destes movimentos sociais. Que se possa valorizar as produções técnicas e conceituais que se dão nas vivências dessas experiências, ainda minoritárias no País, como contribuição, não somente para a atenção perinatal, mas também para a compreensão do processo saúde-doença e a construção de novos paradigmas de saúde. Por último, é preciso lembrar que a mudança das práticas de atenção perinatal requer também a construção de redes assistenciais, ou seja, serviços de Saúde, e de outros setores trabalhando de forma sinérgica sob outro paradigma de saúde e com transparência e permeabilidade ao controle da sociedade. A construção de Redes Assistenciais que envolvam vários entes federativos e constituam regiões de Saúde, ainda é um desafio para o SUS.

## Referências

AMORIM, M. M. R. Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências. **Guia do bebê** [revista online], ago. 2012. Disponível em: <<http://guiadobebe.uol.com.br/parto-domiciliar-direito-reprodutivo-e-evidencias/2/>>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BATISTA, L. E. **Mortalidade adulta no Estado de São Paulo**. In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE SÃO PAULO, 1., 2004, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2004. p. 117-128. Disponível em: <<http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/117-128LuisEduardo.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, [S.l.], v. 343, n. 23-24, p. d7400, Nov. 2011. Disponível em: <[http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/343/nov23\\_4/d7400](http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/343/nov23_4/d7400)>. Acesso em: 2 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 25 set. 2013.

BRÜGGEMANN, O. M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 23-30.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambientes hospitalares**. Ago. 2012. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3%3Aportal&Itemid=1](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3%3Aportal&Itemid=1)>. Acesso em: 2 nov. 2012.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

DE JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529, 688 low-risk planned home and hospital births. **BJOG**, an International journal of obstetrics and gynaecology, [S.l.], v. 116, n. 9, p.1177-1184, Aug. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19624439>>. Acesso em: 4 set. 2012.

DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional, profissional e ethos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1042-1043, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000500022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500022>>. Acesso em: 4 set. 2012.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 150-173, 1991.

FERRACINI, R. et al. Uma experiência de cartografia territorial do corpo em Arte. **Revista Urdimento** – Revista do programa de pós graduação da UESC, Florianópolis, Aceito para publicação em 2012. (Mimeo) (No prelo)

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 38, Supplement, London, p. 579-580, 1992. Disponível em: <[http://www.ijgo.org/article/0020-7292\(92\)90037-1/pdf](http://www.ijgo.org/article/0020-7292(92)90037-1/pdf)>. Acesso em: 4 out. 2012.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território e População**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2009.

HOTIMSKY, S. N. ET AL. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

HUTTON, E. K.; REITSMA, A. H.; KAUFMAN, K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. **Birth**, Berkeley, CA, v. 36, n. 3, p. 180-189, Sept. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19747264>>. Acesso em: 4 out. 2012.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina**. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOETTKER, J. G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-750. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/cb3548.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2012.

JANSSEN, P. A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **Canadian Medical Association Journal**, [S.l.], v. 181, n. 7, p. 377-383, Sept. 2009. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2742137&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

JOHNSON, K. C.; DAVISS, B. A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **BMJ**, [S.l.], v. 330, n. 7505, p. 1416, June 2005. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=558373&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>. Acesso em: 12 out. 2012.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MCINTYRE, M. J. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Australian Health Review**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 140-147, May 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624633>>. Acesso em: 1 out. 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-772, dez. 2008.

NIETZSCHE, F. **O crepúsculo dos ídolos ou como filosofar com o martelo.** 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (coleção “Os Pensadores”)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Appropriate technology for birth. **Lancet**, [S.l.], v. 24, n. 2, p.436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Care in normal birth; a practical guide.** Genebra, 1996.

TOURINHO, P. Humanizar o que é essencialmente humano. **Blog Saúde Brasil**, 2012. Disponível em: <<http://blogsaudedebrasil.com.br/2012/03/06/humanizar-o-que-e-essencialmente-humano/>>. Acesso em: 4 out. 2012.

SÃO PAULO (Estado). Instituto de Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde (BIS) nº 31: Raça Etnia e Gênero.** 2003. ISSN 1809-7529. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2012.

SPINOZA, B. **Ética.** Tradução de Thomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa:** um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

VAN DER KOOY, J. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: Intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. **Obstetrics and gynecology**, [S.l.], v. 118, n. 5, p. 1037-1046, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015871>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

**Etnicidade e Humanização:**  
Fortalecendo a Rede de Cuidado à Saúde

**Materno-  
-Infantil  
Indígena\***

**Ethnicity and Humanization: Strengthening Care Network for  
Indigenous, Maternal and Child Health**

Roberta Aguiar Cerri Reis <sup>1</sup>

Núbia Maria de Melo e Silva <sup>2</sup>

Artigo



## Resumo

O objetivo deste artigo é contribuir, por meio de uma discussão teórica e política, para o fortalecimento de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento centrado na pessoa, em suas necessidades individuais e únicas, capaz de sensibilizar e orientar gestores e profissionais de Saúde para ação contínua e permanente à saúde da mulher e da criança. Neste sentido, ressaltamos a importância da reconstituição do itinerário terapêutico da mulher indígena a partir do ambiente social das aldeias, uma vez que o caminhar dessa gestante pela rede é orientado por fatores de ordem socioeconômica, mas principalmente pela influência dos conceitos nativos de saúde, doença e cura, bem como da própria história de contato com os não índios. O (re)conhecimento das interações entre usuário e sistema de Saúde estimula o processo de estabelecimento de vínculo e a responsabilização da equipe de Saúde diante da mulher indígena procurando facilitar seu caminhar pela rede.

## Palavras-chave:

Etnicidade. Humanização. Parto. Nascimento. Itinerário terapêutico. Redes.

## Abstract

The aim of this paper is to contribute, through a theoretical and political discussion, to the strengthening of a health care model for childbirth that is centered on the person, in their individual and unique needs, able to sensitize and guide managers and health professionals for continuous and ongoing action on women and children health. In this regard, we emphasize the importance of rebuilding the therapeutic itinerary of indigenous women from the social environment of the villages, since the way pregnant women move throughout this network is driven by socioeconomic factors, but mainly by the influence of the native concepts of health, disease and healing as well as their history of contact with non-Indians. The (re)cognition of the interactions between user and health systems stimulates the process of relationship and responsibility of the healthcare team before the indigenous women and seeking to facilitate their transit through the network.

## Keywords:

Ethnicity. Humanization. Childbirth. Labor. Therapeutic Itinerary. Networks.

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Antropóloga. Assessora Técnica do Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

<sup>2</sup> Socióloga. Especialista em Saúde Coletiva/ Fiocruz. Consultora do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).



### Introdução

Em setembro de 1999, o governo brasileiro publicou a Lei nº 9.836, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), legislando em favor de atendimento diferenciado aos povos indígenas residentes no Brasil. Em 2000, foi lançada a primeira edição da *Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas* (BRASIL, 2002) a qual reconhece a eficácia da Medicina tradicional e o direito dos povos indígenas à sua cultura. Tal princípio permeia todas as diretrizes da Política, ou seja, o respeito às concepções, às práticas e aos valores relativos ao processo saúde-doença próprios de cada sociedade indígena deve ser o eixo *sine qua non* na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde. Desde então, muito tem-se falado sobre as diferentes necessidades que “movem” indígenas e não indígenas. Necessidades que se assentam sobre diferentes concepções de corpo, parto, nascimento, alma, desenvolvimento e crescimento, fases da vida, relação com a natureza, enfim, sobre a forma de ver, conceber e viver a vida e o processo de produção de saúde.

A publicação do Sasi fortaleceu os princípios da integralidade e da equidade como essenciais à construção de uma atenção à saúde diferenciada, uma atenção à saúde que se pautasse nas necessidades individuais e coletivas próprias a cada etnia, entretanto, em nosso País o modelo hegemônico de atenção à saúde continua verticalizado, médico centrado.

Na atenção materno-infantil, os desdobramentos desse modelo centrado em exames e procedimentos médico-hospitalares mostraram-se ineficazes, mantendo elevadas a Razão de Mortalidade Materna e a Taxa de Mortalidade Infantil, além de colocar o Brasil na vergonhosa posição de país campeão mundial de partos cesarianos. A conjugação dessas realidades foi tomada como indicativa de que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento adotados, até os dias de hoje, medicalizado e intervencionista, terminava por gerar iatrogenias e morbimortalidades, como uma série de violação aos Direitos Humanos de mulheres e crianças.

Considerando esse contexto, em março de 2011, o governo brasileiro publicou a Portaria MS/GM, nº 1.459, instituindo a estratégia Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e que os três primeiros princípios, do art. 2º, asseguram como essenciais:

- I – o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II – o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III – a promoção da equidade;

Em nosso entendimento, o conteúdo citado permite afirmar que a estratégia Rede Cegonha acolhe o direito à diversidade de modelos de assistência ao parto e ao nascimento coexistentes no Brasil, incluindo aquele que ocorre no domicílio indígena e que é assistido por familiares e/ou por detentoras(es) das práticas e saberes de cada povo. Significa dizer que o parto domiciliar indígena deve se inserir na trama da rede de assistência obstétrica com acesso e qualidade, conforme preconiza a Rede Cegonha, em implementação nas diferentes regiões de saúde do País.

Com isso, o Ministério da Saúde passou a protagonizar a proposta de romper com o paradigma desse modelo de atenção médico centrado, institucionalizado pelos serviços de Saúde, para assumir a defesa de novo modelo de atenção centrado na pessoa, em suas necessidades individuais e únicas, pautado por uma política contra-hegemônica que vem se fortalecendo na defesa dos seguintes aspectos: fomentar a autonomia e proatividade dos sujeitos na definição de projeto terapêutico singular; construir e gerenciar redes regionalizadas de atenção à saúde, contratualizando-se serviços e pontos de atenção por meio de colegiados gestores interfederativos; fomentar e garantir a participação de gestores, de trabalhadores e de usuários na cogestão de processos de tomada de decisão para promoção da atenção à saúde; alimentar projeto político de fortalecimento e afirmação dos direitos de mulheres e de crianças à saúde integral e diferenciada, onde todos os atores e pontos de atenção devem estar disponibilizados e assegurados, sempre que demandados pelos usuários.

Restabelecer essa nova prática de saúde pressupõe a assunção de uma atenção baseada em Redes de Cuidado, onde, em se tratando de povos indígenas, a atenção diferenciada deve atender a necessidade expressa por alguns usuários de acesso ao diagnóstico de seus cuidadores, baseado em saberes, valores e conhecimentos empíricos de seus ancestrais, bem como a necessidade de acesso às práticas adotadas por cada povo, como: xamanismo, benzimento, uso de chás e ervas, além de outras formas de cura tradicionais.

Assim, a partir desse cenário, este texto foi elaborado com o objetivo de debruçarmos no contexto da saúde da mulher e da criança indígena, considerando a importância da abordagem nativa sobre concepção, parto e nascimento e a estreita relação que este campo pode e deve ter com as diretrizes da Política Nacional de Humanização – acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

### O espaço do nascimento e seus sujeitos

Ao falarmos de nascimento, é importante ressaltar a ideia de que o parto é um evento que se traduz de diferentes formas entre povos indígenas no Brasil, mas que tem como marcas constantes seu caráter privado e familiar (BRASIL, 2011 p. 27). Penetraremos em um contexto onde conceber, gerar e parir são reflexos de um saber costurado pela experiência de vida individual e coletiva, e arrematado pela solidariedade entre mulheres, protagonistas do processo.

O nascimento, dentro do qual se insere a concepção, a gestação, o parto e o desenvolvimento da criança recém-nascida, constitui um espaço muito mais abrangente que a simples reprodução de pessoas enquanto corpos físicos. É pelos caminhos que perpassam o nascimento que modos de viver, de ser e de conceber o mundo também são reproduzidos, ou seja, um espaço privilegiado para construção de sujeitos. Para os povos indígenas no Brasil, o contexto do nascimento é também elemento central em suas diversas formas de entender o mundo, por isso têm regras, ritos e remédios para os diversos momentos que seguem a concepção e cada momento da vida da criança. Por exemplo, a modelagem do corpo nos seus primeiros anos de vida ou a especificação de uma dieta alimentar rígida durante a gestação e o resguardo são procedimentos comuns a quase todos os povos no Brasil. Da mesma forma, a atribuição de doenças que acometem principalmente os menores de 1 ano são, na maioria das vezes, atribuídas ao rompimento, por parte dos pais, de regras essenciais para proteção daquele corpo que não é tido como organismo individualizado, como é o entendimento da Biomedicina (MENDONÇA, 2010).

É recorrente, nas terras baixas sul-americanas, controlar constantemente as relações sexuais e alimentares para que essas não se tornem perigosas à formação da criança e que não deem lugar às represálias dos mais diversos espíritos. A formação do corpo/alma de uma criança Paumari<sup>3</sup>, por exemplo, implica muito mais que um ato sexual e mais que um casal de genitores, já que as excreções corporais (esperma e leite) que formam, entre outras coisas, o corpo da criança e, logo, estabelecem os laços de parentesco, podem vir de múltiplos pais e mães. A concepção também não se faz possível sem a intervenção de um pajé que possui o papel de “fixar” o corpo/alma do feto ao útero da mãe e assegurar, por meio de rituais, o bom desenvolvimento do crescimento do feto. O parto deve ser assistido por uma mulher apenas, geralmente é feito pela mãe ou avó. As mulheres mais jovens podem participar, mas jamais um homem pode se aproximar, pois o odor do sangue e do líquido amniótico o faria ter péssimas pescas e caças. A parturiente é encorajada a andar durante o trabalho de parto até que as contrações sejam bem frequentes. Então começa o parto propriamente dito, que não caberá aqui descrevê-lo por completo, mas alguns aspectos são importantes ressaltar, como o fato de não lavar imediatamente a criança, pois, deve-se esperar que o verniz caseoso saia naturalmente da pele para que a criança se acostume

<sup>3</sup> Povo indígena localizado na bacia do médio rio Purus e que possui uma população de aproximadamente 1.550 indivíduos.

progressivamente aos raios solares. O cordão é cortado antes da saída da placenta que é embalada nas folhas de uma palmeira, em um saco plástico ou em um velho recipiente e deve ser levado o mais longe possível, na floresta, por uma mulher mais de idade ou pela irmã ou filha mais velha, que a enterrará ou jogará em um tronco de árvore bem velho. É importante que a placenta não seja jogada ao sol e nem na água, pois poderá ser devorada por um animal selvagem ou peixe, e a mãe pode morrer imediatamente por hemorragia interna. O pajé que trabalhou na concepção deverá ir imediatamente ao local a fim de admirar a criança e realizar seu primeiro ritual. Assim como em vários lugares na Amazônia, o período de resguardo é bastante delicado e os pais devem observar as restrições alimentares e limitar ao máximo suas atividades cotidianas, qualquer quebra nas regras deixam a criança vulnerável à captura de espíritos (BONILLA, 2007).

Outra questão também bastante presente no espaço do nascimento entre povos indígenas no Brasil é o fato, como mencionado acima, de que os corpos em questão não são organismos individualizados. Para os Javaé<sup>4</sup>, por exemplo, um recém-nascido é concebido como uma mistura de energia vital (sangue e sêmen) de seus pais, estando dessa maneira ligados ao uso que eles farão dessa energia (Rodrigues, 1993 p.51-52), ou seja, mesmo dando origem a outra vida, o vínculo energético não se rompe, como se a família formasse um só corpo, sendo o filho a continuação energética de seus pais. Por esses motivos, a saúde da criança passa a depender do uso que seus pais fazem de sua própria energia ou substância vital e, assim sendo, eles devem abster-se sexualmente em alguns momentos e, em outros, o que se come pode afetar diretamente a criança, principalmente durante o período próximo ao parto (geralmente os pais da criança não devem comer carne quando vem ao mundo um recém-nascido). Ainda sobre os Javaé, o sangue fora do corpo pode ser extremamente nocivo, por isso, o cordão umbilical e placenta são retirados com muito cuidado e a própria criança deve ser lavada com algodão embebido em água, pois se não retirarem o sangue do recém-nascido, ele ficará doente até morrer (RODRIGUES, 1993 p.69-70).

Na maioria das vezes, os profissionais de Saúde Indígena se deparam com contextos como os citados acima. A percepção da alteridade, ou seja, do outro em suas relações é ainda mais marcante quando se trata de cuidados em torno do nascimento, já que é por meio de momentos como esses que muitos povos se fazem e se garantem enquanto sujeitos, de fato, diferenciados. Cenas e situações inusitadas nos fazem repensar que o cuidado, por parte dos profissionais de Saúde Indígena, não pode se pautar simplesmente no cumprimento de procedimentos preestabelecidos em protocolos técnicos, já que isto imobiliza a criatividade de atuação quando a equipe de Saúde se depara com necessidades conflitantes com as normas e os valores de nossa sociedade.

Em relação ao pré-natal, por exemplo, muitos profissionais de Saúde que atuam em área indígena “reclamam” que só tomam conhecimento que uma mulher está grávida quando

<sup>4</sup> Povo Indígena autodenominado de Iny com os Karajá e Xambioá e localizado na Ilha do Bananal – TO.

a barriga começa a aparecer, pois essas mulheres mantêm a gestação em segredo, outros, dizem não poder pesar a criança recém-nascida, pois a mãe não a tira de casa até que complete um mês ou dois, enfim, são múltiplos os casos onde o diferente assume papel central.

Os cuidados relativos ao parto e ao bebê que acaba de nascer vêm, por muitas vezes, contrastar com o modo ou procedimentos comumente aceitos como mais adequados na Medicina Ocidental. Diante dessas situações, o contato com o outro vem a nos ensinar a possibilidade de outras técnicas e manejos:

Geralmente quando a criança nasce na nossa cultura a placenta nem saiu e a gente imediatamente já faz o corte do cordão umbilical. Eles (Kayapó) não. Eles esperam a placenta sair e levam em média 30 minutos para poder cortar o cordão umbilical e antes que o cortam vão fazendo um processo de *colabar* o cordão na direção do bebê para a placenta e só depois que o cordão está todo ‘coladinho’ é que eles cortam. Eles não amarram e a gente observa que é muito rápido a cicatrização, leva em média 3 dias para o umbigo cair e a cicatrização dá-se sem problema algum. (Maria Marilene, Enfermeira DSEI Altamira)<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Os depoimentos presentes neste artigo foram coletados durante visita técnica da autora Roberta Cerri às aldeias sob jurisdição do Distrito Especial Indígena de Altamira (Dsei Altamira) em setembro de 2011.

O fato das mulheres se isolarem ao dar a luz, dada a naturalidade do processo de parir, também gera certo estranhamento por parte dos profissionais de Saúde:

No início foi muito diferente para mim entender o parto das mulheres Parakãñã, principalmente porque elas nunca procuravam o posto de saúde, faziam tudo sozinhas, geralmente com a ajuda da mãe ou da irmã mais velha. Elas arrumam um espaço na casa para o parto apenas com um esteira e um pau amarrado para se segurarem, ao lado fica uma rede toda furada que após o parto se deitam para o sangue sair. Homem nenhum pode participar, o técnico de enfermagem da aldeia só é chamado (quando o é) depois que a criança “cai” para limpar e cortar o cordão umbilical, no entanto, não antes que a placenta saia. Após a saída da placenta, esta é colocada em um casco de jabuti e o técnico, a avó ou a irmã mais velha que assistiram o parto a enterram

em um lugar distante. Como tenho muito tempo na aldeia, às vezes, elas deixam que eu assista todo o parto. Geralmente, quando o técnico não está presente, o cordão é cortado pelo que chamam de taboca (tipo específico de taquara). Em 12 anos, nunca houve um caso sequer de mortalidade infantil ou materna, ou de infecção. As mulheres não gostam de ir para cidade, pois dizem que no hospital não podem estar junto à família. (técnico de Enfermagem Dresser – Aldeia Xingu, Parakãñã).(sic)

Figura 1 : Taquara utilizada para cortar o cordão umbilical



Foto: Roberta Cerri/2011.

Ao falarmos do conjunto de práticas e contextos que se dão os nascimentos nas diversas etnias, é necessário ter o cuidado de não dissolvermos os sujeitos a um suposto bloco monolítico chamado cultura, o que é comum quando nos referimos aos povos indígenas. Embora a alteridade apareça claramente, ela não pode ser abordada como a diferença



(FLEISCHER, 2011, p. 28), ou seja, a cultura não possui funcionamento único e determinante. Estamos falando de práticas construídas por sujeitos que, mesmo operando em um campo de especificidades próprias, também incorporam vários elementos de outros tantos sistemas de Saúde (biomédicos ou não). É nesse sentido, destacando a autonomia e a criatividade dos sujeitos nos modos de agir diante a processos de saúde, que devemos incorporar em nossas relações profissionais a escuta, o diálogo e a valorização das práticas.

### 1 Itinerário terapêutico e redes de cuidado

Diante de alguns exemplos de representações socioculturais sobre concepção, nascimento e morte, cabe refletirmos, um pouco mais profundamente, sobre a importância que estes contextos possuem diante dos serviços de Saúde ofertados ao usuário e o modo pelo qual almejamos *produzir saúde*.

Primeiramente, devemos ter em mente a ampliação da concepção de saúde na construção do SUS, ou seja, saúde passou a ser concebida para além da ausência da doença, mas compreendida como produto e produtor de uma rede composta por conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe em um território geográfico (BRASIL, 2010b). Estes múltiplos serviços – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, Casa de Apoio à Saúde do Índio, Hospital Geral, Centro de Atenção Psicossocial, Conselho Distrital e Municipal de Saúde etc. – formam os nós dessa rede, nós que estão relacionados, assim como uma rede de pesca.

Desse modo, é oportuno e nos interessa questionar: *como estes nós estão relacionados e como se comunicam?* As respostas a estas perguntas exigem processos de atenção e gestão mais qualificados, processos estes que nos levam a refletir que a produção de saúde depende, sobretudo, de tecnologias leves e relacionais centradas na necessidade do usuário (MERHY; FRANCO, 2003).

Para isso devemos considerar todos os atores implicados na produção de saúde, sejam eles médicos ou pajés, enfermeiras ou parteiras, psicólogos ou rezadores, atendentes, conselheiros, caciques, mães, pais e avós etc., pois as relações que orientam os nós que formam a Rede de Cuidado são pressupostos (ou deveriam ser) de contratualizações entre estes diferentes atores sociais e políticos, ou seja, a organização da atenção deve ser produto delas.

Não há como, por exemplo, garantir ambiência adequada à mulher indígena em determinada maternidade se não conhecemos a forma como estas mulheres parem, quem deve acompanhá-las, o que fazer com a placenta, o que devem (mãe e pai) comer após o parto, entre vários outros saberes e valores destacados anteriormente. Enfim, não há como



garantir espaço que vise a confortabilidade, que possibilite a produção de subjetividade e que seja uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho (BRASIL, 2010a p. 6) sem a existência de inter-relacionamento entre os sujeitos e saberes que atuam na produção de saúde de outro sujeito, a mulher.

Por isso a reconstituição do Itinerário Terapêutico da mulher e criança indígena constitui ferramenta importante na identificação dos atores que compõe e articulam essa Rede. Além do reconhecimento de quem são os atores envolvidos, o respeito e o acolhimento, componentes éticos essenciais na construção e no fortalecimento das redes, se estreitam e se fazem cada vez mais presentes durante o processo de entendimento dos diversos caminhos percorridos pela mulher gestante.

Entendemos, então, sobre a importância do Itinerário Terapêutico, cabe agora perguntarmos: *na prática, como fazer? Como reconhecer esses caminhos e esses sujeitos?*

A Sociologia e a Antropologia trouxeram para o campo da Saúde uma rica ferramenta: a coleta de narrativas sobre o processo saúde e doença. Para atingir os objetivos que esperamos, este procedimento de colher informações, histórias e experiências deve ser parte integrante do processo de produção de saúde. Em outras palavras, na prática, significa *qualificar a escuta, o diálogo, a atenção em saúde.*

Considerando que são as redes sociais que definem a forma como a doença é compreendida, expressada e vivida (MANGIA; MURAMOTO, 2008), esta coleta e estudo de narrativas ou a reconstituição do itinerário terapêutico, o que é bem mais amplo do que o sistema de Saúde oficial, aponta para a importância que devemos atribuir à experiência vivida bem como à multiplicidade de escolhas e caminhos percorridos no processo de produção de saúde. Significa, de acordo com Merhy & Franco (2003), a predominância do Trabalho Vivo, ou seja, o trabalho em ato, produto das relações estabelecidas e em processo contínuo, vivo, ao Trabalho Morto, centrado no ato prescritivo e procedimentos médicos.

Dessa forma, a reconstituição do itinerário terapêutico e o fluxo assistencial, a partir do ambiente social de cada aldeia, são fundamentais para a construção de estratégias de enfrentamento e reorientação de modelos de atenção, ou seja, fundamentais para construção criativa de saídas e de atuação em redes. É a partir daí que podemos construir uma linha de cuidado materno-infantil que seja integral e que tenha como fio condutor as necessidades identificadas, e possa articular a produção de cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, de forma a prezar pela eficiência do atendimento à saúde.

É pela compreensão, respeito e inclusão desses diferentes modos de entendimento sobre o cuidado e a corporalidade nas práticas de saúde que se faz possível transformar a realidade

e aumentar o grau de autonomia das mulheres indígenas nos processos de produção de saúde. Não há como falar em corresponsabilidade se o usuário, neste caso a mulher e a criança indígena, estão apenas inseridos passivamente em uma rede de saúde que não prevê as múltiplas possibilidades de atuação. Portanto, a mulher indígena bem como os diferentes atores envolvidos em seu Itinerário Terapêutico – pajé, familiares, parteiras – são essencialmente importantes na produção de sua saúde e da saúde da comunidade. Ainda, é a partir dessa compreensão que se torna possível estreitar o estabelecimento de vínculo e a responsabilização da equipe diante um procedimento de saúde, procurando facilitar o atendimento do usuário na rede de acordo com suas necessidades, bem como estimular e, muitas vezes, priorizar práticas tradicionais como o uso de ervas e raízes no tratamento de agravos, a troca de saberes entre “parteiras” e equipe de Saúde, entre outras formas de cuidado que valorizem diferentes sujeitos e recursos implicados no processo de saúde.

### **2 Caminhando e atuando pela rede**

Vimos então que o encaminhamento seguro e o trânsito tranquilo na linha de cuidado integral à saúde materno-infantil indígena dão-se por meio do reconhecimento de que cada sujeito possui história e cultura singular. No entanto, não basta apenas compreender a diferença, precisamos estar atentos às sutilezas e consequências nas interações cotidianas entre usuário e sistema de Saúde.

Tomando a questão do pré-natal como exemplo, não basta apenas tomar conhecimento de que muitas mulheres indígenas não falam que estão grávidas até que a barriga apareça, pois esta teme que o pajé/feiticeiro “roube” a alma daquela criança a ser gerada ou, se por algum outro motivo culturalmente determinado, não conseguem realizar o pré-natal com a antecedência preconizada. E, então, tal evento é usado como um obstáculo para o início “oportuno” do pré-natal ou traduzido em uma linguagem corporal com um ar suspirado de que “não há o que se fazer”.

No entanto, se ampliarmos o nosso foco e sairmos da simples queixa de que, em algumas culturas, as mulheres indígenas mantêm sua gestação em segredo, se ampliarmos nosso olhar para observarmos o contexto de vida e produção de saúde na qual aquela mulher está inserida, ou seja, a rede de relações sociais (família, pajé, profissionais de Saúde, “parteiras” etc.), poderemos encontrar as saídas possíveis para tal “obstáculo” dentro de uma perspectiva de clínica ampliada, para além de procedimentos médicos.

Estar atento a questões como essa é fundamental na construção da Rede de Saúde que nos referimos na introdução deste texto:

Conceber a realidade em rede implica observar os acontecimentos focalizando as suas interligações e os efeitos que produzem cada ligação e que cada ligação produz; implica refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso. Por este caminho, vamos identificar que atores estão aí envolvidos, que negociações precisarão ser feitas, que lugares cada um desses atores ocupa no sistema de relações, que caminhos poderão ser percorridos. (BRASIL, 2010b p. 26)

Caminhar e atuar pela rede implica também, se não principalmente, em fortalecer os processos de trabalho em saúde a fim de que não se tornem fragmentados, verticalizados e isolados. A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (PNH), considera que a equipe de trabalho deve também funcionar como “nós” da rede de produção de saúde. Isso significa que todos os trabalhadores devem estar conectados e compartilhando suas experiências, conquistas, dificuldades e anseios. Principalmente no contexto da Saúde Indígena, já que é comum o isolamento profissional, dias visitando aldeias distantes, contando com pouco ou nenhum interlocutor e tendo que tomar decisões importantes, por vezes urgentes, sem que haja a estrutura física e humana necessária. Assim, a decisão de remover uma gestante à cidade, sem que haja evidência clínica e diagnóstica que determine o encaminhamento oportuno, acontece pela ausência de uma rede fortalecida que possibilite aos trabalhadores, em tempo hábil, comunicar/compartilhar situações e experiências, trocar ideias e propostas para a tomada de decisão.

Além disso, quando uma equipe se organiza em rede, *as fronteiras disciplinares são instáveis, móveis* (BRASIL, 2010b p. 30) permitindo que os saberes se interconectem e que outros modos de trabalhar e resolver uma situação de conflito sejam possíveis, abrindo espaço, inclusive, para a articulação de iniciativas e ações intersetoriais, em outras palavras, favorecendo a produção de saúde ampliada.

Enfim, todos os aspectos apontados até agora trazem aos serviços de saúde mudança de paradigma que relativiza a importância do equipamento de saúde (tecnologia dura), para ressaltar as relações interpessoais e intersetoriais presentes no cotidiano da produção de saúde, o que significa incorporar múltiplas identidades, múltiplos sujeitos políticos de direito. *Esta é a proposta da Política Nacional de Humanização que pode e deve ser o investimento na atenção à saúde materno-infantil indígena. As diretrizes da PNH são fundamentais nesse contexto, pois resultam em ferramentas necessárias para a articulação de identidades no processo de produção de saúde.*

A fim de favorecer a construção de uma rede social de cuidado humanizada na saúde materno-infantil indígena, várias estratégias podem ser adotadas. O quadro a seguir traz, de maneira sintética, algumas dessas estratégias:

**Quadro 1 – Política Nacional de Humanização e Etnicidade: Um diálogo para efetivação da atenção diferenciada na saúde indígena.**

<b>VALORES ÉTICOS / PRINCÍPIOS / DIRETRIZES DA PNH</b>	<b>ETNICIDADE E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA: estratégias da construção</b>
Produção de sujeitos/ autonomia	Considerar e incluir à rede de cuidados a mulher, o homem e a criança indígenas como <i>atores</i> essencialmente importantes na produção de sua saúde e da saúde da comunidade.
Inseparabilidade entre gestão e atenção na produção da saúde	É preciso que gestor/profissional/indígena(s) converse(m) e descubra(m), <i>juntos</i> , como produzir saúde considerando como princípio as concepções e necessidades de saúde do índio. Realizar análise de contextos, em vez da simples pactuação de tarefas, por meio da organização e da experimentação de espaços coletivos.
Autonomia e protagonismo de sujeitos	O indígena deve ser o <i>“sujeito”</i> do processo de produção da sua saúde, deve ser o protagonista das escolhas na construção de seu projeto terapêutico e da definição/articulação de sua Rede de Cuidado, onde faz-se importante incluir o movimento autônomo de lideranças e mulheres indígenas, bem como a contribuição das pessoas que compartilham responsabilidades como os profissionais que atuam em área indígena.
Acolhimento	<i>Reconhecer o que o indígena traz como legítima e singular a necessidade de saúde</i> , para isso é necessário qualificar a escuta e o diálogo. As práticas e saberes da medicina indígena precisam compor o projeto terapêutico, considerando concepções e necessidades do índio ao longo de todo o processo de cuidado. Na rede de saúde do SUS, para ouvir, apreender e incluir as necessidades do índio na construção do projeto terapêutico, é preciso garantir, por exemplo, a presença de intérprete e de praticantes das medicinas indígenas, quando demandado pela(o) usuá(ri)a(o).

continua

continuação

VALORES ÉTICOS / PRINCÍPIOS / DIRETRIZES DA PNH	ETNICIDADE E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA: estratégias da construção
Cogestão	<p><i>Indígena participando da gestão da atenção à saúde</i> na construção da Rede de Cuidado e definição de seu Projeto Terapêutico Singular. Atentar que a prevenção, promoção e a atenção qualificada à saúde nasce na aldeia, no trabalho desenvolvido pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena em parceria com praticantes das medicinas indígenas, gestores do Sasi-SUS e, especialmente, contando com o protagonismo do(a) usuário(a). Para isso, é necessário construir mecanismos que garantam a participação da mulher indígena e familiares em espaços coletivos de gestão.</p>
Ambiência	<p>Garantir que a discussão sobre projeto arquitetônico, reformas e uso de espaços seja <i>compartilhada</i> com indígenas (usuários) e trabalhadores, incidindo sobre os eixos: espaço que visa atender com conforto; espaço que promova encontro entre sujeitos; espaço que favoreça o desenvolvimento seguro da atenção.</p>
Clínica Ampliada e Compartilhada	<p>Abordar todos os aspectos que envolvem qualidade de vida e adoecimento: relação de gênero, educação, aspectos sociais, ambientais etc., incluindo potenciais parceiros de outros setores na produção da saúde entre povos indígenas. No mesmo sentido, fazer a clínica ampliada é trabalhar COM o indígena e não para o indígena, por isso é essencial <i>incluir concepções, saberes e necessidades</i> das diferentes etnias e de cada usuária(o). Garantir uma clínica que se faça entre culturas e com a participação das diversas instituições responsáveis por políticas públicas voltadas à qualidade de vida. Tais mecanismos garantem não apenas enriquecimento dos diagnósticos para além da concepção biomédica, como também contribui na qualificação do diálogo entre profissionais e usuários.</p>

continua

conclusão

VALORES ÉTICOS / PRINCÍPIOS / DIRETRIZES DA PNH	ETNICIDADE E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA: estratégias da construção
Valorização do trabalho e do trabalhador	Capacitar o trabalhador para a atuação interétnica, para a atenção integral e diferenciada, para que exerça a escuta qualificada, enfim, para que possa pensar e produzir saúde entre povos indígenas; e, ainda, possibilitar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão e de construção da atenção.
Defesa dos direitos dos usuários	<b>Usuária(o) informada(o) e formada(o) para atuar no controle social das políticas públicas voltadas a seu povo –</b> indígenas informados, conhecendo o Sasi e outras políticas públicas indigenistas, atuando na construção, no monitoramento e no planejamento delas. Além disso, é necessário que a equipe de Saúde conheça e contribua para assegurar que os direitos dos indígenas sejam cumpridos.

Fonte: Brasil (2002).

### Conclusão

Para atenção integral a saúde da mulher e da criança indígena, ou seja, para traçar uma Rede de Cuidado Integral e Diferenciada é necessário perceber as relações sociais como sendo as linhas que tecem e atam nós em uma rede, é preciso conhecer os caminhos percorridos pelas mulheres que buscam atendimento próprio no Sasi-SUS e que buscam atendimento para suas crianças, *conferindo respeito às escolhas e fomentando a autonomia dos Povos*. Assim, conceber um modelo de atenção humanizado pressupõe institucionalizar as rotas traçadas individual e coletivamente, pela usuária e pela comunidade, no processo de cuidar da saúde reprodutiva e da saúde da criança, como também no processo de cuidar da saúde de todos da aldeia/comunidade indígena.

Ainda não há, entre os gestores e profissionais da Saúde Indígena, consenso do que seja de fato atenção diferenciada, embora este conceito seja fundador do Sasi-SUS. Todavia, acreditamos que o conceito diz que as práticas de saúde à população indígena muitas vezes extrapolam os limites do que seria atenção básica, ou os limites das regulações ou da própria normatização dos estabelecimentos de saúde. Atenção diferenciada também significa reconhecer que as fronteiras entre os serviços de Saúde e as práticas das medicinas indígenas são permeáveis (LANGDON; DIEHL, 2007 p. 31).

As diretrizes da PNH sugerem a adoção de ferramentas e dispositivos de coletivos de trabalho que nos levem a reconhecer que o campo social da saúde é permeado por várias tradições e inovações, ou seja, por vários sujeitos distintos, criando assim uma zona de “intermedicalidade” (FÓLLER, 2004 p.129), onde a sobreposição mútua de conhecimentos, embora cada um se origine de uma tradição diferente, é uma constante, e que sistemas de (re)conhecimento podem e devem se adaptar e interagir de várias formas, porque estamos tratando de sujeitos dinâmicos e criativos.

Propomos aqui que as noções de cultura e Medicina tradicional não sejam tratadas como campo de oposição à Biomedicina, ou ainda pior, situá-la em um molde estático, como se pertencente ao imutável, como peça de museu, onde é possível procurar por traços de singularidade e homogeneidade que, de fato, não existem. É fundamental entender a importância da negociação de saberes e de forças de poder entre atores sociais no processo de produção de saúde para a operacionalização da *atenção diferenciada aos Povos Indígenas*.

Considerando que para isso é preciso: garantir a participação política da comunidade nos processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção; romper com as tendências de centralização e burocratização do trabalho em saúde; e articular e priorizar os modos de concepção, gestação e nascimento ao sistema oficial de saúde, a PNH vem a oferecer condições institucionais e técnicas para que todo o arranjo de fatores apontados ao longo deste texto venha a operar em harmonia e para qualificar a atenção e gestão à saúde materno-infantil em um processo variável, respeitoso, inclusivo, contínuo e dinâmico.

### REFERÊNCIAS

BONILLA, O. **Des proies si desirables**: sou mission et prédation pour les Paumari d'Amazonie Brésilienne. 2007. Tese de Doutorado (Especializadas) - Ecole Des Hautes Etudes em Sciences Sociales, Paris, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalhando com parteiras tradicionais**: caderno da(o) facilitadora(or). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

FLEISCHER, S. **Parteiras, buchudas e arrepios**: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

FOLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129-147.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.16, n. 2, p. 19-36, 2007.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [São Paulo], v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v. 27, n. 65, set/dez. 2003.

MENDONÇA, S. B. M. Saúde indígena: distâncias que aproximam... In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 179-194. (**Cadernos HumanizaSUS**, v. 2).

RODRIGUES, P. M. **O povo do meio**: tempo, cosmo e gênero entre os Javaé da Ilha do Bananal. 1993. 438 f. Dissertação – (Mestrado em Antropologia). Universidade de Brasília, Brasília, 1993.



# Do Berço à Rede:

## Vínculos e Vivências Sobre o Parto na Rede humanizaSUS<sup>1</sup>

**From the Cradle to the Network: Bondings and Experiences About Childbirth at HumanizaSUS Network**

Claudia Matthes<sup>2</sup>

Luciane Régio Martins<sup>3</sup>

Emília Alves de Sousa<sup>4</sup>

Maria Jacqueline Abrantes Gadelha<sup>5</sup>

Maria Luiza Sardenberg<sup>6</sup>

Patrícia Silva<sup>7</sup>

Rejane Guedes Pedroza<sup>8</sup>

Shirley Monteiro de Melo<sup>9</sup>



<sup>1</sup> Texto inédito.

<sup>2</sup> Psicóloga. (Secretaria Municipal de Saúde de Pejuçara/RS). E-mail: limonadadoce@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. ( Secretaria Estadual de Saúde Pública –RS – 4ª Regional). E-mail: Luhumaniza2009@gmail.com

<sup>4</sup> Assistente Social. (Hospital Infantil Lucídio Portella/ HILP – Piauí). E-mail: emiliaalveshumaniza@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira ( Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN). E-mail: jacquelineabrantes.abrantes@gmail.com

<sup>6</sup> Psicóloga. ((Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo). E-mail: iza.sardenberg@gmail.com

<sup>7</sup> Nutricionista. ( Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina – Regional de Blumenau). E-mail: patrinutri@gmail.com

<sup>8</sup> Nutricionista. (Secretaria Estadual de Saúde Pública – Natal/RN). E-mail: rejanegp@gmail.com

<sup>9</sup> Psicóloga bióloga (Secretaria Estadual de Saúde Pública – Natal/RN). E-mail: shirleymonteirorhs@gmail.com

## Resumo

O artigo propõe-se a ressaltar, a partir de *posts* da Rede HumanizaSUS (RHS), algumas narrativas de experiências que permeiam a questão da humanização do parto e do nascimento, registrados textualmente em notícias e conversas desenvolvidas por pessoas que integram esta rede virtual: profissionais de saúde, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e editores da RHS. Buscamos ampliar a narrativa com outros olhares, como o dos artistas, dizendo o indizível, o impensado e o inaudível. O percurso metodológico foi inspirado na postura do *artesanato intelectual* descrito pelo sociólogo Wright Mills. A escolha dos *posts* foi guiada pelo efeito de contágio, pelos afetos produzidos em rede, incorporando também alguns fundamentos filosóficos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, espelhando e problematizando no contemporâneo algumas das inúmeras possibilidades favorecidas pelo Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) (2009 – 2011), seguido pela Rede Cegonha.

## Palavras-chave:

Rede Materno-Infantil. Parto humanizado. Políticas públicas de saúde.

## Abstract

This article aims to highlight from posts of the Rede HumanizaSUS (RHS), some experiences narratives which permeate the humanization subject of Labor and Birth, registered textually in news and conversations developed by people which are part of this virtual network: health professionals, workers of the public health system (SUS) and editors of the RHS. We intended to amplify the narrative with other views, like the artists', saying the unspeakable, the unthinkable, the unthought and the inaudible. The methodological course chosen was inspired by the intellectual artisan described by the sociologist Wright Mills. The choice of the posts was guided by the contagious effect, by the affections produced on network, also incorporating some philosophic principles of the National Humanization Policy (PNH) of Care and Management from SUS, mirroring and questioning at the contemporaneous some of several possibilities favored by the Qualification Plan of Maternities and Perinatal Networks in Legal Amazon and Northeast (2009-2011) and more recently by Rede Cegonha.

## Keywords:

Mother-Child network. Humanized labor. Public health policies.

### Do berço à rede: vínculos, vivências e interfaces

Sonhava que haviam de ser perfeitas as mulheres por serem escolhidas para a maternidade, a construírem pessoas dentro de si. As mulheres construíam as pessoas meticulosamente, sem sequer olharem ou se preocuparem demasiado com isso. Construíam-lhes cada osso, cada veia e cada fio de cabelo. E depois abanavam-se e provocavam o embalo das águas interiores que suavemente desenhavam os dedos das pessoas a construir. O Crisóstomo pensava que as mulheres assinavam cada filho. Assinavam na pele de cada filho, nunca repetindo entre elas os códigos com que para sempre distinguiam uma a uma, as pessoas que construíam. O Crisóstomo pensava que a construção acontecia como no mar profundo e que as mulheres eram profundas e os filhos seres de água. Ele sonhava que sob o barco vagavam na água escura da noite milhões de filhos enroscados sobre si mesmos à espera do milagre do chamamento das mulheres. (VÁLTER HUGO MÃE, 2012)

### 1 Humanizar o parto

O que teria se passado conosco, homens e mulheres, até chegarmos a essa estranha formulação para algo que sempre se deu naturalmente entre os seres vivos? Que dimensão é essa – a humanidade – a ser resgatada na proposta que hoje se atualiza entre nós? Seríamos estrangeiros em relação a todos os outros viventes também na hora de produzirmos outras vidas?

Não há dúvida de que o avanço das tecnologias, tal como se deu entre nós até hoje, é o resultado de descobertas e criações humanas. Sendo assim, o acervo de conhecimentos e técnicas nos projeta na direção da busca de uma potencialização cada vez maior da vida. Todavia, as questões com as quais nos deparamos no *ethos* contemporâneo têm invocado como nunca a necessidade de uma construção ética de novos modos de ser e viver. Modos que não podem excluir o que até agora foi arquitetado como experiência de invenção do vivo, sob o risco de se cair na armadilha da falsa dicotomia entre o natural e o artificial. O artifício como norma de construção de saídas ou formatações para os problemas que o viver nos propõe cotidianamente não é privativo dos humanos. O processo caminha sempre por composição de realidades que vão se agenciando em possibilidades mais ou menos potentes do ponto de vista da plenitude do viver (ALLIEZ, 2000).

Pensando o mundo como um jogo de forças afirmativas de vida ao lado de outras que podem decompô-la, Gilles Deleuze (1997) convida-nos a pensar sobre o tema das conexões: Com que forças podemos nos aliar para abordar a questão da humanização da saúde, tema caro à Política Nacional de Humanização, na qual se insere a discussão das práticas relativas ao parto? O que produz um bom encontro entre mãe e filho na chegada à vida?

Falar em encontro é imediatamente pensar as práticas de saúde como produto de tecnologias de relação: um homem e uma mulher que, pela via de seu amor, fazem um filho, como também, tantas outras formas de vínculo possíveis que acabam por incluir a geração de uma nova vida. Como garantir a delicadeza e a suavidade com as quais as tecnologias relacionais do trabalho em saúde podem se conectar para lidar com gravidez e parto?

Uma primeira resposta é construída a partir da redefinição do conceito de humanização por ocasião da criação da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, pensando então humanização como manifestação da vida de homens concretos, usuários, trabalhadores e gestores, que produzem práticas comprometidas com modos de relação pautados por valores coletivos que podem transformar as realidades do campo da Saúde em nosso País (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Assim, o caráter relacional ao qual nos referimos e que está sempre presente nas práticas de saúde produz uma dimensão afetiva, tornando-se, portanto, “condição de possibilidade das práticas humanizadas em rede”:

Plano a partir do qual se torna possível sustentar o trabalho de profissionais e equipes, pela geração de vínculos afetivos, cognitivos e de corresponsabilidade entre usuários, profissionais e gestores na produção de saúde e na interpretação dos cenários sanitários locais, regionais e nacionais, de modo potencialmente mais ampliado, elaborado e consistente. (TEIXEIRA, 2012a)

Entre as estratégias do Ministério da Saúde para institucionalizar um modelo de atenção ao parto, cria-se a Rede Cegonha (Portaria M5 nº 1.459, de 24 de junho de 2011) como forma de garantir às mulheres e crianças uma assistência humanizada e de qualidade. A Rede Cegonha foi lançada em março de 2011, e algumas de suas diretrizes básicas vêm do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), criado por sua vez em 2009, a partir de uma parceria entre a Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), nas áreas técnicas

da Saúde da Criança e Saúde da Mulher (ÁVILA, 2009). Assim, de 2009 a 2011 por meio da estratégia do apoio institucional, 26 maternidades da região trabalharam com o Plano de Qualificação, buscando assegurar o acolhimento em rede com classificação de risco, a cogestão e o direito ao acompanhante (OLIVEIRA, 2010 a; ÁVILA, 2009).

Anos antes, mais precisamente em fevereiro de 2008, como uma estratégia de ampliação do diálogo em torno dos princípios, dos métodos, das diretrizes e dos dispositivos da PNH, nasce o projeto de inteligência coletiva que recebe o nome de Rede HumanizaSUS (RHS). Tal aposta nas potencialidades que se concretizam em atos relacionais e colaborativos entre pessoas, mostrou sua fecundidade, de modo que hoje contamos com um acervo comum de conhecimento e práticas disponibilizadas para todos na RHS. Uma arena aberta ao encontro e à participação de qualquer um.

A RHS conta atualmente com quase 11 mil trabalhadores, gestores e usuários do SUS que são cadastrados, e que compartilham e debatem suas impressões, experiências e saberes em torno do tema da humanização (RHS, 2012). Um dos assuntos compartilhados em nossas conversas e trocas de experiências refere-se ao parto e ao nascimento, temática que tem conquistado crescente atenção não só entre trabalhadores e gestores do SUS, mas também entre os próprios usuários do sistema, no sentido de colocarem, em análise, as práticas de saúde que os envolvem.

Isso vêm se somar às diretrizes da Política Nacional de Humanização presentes no PQM e na Rede Cegonha, onde as práticas de saúde assumem uma dimensão ético-política, que pressupõe um modo de fazer e gerir com grupalidade, que possibilita circular o diálogo, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos implicados, buscando a produção de uma clínica ampliada com responsabilização, de forma integral e resolutiva.

Para exemplificar o protagonismo de usuários do SUS em relação às práticas de saúde que consideram hoje, mais adequadas a seus valores e escolhas, trazemos o *Post* de Gustavo Tenório (2012) introduzindo na RHS o tema das marchas a favor do “Parto em Casa”:

O estudo mais recente publicado no *British Journal of Obstetrics and Gynecology* (2009) analisou a morbimortalidade perinatal em uma impressionante coorte de 529.688 partos domiciliares ou hospitalares planejados em gestantes de baixo-risco: Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospitalbirths. Nesse estudo, mais de 300.000 mulheres planejaram dar à luz em casa enquanto pouco mais de 160.000 tinham a intenção de dar à luz em hospital. Não houve diferenças significativas entre partos



domiciliares e hospitalares planejados em relação ao risco de morte intraparto (0,69% VS. 1,37%), morte neonatal precoce (0,78% vs. 1,27% e admissão em unidade de cuidados intensivos (0,86% VS. 1,16%). O estudo concluiu que um parto domiciliar planejado não aumenta os riscos de mortalidade perinatal e morbidade perinatal grave entre mulheres de baixo-risco, desde que o sistema de saúde facilite esta opção através da disponibilidade de parteiras treinadas e um bom sistema de referência e transporte. Em repúdio à decisão arbitrária dos Conselhos de Medicina em punir profissionais que compreendem como sendo da mulher a decisão sobre o local do parto foi idealizada a MARCHA DO PARTO EM CASA. Entre as reivindicações, além da defesa pelo direito à liberdade de escolha, pela humanização do parto e nascimento e pela melhoria das condições da assistência obstétrica e neonatal no país, também está a denúncia às altas taxas de cesarianas que posicionam o Brasil entre os primeiros colocados do ranking mundial. (TENÓRIO, 2012)

Ainda para ressaltarmos a forma como a sociedade usuária do SUS tem se posicionado ética e politicamente por seu direito à saúde, e ao autocuidado na medida em que protagoniza e defende seus modos de vida, trazemos os registros da RHS acerca dos dias 16 e 17 de junho de 2012, quando milhares de pessoas marcharam no Brasil em nome da humanização do nascimento, reivindicando o direito de escolha do local de parto, a redução da violência obstétrica e a diminuição de intervenções desnecessárias. Homens, mulheres, crianças e profissionais de saúde saíram às ruas em nome da dignificação do parto e respeito à mulher (FERIGATO, 2012):

Em passeata bastante original, mães, pais, bebês, crianças de diferentes idades, mulheres e homens em geral, caminharam um trecho da Avenida Paulista e outro da Consolação em direção ao CREMESP, protestando contra a atitude autoritária desta corporação que pretende proibir a realização de parto em casa e punir um médico que defendeu tal prática na TV. No exercício vigoroso de cidadania, em pleno domingo, gestantes de barriga de fora, mães com bebês amarrados no peito, pais empurrando carrinhos, empunhando cartazes, faixas e megafone, marcaram posição de repúdio a mais uma tentativa da corporação médica impor seus interesses mercantilistas, em nome de supostas preocupações com a segurança. Gritando palavras de ordem,

como – “dr, você não engana, cesariana é pela grana !!!!” – “Santa Joana (hospital particular), você não engana, você prefere cesariana! Nós NÃO!”, “queremos mais humanização e menos intervenção” – “mais respeito, parto em casa é nosso direito!”. (PAVAN, 2012)

### 2 Diferentes vínculos e interfaces nas equipes de saúde

Conforme refere Túlio Franco (1999) *sem acolher e vincular, não há produção de responsabilização*. Criar vínculos implica termos relações tão próximas e tão claras que nos faz sensibilizarmos com o sofrimento do outro, sentindo-nos responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando-nos assim intervenções pouco impessoais (Merhy, 1994). Por muito tempo, as práticas do cuidado em saúde foram exercidas de formas predominantemente verticalizadas, com forte traço impessoal, fragmentado e esvaziado de qualquer vínculo afetivo, para manter a consonância com um cientificismo técnico-objetivo, onde imperaram as técnicas e os protocolos instrumentais, sem considerar as parturientes e suas famílias como sujeitos implicados no processo.

Essas práticas se configuravam em um modelo biomédico, em que o médico era o único responsável pelo atendimento. Mantinha um distanciamento técnico e afetivo o qual, via de regra, o paciente era visto como um “saco de órgãos” sem conexões, sem uma identidade própria, que não tinha o direito de opinar, de decidir sobre a sua saúde. Em alguns casos, não lhe era dado sequer o direito de expressar os seus sentimentos, suas angústias e suas dores. E no tocante ao parto, essa realidade era mais gritante ainda. A parturiente, sobretudo aquela atendida no sistema público de saúde, era tratada de forma desrespeitosa e até pejorativa: “não grita, não pode gritar aqui” (sic). Tal conduta era produtora de desalentos e sofrimentos em quem já estava debilitada pela dor e pelo isolamento. O depoimento de uma usuária do SUS, que veremos a seguir é um triste exemplo dessa forma desrespeitosa de relação que, infelizmente, ainda habita o cotidiano das instituições de saúde que não incorporaram em suas práticas os princípios e diretrizes da PNH. Um dos *posts* na Rede HumanizaSUS refere-se exatamente à violência sofrida nesse momento em que deveria ser o mais potente da mulher: o parir em ato.

Na maternidade fui atendida por uma médica estressada e intolerante ao choro. Ao me ver chorosa, chamou-me de “mulher mole”, o que me irritou bastante. Fez um toque de forma rude, informando-me que a dilatação pélvica estava pequena, e que a criança ainda ia demorar para nascer. Dito isto, me deixou no apartamento sozinha

e foi cuidar de outras pacientes. Fiquei entregue à solidão e à dor... Naquele momento me sentia tratada como uma “coisa”, esvaziada de autonomia, de protagonismo, tendo os meus direitos humanos violados, sem a possibilidade de escuta, de decidir sobre o que era mais adequado para mim (SOUZA, 2012).

Diante desse relato retomamos as palavras de Michel Odent: “Se quisermos verdadeiramente mudar a humanidade temos que mudar a forma como nascemos” (ODENT *apud* SOUZA; SILVA, 2008). O parto é um momento de grandes expectativas para a mulher e para a família, e quase sempre vem acompanhado de muito tensionamento e nervosismo. Nessa hora, a mulher precisa se sentir segura, acolhida. O nascimento, por mais natural que seja, expõe a parturiente a situações peculiares que impõem um atendimento humanizado, não só para a mãe, mas também para os familiares. Um atendimento que garanta a presença de um acompanhante da confiança da mulher, que ofereça apoio físico e emocional, transmitindo-lhe segurança e tranquilidade no momento do parto. Quanto maior a acolhida, maior a possibilidade de um nascimento feliz, sem sofrimentos para a mãe e para o bebê.

Humanizar o parto, portanto, é antes de tudo ampliar a escuta, possibilitar à mulher o exercício da sua autonomia, prestar um atendimento focado em suas necessidades, e não no que é melhor para a equipe. O médico poderia discutir todas as possibilidades do parto com a mulher, garantindo-lhe a liberdade de escolha do método que seja mais adequado à condição clínica. É preciso levar em consideração, portanto, a história do pré-natal e do desenvolvimento fetal, interferindo apenas nas questões necessárias. Um processo que implica a abordagem da paciente para além das suas queixas, buscando a valorização do trabalho em equipe, aumentando o grau de protagonismo não só da mãe, mas também do pai e outros familiares é o desejável. Dentro dessa proposta, faz-se necessária também a adequação da ambiência, aliando confortabilidade e segurança, condições ideais para a acolhida da mãe, do bebê e da sua rede social.

Parir como um ato de amor e não como significado de dor. Quando uma pessoa leva a público sua experiência, o faz para que ela seja revisitada, para que outras pessoas possam estar atentas. Entendemos que é isto que clama a mãe ao falar da violência sofrida neste momento tão fundamental da vida, a ponto de revelar em um espaço virtual colaborativo como a RHS esta vivência íntima. Isto, sem dúvida, nos remete à citação inicial que retrata justamente a figura de uma “mãe sonhada”, a qual pode exercer na sua plenitude a gestação e o nascimento de seu filho. Essa é a busca pela qual as iniciativas de inclusão das diretrizes da PNH se pautam, nas ações que envolvem a gestação, o parto e o nascimento.

### 3 O parto domiciliar

O relato a seguir parte de uma enfermeira da Atenção Básica, e tem a importância de resgatar uma dimensão perdida para muitos profissionais, que é a experiência de naturalidade com o nascimento:

Naquela manhã, mais uma vez, encontramos a unidade de saúde lotada. Tínhamos a sensação de que jamais daríamos conta de tantos atendimentos. Comentamos que precisávamos nos apressar ou as visitas domiciliares da tarde seriam prejudicadas. Esquecíamos, porém, que na atenção “básica,” temos que aprender sobre a “gestão dos imprevistos. Uma menina de cerca de 7 anos de idade, adentra a unidade aos gritos, correndo e repetindo: “minha mãe tá dando à luz!” Como? Em casa? Vamos chamar uma ambulância? Perguntávamos e entreolhávamo-nos assustadas conscientes de que não poderíamos ficar ali paradas. A técnica de enfermagem tomou a iniciativa: pegou um pacote de curativos, uma lâmina de bisturi e um frasco de soro fisiológico; seguimos a criança até à casa. Lá chegando, encontramos Maria tranquilamente deitada sobre um pedaço de plástico que forrava o colchão. Entre suas pernas, um bebê chorava fortemente. A cena que transbordava vida fazia-nos perceber o porquê da expressão dar à luz. Lembrava Guimarães Rosa. Ali, um mundo tornava a começar. Com as mãos trêmulas, a inexperiente enfermeira olhava para os lados tentando reconhecer algo que lhe lembrasse do que deveria ser feito. Enquanto procurava na memória a imagem das frias salas de parto e centros obstétricos pelos quais passou tão rapidamente, a mulher, com a suavidade característica de quem sabe esperar, tranquilizou-a: já havia parido sete em casa! Assim, pôde tomar consciência de que o parto aconteceu onde tinha que acontecer. Aquele era o seu canto, o seu ninho, o seu lugar; onde estavam seus objetos, seus filhos, suas lembranças. Onde vivia sua história, seus dias e suas noites; seus sóis e suas luas. Era o mais belo templo de nascimento no qual havia pisado. Tomou entre as mãos o cordão e cortou-o com cuidado. Hora em que a vida se repartia. Momento que se faz despedida e encontro. Ali seria, mais tarde, a marca que nos recorda de onde viemos. Com o bebê no seio, Maria das Graças apontou para a caixa de papelão sob a cama. Entre as poucas peças, encontramos uma coberta azul. Envolvermos o bebê, pedimos que anunciassem a todos e ao pai que trabalhava numa pedreira próxima: que naquela manhã, explodissem, não as pedras, mas uma imensa alegria! Uma criança havia nascido! À tardinha, no

retorno para casa, apenas o ronco da velha Kombi rompia o silêncio. Ainda estávamos maravilhosamente presas ao lugar; passeávamos rabiscando pensamentos pela estrada com a alegria de quem, para permitir que as coisas continuem a existir, permanece puxando as lembranças. Contagiadas pela serenidade de Maria das Graças e pela beleza do nascimento de Gabriel, nem nos dávamos conta de que, há alguns dias, jornalistas de diversas emissoras seduziam o público ao exibirem com detalhes, imagens do nascimento e do enxoval da filha de uma artista famosa; outra Maria, outra história... (GADELHA, 2012)

Diante dessa verdadeira poesia viva, relacionamos novamente o texto da epígrafe da descrição da mãe/mulher que inscreve no filho uma marca, uma assinatura que vai além do código genético das células reprodutivas, e que a ciência das práticas hospitalares não consegue alcançar. Dessa forma, para além da zona rural na qual ocorreu de fato este belo relato, poderemos multifacetar outras visões acerca do parto domiciliar, que acontece hoje como uma legítima escolha de mulheres que são apoiadas pela família, como relatado a seguir no *post* de Pedroza (2012) intitulado “O parto em casa” sobre o parto de Sabrina e o nascimento de Lucas:

Pensando nas questões sobre algumas **técnicas que escondem certas práticas e que merecem ser evidenciadas, sob os holofotes das diretrizes da PNH**, trago um vídeo que apresenta um parto domiciliar. Está postado no Facebook e no YouTube. Muito me emociona pela riqueza de detalhes e sutilezas que podem ser ativadores de várias reflexões. Destaco neste vídeo a tranquilidade e a substituição da impessoalidade das salas de parto das maternidades/hospitais, pelo aconchego e intimidade do lar. O parto foi perpassado pela amorosidade e pelo reconhecimento dos ritmos do binômio mãe e filho, que passaram pela experiência com apoio e afeto (PEDROZA, 2012)

### 4 A construção SUS tensionando mudanças

A partir dos relatos que seguem, percebe-se que o modelo biomédico faz com que a equipe, embora instrumentalizada por todos os recursos teóricos e práticos e com potencial para ampliar a clínica com sensibilidade para questões de caráter emocional, fique ainda represada por questões institucionalizadas e hierarquicamente construídas. Na prática pode-se então inferir que a construção SUS tensiona mudanças em papéis antes estabelecidos. Profissionais de saúde de diferentes níveis e graus de conhecimento se apropriam desse desafio, que é fazer saúde de modo a incluir todos como protagonistas dos processos de trabalho.

Nesse sentido, encontramos esse misto de dor e de alegria no relato a seguir que traduz esse contexto :

Carnaval de 1995, Rio Grande do Sul, ginecologista aproveitou o feriado visto que meu bebê chegaria em sua volta. O médico rumou à praia, e, eu ao hospital, vieram os primeiros sinais. Segunda filha, as dores suportáveis, o médico de plantão queria a internação naquele momento. Achei que a hora ainda não havia chegado e decidi voltar para casa. No decorrer do dia percebia o parto ir se desenhando... de noite as contrações aceleraram e o carro também, fomos em direção do hospital. O anestesista ao meu lado acompanhou a agonia na espera do especialista; quando esse chegou embriagado mal escutou o que a mãe dizia. Foi preciso o anestesista interferir para que a mãe fosse escutada, jamais anestesiada. (MATTHEIS, 2012)

Esse relato e o *post* a seguir vem evidenciar que é possível fazermos algo para a qualificação da produção de saúde, conforme Vera Dantas (2009) evidencia na seguinte experiência apresentada em seu *post Canto ao Desabrochar de Amandy*:

Dia 17 de maio, às 19h45 nasceu Amandy. Filho da minha filha Mayana, chegou com muita serenidade. Em um contexto onde tantos falam das impossibilidades de se fazer algo mais humanizado das nossas práticas no SUS, esse menino veio pra nos dizer que se nós, os profissionais, quisermos, é possível fazermos algo... Ao chegarmos ainda de manhã no Hospital Público César Cals, em Fortaleza, não havia vagas, mas felizmente muitos movimentos nos ajudaram a ficar e o acesso veio. Queremos

manifestar nossa gratidão à rede de amigos e amigas, que foram anjos na articulação do acesso à vaga e à profissional que a acompanhou. À, ex- companheira de trabalho nos Índios Tapea, que encontrei no plantão, e acompanhou com muita atenção e carinho o processo. À minha amiga de tanto tempo, enfermeira, que chegou com todo seu arsenal terapêutico: do-in, respiração, massagem, bolas, relaxamento, afetuosidade enfim, cuidado integral que não abandonou o posto até que essa nova vida desabrochasse. Com ela, alguém que ainda não conhecia, enfermeira maravilhosa com jeito doce de menina, lutando pra fazer a humanização funcionar. Fomos improvisando na maca, porque não havia vaga no pré-parto, começou o cuidado, a massagem, a orientação. Depois de um tempo conseguimos um box e levamos um notebook que propiciou a música. Íamos nos alternando, minha amiga, a enfermeira de plantão e eu. Outros e outras foram chegando e se envolvendo. A regra do hospital era dieta zero, mas negociamos com a plantonista e pudemos ofertar água de coco. O dia já se ia e a noite chegava. Com ela a chuva, água boa e doce, alimentando o ventre da mãe terra. Chuva de Amandy – dia de muita chuva em tupi. No final chegou a médica que a acompanhou, pra que ele chegasse pelas mãos de quem cuidou da sua evolução. Era domingo, seu filhinho estava em casa febril e não era nenhum paciente particular, ou de convênio privado. Do SUS. Ela veio sorrindo pra acalmar a marinha de primeira viagem que respirava, cansava, mas não perdia a serenidade. Mayana, mãe corajosa, tão linda, resistindo às contrações cada vez mais intensas. Re-ajeitamos a maca, colocamos um arco pra que ela pudesse se apoiar e ficar semi-sentada. A pediatra também entrou no jogo, a ginecologista do dia ficou, mesmo após terminado o seu plantão. E eu de avó,-mãe fazendo a minha parte: reiki e dose tripla de carinho que não tem risco de overdose. Por fim chegou, doce, rosado, sem muito alarde. Água doce de chuva lavando nossa alma. Nos olhos da mamãe, as lágrimas que as mães conhecem tão bem, de êxtase, de prazer. E ele chegou, pode ficar na barriga da mãe que cortou ela própria o cordão umbilical. E a gente entoava o mantra: Amandy!!!! No hospital muito reboliço. Dizia-se no corredor: que parto diferente, que calma, que legal . E eu pensava. Não mudamos a hotelaria, ela foi pra enfermaria e juntou-se às Marias, com prematuros gemelares. Partilhamos os lanches. Uma acompanhante me emprestou uma cadeira mais confortável. As puérperas se ajudavam, trocavam informações entre si. Pela manhã foram chegando os internos da medicina, da enfermagem, muitos



ex-alunos. Que alegria eu percebia quando souberam que alguém nasceu de um jeito diferente, porque foi possível articular uma rede de amigos, de gente de coração cordial, como disse Boff. Ele ainda mamava placidamente nos braços da maravilhada mamãe e as redes de amigos estavam no ar. O pai lá fora aguardava. Não conseguimos dessa vez que ele estivesse presente. Mas vamos caminhando. Sei que, ao longe, outros também cuidavam e somos gratos e gratas a todos e a todas. Gratos por compartilharem a alegria de sua chegada. Por fazermos parte de uma família que acredita que é possível nos movermos rumo ao inédito viável de tanto tempo, de tanto tempo na construção do SUS, humanizado pela nossa ação protagonista, pela nossa fé na vida e nas pessoas. (DANTAS, 2009)

Uma equipe em sintonia com a Política de Humanização é aquela em que se faz presente em diferentes quadros sociais, e com autonomia, potencializa e defende a vida, acolhe e recebe não somente a usuária, sua família e suas crenças, mas, também permite que traga sua cultura, transformando se preciso for, o curso de seu parto, ou ainda permitindo que cada mãe sinta da sua maneira a sua dor, apoiando seus laços, ou até colaborando para que o berço possa se transformar em varandas e em redes, sem jamais porém, desfazer os laços tramados pelo encontro. Nesse sentido, trazemos o relato da experiência Rede no Berço, lançada no Estado do Piauí em 2004, conforme descreve Emília Sousa (2008) na Rede HumanizaSUS:

De acordo com o Sistema Único de Saúde, todo cidadão tem direito de receber atendimento com qualidade, respeitando as suas diferenças socioambientais. O Hospital Infantil Lucídio Portella sediado em Teresina, em 20 de março de 2004 implantou a ação “Rede no Berço”. Tal iniciativa tem como objetivos: possibilitar a melhoria do acolhimento das crianças que têm a cultura de dormir em rede, bem como, propiciar a preservação da cultura das crianças advindas de outras áreas, sobretudo, as de etnia indígena... A iniciativa foi motivada pela percepção de uma mãe que improvisou uma rede no berço do filho, usando um lençol do tipo “camacolo”, porém sem obter o sucesso desejado, pela inadequação do tecido para essa finalidade. A ideia foi discutida com a equipe do serviço de costura do Hospital, na busca de uma solução adequada, oportunidade em que foi pensada a utilização

de um tecido especial com uso de cantoneiras, para adaptação ao berço, dando a ideia de rede, surgindo assim o projeto “Rede no Berço”. As redes são confeccionadas com medidas diferenciadas, conforme o modelo de cada berço e são disponibilizadas de acordo com as demandas. Como resultados alcançados, destacam-se: a humanização do atendimento nas enfermarias; o aumento do grau de satisfação dos pais/acompanhantes e a redução do pedido de alta médica desses sujeitos. A rede no berço além de possibilitar uma melhor acolhida às crianças que têm a cultura de dormir em rede, garante o respeito às diferenças culturais, produzindo assim o protagonismo desses sujeitos. Essa iniciativa se encontra disponível no site do Governo do Estado do Piauí e no site da Funasa. (SOUZA, 2008)

Toda esta complexidade, que emana do tema gestação, parto e nascimento, parece ser atravessada pelo que representa na sociedade brasileira o binômio mãe-filho. Lembramos de Rubem Alves (2012) no texto *Olhar Adulto*, cuja analogia com esta relação nos conta um episódio de um médico e seus pacientes: Ao se dar conta de nuances a sua volta que são percebidos por aqueles aos quais deveria cuidar, o médico, de posse de sua técnica inquestionável, percebe que há mensagens sendo transmitidas, e para as quais ele não havia dado atenção. O escritor compara este contexto a um olhar adulto sobre o mundo, que suprime a leveza do nosso olhar pueril ao invés de focar nas pedras do caminho, ou seja, vê borboletas voando e árvores sacudindo suas folhas ao vento. Deste modo, possibilitar múltiplas vivências neste e em outros momentos da vida é parte essencial da dimensão humana, é o exercício do olhar de criança que não deve se perder. Ver as flores na sala de espera é olhar além da técnica, é ver o humano e não o paciente, é colaborar na gestação, no parto e no nascimento; e não impor um modo de viver este momento que é singular, e que está lapidado pela mãe sonhada de Crisóstomo.

### 5 Mães, pais e doulas em múltiplas vivências

*“A partir de hoje  
A família se transforme  
E o pai  
Seja pelo menos o Universo  
E a mãe  
Seja no mínimo a Terra  
A Terra”*

(“o amor”, Caetano Veloso baseado no poema de Vladimir Maiakoviski)

Tecendo considerações acerca da construção da Rede Cegonha como estratégia de gestão e linha de cuidado materno-infantil, Gustavo Tenório (2011a) nos traz a poesia telúrica de Caetano Veloso, abrindo suas pertinentes considerações:

É um desafio fantástico qualificar a atenção às mães e aos recém-nascidos no Brasil, agora assumido pela Rede Cegonha, antiga política de qualificação das maternidades (PQM) da PNH. São várias e poderosas as forças que alimentam as dificuldades da qualificação da rede perinatal. O aumento e a melhoria no acesso a tecnologias e serviços, nos últimos anos, não repercutiram proporcionalmente na qualidade da atenção. É necessário transformar práticas profissionais equivocadas e que foram instituídas em um contexto de forte submissão da mulher ao saber da biomedicina. Embora sem evidências favoráveis ou com evidências francamente contrárias, práticas como episiotomia de rotina, tricotomia, lavagem intestinal, abuso de ocitocina, restrição de movimentação da gestante, restrição indevida de alimentação, parto horizontal, impedimento da participação do pai durante o parto, entre outras, ainda são dominantes em serviços públicos e privados. Por outro lado este embate, apesar de repercutir negativamente na mortalidade e na humanização da atenção, foi parcialmente naturalizado por uma parte da sociedade, que acredita que o parto cirúrgico é o melhor. O fetiche da tecnologia interdita a crítica ao seu uso inadequado, como se ela pudesse ser avaliada por si, e não pelo seu uso ou resultado. Uma cesárea bem indicada é maravilhosa e salva duas vidas. Uma cesárea mal indicada é apenas um crime de abrir a barriga de alguém indevidamente. Para os médicos, o parto cirúrgico economiza tempo

(e dinheiro), impõe uma relação de controle absoluto sobre a mulher e evita o contato com toda a intensidade do parto. (TENÓRIO, 2011a)

Tenório fala-nos aqui, do *contato com toda a intensidade do parto*, o que nos remete a diversas e possíveis formas de expressão com que as pessoas elaboram suas vivências diante do parto e do nascimento em suas vidas. Nesse sentido, nos deparamos com singulares intensidades simbólicas, que associam experiências basilares de confiança, afeto, descoberta e prazer, as quais tendem a permear uma diversidade de potentes significados e encontros, sempre muito distintos, em torno da gestação e do parto vivenciados por homens e mulheres.

Assim, continuando na atmosfera telúrica da *Mãe Terra*, trazida por Caetano e transitando-se pelas diversidades culturais que transversalizam o SUS, enfatizamos a emoção paterna nesse processo, por intermédio de Pablo Fortes (2010) que refere uma peça simbólica da *Grande Mãe*, em sua narrativa repleta de belos presságios vividos em uma viagem a terras de Luanda, renunciando a chegada de sua paternidade:

Cada um de nós recebeu a peça que, segundo eles, mais combinava com aspectos de nossas vidas. E como eu havia acabado de me casar, meu presente representava justamente uma angolana grávida, simbolizando a própria fertilidade pela qual, agora, vai tomando forma um novo corpo no ventre da minha esposa. Sim, faz poucas semanas que descobrimos! Poucas semanas que escutei, em sua primeira ultrassonografia, um coraçãozinho já batendo a pleno vapor, como se a vida e sua misteriosa origem estivessem mesmo ligadas, desde sempre, a essas mágicas terras africanas, lugar de tantos batuques e tambores! (FORTES, 2010)

Ainda em 2011, Tenório escreve acerca da *pedagogia de intensidades* quando apresenta vídeos e experiências de homens e mulheres em torno das vivências sobre gestação e parto. No *post* que aborda esta temática, uma integrante da Rede HumanizaSUS se emociona com o vídeo, na medida em que acessa importantes momentos que anteciparam seu próprio parto natural, simbolicamente muito associado às forças telúricas e bioenergéticas, no seu contato com a natureza das árvores, e que expõe no seguinte comentário ao *post*:

Vi a história da Chey sobre seu parto, que belo significado singular ela deu para aquele cajado, quanta singularidade e harmonia. Todas nós mulheres de- veríamos ter a chance de encantar de alguma forma seu momento: Em 1992, nos meus 27 anos, quando estava grávida, as contrações mais significativas, porém ainda suaves, acenavam que a hora estava chegando ... O nascimento mesmo foi dia 16 de outubro..., mas no dia 10 eu tive um momento simbólico, forte, de entrega com aquelas primeiras sensações em cumplicidade com uma árvore do jardim, uma pitangueira florida, mas com seus primeiros frutos já bem vermelhinhos no pé; abraçada a ela eu me sentia frutificando também, meu fruto bebê surgindo, prestes a desabrochar... esta historia do cajado me remeteu a essa experiência. No dia 15 às 17h quando fui para a maternidade com as malinhas de roupas da Dandara, me abracei com a árvore, tomando emprestada sua força e inspiração... Tantas mais como a visão da floresta no momento da última força, antes do chorinho. Lindo o vídeo das suas grávidas dançando; fiquei feliz de imaginar o quanto aquele ritmo de suas mães, os sons e a endorfina liberada por elas, terá beneficiado essas crianças, em suas primeiras experiências de mundo terreno, e na formação de sua psique! (MONTEIRO MELO, 2011)

Ressaltamos também a relevante figura da *doula*, como personagem atual, viva e real do SUS que queremos, e que se origina da ancestralidade simbólica da *companheira-irmã*, detentora de cumplicidades e segurança construídas no afeto e na empatia de relações horizontais femininas, permeadas de conhecimento e cuidado, como refere Cátia Martins (2010) no *post* intitulado *Doulas na Humanização do Parto e Nascimento*:

Selecionada, a doula passará por uma capacitação, na qual são oferecidos conhecimentos básicos sobre trabalho de parto, gestação e relações interpessoais. Por lidar com diferentes tipos de pessoas, desde a parturiente e seus familiares a médicos e técnicos, a doula precisa saber transitar bem nesses ambientes, e entender qual é o papel dela, que é dar suporte físico e emocional à mulher. Esse lugar ficou um pouco vazio na história do parto dentro desse cenário institucional. (MARTINS, 2010)

### 6 Considerações finais; evocações e outros modos de lidar com o biopoder

Nascer e morrer são fatos sociais que passaram de ritual familiar a acontecimento médico-científico. Perderam a leveza e receberam a dureza dos protocolos que transformaram a PESSOA em “paciente” e “número de leito”. Segundo Ricardo Teixeira (2012), coordenador da RHS, *o biopoder atravessa uma fase de truculência inaudita, atacando em várias frentes simultâneas, visando produzir um “sucateamento” definitivo da nossa humanidade, abrindo o caminho para fazer de cada corpo um objeto de realização do capital. Não há como ter meias palavras diante do que está se passando. ... Nosso “contra-ataque”, de novo, se dá nas redes, com as redes... Assim sendo, vamos disseminando na rede e entre as redes, essa e outras experiências, experimentações, ideias e modos de fazer, escapando do rigor normativo que engessa os procedimentos, as vivências e os afetos.*

Falar de gestação, de parto e de nascimento está também incluído na lista de demandas de todos os sujeitos no decorrer da sua existência, dando conta dos diferentes momentos de suas etapas de vida, e que estão cotidianamente sendo revisitadas por essa etapa inicial. É a vida que sempre segue conectada. Para cada ser vivo um alimento, para cada alma um santo, para cada pé um sapato. Para que a gente jamais esqueça a delícia de ser criança.

Que as vozes trazidas aqui ecoem como uma polifonia – vozes que se atravessam, coincidem, divergem e se acrescentam. Que soem como evocações, chamamentos no sentido de fazer pensar que somos todos responsáveis pelos modos como o mundo se cria, nasce, renasce, torna e retorna. Como diria Valter Hugo Mãe: que sejam como “abanos que embalam nossas águas interiores”.

### Referências

ALLIEZ, E. **Gilles**: uma vida filosófica. São Paulo: Editora 34, 2000.

ALVES, R. O olhar adulto. In: \_\_\_\_\_. **Sete Vezes Rubem**. Campinas: Papyrus, 2012.

ÁVILA, H. (Coord.). Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste. Disponível em: <[http://www.fotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com\\_content&view=article&id=263:plano-de-qualificacao-da-atencao-em-maternidades-e-rede-perinatal-no-nordeste-e-amazonia-legal&catid=57&Itemid=185&lang=pt](http://www.fotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com_content&view=article&id=263:plano-de-qualificacao-da-atencao-em-maternidades-e-rede-perinatal-no-nordeste-e-amazonia-legal&catid=57&Itemid=185&lang=pt)>. Acesso em: 18 nov. 2012.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 18 nov. 2012.

DANTAS, V. **Canto ao desabrochar de Amandy**. [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2009. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/6398-canto-ao-desabrochar-de-amandy>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

FERIGATO, S. **Marcha do parto em casa**: imagens de todo Brasil. [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/12996-marcha-do-parto-em-casa-imagens-de-todo-brasil>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

FORTES, P. **Luanda**. [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/10907-luanda>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

FRANCO, T. B. et. al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: a caso de Betim, em Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, [S.I.], v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GADELHA, J. A. **Conto**. [Natal, RN: s.n], 6 nov. 2012. Entrevista.

MÃE, V. H. **O filho de mil homens**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

MARTINS, C. P. **Doulas na humanização do parto e nascimento**. [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/node/10753>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

O QUE é a rede Humaniza SUS? [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. In: <<http://www.redehumanizausus.net/4-a-rede-humaniza-sus>>. Acesso em: 23 out. 2012.



OLIVEIRA, M. **Visitas técnicas do plano de qualificação das maternidades para redução da mortalidade infantil já começaram.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/node/9781>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, jul./set. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51413-81232005000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-81232005000300014)>. Acesso em: 19 nov. 12.

PAVAN, C. **Marcha parto em casa:** São Paulo. [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/12944-marcha-parto-em-casa-sao-paulo>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

PEDROZA, R. G. **Um parto em casa.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/12611-um-parto-em-casa>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

SILVA, A. C. S.; DADAM, S. H. Parto humanizado ou parto mecanizado. In: CONVENÇÃO BRASIL/LATINOAMÉRICA, 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba, Centro Reichiano, 2008.

SOUSA, E. **A humanização do pré-natal.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/12135-a-humanizacao-do-pre-natal>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Rede no berço:** acolhendo as diferenças culturais. [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2008. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/4189-rede-no-berco-acolhendo-as-diferencas-culturais>>. Acesso em: 25 dez. 2012.

TEIXEIRA, Ricardo R. **Os afetos de rede nos convocam para uma nova modulação da RH\$.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/13067-os-afetos-de-rede-nos-convocam-para-uma-nova-modulacao-da-rhs>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

TENÓRIO, G. **A parteira hippie e a pedagogia da intensidade.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/node/12171>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Marcha parto em casa.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/12934-marcha-do-parto-em-casa>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Da política de qualificação das maternidades à Rede Cegonha.** [S.I.]: Rede Humaniza SUS, 2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/12041-da-politica-de-qualificacao-das-maternidades-a-rede-cegonha>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

# **Monitoramento e Avaliação como Prática Transversal na Rede Cegonha: Construção de um Processo Articulando Monitoramento e Apoio Institucional**

Serafim Barbosa Santos Filho

Artigo



### Resumo

O artigo apresenta a metodologia do Monitoramento e Avaliação (M&A) na Rede Cegonha (RC), partindo das diretrizes do Ministério da Saúde para a qualificação da atenção ao parto e ao nascimento no Brasil. Abrange o processo de M&A iniciado com o Projeto de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais (PQM) e sua ampliação para a Estratégia da Rede Cegonha. Busca-se articular as diretrizes da RC em eixos de M&A, embasando-se nos referenciais avaliativos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS.

### Palavras-chave:

Monitoramento. Avaliação. Humanização da assistência. Humanização do parto. Apoio institucional.

### Abstract

The paper presents the methodology of the Monitoring and Evaluation (M&A) in Rede Cegonha (RC), based on the guidelines of the Ministry of Health for the qualification of childbirth care in Brazil. Covers the process of M&A started with Project Qualification of Care in Maternity and Perinatal Networks (PQM) and its extension to Rede Cegonha. The paper seeks to articulate the guidelines of RC axis M&A, basing on the evaluative benchmarks of the National Humanization Policy in SUS.

### Keywords:

Monitoring. Evaluation. Humanization of assistance. Childbirth humanization. Support institutional.

### 1 Marcos referenciais ampliados do monitoramento e da avaliação

Este texto apresenta a metodologia e a experiência do Monitoramento e da Avaliação em dois projetos desenvolvidos em sequência pelo Ministério da Saúde, voltados para a qualificação da atenção ao parto e ao nascimento. Trata-se do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais (PQM), com foco inicial em serviços das regiões Nordeste e Amazônia Legal (entre 2010 e 2011) e a Estratégia da Rede Cegonha (RC), alargando a abrangência do Plano a partir de 2011.

Inicialmente articulam-se os referenciais metodológicos que estão na sustentação da proposta do Monitoramento e da Avaliação, indicando sua forma de entrada na experiência do PQM e RC. Em seguida, apresentam-se os eixos de construção do processo avaliativo nesses Projetos, ilustrando a incorporação dos referenciais que consideramos ampliados.

As bases do Monitoramento e da Avaliação no PQM e RC devem ser demarcadas, levando em conta o seguinte cenário contextual e metodológico:

- O PQM foi concebido a partir de estreita articulação entre as áreas técnicas da Saúde da Mulher, da Criança (ATSM/ATSC) e a Política Nacional de Humanização (PNH). Do âmbito da PNH, buscou-se a incorporação de suas diretrizes de reorganização da atenção e gestão no SUS, bem como do referencial avaliativo que veio se desenvolvendo nessa Política, buscando construir uma *abordagem avaliativa ampliada* alinhada ao *marco teórico-político ampliado* da PNH.
- Nesse contexto, entendeu-se que os desafios trazidos pelo PQM no sentido de inovar no *modo de desencadear intervenção* merecia também agregar certa inovação no *modo de desencadear avaliação*. Partiu-se, assim, da proposta da PNH de se tratar o *monitoramento e a avaliação* como âmbito efetivamente inseparável do *planejamento*.
- Assim, convencionou-se o entendimento do “PM&A”, tratando como inseparáveis os âmbitos de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) que norteiam uma intervenção. E forjou-se a proposta do *Acompanhamento Avaliativo* como modo de se atravessar ou transversalizar todo o processo de intervenção com um *olhar/agir avaliativo*.

Os referenciais conceituais apresentados neste texto encontram-se detalhados em algumas publicações sobre avaliação e humanização (BRASIL, 2006; SANTOS FILHO, 2007; SANTOS FILHO, 2009; SANTOS FILHO; SOUZA; GONÇALVES, 2011; SANTOS FILHO, 2011).

### **Conceitos articulados no Acompanhamento Avaliativo**

Neste tópico estão sintetizados os principais atributos que se propõem cruzar no referencial do Acompanhamento Avaliativo:

- Tem caráter *transversal*, isto é, prática de avaliar atravessando todo o processo de trabalho, portanto não se inserindo como “anexo” à intervenção, mas sim produzindo informações e análises que forneçam pistas para correções de rumo em seu decorrer. E ajudando a ampliar a comunicação-análise coletiva acerca da intervenção.
- É *indissociável da prática de planejar-fazer*, marcando a transversalidade no campo ampliado da gestão compartilhada ou cogestão, em que se consideram os sujeitos como protagonistas do planejar-fazer-avaliar.
- É *participativa-includente*, como avaliação-intervenção realizada *com* todos os sujeitos envolvidos na situação (e não de modo externo), sendo parte ativa de todo o processo avaliativo e não apenas como informantes.
- É *pedagógico-emancipatória*, já que remete os sujeitos à condição de participantes-protagonistas, apropriando-se de conhecimento sobre os objetos e métodos, formando-se e empoderando-se para decisões-intervenções.
- É *formativa*, no sentido de se realizar ao longo do processo, servindo para direcionar e ajustar rumos no próprio percurso.
- Opera-se com indicadores clássicos, mas também com *indicadores-analisadores* do trabalho, isto é, situações indicativas dos conflitos e intervenientes gerais no entorno da intervenção.
- E alinha-se com a noção de *avaliação como negociação*, isto é, sempre na perspectiva de criar espaços de negociação para construção comum das mudanças (ou negociação e corresponsabilização com o possível).

### **Processo de monitoramento e conceito de indicador**

Complementando essas concepções, resumimos em seguida alguns conceitos vinculados a elementos que, usualmente, são manipulados na prática avaliativa. Agregam-se nesse marco referencial, ajudando na operacionalização do PM&A nos nossos campos de interesse.

- O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (Intervenção) estabelece como metas (Planejamento). Refere-se ao acompanhamento ou monitoramento de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance dessas metas, indicadores esses que podem representar os processos e/ou produtos obtidos.
- Em uma *concepção clássica*, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre o estado de saúde ou desempenho do sistema de saúde. São instrumentos para avaliar o alcance de objetivos e metas, quantificando resultados.
- Em uma *concepção ampliada*, abre-se a perspectiva de alargar o conceito de indicadores para além de instrumentos de quantificação, devendo ser ajustados às diferentes realidades e intervenções. Em tal perspectiva, parte-se de alguns pressupostos: de que uma realidade não pode ser apreendida somente com o conhecimento retirado dos números; de que há várias dimensões de mudanças (resultados) que devem ser observadas a partir de uma intervenção, inclusive transformações na própria subjetividade; de que os diferentes sujeitos de uma situação têm interesses e valores singulares que os norteiam a priorizar uma ou outra dimensão de mudanças e efeitos; e de que os sujeitos, em um movimento avaliativo participativo e corresponsável, devem construir e priorizar coletivamente as dimensões de interesse.
- Nesses mesmos sentidos, a definição clássica de *metas* também se amplia para além de um objetivo específico previamente estabelecido e a ser quantificado. Traduzem-se em uma gama ampliada de situações que se pretende alcançar em um determinado tempo. E no desafio de construção coletiva das intervenções nos serviços de Saúde, muitas vezes as metas são construídas com o próprio decorrer da intervenção (caminhando à luz de diretrizes e construindo ou ajustando metas no caminhar).

- Trata-se então de buscar *indicativos* das mudanças que se vai observando no rastro das intervenções disparadas e também indicativos das reações adversas, conflitantes, desestabilizadoras, que emergem com as intervenções, nesses casos não devendo ser vistos como “efeitos indesejados”, mas sim como *analísadores* das situações. Por isso, prezamos de modo especial o alargamento da noção de *indicador como analisador*.
- Em um parêntese, vale lembrar que o conceito de *avaliação* na direção de *pesquisa avaliativa* é algo mais complexo, diferindo do *monitoramento*. Grosso modo, em um desenho avaliativo a tarefa não é apenas a de verificar o alcance de metas; busca-se investigar a influência efetiva da intervenção sobre os efeitos observados em uma dada situação.

### **Associando dispositivos de fortalecimento do PM&A na perspectiva de cogestão**

Neste tópico trazemos ainda outro bloco de conceitos que entendemos está diretamente relacionado ao nosso enfoque de PM&A, convergindo para o que ajuda a operacionalizar a gestão compartilhada.

- *A Informação na perspectiva do Acompanhamento Avaliativo*: apesar do amplo consenso quanto à importância da Informação para a gestão, observam-se várias dificuldades de seu uso no cotidiano do trabalho. Entre os fatores limitantes, observa-se que ainda não há uma prática de *análise coletiva* de informações pelas equipes de Saúde. Mais do que repetir uma constatação, tomamos esse diagnóstico como desafio para induzir e apoiar a gestão local a criar oportunidade para as equipes exercitarem a análise e o uso efetivo de informações em seu cotidiano. Assim, enfatizamos o investimento em um *movimento local*, ajudando as equipes a se apropriar, construir, inventar e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho e propiciem aprendizagens coletivas e maior satisfação com uma prática compartilhada.
- *Os Contratos Internos de Gestão (CIG)*: o movimento de análise coletiva da informação nos serviços constitui uma das bases para a consolidação de planejamento e monitoramento participativos. Os CIG são dispositivos compreendidos nesse contexto, isto é, contexto de cogestão, em que o ato de



avaliar passa a ser ato de negociação e compartilhamento de informações, conhecimento e poder. Os CIG são estratégias de *contratações entre partes, de formação de redes de compromissos* entre sujeitos (gestores dos diferentes níveis, unidades, equipes, usuários). Se nessa concepção *planejamento e contratos* são dispositivos de cogestão, especialmente para induzir diálogo e pactuação de mudanças, não são, portanto, instrumentos prescritivos, impostos de cima para baixo, nem podem se reduzir a um foco administrativo, muitas vezes com metas desconhecidas pelas próprias equipes, o que gera resistências e desgastes institucionais, em vez de corresponsabilização.

### **Dimensões ampliadas de indicadores**

Os referenciais entremeados no Acompanhamento Avaliativo na verdade alinham-se e convergem para a concepção de gestão que embasa a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008, 2009; CAMPOS, 2000).

Em síntese: a Gestão e Planejamento que propõem ampliação de seu objeto e finalidades trazem como desafio indissociado o Acompanhamento Avaliativo produtor das seguintes inclusões: (i) dos diferentes sujeitos nas avaliações do trabalho e (ii) dos diferentes objetos e objetivos, cuidando com a busca de resultados úteis aos usuários, aos trabalhadores e aos gestores.

- Para dar conta da complexidade da realidade da saúde, parte-se da compreensão do *espaço de trabalho* como espaço onde: (i) organizam-se práticas (a serem ofertadas); (ii) sujeitos interagem, organizam-se e (iii) geram-se movimentos e efeitos. Nessa direção, há que se ampliar o cardápio de indicadores para refletir transformações nos seguintes âmbitos: (i) nas relações entre as pessoas em situação de trabalho, (ii) nos processos e modos de produzir serviços, (iii) na interação equipes-usuários e (iv) nos impactos no sentido de respostas qualificadas e melhora das condições de saúde. Assim, contemplam-se dimensões da subjetividade e se amplia a noção de eficácia, associando as perspectivas organizacional e os sujeitos.

### **Espaços transversais de Acompanhamento Avaliativo**

O Acompanhamento Avaliativo, pensado nesses modos, requer espaços ampliados para se operacionalizar na prática no sentido da transversalidade e de serem capazes de incluir as pessoas, as técnicas, as ferramentas e as fontes diversificadas.

- Constituem-se como *espaços ou oportunidades para o exercício avaliativo*: as equipes locais ou em qualquer esfera de trabalho, que passam a ser também entendidas como grupo avaliador; os colegiados gestores (com função também avaliativa); os coletivos/comitês/colegiados ampliados; as Unidades de Produção; as Ouvidorias; os momentos organizados do Apoio Institucional; os momentos de análise de informações gerais do serviço.
- Constituem-se como *técnicas, ferramentas e fontes avaliativas*, na perspectiva da triangulação: os quadros de metas institucionais e indicadores referenciais dos serviços; os diagnósticos da realidade e os planos de intervenção (tomados como pontos de partida e metas); os grupos focais compostos pelos trabalhadores e/ou gestores; as rodas de conversa avaliativas; as *memórias* como dispositivos avaliativos; a pesquisa documental; as pesquisas operacionais (com levantamentos simplificados ou mais complexos); as avaliações de satisfação; as observações-participantes; os sistemas informatizados de informação; os relatórios informacionais; diversos tipos de registros de campo e técnicas específicas da ergologia, no caso de análises ampliadas do trabalho. As validações coletivas permeiam o uso de todos esses recursos.

### **Acompanhamento Avaliativo no contexto do Apoio Institucional**

Tradicionalmente, a fragmentação do processo de trabalho faz da avaliação uma dimensão à parte (um “anexo”), geralmente voltada para a execução de ação usando valores que fizeram parte do planejamento e de decisão da qual a equipe avaliada não participou. A estratégia de Apoio Institucional utilizada na PNH gera condições concretas para *incluir* os sujeitos, as situações-problemas, as diferenças e os conflitos como analisadores de uma dada realidade, operando o movimento de inclusão com ampliação da capacidade de reflexão e intervenção dos coletivos. Com esse *modus operandi*, o Apoio Institucional abre terreno para incorporar também um (outro) *modo de fazer a avaliação*, comprometido em colocar em análise os próprios modos de trabalhar em saúde, modos que têm sido praticados com intensa separação entre atenção e gestão, entre quem planeja e quem

executa, entre trabalhador e gestor, entre trabalhador/gestor e usuário, entre avaliador e avaliado.

A aposta é em um *modo de fazer* na direção da transversalização nos processos avaliativos, aqui retomando o conceito de transversalidade como aumento do grau comunicacional intra e intergrupos (GUATTARI, 1981).

Esse *modo de fazer* é uma premissa do Apoio Institucional, que propõe apoiar os coletivos em movimentos de mudanças. Sendo assim, deve incorporar uma direção de avaliação que produza indicativos de tais movimentos, isto é, das transformações que venham a ser induzidas; indicadores expressando os efeitos em diferentes e indissociáveis sentidos, como mudanças nos processos e efeitos nos grupos, nas pessoas e relações. Esta se constitui como uma tarefa do Apoio, isto é, construção de espaço coletivo para se por o trabalho em análise, buscando intervir-transformar e acompanhar um processo e não, apenas, representar uma dada realidade.

No PQM e na RC há uma permanente problematização da função Apoio, em meio a uma sistemática e extensa agenda de oficinas com os apoiadores. Nisso, vai-se possibilitando a “produção de um sentido avaliativo” em torno das intervenções propostas nos serviços. Ao se produzir sentido avaliativo coletivo, aproxima-se do desafio indicado na PNH de “avaliar não somente se determinado dispositivo está implementado ou não (em uma certa lógica binária de aferição de resultados), mas, sobretudo, levantar aspectos indicativos de como o dispositivo está operando, buscando aí as diferentes dimensões de transformações nos processos de trabalho e nos sujeitos” (SANTOS FILHO, 2007).

### **Construção do processo avaliativo no PQM e Rede Cegonha**

Movimentos indissociados de formação, construção dos eixos de PM&A e sua articulação nos serviços/rede de atenção

Aqui se apresenta um movimento experimentado, inicialmente no PQM e agora na RC, com o desafio de garantir na prática a premissa da construção coletiva do processo avaliativo. Experimentam-se então, como inseparáveis, os seguintes movimentos:

- *Construção dos eixos de PM&A:* com a decisão de se utilizar as diretrizes da PNH para nortear o PQM, desde o início foram disparados movimentos capazes de agregar e *incluir* os atores envolvidos em sua implementação. Assim, após os momentos de pactuação do PQM entre as instâncias gestoras do SUS, foram organizadas as primeiras oficinas com os gestores, referências técnicas e

apoiadores institucionais, recém-inseridos no Projeto. A pauta dessas oficinas se abre em duas direções: a introdução ao contexto situacional a ser tomado como base para o planejamento de ações e seu monitoramento e a indicação de uma agenda sistemática de oficinas com os apoiadores para discussões sequenciais e transversais em torno do modelo de PM&A a ser desenvolvido.

- *Formação de apoiadores institucionais*: a proposta das oficinas sequenciais e transversais traz em si a perspectiva indissociada da construção do PM&A juntamente à formação dos apoiadores nesse campo temático que se coloca, baseando na PNH, como dispositivo estratégico para potencializar a implementação das intervenções.
- *Formação-Intervenção nos serviços*: inseparável dos dois âmbitos anteriores, a perspectiva de apropriação de estratégias e ferramentas de PM&A tem como um dos objetivos essenciais subsidiar e fortalecer a atuação do apoiador institucional nos territórios.

Cruzam-se assim as perspectivas de operacionalização de Acompanhamento Avaliativo capaz de possibilitar avaliação permanente das intervenções disparadas, da adequação/ajustes dos instrumentos de monitoramento e da própria formação dos apoiadores. Vale lembrar que um dos efeitos mais observados, coletivamente, ao longo desse processo, é justamente o que diz respeito ao crescimento dos apoiadores quanto à capacidade de ampliar o olhar avaliativo em seu campo de ação (o que não significa falar em “domínio específico de instrumentos de informação”, nem formação especializada no campo avaliativo).

Feita a demarcação dessa convergência de interesses do PM&A, no sentido da transversalidade, descrevem-se em seguida os eixos metodológicos que vêm compondo todo o processo, agregando elementos analíticos que ilustram alguns efeitos obtidos.

### **Os espaços de construção coletiva do PM&A**

De algum modo, toda a equipe de referência técnica e gestores do PQM, e atualmente da RC, vem-se constituindo (também) com a função de discussão de PM&A. Na prática isso acontece porque, de modo geral, os técnicos envolvidos na formulação desses Projetos (PQM e RC) no MS são também os responsáveis pelas diretrizes de sua implementação, neste caso agindo como protagonistas das linhas de planificação e avaliação. Esse então pode ser considerado como espaço coletivo mais central (MS) em que se experimenta a

construção coletiva do PM&A, em vez da lógica tradicional, como em um ato isolado, de aporte de instrumentos “externos” a serem anexados aos projetos.

Esse grupo de referência do MS (ou o que atualmente tem funcionado como núcleo de PM&A na RC) agrega-se aos apoiadores institucionais, constituindo-se assim outro espaço articulado, funcionando por meio de oficinas metodológicas (com temas variados), todas elas atravessadas pelo PM&A. As discussões desdobram-se na agenda ampliada dos apoiadores nos territórios, configurando momentos gerais permeados pelo olhar avaliativo e momentos avaliativos específicos com os atores locais regionais.

Em tratando-se de uma pauta aberta à construção em “espaços não exclusivamente especializados”, nem verticalizados, é importante ressaltar toda a complexidade envolvida nesse terreno de aprendizagem e desafios defendidos nos princípios da PNH. Como ponto de partida, um dos grandes desafios é o de articular saberes, poderes, experiências, interesses diferenciados, dialogando com os tempos e as pressões institucionais e as necessidades de agilidade para os usuários diretos dos Projetos. Em consequência desta escolha político-metodológica, surgem os riscos comuns de críticas a processos que às vezes arrastam-se em tempos e resultados incompatíveis com os diferentes interesses. Mais uma vez, é na PNH onde se buscam recursos conceituais para analisar esses contextos institucionais e desafios na lida permanente com o que é instituído e instituinte no mundo do trabalho. Vale lembrar que, em meio a toda a complexidade, experimenta-se um âmbito de aprendizagem organizacional que na PNH alinha-se aos desafios do *(modo de) fazer diferente*.

### **As oficinas como espaços privilegiados para discussões metodológicas**

Com o entendimento do PM&A como dispositivo potencializador da implementação de intervenções, a coordenação ministerial do PQM indicou que sua primeira oficina geral se organizasse na lógica do PM&A. Nesta Oficina, realizada em novembro de 2009, partiu-se de três pilares: dos objetivos específicos do Projeto que estavam na base do PQM (Projeto de Redução da Mortalidade Infantil e Materna, vinculado a um Projeto mais amplo de governo para enfrentamento de iniquidades regionais no Nordeste e na Amazônia Legal), do Apoio Institucional e do PM&A. Em seus desdobramentos pactuou-se uma agenda político-operacional que se fazia potente para garantir o Acompanhamento Avaliativo que se propunha. O Relatório dessa Oficina foi elaborado com o subtítulo de “Compondo uma Agenda de planejamento e acompanhamento avaliativo”, destacando três encaminhamentos: o uso dos dois meses seguintes (dezembro e janeiro/2009) como dispersão para análise situacional dos municípios e serviços contemplados no PQM, seguindo-se ao agendamento de uma próxima oficina de sistematização e plano de

acompanhamento avaliativo (fevereiro de 2010) e acordando momentos sequenciais de oficinas para o ano de 2010.

Daquele momento até os dias de hoje, já em tempos de Rede Cegonha, vem-se seguindo essa lógica de oficinas, evidentemente cuidando-se com os devidos ajustes, para isto valendo-se das pistas da própria prática avaliativa. Do mesmo modo que destacamos anteriormente o crescimento dos apoiadores quanto ao olhar avaliativo, aqui se destaca o aprimoramento das oficinas em sua capacidade de produzir grupalidade e interatividade conceitual-operacional, isto é, ampliação do grau de entendimento coletivo sobre os processos, os desafios, os instrumentos, as ações etc., e consequente fortalecimento do compromisso e da responsabilização com o trabalho. Novamente faz-se pertinente trazer o referencial da PNH, enfatizando seus focos ampliados e a amplitude dos indicadores para ilustrar esses tipos de efeitos que dizem da qualificação dos processos e da subjetividade dos atores com eles envolvidos. As oficinas mais recentes da Rede Cegonha (primeiro semestre de 2013) mostram esse “potencial de efeitos”, indicando a capacidade de agregação de grande número de novos atores, novos pela entrada recente e pela procedência de outras áreas, de outros locais etc., cuidando-se em criar terreno favorável à integração para o trabalho, além das manifestações de satisfação coletiva com a abordagem das oficinas e seus desdobramentos. Também vale lembrar-se de que essas oficinas não têm a marca de evolução linear ou de caráter estável, muitas vezes gerando muitos desconfortos (sempre provisórios como o próprio conforto). Apesar de sempre se cuidar com a definição clara de suas pautas, sua dinâmica é permeada por muitas “crises”, já que se pressupõe contar efetivamente com o envolvimento coletivo, tanto em aspectos técnicos quanto em compromissos a serem assumidos por todos. Nesse contexto, evidentemente emerge tudo o que é próprio à esfera do coletivo, como as diferenças de saberes, poderes, experiências, interesses, mas também as potencialidades para a busca do comum.

Oportunidades mais específicas de avaliação comparativa das situações dos serviços – o que era antes e as mudanças em curso – têm prevalecido em alguns momentos de oficinas ao longo de cada ano, e os resultados podem ser vistos nos relatórios institucionais.

### **Os diagnósticos iniciais e desenhos de direcionamento do PM&A**

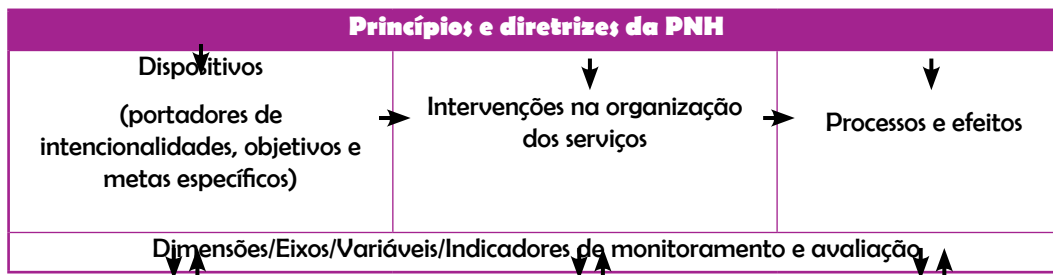
Na série inicial de oficinas, a abordagem foi priorizada em duas direções: na orientação para as análises situacionais dos territórios locoregionais e na construção de grandes eixos de metas institucionais baseando-se nas diretrizes do PQM.

Na análise situacional partiu-se de um diagnóstico geral prévio, indicando problemas em diferentes dimensões da atenção e da qualidade de vida e saúde das mulheres/gestantes e

dos recém-nascidos: acesso, cobertura, concentração de procedimentos essenciais, vínculo, modo de atendimento, morbimortalidade. O direcionamento da análise situacional foi norteado por um instrumento com os seguintes itens: (i) caracterização da maternidade (estrutura geral, rede na qual está inserido, indicadores de produção com base em demandas, oferta e cobertura de serviços, indicadores assistenciais-epidemiológicos, características dos modelos de gestão e de atenção, destacando aspectos específicos dos processos e relações de trabalho locais e em rede); (ii) avanços percebidos e iniciativas já existentes; (iii) síntese dos problemas/pontos críticos que merecem ser tomados como desafios para intervenções para melhoria da atenção e gestão; (iv) reflexões partindo da situação atual e com uma análise crítica, demarcando os fatores limitadores às mudanças e as potencialidades político-institucionais, inclusive a percepção sobre o interesse e a mobilização dos diferentes atores com a superação das dificuldades e dos impasses. Evidentemente essa análise já era algo a se fazer no coletivo, mas trazendo também a oportunidade do apoiador registrar sua impressão sobre os desafios para intervenção e para sua própria atuação.

Para abordar a construção das metas institucionais, mostramos a seguir os desenhos esquemáticos que articulam o modelo de PM&A na PNH (SANTOS FILHO, 2009). Tais desenhos foram aqui inseridos para apresentar como se pensou a composição dos eixos de PM&A no PQM e RC.

**Figura 1 – Articulação dos referenciais da PNH e direção de planejamento e avaliação**



Fonte: Santos Filho, 2009.

Partindo desse esquema, construíram-se no PQM e na RC os elementos que correspondem a seus (i) princípios/diretrizes, derivando em (ii) dispositivos que direcionam (iii) intervenções na atenção (boas práticas), gestão (organização dos processos de trabalho, coletivos, colegiados, fóruns etc.) e formação (qualificação dos profissionais). Nesse contexto ampliado, vislumbram-se processos e efeitos a serem dimensionados por meio de *indicadores ampliados*.



No PQM (e também RC) o que mencionamos anteriormente como *metas institucionais* engloba todos estes elementos, que podem ser sintetizados (aqui nesse entendimento) em *diretrizes/dispositivos* e *indicadores* correspondentes a eles, norteando as mudanças desejadas.

Assim, nas primeiras oficinas do PQM utilizou-se uma matriz norteando essa construção, compondo-se das seguintes colunas:

Diretriz operacional (derivando dispositivos)	Indicadores de implementação de ações	Indicadores de resultados esperados
--	--	--

Por *diretriz* entende-se, resumidamente, as orientações específicas de uma Política ou Projeto. Por *dispositivo* entende-se, a tradução dessa diretriz, em arranjos de interferência nos processos de trabalho.

Por *indicadores de implementação de ações* entende-se: o que se espera desenvolver, implantar para viabilizar os resultados esperados. Aqui se incluem indicadores de estrutura e processos.

Por *resultados* entendem-se todas as transformações esperadas, tanto nas condições de saúde como na alteração do modo de funcionamento dos serviços e equipes, bem como em seu âmbito de subjetividade (como mencionado na primeira parte deste texto).

Os conteúdos propriamente dessa matriz não estão apresentados no quadro anterior por estarem recorrentemente descritos nos demais textos. Por outro lado, podem ser vistos também no Instrumento Ampliado de Indicadores anexado ao final.

É importante lembrar que essas matrizes referenciais não se confundem com matrizes programáticas ou de planos de ação, desejados que se façam sempre com os coletivos localregionais. As matrizes referenciais devem ser entendidas como articulação de diretrizes e indicadores estruturantes dos Projetos (PQM e RC), assim podendo (e devendo) serem compostas previamente para direcionar o próprio planejamento participativo. Não obstante, esse esclarecimento e a aparente facilidade para tal entendimento, não foi sem conflitos que se passou por essa etapa de discussão no PQM. Os conflitos emergiram em meio a inseguranças, a desconhecimento, a desníveis de expectativas e de experiências com o tema, com o Projeto (na verdade, em plena fase de formulação) e, especialmente, com a proposta e as linguagens do PM&A, do Apoio Institucional e do (novo) modo de fazer. Tudo isso gerou situação de desconforto coletivo e novamente os recursos conceituais da PNH estiveram ali atravessando as discussões, ajudando a desvelar no próprio coletivo o

quão complexo é o desafio de se construir no coletivo, das idas e vindas ao entendimento do que são ofertas institucionais (pertinentes e necessárias) por parte dos gestores, e do que são as (pertinentes e necessárias) construções participativas em torno delas. Daí o caminho que se veio aprendendo de ir e vir com discussões e desdobramentos em diferentes rodas, caminho que em si mesmo mostra o que foi possível construir e não o que se impôs para construção. Em outros termos, revela na prática os desafios de um modo de fazer que viria exatamente para encurtar a distância entre o que é do âmbito do prescrito e do real (o jeito de se lidar e ressignificar as diretrizes nos contextos vivos de trabalho).

A *lembrança* dessa situação certamente ajuda a lidar com os desafios atuais da RC, neste momento que inclui o desafio não só de revisão, mas também de ressignificação de planos, de contratos etc., em um intenso e ainda nem tão claro diálogo entre tantos e variados atores institucionais. Talvez a maior utilidade dessa *lembrança* seja a de *lembrar* a enorme relevância do modo de intervenção do apoiador, isso mesmo condicionando os rumos do entendimento do processo.

Voltando às fontes do PM&A/PNH, o desenho seguinte (Figura 2) é o que se tomou como base para avançar na construção das dimensões avaliativas no PQM e RC, elegendo situações que se alinham nesse referencial. Algumas situações passaram a compor instrumentos mais estruturados e outras situações estão postas para análises mais abertas no contexto do Apoio Institucional (como os componentes do foco 2 da figura seguinte).

**Figura 2 – Método de Avaliação na PNH: acompanhamento avaliativo com focos de análise e dimensões de processos e efeitos**

<b>Acompanhamento avaliativo como prática transversal (indissociada das intervenções)</b>		
<b>Objeto/Foco de análise 1</b>	<b>Objeto/Foco de análise 2</b>	<b>Objeto/Foco de análise 3</b>
Os dispositivos de interferência no processo de trabalho	Os trabalhadores como sujeitos no contexto do processo de trabalho	As repercussões das práticas de saúde para os usuários

continua

conclusão

Acompanhamento avaliativo como prática transversal (indissociada das intervenções)		
Dimensões de análise: processos e efeitos		
<p>Organização/arranjos, articulação dos procedimentos, ações, recursos</p> <p>(Aspectos relacionados à definição e aos ajustes nas ofertas, intervenções)</p>	<p>Aspectos que informam sobre a dinâmica de <i>inserção-inclusão</i> dos trabalhadores no processo de produção, considerando as <i>modalidades de trabalho induzidas pela organização</i> e o que se <i>mobiliza</i> nos sentidos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– padrões de comunicação e de relacionamentos, grupalidade;</li> <li>– articulação de saberes, do “conhecimento prático”, dos objetos do trabalho, tarefas e fluxos;</li> <li>– articulação/produção de práticas coletivas, integradas entre pares;</li> <li>– articulação/produção de estratégias de renovação do funcionamento organizacional;</li> <li>– articulação de interesses para construção/invenção de projetos comuns e construção de redes.</li> </ul> <p>(o que marca a capacidade de análise e de intervenção como sujeitos e coletivos, no sentido da autonomia e do protagonismo)</p>	<p>Repercussões quanto: ao acesso, à qualidade da prestação de serviços e aos resultados percebidos como válidos quanto à satisfação de necessidades e de expectativas</p>

Fonte: Santos Filho, 2009.

### **Aproximações potentes entre macroinstrumentos de gestão e dispositivos que se colocam no cotidiano de trabalho**

No caso do PQM e principalmente da RC, vale lembrar-se de que todos os elementos contidos nos esquemas anteriores (princípios, diretrizes, dispositivos, indicadores) estão contemplados em normativas institucionais como portarias, muitas vezes “espalhados” ou dispostos no formato clássico desses tipos de documentos. Ao direcionar tais documentos na perspectiva do PM&A, fazemos o resgate dos elementos, articulando-os para melhorar seu entendimento em âmbito de Acompanhamento Avaliativo.

De modo especial, vale enfatizar que todo o arsenal avaliativo do PQM e RC (incluindo instrumentos de PM&A coletivamente construídos, mas também as próprias portarias) trazem eixos de indicadores coerentes com o referencial da PNH, isto é, refletindo dimensões ampliadas de transformações que se consideram pertinentes para mudar a realidade. Escapa-se, assim, da visão restrita de resultados, dando efetiva importância aos processos, sobretudo os de qualificação das práticas. Isso então confirma o cuidado com a noção de inseparabilidade entre dimensões da atenção-gestão-subjetividade e supera a lógica usual (e simplista) de se contrapor processo e resultado, “quantitativo” e “qualitativo” etc.

Em se tratando de projetos institucionais de governo, de amplo alcance e com evidentes necessidades de “comprovação quantitativa” de investimentos (comumente acarretando em restrição de indicadores nessa direção), há que ressaltar que a ampliação da visão do PQM e RC em sua lógica de PM&A representa incontestável avanço. Isso em si mesmo é efeito da complexa e tensionada construção coletiva na base desses Projetos, insistindo-se em defender com os mais diferentes atores a pertinência de se articular indicadores mais próximos do real do trabalho e dos movimentos interventivos. Para melhor visualização desse avanço, pode-se observar o atual *e-car* (principal instrumento de Controle, Avaliação e Acompanhamento de Resultados do MS), trazendo um conjunto diversificado de indicadores, entre eles alguns capazes de melhor refletir as ações e os movimentos da PNH e da Rede Cegonha. Não obstante a esse salto, é bom registrar que a efetivação em campo desses marcos avaliativos mais ampliados continua sendo desafio técnico e político. A aposta é que a contribuição do Apoio Institucional (fortalecido no campo de PM&A) venha a dar sustentabilidade a essa conquista que se encontra apenas em período embrionário.

De modo geral, todos os instrumentos contemplados no PQM e RC estão postos para serem negociados com uma mescla de diretrizes e indicadores que incluem aspectos mais estruturados e outros mais abertos. Dessa forma, planos de ação, contratos de gestão e linhas de monitoramento, em fase de estruturação, ajustamentos ou redirecionamentos, prezam mais o desafio da construção coletiva do possível para cada realidade do que a imposição de metas fechadas.

Se estivermos conseguindo identificar aqui o começo de um “diálogo interinstrumental” é porque boas perspectivas parecem se apresentar nesse cenário. Assim, amplia-se o desafio de interlocução entre os “macroinstrumentos” de monitoramento (entendendo-se os instrumentos mais centralizados e normativos de governo) e os dispositivos (incluindo vários instrumentos) que se colocam no cotidiano de trabalho, caminhando-se para a potencialização do uso e da utilidade da informação atravessando o processo de trabalho.

### **Em destaque o Instrumento Ampliado de Indicadores na RC**

O Instrumento Ampliado de Indicadores na RC (anexado no último tópico deste texto) é aqui priorizado para detalhamento por dois motivos principais: porque concretiza o caráter *ampliado* a que estamos nos referindo ao longo deste texto e porque é proposto como *dispositivo* mediador da intervenção e da atuação do Apoiador Institucional nos territórios. Destaca-se também que é instrumento nascido fora de uma “obrigação apriorística de preenchimento” no sentido administrativo de como se prescrevem formulários ou aplicativos informacionais no rastro das políticas de governo. Em outra direção, nasce no sentido de se articular no *trabalho de apoio* e mediando um *agir avaliativo*. Em sua intensa discussão com os apoiadores, foram demarcadas as seguintes premissas acerca do *uso* e da *utilidade* das informações como analisadores no movimento de apoio institucional:

- Como se trata de informações que têm relevância primeiramente para o próprio serviço (para sua gestão cotidiana), o instrumento é proposto para ser discutido em observações locais e rodas de conversa com as equipes, buscando-se o levantamento dos dados não somente a partir de sistemas existentes, mas a partir da própria vivência dos trabalhadores/gestores. Assim, a ideia não é se prender a fontes informatizadas de informação (algumas frágeis e muitas vezes burocratizantes), mas sim como iniciativa de exploração de dados a partir do próprio movimento local (o apoiador incorporando essa estratégia de investigação com as equipes, recorrendo aos sistemas de informação, mas não tomando sua fragilidade atual como inviabilizadora do movimento investigativo-interventivo). Propõe-se, portanto, que o material seja utilizado como analisadores do processo de trabalho e do próprio processo avaliativo.
- A ordem de entrada dos eixos de indicadores foi pensada em uma lógica analítica que permite ir checando: os eventos e as situações atuais da atenção e da morbimortalidade (resultados finalísticos); o estágio ou grau de utilização de procedimentos considerados adequados e de boas práticas; a amplitude

da capacidade instalada e de serviços oferecidos e o grau de implementação dos dispositivos de humanização, além das informações sobre investimentos e agenda do apoio institucional. Esta articulação permite sinalizar em que medida a estrutura, os processos e os efeitos estão inter-relacionados ou inter-relacionando-se no caminho.

- Alguns valores de referência foram inseridos nos indicadores, servindo para fomentar discussões comparativas. Mas como não existem parâmetros para a maioria dos indicadores, o mais importante é que eles passem a ser monitorados na própria instituição, tomando-os como linhas de base e indo a busca de melhorias.

Em sua elaboração e direcionalidade de uso, vem-se cuidando para que o instrumento não seja erroneamente interpretado e imediatamente capturado na lógica dos sistemas nacionais de informação em saúde (SIS). E em não se servindo a este papel, tem sido constante a necessidade de afirmar que não traz o risco de se instituir superpondo ou competindo com outros instrumentos que se enquadram tipicamente na linha dos SIS. Como se trata de instrumento mesclando informações estruturadas disponíveis a partir de outros aplicativos e de informações quali/quantitativas que viriam de fontes diversificadas de coletas, como diários de serviços, documentos, pesquisas operacionais, reuniões e rodas de conversas locais, depoimentos, observações-participantes, registros e memórias avaliativas das intervenções etc., na verdade pode ser considerado como fonte para vários outros instrumentos, da mesma forma que também se alimenta de várias fontes. É interessante observar que direta ou indiretamente já tem funcionado como um “banco de referências” não exatamente onde se “busca um dado”, mas onde contém aspectos/itens que servem de inspiração para compor outros instrumentos de menor abrangência e bem demonstrativos do potencial impacto da RC. É o caso, por exemplo, do atual FormSUS, formulário constituído de informações contempladas no Instrumento Ampliado, porém melhor direcionadas no *FormSUS*, com objetivos mais específicos.

De qualquer modo, o Instrumento Ampliado serve essencialmente para uso vivo em ato de acompanhamento avaliativo, instigando apoiadores e equipes locais a guiarem seu trabalho com o olhar avaliativo. E, tendo potência para captar em tempo real informações importantes, serve como potente fonte para alimentar as instâncias macrogestoras em uma condição paralela (mas não competidora) aos sistemas usuais de informação. E no caso do uso local, viabilizam efetivamente o uso das informações-indicadores como analisadores.

A construção desse instrumento foi uma iniciativa no sentido de nele fazer convergir vários âmbitos de estrutura, processos e resultados esperados com as intervenções, tomando como base uma vasta revisão de documentos institucionais, de experiências, de escuta de especialistas e dos centros colaboradores do PQM e RC. À medida que foi ou vai sendo compreendido nas finalidades mencionadas, avança-se em combinar (com os apoiadores) a sua entrada em um fluxo regular de alimentação, que amplie a sua utilidade para os diferentes usuários. Mas, vale ressaltar, este fluxo é estabelecido menos no plano prescritivo-administrativo e mais próximo de negociação de sentidos para uso. O fluxo inclui a alimentação por parte do apoiador em contato direto com os territórios, partindo de “coletas-discussões” coletivas locais (isto sendo, portanto, a fonte e o destinatário mais originais) e tendo como outro destinatário o MS.

Na experiência que se vem tendo com sua apropriação, esse é um bom âmbito que já se coloca em análise, isto é, buscando avaliar se a heterogeneidade (dentro do grupo de apoiadores) em relação ao uso e à alimentação do instrumento está relacionada à maior ou menor capacidade de produção de sentido em seu entorno. Vale lembrar os retornos cotidianos dos apoiadores que relatam sua importância na qualificação do trabalho. Mas, para além desses retornos revelando sua apropriação e o uso local, este é o momento em que se começa a analisar a alimentação coletiva desses instrumentos a partir de 2012, com testes de consolidação dos dados, de ajustes na formatação de sua entrada e de formatos de “devoluções” também mais transversais.

Vale lembrar-se de que o Instrumento Ampliado de Indicadores é voltado para o serviço/ maternidade. Induz à articulação de informações referentes aos demais pontos da rede territorial, mas esta primeira versão de instrumento, em si, não contempla especificamente esse campo. Nos documentos normativos da RC estão elencados os demais indicadores de interesse na organização do cuidado em rede.

### **Outros instrumentos informacionais que compõem a Rede Cegonha**

Na dinâmica de interação entre apoiadores territoriais e o MS outros instrumentos foram também construídos de modo coletivo e a partir de muita experimentação em torno de necessidades mútuas. Nos primeiros momentos de oficinas, ainda no PQM, um exercício que norteava a construção desses instrumentos partia da discussão dos (i) possíveis tipos de informação (ii) que seriam necessários e úteis (iii) considerando os diferentes usuários/ destinatários, com isso pensando-se nos diferentes formatos instrumentais.



Os instrumentos mediadores da dinâmica entre os apoiadores e o MS ficam em permanente processo de ajustes, cuidando-se com o mesmo empenho para que ganhem “sentido informativo inter-relacional”, ainda que precisem se instituir por necessidades administrativas. Após várias experimentações, e em mais um esforço corresponsabilizado, definiu-se coletivamente pela adoção de um único instrumento capaz de canalizar os outros que estavam em uso. Trata-se do Instrumento de Acompanhamento das Ações Estruturantes da RC, que serve inclusive para subsidiar a interlocução entre o ministro e os gestores locais, por meio da agenda regular de videoconferências voltadas para a RC. Estas então compõem e alargam o arsenal de dispositivos informativo-comunicacionais na RC, servindo ao fortalecimento de uma rede de compromissos, como enfatiza o PM&A na PNH.

Além de todo o movimento para ajustar os instrumentos na busca da produção coletiva do sentido informacional, há um meritoso esforço técnico de toda a equipe para as adaptações dos instrumentos em plataformas informatizadas, registros *online* etc. E cuidando para que tais adaptações – providenciadas para agilizar o processo e o uso – não fiquem incompatíveis nem competindo com as plataformas-padrão do MS.

Outros instrumentos de caráter estritamente administrativos estão associados ao acompanhamento da execução dos recursos físico-financeiros liberados para os serviços. Aqui lembramos desses instrumentos não apenas para completar a “listagem”, mas para salientar o desconforto gerado quando apenas repassados como “obrigações” dos apoiadores, o que requer discussão para equilibrar a compreensão de sua necessidade e certa tolerância para lidar com essa parte “tipicamente dura” do processo.

### **Instrumentos específicos de programação e contratualização em rede**

O momento atual da RC (agora no decorrer de 2013) é de intensa movimentação para redirecionar os instrumentos que subsidiam pactuação de compromissos e ações programáticas. Englobam-se termos de adesão e de compromissos intergestores, planos de ação (regionais e dos serviços), contratos de gestão e outros correlatos.

É necessário lembrar-se de que todos esses instrumentos partem das diretrizes gerais da RC, e em seu direcionamento cuida-se para garantir a inclusão dos indicadores correlacionados, assim entendidos como ofertas e quesitos para qualificação das redes perinatais. Ao mesmo tempo, cuida-se para que se desdobrem em ações desenhadas de forma participativa e como instrumentos de negociação de metas conforme os estágios singulares de cada realidade. Em linhas gerais, tanto os planos como os contratos de gestão são propostos de forma a possibilitar a previsão de metas graduais, negociadas em uma escala de tempo, e

levando em conta as fases da RC. Nesses termos, pode-se agrupar como referência (i) um conjunto de situações que refletem metas ou marcadores intermediários do que se quer alcançar e (ii) um conjunto de situações que reflete o processo efetivamente implantado ou alcançado. Na forma de matrizes isso pode ser visto nos seguintes formatos:

**Quadro 1** – Exemplo para distribuição dos indicadores e metas intermediárias e finais, ao longo de um ano

Diretrizes e Indicadores	Metas intermediárias e finais correlacionadas ao indicador		
	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Quadro 2** – Exemplo para composição de plano de ação, baseado nas metas

Diretriz	Metas para o ano	Ações	Responsáveis	Prazos

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Quadro 3** – Exemplo para composição da metodologia de aferição e vinculação de recursos conforme desempenho

Diretriz/ Indicador	Metas	Pontuação	Vinculação de recursos conforme desempenho

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Nos documentos normativos da RC (portarias nº 1.459/2011 e nº 650/2011), planos de ação e contratos de gestão estão inter-relacionados do seguinte modo: “contratualização é o meio pelo qual o gestor (do Município, Estado, DF ou União) estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de Atenção à Saúde, com os pontos de atenção sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais”.

Novamente alertamos para o *modo de fazer*, vinculado à lógica do Apoio Institucional, acreditando que nisso consiste o potencial de indução e de sustentação de mudanças efetivas nos processos locais. Nessa esfera, mais um passo se avança, convidando-se a equilibrar a compreensão dos contratos em duas vertentes complementares: como instrumento administrativo-jurídico (vertente que é necessária, mas insuficiente para produzir mudanças) e a lógica que trazemos de contratos como dispositivos de cogestão, tendo como foco o processo de trabalho e a articulação de movimentos e de compromissos mais ampliados.

### **Uma nota sobre o SisPreNatal**

Ao contextualizar anteriormente o Instrumento Ampliado de Indicadores da RC, mencionamos sua diferenciação do conjunto dos SIS nacionais, de larga escala. Aqui lembramos o *SisPreNatal* como um desses SIS e que passará a se chamar *SisPreNatal*, a partir da complementação de seus módulos (pré-natal, parto, nascimento, gravidez de risco e puerpério). Para boa articulação desse Sistema em todo o contexto aqui abordado, entendemos que na RC ele está contemplado nos seguintes âmbitos de PM&A: (i) é uma das ações planejadas no escopo da RC, isto é, uma tecnologia desenvolvida no Projeto RC (desenvolvimento dos módulos do Sistema); (ii) coloca-se como uma ação da RC nos serviços (ação de adesão dos serviços para sua implantação); (iii) e compõe o rol de compromissos do Apoio Institucional de induzir o seu uso, subsidiando informações para se agregar a outras, cumprindo as finalidades articuladas neste texto. Comporta-se, então, como um SIS no contexto de instrumentos da macrogestão, ao mesmo tempo em que se coloca, na RC, com o desafio de apropriação pelos apoiadores para articular o sentido de seu uso pelos profissionais/equipes locais.

É claro que uma consequência esperada de todo o processo de produção de sentido em torno de informação e instrumentos gerais, acarrete uma melhor lida com esses tipos de instrumentos de caráter mais “oficializado” e com os quais o Apoiador Institucional está convocado a dialogar, em sua função de colocar os coletivos em movimento.

### **Uma nota sobre as iniciativas que complementam o campo avaliativo na RC: o investimento em pesquisas avaliativas**

Ao investir no Apoio Institucional como estratégia para conduzir a implementação da RC, em seu próprio escopo, passou-se a fomentar intenso investimento que cabe na noção de “investimentos ampliados”, seguindo a linha-mestra deste texto. Por investimento ampliado aqui enfatizamos os movimentos (i) de incorporação dos sujeitos a atuarem como apoiadores, (ii) de sua formação atrelada ao processo de intervenção nos serviços, (iii) de sua formação em caráter específico, com a oportunidade de participar de pós-graduação, *strictu sensu* e (iv) de avaliações, *lato e strictu sensu*, da prática e efeitos do Apoio.

Ressaltamos anteriormente alguns âmbitos de incontestável avanço das iniciativas do MS no entorno da RC. Aqui isso se ilustra com cuidadoso movimento organizacional deslanchado pelas áreas gestoras da RC, movimento prezado na PNH pela ótica da inseparabilidade entre atenção-gestão, formação-intervenção e, neste caso, tudo isso fortalecido no rumo da produção de conhecimento. Esse rumo vem-se concretizando a partir de duas iniciativas, ambas em parceria com instituições de ensino superior (IFF/Fiocruz): a oferta de um programa de mestrado profissional para apoiadores da RC e o desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa Avaliativa com foco no Apoio Institucional que se faz com os serviços abrangidos pela Rede.

Ambas as iniciativas vêm sendo desenvolvidas em estreita relação com as intervenções gerais da RC e propõem investigações exploratórias desses campos concretos de experiências. Na construção do Projeto de Pesquisa afirmamos: a prática do apoio, do bem como o desafio de sua avaliação contínua, deve trazer subsídios também continuados, dinâmicos, para indicar caminhos de aprimoramento das ações e as correções de rumo que se fizerem necessárias no próprio percurso. Devem subsidiar o próprio aprimoramento da atividade de apoio. A proposta é então contribuir na análise do processo de implementação do Apoio Institucional no contexto da reorientação do modelo de cuidado perinatal, que é foco essencial da RC.

### **Para concluir enfatizando os desafios da RC e da prática avaliativa**

O PQM e a RC são projetos que portam vários âmbitos de desafios e de inovações, que podem ser sintetizados em um vetor, qual seja, o desejo de mudanças de práticas e mesmo de uma cultura institucional. Aqui enfatizamos esse vetor de mudanças, porque se trata de experimentação efetiva do princípio que a PNH nomeia como inseparabilidade entre os campos já mencionados anteriormente, isto é, atenção e gestão ou entre modos de cuidar, gerir e se apropriar do trabalho. É necessário dar a devida visibilidade a esse

aspecto. Para além da formulação de um projeto institucional, baseado em um diagnóstico epidemiológico que bem justifica tal investimento, envida-se esforço político-metodológico para inovar no modo de colocar tal projeto em campo. Trata-se de esforço complexo, porque desencadeia, no interior das organizações (aqui se referindo a todas as instâncias/serviços do SUS), disputas e desconfortos já que se trata de uma perspectiva de se convidar a “fazer diferente” dentro da própria máquina do Estado e em cenários marcados pela racionalidade técnico-burocrática, que têm como tradição a fragmentação dos processos de trabalho.

O PM&A deve então se colocar com desafios múltiplos: com a função de avaliar em que medida são produzidos os novos efeitos que se deseja na transformação das realidades de saúde e, indissociadamente, dos modos de se construir política pública no âmbito das organizações. Falar de um PM&A com essa função é exercitá-lo sob o princípio da transversalidade, isto é, princípio que induz a uma abertura comunicacional intra e intergrupos, interinstâncias/serviços do SUS; é um exercício de PM&A ajudando a garantir o caráter questionador das verticalidades nas quais sempre se está sujeito a cair, em se tratando das organizações de Saúde. (BARROS; PASSOS, 2005).

Ao ressaltar esses desafios, alertamos para a necessidade de se compreender o PM&A como inseparável dos âmbitos de inovação trazidos pela RC, especialmente o Apoio Institucional. E assim afirmando-se que se trata do desafio a uma aprendizagem coletiva, para superar práticas verticalizadas e burocratizantes, a partir do desvelamento das potencialidades que são próprias ao caráter instituinte presente nas organizações.

Nesse contexto, afirma-se também a satisfação com esse momento institucional privilegiado, em que atores diversificados têm a oportunidade de constatar que não bastam portarias para mudar as realidades, mas que são necessários investimentos que lhe agreguem valor de uso.

### **Instrumento ampliado de indicadores da RC**

Eixos de monitoramento e avaliação

1. Monitoramento e vigilância com base em alguns eventos na maternidade de referência.
2. Monitoramento e vigilância com base em alguns procedimentos assistenciais e em indicativos de “boas práticas”.
3. Monitoramento com base na amplitude de serviços oferecidos e rotinas de qualificação do processo de trabalho.
4. Monitoramento com base na organização da equipe técnica para cobertura dos plantões.

5. Monitoramento com base em metas de ações/dispositivos para qualificação do cuidado, seguindo-se as diretrizes de humanização e boas práticas.
6. Monitoramento com base na agenda de reuniões/encontros/oficinas e outras atividades compreendidas na função apoio nos planos locais de ação.
7. Monitoramento com base em indicadores usuais de desempenho hospitalar.
8. Monitoramento de investimentos e execução de novos recursos financeiros ou incentivos.

## 1) Monitoramento e vigilância com base em alguns eventos na maternidade de referência

- Informações que podem ser utilizadas como analisadoras das condições de saúde, das condições de assistência e apontando para a discussão coletiva do modelo de atenção.

**Quadro 4 – Variáveis/indicadores previstos no SisPreNatal**

Itens	Campo de respostas	Fontes	Observações
Nº de atendimentos mês (porta de entrada)			
Nº de partos normais			
Nº de partos cesáreas			
Nº de nascidos vivos			
Nº de prematuros (< 37 semanas)			
Nº de nascidos com baixo peso (<2.500 g)			
Nº de casos de sífilis congênita			
Nº de casos de sífilis materna			
Nº de mães HIV+			
% de internações de mulheres em UTI por causas maternas			

continua

conclusão

Itens	Campo de respostas	Fontes	Observações
% de internações de RN em Utin			
% de infecção hospitalar na Obstetrícia			
% de infecção hospitalar na Neonatologia			
Em caso de infecção hospitalar, foi realizada hemocultura?			
Se realizada hemocultura, foi positiva?			
Nº de mortes de RN			
Nº de mortes maternas			
Nº de internações por abortamento			

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Quadro 5 – Outras variáveis/indicadores a serem coletados/produzidos**

Itens	Campo de respostas	Fontes e observações
O óbito do RN foi investigado?	( ) Não ( ) Sim	
– na Maternidade	( ) Não ( ) Sim	
– no Município	( ) Não ( ) Sim	
– no Estado	( ) Não se aplica	
O óbito materno foi investigado?	( ) Não ( ) Sim	
– na Maternidade	( ) Não ( ) Sim	
– no Município	( ) Não ( ) Sim	
– no Estado	( ) Não se aplica	
A gestante que morreu estava sendo acompanhada pela Unidade Básica?	( ) Não ( ) Sim	

continua



conclusão

Itens	Campo de respostas	Fontes e observações
Nº de atendimentos a mulheres em situação de violência (situações registradas e/ou investigadas com o apoiador institucional)		
Situações de recusa de atendimento de gestantes que procuraram a Maternidade e que tenham sido investigadas com o apoiador institucional (nota indicando tipos de situações e motivos)	Breve descrição:	
Nº de casos de urgência em gineco-obstetrícia não acolhidos (situações investigadas com o apoiador institucional)		
Nº de internações a termo CTI		
% de mulheres com quadro de eclâmpsia		
Nº de acolhimentos com classificação de risco		

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

## 2) Monitoramento e vigilância com base em alguns procedimentos assistenciais e em indicadores de “boas práticas”

- Informações que podem ser utilizadas como analisadores do modelo de atenção, apontando para a discussão coletiva das “boas práticas” baseadas em evidência.

**Quadro 6 – Variáveis/indicadores previstos no SisPreNatal**

Itens	Campo de respostas	Fontes	Observações
% de cesárea			
% de cesárea em primíparas			
% de parto normal			
% de analgesia farmacológica no parto normal			
% de episiotomia			
% de mulheres que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor			
% de partos em posição não horizontal			
% de uso de ocitocina durante trabalho de parto			
% de mulheres com contato imediato pele a pele na primeira hora de vida			
% de mulheres com aleitamento materno na primeira hora de vida			

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Quadro 7 – Outras variáveis/indicadores a serem coletados/produzidos**

Itens	Campo de respostas	Fontes e observações
% de partos normais assistidos por enfermeiro(a) obstetra		
% de partos com apoio de doulas		
% de mulheres com acompanhante durante todo o período de internação		
% de RN de risco internados com acompanhante durante toda a internação		
% de mulheres informadas no pré-natal sobre a maternidade de referência/vinculação para o parto		
% de mulheres com relatório de alta e encaminhamento para atenção básica com o RN		
% de RN com agendamento pós-alta para seguimento na rede básica, marcado pela maternidade		
% de mulheres de risco com agendamento pós-alta para seguimento na rede básica, marcado pela maternidade		
% de RN de risco com agendamento pós-alta para seguimento na rede básica, marcado pela maternidade		
Grau de satisfação das mulheres e acompanhantes com a experiência do parto e atendimento recebido ( <i>incluir anexos com resumo das informações sobre percentuais de satisfação/insatisfação</i> ).		A partir de pesquisas na maternidade local, implementadas e acompanhadas com o apoiador institucional

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**3) Monitoramento com base na amplitude de serviços oferecidos e rotinas de qualificação do processo de trabalho**

- Informações que podem ser utilizadas como analisadores da amplitude e condições de oferta de serviços, e procedimentos de rotina, apontando para a discussão coletiva dos investimentos que possam facilitar o acesso aos serviços e a implementação de boas práticas.

**Quadro 8 –** Informações que podem ser utilizadas como analisadores da amplitude e condições de oferta de serviços, e procedimentos de rotina, apontando para a discussão coletiva dos investimentos que possam facilitar o acesso aos serviços e a implementação de boas práticas

Itens	Campo de respostas		Fontes e observações
	Não	Sim	
Dispõe de espaço PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato)?			
Existe privacidade no pré-parto e parto? (box, cortinas, biombos etc.)			
Dispõe de espaço e cadeira para o acompanhante no PPP?			
Possui banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente?			
Possui sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes?			
Existem outras áreas para gestantes e crianças? – jardim, parque infantil e etc.			
Possui leitos para gestantes de alto risco ou enfermarias para gestantes de alto risco?(separados dos leitos obstétricos – pós-parto)			
Em caso afirmativo, qual o nº de leitos?			
Possui local adequado e diferente das demais para internação da mulher em caso de perda fetal?			

continua

continuação

Itens	Campo de respostas		Fontes e observações
	Não	Sim	
Nº de salas para parto normal? (em serviços que ainda não estejam de acordo com a RDC nº 36/2008)			
As salas para parto normal estão dentro de um centro obstétrico?			
As salas para parto normal possibilitam a presença do acompanhante?			
Nº de salas para parto cirúrgico			
Possui UTI adulto?			
Número			
Possui “berçário de normais”?			
Possui UTI neonatal? Em caso afirmativo, qual o nº de leitos? Nº de cadeiras para acompanhantes ao lado dos leitos			
Possui Unidade de Cuidado Intermediário Convencional Neonatal (UCINCo)? Em caso afirmativo, qual o nº de leitos? Nº de cadeiras para acompanhantes ao lado dos leitos			
Possui UTI pediátrica? Em caso afirmativo, qual o nº de leitos? Nº de cadeiras para acompanhantes ao lado dos leitos			
Possui unidade Canguru? Em caso afirmativo, qual o nº de leitos? Segue rotinas previstas no Protocolo/Manual Técnico do Método Canguru/MS?			

continua

continuação

Itens	Campo de respostas		Fontes e observações
	Não	Sim	
Alojamento Conjunto?			
Em caso afirmativo, qual o nº de leitos?			
Há cadeira para acompanhante no Alojamento conjunto?			
Possui Banco de Leite Humano?			
Possui ambulatório de seguimento para o recém-nascido de alto risco?			
Dispõe de Unidade Transfusional (banco de sangue) na Maternidade?			
Caso não possua banco de sangue, conta com uma referência acessível?			
Dispõe de laboratório de análise clínica na instituição?			
Caso não possua, conta com uma referência acessível			
O conforto dos profissionais é próximo do pré-parto/parto?			
O conforto dos profissionais é próximo do CTI?			
Quando não há vagas na Maternidade, garante transporte para a gestante?			
Rotinas escritas de toda a assistência ao parto acessíveis aos profissionais?			
Reuniões clínicas sistemáticas, com registros (e informação sobre periodicidade)?			
Informativo sobre opções de escolha da mulher em relação ao seu plano de parto? (ver modelo)			
Rotina de justificativa por escrito no prontuário sobre a indicação da cesariana?			

continua

conclusão

Itens	Campo de respostas		Fontes e observações
	Não	Sim	
Rotina de notificação dos casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves ao serviço de controle de infecções?			
Rotina de notificação dos óbitos maternos, infantil e fetal em prazo definido?			
Rotina de investigação epidemiológica e adoção de medidas de controle dos eventos adversos?			
Escala de profissionais em local visível e com identificação das equipes de plantão?			
Horizontalização do cuidado (implantação de escalas horizontais)?			
Equipe horizontal de cuidado com médico neonatologista e enfermeira na UTI/UCI neonatal			
Comunicação com a Atenção Básica de Saúde sobre a alta hospitalar da puérpera, da gestante e da crianças < 1 ano, para vigilância em saúde?			
Registro civil (na maternidade ou por meio de transporte dos pais ao cartório)?			
Instrumento de avaliação da satisfação do usuário?			
Divulgação pública dos indicadores do serviço			
Centro de Parto Normal?			
Informação sobre ofertas/práticas compatíveis com os hábitos culturais e necessidades específicas, considerando características de gênero, étnicas e raciais, e atendendo a segmentos populacionais específicos: população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua e outros.			



**4) Monitoramento com base na organização da equipe técnica para cobertura dos plantões**

- Informações que podem ser utilizadas como analisadores da capacidade de organização da equipe e sua integração para garantia de cobertura adequada dos plantões.

**Quadro 9 –** Informações que podem ser utilizadas como analisadores da capacidade de organização da equipe e sua integração para garantia de cobertura adequada dos plantões

<b>Especialidade</b>	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noite</b>	<b>Horizontal</b>	<b>Fontes e observações</b>
Médico(a) obstetra					
Enfermeiro(a) na maternidade					
Enfermeiro(a) da Neonatologia					
Enfermeiro(a) UTI neonatal					
Enfermeiro(a) UCP					
Enfermeiro(a) Obstetra, assistência direta ao parto					
Médico(a) pediatra com treinamento em assistência a RN de risco ou neonatologista					
Anestesiista exclusivo(a) para a Maternidade					
Técnico(a) de Enfermagem					
Auxiliar de Enfermagem					

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**5) Monitoramento com base em metas de ações/dispositivos para qualificação do cuidado, seguindo-se as diretrizes de humanização e boas práticas**

- Informações que podem ser utilizadas para analisar a capacidade de implementação de ações/dispositivos que ajudem a qualificar o cuidado, a incorporar “boas práticas” e a redirecionar rumos para impactar nos indicadores das condições de atenção e saúde (destacados nos quadros anteriores).

**Considerações sobre a gradação das respostas:**

- Não (autoexplicável)
- Em processo de constituição (autoexplicável)
- Sim = existe e com funcionamento regular (com agenda, pautas etc.)

**Diretriz:** Cogestão

- Ações de articulação e fortalecimento da gestão compartilhada nas maternidades e em rede.

**Quadro 10 – Ações de articulação e fortalecimento da gestão compartilhada nas maternidades e em rede**

Itens	Não	Em processo de constituição	Sim	Fontes e observações
Colegiado Gestor da Maternidade				
A Maternidade (o gestor) tem assento no grupo condutor da RC				
Comitês ou grupos estratégicos locais para condução dos processos				
Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e ao nascimento (vigilância ao óbito e outros)				

continua

conclusão

Itens	Não	Em processo de constituição	Sim	Fontes e observações
Comitês ou grupos estratégicos, agregando vigilâncias, regulação, sistema de informação e outros				
Participa de Fórum Perinatal intersetorial				
Documentos de compromissos e pactuações institucionais acerca dos fluxos (termos de compromissos, contratos e similares)				
Ouvidoria				

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Diretriz:** Acolhimento em rede, classificação de risco e outras estratégias de reorganização do processo de trabalho e modelo de atenção

- Ações em âmbito interno das maternidades e em rede para viabilizar e/ou aprimorar o ACR.

**Quadro 11 – Ações em âmbito interno das maternidades e em rede para viabilizar e/ou aprimorar o ACR**

Itens	Não	Em processo de constituição	Sim	Fontes e observações
Construção/validação de protocolos e manuais de ACR				
Projeto de ACR implementado				
ACR na porta de entrada da Maternidade em Obstetria				
ACR na porta de entrada da Maternidade em Neonatologia				
“Vaga sempre” para gestantes, puérperas e RNs				

continua

conclusão

Itens	Não	Em processo de constituição	Sim	Fontes e observações
Acolhimento a toda urgência e emergência gineco-obstétrica de acordo com a classificação de risco				
Direito à permanência da mãe durante todo o período de internação do RN de risco (UTI, UCI)				
Mapa de vinculação da maternidade em rede				
Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade de referência				
Proposta elaborada para adequação de ambiência, com definição de prazo para início de execução				
<b>Adequação de ambiência:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espaço que favorece o acolhimento</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de espera suficiente para as mulheres e seus acompanhantes</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de Classificação de Risco próxima à entrada</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Boas condições de conforto térmico, acústico e lumínico</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de sinalização e comunicação visual claro e de fácil compreensão</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atende a norma de acessibilidade – NBR 9050</li> </ul>				

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Diretriz:** Direito ao acompanhante e ambiência

- Ações para viabilizar e/ou aprimorar a inserção do acompanhante em todos os setores/momentos considerados nas “boas práticas”.

**Quadro 12 – Ações para viabilizar e/ou aprimorar a inserção do acompanhante em todos os setores/momentos considerados nas “boas práticas”**

Itens	Não	Em processo de constituição	Sim	Fontes e observações
Proposta/plano de ação para implementação do acompanhante na internação (material informativo: cartilha, fluxos, rotinas, poltronas asseguradas, refeições no refeitório etc.)				
Direito a acompanhante de livre escolha em toda a internação e procedimentos (no pré-parto, parto e pós-parto)				
Presença da mãe acompanhante nos espaços de UTI e UCI neonatal				
Visita aberta ou ampliada				

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**Diretriz:** Valorização do trabalho e trabalhadores

- Ações que propiciem maior participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, incluindo o investimento na qualificação profissional para fortalecimento das equipes para boas práticas.

**Quadro 13 –** Ações que propiciem maior participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, incluindo o investimento na qualificação profissional para fortalecimento das equipes para boas práticas

Itens	Não	Em processo de constituição	Sim	Fontes e observações
<b>Inserção e vinculação ao trabalho</b>				
Equipe dimensionada de acordo com a proposta assistencial e o perfil de demanda				
Estratégia de garantia de cobertura para férias, licenças, folgas dos profissionais da unidade				
Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização				
% de trabalhadores com contrato precário de trabalho				
<b>Participação dos trabalhadores na organização e na gestão do trabalho, e projetos de incentivo por desempenho profissional</b>				
Normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e pactuadas, e de fácil acesso a toda equipe				
Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores				
Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações				
Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metabolismo				

continua

continuação

<b>Condições de trabalho e medidas de promoção de ambientes saudáveis de trabalho</b>				
Infraestrutura e ambiência adequadas às normas da Anvisa, NBR 9050 (acessibilidade)				
Programas implementados de prevenção de riscos e melhorias na saúde/segurança no trabalho				
Áreas implementadas para “convívio”, descanso (multiprofissional) e lanche da equipe de trabalho				
Vestiário com banheiro para funcionários				
Disponibilidade de material/instrumental para procedimentos em quantidade suficiente à demanda				
Equipamentos em quantidade suficiente para realização dos procedimentos a que se propõe o serviço				
Programa de treinamento do serviço de limpeza				
Média de horas-extras realizadas pelos trabalhadores				
Casos de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, afastamentos e licenças (estatísticas)				

<b>Formação/Educação permanente</b>				
Plano de Educação Permanente para os trabalhadores				
Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de trabalhadores				
Estratégias sistemáticas de supervisão/apoio para as equipes				
Reuniões clínicas semanais				
Trabalhadores novos no serviço participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória				
Recebe estagiários da rede de serviços para atividades de atualização				
Estratégias de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço				

continua

conclusão

<b>Formação/Educação permanente</b>				
Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente				
% de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (em período determinado)				

<b>Curso(s) específicos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissionais com atualização em urgência obstétrica (2 em 2 anos) e neonatal (de 5 em 5 anos)</li> </ul>	
Curso em parcerias institucionais: <ul style="list-style-type: none"> <li>No de participantes =</li> <li>Participação ativa de atores-chave (não/sim)</li> <li>Envolvimento da gestão: (não/sim)</li> </ul>	
Outros	

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

## **6) Monitoramento com base na agenda de reuniões/encontros/oficinas e atividades similares compreendidas na função apoio nos planos locais de ação (atividades em que o apoiador participou)**

**Quadro 14 – Atividades em que o apoiador participou**

<b>Tipo(s) de atividades</b>	<b>Ocorrência quadrimestral</b>
Reuniões de (re)apresentação e pactuação da Rede Cegonha	
Reuniões/oficinas para elaboração de planos de ação	
Oficinas de sensibilização sobre conceitos e dispositivos	

continua



conclusão

<b>Tipos de atividades</b>	<b>Ocorrência quadrimestral</b>
Oficinas de metodologia para implementação das diretrizes e dispositivos	
Reuniões/oficinas para definição de: critérios clínicos, fluxos organizacionais, protocolos e equivalentes	
Reuniões para constituição/apoio/acompanhamento de comitês, comissões, fóruns, câmaras técnicas e equivalentes	
Reuniões/oficinas sobre plantas físicas, reformas e uso dos espaços	
Momentos de atividades formativas/cursos de atualização e/ou como subsídios para implementação dos dispositivos e procedimentos em geral	
Visitas técnicas a serviços de referência	
Outras	

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

## 7) Monitoramento com base em indicadores usuais de desempenho hospitalar

**Quadro 15 – Indicadores usuais de desempenho hospitalar**

<b>Itens</b>	<b>Resultado (em período determinado)</b>
Média de permanência – parto normal (dias)	
Média de permanência – parto cesáreo (dias)	
Taxa de ocupação instalada – maternidade (%)	
Média de permanência UCN (dias)	
Média de permanência UTI neonatal (dias)	
Taxa de ocupação instalada UCN (%)	
Taxa de ocupação instalada UTI neonatal (%)	
Custo da diária de CTI neonatal e UCN (média em R\$)	

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**8) Monitoramento de investimentos e execução de novos recursos financeiros ou incentivos**

Previsão de recursos financeiros para investimentos (procedentes da Rede Cegonha)

Alocação	Valor previsto/ repassado	Valor executado	Situação da obra

Outros recursos

Alocação	Valor previsto/ repassado	Valor executado	Situação da obra

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

**REFERÊNCIAS**

BARROS, R. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina; Editora UFRGS, 2007.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo**, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde:** manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, 2006.

GUATTARI, F. **Revolução molecular.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

\_\_\_\_\_. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Editora Unijuí, 2009.

\_\_\_\_\_. **Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e da relação de serviço. Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 5, p. 45-54, 2011.

\_\_\_\_\_; SOUZA, T. P., GONÇALVES, L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**: Campinas: Unicamp, 2011.



**Bloco 3**

# Relatos de Experiência





# Plano de Qualificação das Maternidades: A Participação do Hospital Sofia Feldman<sup>1</sup>

The Sofia Feldman Hospital and its Participation in a  
Maternity Hospital's Qualification Plan

Erika da Silva Dittz<sup>2</sup>

Karla Adriana Caldeira<sup>3</sup>

Lélia Maria Madeira<sup>4</sup>



<sup>1</sup> Relato de experiência, com informações históricas retiradas de ensaios publicados sobre o Hospital Sofia Feldman e sobre práticas cuidadoras aí implementadas.

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional, doutora em Ciências da Saúde – área de concentração em saúde da criança e do adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG, Integrante da Linha de Cuidado Perinatal e da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman. E-mail: erikadittz@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira Obstetra do Hospital Sofia Feldman. E-mail: kaacal@uai.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, coordenadora da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (HSF). E-mail: lelia.bhe@terra.com.br

## Resumo

Trata-se de um relato de experiência sobre a colaboração do Hospital Sofia Feldman no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal (PQM), com o objetivo de apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades destas regiões. Entre as atividades do Plano, aquelas em parceria com o Hospital tinham como finalidade capacitar profissionais e gestores de serviços de atenção à mulher e ao recém-nascido e foram realizadas em 2010 e 2011. O PQM teve como desafio a redução da morbimortalidade materna e infantil por meio da mudança nos processos de assistência e gestão. Há que se investir no monitoramento e na avaliação das atividades propostas pelas Instituições, garantindo-lhes apoio técnico e financeiro, além da proposição de novas atividades para a continuidade do processo de qualificação da assistência.

## Palavras-chave:

Qualificação da atenção. Humanização. Parto e nascimento. Educação permanente em saúde.

## Abstract

This is an experience report on the Sofia Feldman Hospital and its participation in the Health Care Qualification Plan of Maternity Hospitals and the Perinatal Hospital System in the Northeast and Legal Amazon (PQM). Its objective was to support the qualification process of obstetric and neonatal care in key maternity hospitals of the region. Among the activities of the Plan, those performed in partnership with the Sofia Feldman Hospital aimed at training professionals and managers of women and newborn health care services. Such activities were carried out in 2010 and 2011. The Plan's target was to reduce maternal and infant mortality through changes in health care and management processes. Investment in monitoring and evaluation of the activities proposed by the institutions is needed to guarantee financial and technical support. The planning of new activities is vital to the continuity of the health care qualification process.

## Key-Words:

Health Care Qualification. Humanization. Labour and Birth. Continuing Health Education.



### 1 Introdução

A história do Hospital Sofia Feldman (HSF) inicia-se na década de 1970, direcionado à assistência materno-infantil, embora naquela época tivesse que atender à demanda geral da comunidade, pelas próprias carências de recursos locais e, especialmente, devido ao envolvimento da comunidade com o Hospital.

Nos registros encontrados confirma-se que o ambulatório foi inaugurado em 1977 e a unidade de internação em 1982, com seis leitos na maternidade em sistema de alojamento conjunto, portanto sem berçário, e seis leitos de pediatria, também com internação conjunta (mãe e filho) (MADEIRA et al., 2010).

Observa-se que, na estruturação assistencial do Hospital, foram considerados os valores que nortearam sua criação, ou seja, oferecer a melhor assistência à população, mesmo com poucos recursos. Nesse esforço, foram sendo incorporadas diferentes práticas cuidadoras respaldadas pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como: utilização de tecnologia apropriada e ênfase nas ações primárias de saúde (puericultura, pré-natal, planejamento familiar). Associada a tais iniciativas, é dada prioridade à atuação do enfermeiro na atenção ao parto e ao nascimento, o trabalho em equipe multiprofissional e a expressiva participação da comunidade (MADEIRA et al., 2010).

Tais iniciativas ocorreram em primeiro lugar, pela situação de carência do Hospital que, em muito se assemelhava à da comunidade que atendia e pela decisão de seguir as recomendações da OMS. Naquele momento, auge das discussões da “Declaração de Alma Ata”, que preconizava “Saúde para todos no ano 2000” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978), o foco das organizações de saúde era a necessidade de redirecionamento da atenção, considerando os níveis de complexidade, priorizando-se a atenção primária à saúde. As recomendações da OMS indicavam que na prestação da assistência ao parto e ao nascimento não deveria ter predomínio do médico, prática comum no Brasil. Neste contexto, não caberia um modelo médico centrado, mas sim o trabalho de uma equipe multidisciplinar, o que foi perseguido pelo Hospital desde então (MADEIRA et al., 2010).

Em 1984, por meio de um movimento comunitário, o Hospital foi incluído nas Ações Integrais de Saúde (AIS), estratégia precursora do Sistema Único de Saúde (SUS), que incluía atendimento a usuários sem cobertura previdenciária e incorporava programas de saúde da mulher e da criança (MADEIRA et al., 2010).

O SUS, criado a partir da Constituição de 1988, traz uma nova concepção de saúde, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida para o cidadão, o que possibilitaria a superação do modelo assistencial biologicista, ainda hegemônico no País. É organizado

por princípios e diretrizes, que passam a nortear as ações de saúde direcionadas a todo cidadão brasileiro.

A preocupação com o modelo assistencial ao parto e ao nascimento desencadeou vários debates no âmbito das organizações governamentais e não governamentais, culminando com a elaboração de políticas e programas voltados para a humanização do parto e do nascimento. (DITZ et al., 2012). A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, apresenta como proposta a superação de dificuldades ainda vigentes no SUS, principalmente aquelas relacionadas à mudança do modelo assistencial, visando à consolidação de um Sistema de Saúde acolhedor e resolutivo (BERNARDI, 2010).

Tomando como foco a saúde da mulher e do recém-nascido, suas necessidades não são diferentes daquelas da população em geral. Nos últimos anos, este grupo tem sido considerado prioritário pelos órgãos públicos, devido aos altos índices de morbimortalidade materna e infantil. Tais indicadores permanecem representando um grande desafio para os gestores do Sistema de Saúde, estando ainda distantes dos padrões aceitáveis pela OMS. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), em 2008, para cada 100 mil nascidos vivos, 68,7 mulheres morreram no País devido a complicações na gestação, no parto ou no puerpério (BRASIL, 2012).

O HSF, especializado na atenção à mulher, ao recém-nascido e à família, busca romper com a lógica do modelo assistencial vigente, colocando as necessidades dos usuários no foco da assistência. Assim, vem se tornando um espaço privilegiado e fértil para a reflexão sobre as práticas cuidadoras voltadas à atenção perinatal (DITZ *et al.*, 2012). Na Instituição têm-se adotadas práticas cuidadoras, como a presença do acompanhante na maternidade participando do processo do nascimento; o alojamento conjunto para a mãe e o recém-nascido e o estímulo ao aleitamento materno, entre outras. Tais práticas, posteriormente, foram respaldadas por leis e políticas de saúde como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Lei do Acompanhante (LOPES et al., 2010).

Em meados de 2003, no bojo das discussões sobre a humanização da assistência em saúde, da integralidade, da gestão em saúde baseada na lógica do cuidado, e considerando a experiência institucional na implementação de iniciativas orientadas por muitos destes conceitos, identificaram-se as necessidades de mudanças na gestão institucional. Tendo como referência o modelo de gestão preconizado por Cecílio e Mehry (2003) e, a partir de intensas discussões, com grande efervescência de ideias e participação de trabalhadores e do controle social, decidiu-se pela organização da gestão do Hospital em linhas de cuidado: Perinatal, Políticas Institucionais, Ensino e Pesquisa, Apoio ao Trabalhador, Apoio Administrativo e Apoio Técnico.

Do mesmo modo, na organização da rede de saúde materno infantil do Município de Belo Horizonte, o Hospital passa a ser entendido como uma estação do cuidado materno-infantil. Pensando o HSF como uma estação do cuidado nesta rede, alguns dispositivos foram construídos para conectar de forma mais adequada o Hospital à rede de serviços de saúde. Assim, foram organizados e viabilizados encontros de profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, para os quais o Sofia é a maternidade de referência, além de frequentes visitas técnicas e outras atividades, buscando-se sempre a consolidação dessa parceria (DITZ et al., 2012).

Paralelo a este movimento, verifica-se que as demandas e as necessidades de atenção à saúde impõem que o ensino e a pesquisa constituam-se em atividades essenciais para a construção dos modelos assistenciais. A utilização adequada e prudente dos conhecimentos e das tecnologias disponíveis para o cuidado à saúde dos indivíduos, pautada na vinculação, na qualidade e na integralidade, tornam-se imprescindíveis, sendo que esses aspectos, em alguma medida, caracterizam as *boas práticas*<sup>5</sup> da atenção à saúde (DITZ et al., 2010).

Como uma Instituição que busca avançar na proposição e na implementação de práticas de assistência e de gestão na área da saúde da mulher e do recém-nascido, o Hospital não poderia se furtar a seu compromisso com o processo de formação de pessoas para a área da Saúde. Tal compromisso vem expresso nos ordenamentos do Estatuto da Fundação desde sua primeira redação, em 1988, por ocasião da transformação do Hospital em uma Fundação Filantrópica, o que é mantido até os dias atuais (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE – FAIS, 1988).

A decisão institucional de investir em ações de ensino e pesquisa contribui para uma atenção ampliada, centrada no usuário, referenciada pelos pilares da integralidade e da humanização, com base em evidências científicas.

Nessa perspectiva, a Instituição tem investido na formação de seus trabalhadores, oferecendo-lhes atividades de educação continuada, de participação em eventos científicos, de incentivo à inserção em cursos de pós-graduação, entre outras. Do mesmo modo, é cenário de prática para alunos de diferentes profissões da Saúde, desde a educação profissional até a pós-graduação. Nos últimos anos, tem atuado como referência para capacitação de profissionais assistenciais, gestores e docentes de outras instituições nacionais e de outros países, imbuídos da necessidade de refletir e avançar em práticas cuidadoras direcionadas à mulher e ao recém-nascido (LOPES et al., 2010).

A partir de sua história e no contexto das demandas atuais na atenção à mulher e ao recém-nascido, o HSF tem sido considerado pelo MS e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, como referência para as ações de humanização da atenção ao parto e ao nascimento. Torna-se cenário para ações de formação de profissionais de diversos serviços

<sup>5</sup> Boas práticas entendidas como a prática decorrente do uso prudente do conhecimento sobre a doença guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos (MATTOS, 2006).

de saúde, na perspectiva da socialização das tecnologias assistenciais já implantadas e que apresentam resultados positivos na atenção à mulher e ao recém-nascido.

Em 2010, o Hospital é convocado pelo Ministério da Saúde para colaborar com o *Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal do Nordeste e Amazônia Legal* (PQM), organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPEs), por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) e da Área Técnica de Saúde Mulher (ATSM) (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Entre as diversas ações propostas, o PQM propunha a realização de visitas técnicas das equipes de profissionais dos serviços de atenção à mulher e ao recém-nascidos dos estados, a diversos serviços de referência do País, incluindo o Hospital Sofia Feldman.

Nesse cenário, foi elaborado e implementado o Plano de atuação do HSF no PQM, cuja experiência passa a ser relatada.

### **2 O plano de qualificação das maternidades: a contribuição do hospital Sofia Feldman**

O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) integrou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste brasileiros e foi desenvolvido em 2010 e 2011. O Plano propunha aprimorar os processos de gestão e de cuidado nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste, bem como a rede de cuidados perinatais pertencentes ao território destas maternidades, por meio da introdução de inovações na assistência e na gestão do trabalho no cotidiano dos serviços. Participaram do projeto 26 maternidades destas duas regiões, que foram incluídas a partir de critérios técnicos (BRASIL, 2010; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

O Plano teve como diretrizes o acolhimento das gestantes com classificação de risco (ACCR); a garantia do direito a acompanhante com qualificação da ambiência; a gestão democrática (cogestão e gestão compartilhada); e a constituição de redes de cuidados perinatais no território, assegurando o direito da gestante de saber previamente onde vai ocorrer o parto (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

As ações do PQM foram conduzidas por meio de apoio institucional, cuja função foi ofertar suporte metodológico, conceitual e técnico às equipes das maternidades, possibilitando a implementação de diretrizes propostas no Plano (BRASIL, 2010).

Visando operar mudanças nos modos de gestão e de cuidado nas maternidades que integraram o Plano, foram desenvolvidas várias atividades nos serviços com apoiadores,

profissionais e usuários e oferta dos estágios, cursos, visitas técnicas e acompanhamento por equipes de serviços de referência para a assistência obstétrica e neonatal.

Entre tais atividades se inserem as desenvolvidas em parceria com o HSF que tinham como finalidade capacitar profissionais e gestores de serviços de atenção à mulher e ao recém-nascido das regiões Nordeste e Amazônia Legal e que foram realizadas em duas fases, sendo a primeira em 2010, com as Visitas Técnicas ao HSF e a segunda em 2011 por meio do Curso de Implantação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento.

Cabe ressaltar que a realização destas atividades pelo HSF se deve ao entendimento de que é no diálogo entre cada um dos atores envolvidos na atenção ao parto e ao nascimento e na convivência colaborativa nas diferenças, que se constroem estratégias capazes de modificar e de qualificar as práticas em saúde.

### 3 Visitas técnicas ao hospital Sofia Feldman

nesta fase, o HSF recebeu gestores e profissionais das 26 maternidades para visitas técnicas com duração de três dias por grupo, objetivando apresentar e refletir acerca das estratégias gerenciais que favorecem a humanização da atenção à mulher, ao recém-nascido e à família; oportunizar aos profissionais vivenciarem práticas coerentes com a integralidade e a humanização do cuidado em saúde e possibilitar um espaço para os visitantes refletirem sobre a viabilidade de implantação das estratégias de humanização da atenção ao parto e ao nascimento em seus serviços de origem.

Participaram das visitas técnicas profissionais-chave das maternidades que integravam o PQM, diretamente envolvidos na gestão e na assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, além do apoiador<sup>5</sup> e o supervisor de referência da Política Nacional de Humanização (PNH). Desta fase, participaram da atividade aproximadamente 150 profissionais e gestores, além dos supervisores e apoiadores de cada uma das maternidades.

As Visitas Técnicas foram organizadas de modo a contemplar tanto os interesses do Projeto quanto o dos profissionais visitantes. Para tanto foram realizadas rodas de conversa, visita às Unidades Assistenciais e vivência<sup>6</sup> nos serviços que eram de interesse dos profissionais visitantes.

As rodas de conversa realizadas com os profissionais visitantes evidenciaram que a visita técnica lhes possibilitou constatar que, para além da estrutura física e de recursos materiais, faz-se necessário o comprometimento de gestores e trabalhadores com o processo de mudança do modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

<sup>5</sup> O apoiador (agente que exercerá a função de apoio) tratará de aportar suporte metodológico, conceitual e técnico às equipes das maternidades, agenciando processos de trabalho que permitam a implementação das diretrizes propostas neste Plano (ACCR; vinculação gestantes-maternidades; acompanhante no parto). Para tanto, o apoiador se constituirá um profissional de referência para as maternidades, acionando a rede colaborativa no território (Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), demais agentes técnicos e sociais), bem como os recursos técnico-científicos agregados ao MS (GT Humanização do Parto e Nascimento) e demais instituições e redes parceiras (BRASIL, 2010).

<sup>6</sup> A vivência foi uma estratégia adotada para possibilitar aos profissionais visitantes acompanhar as situações de cuidado e de gestão no momento em que elas ocorriam.

Desse modo, ao vivenciarem práticas como o trabalho em equipe, a presença do acompanhante, o controle social e a cogestão, os profissionais visitantes passaram a reconhecê-las enquanto passíveis de serem incorporadas nas maternidades que atuavam.

Além disso, o encontro entre profissionais e gestores de diferentes instituições e realidades, possibilitou a troca de experiência e a construção de estratégias que possibilitassem o processo de mudança nas práticas assistenciais e de gestão.

### **4 Curso de implantação das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento**

A segunda fase do Plano foi uma continuidade da proposta de capacitação realizada na fase anterior e teve como objetivo a implantação das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento nas 26 maternidades. Utilizou-se como estratégia a promoção de capacitações *in loco* por equipes de profissionais do HSF com profissionais e gestores das maternidades.

Foram formadas equipes de facilitadores do HSF composta por um médico obstetra; um médico pediatra e um enfermeiro obstetra. A equipe acompanhou os grupos de profissionais de cada uma das maternidades de referência nas atividades teórico-práticas referentes às boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento.

Os grupos capacitados foram compostos por uma média de 15 profissionais, identificados como elementos-chave na maternidade, para apoiar e implantar mudanças nas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. A identificação dos profissionais participantes foi realizada previamente pelos supervisores e apoiadores da PNH de cada uma das maternidades com a direção e coordenações delas. Essa atividade possibilitou a capacitação de 388 profissionais envolvidos diretamente com a atenção à mulher e ao recém-nascido, incluindo médicos e enfermeiros obstetras, médico pediatra, médico neonatologista e técnicos de Enfermagem.

Antes de serem realizadas as capacitações em cada uma das maternidades, os supervisores e apoiadores, com os profissionais e gestores do serviço, elaboraram um diagnóstico da situação das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento na instituição, que foi apresentado durante a realização dos cursos. Esse diagnóstico inicial proporcionou ao grupo das maternidades refletir sobre a situação das boas práticas no serviço e identificar os aspectos que poderiam ser modificados ou qualificados. Além disso, possibilitou ao grupo de facilitadores do HSF orientar as atividades teórico-práticas às necessidades de cada maternidade.

Ao final de cada curso os profissionais participantes, apoiador e supervisor, elaboraram um plano de trabalho considerando os dados coletados no primeiro momento e as necessidades identificadas no decorrer do curso, possibilitando o acompanhamento das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento na maternidade. Ao final, o plano de trabalho era apresentado para gestores, profissionais da instituição, apoiador e supervisor da PNH e outros convidados, favorecendo o comprometimento e a corresponsabilização dos diferentes atores com o processo de mudança.

Além disso, durante o curso foram realizadas rodas de conversa abordando temas relacionados às boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento. As rodas de conversa foram abertas a todos os profissionais das maternidades, sendo que em algumas situações contou com a presença de profissionais de outros serviços e de instituições de ensino, proporcionando a participação de 1.089 profissionais do conjunto de maternidades que aderiram ao PQM.

As avaliações realizadas com os participantes evidenciaram que os cursos funcionaram como um dispositivo catalizador do processo de mudança na atenção ao parto e ao nascimento, uma vez que lhes possibilitaram experimentar práticas cuidadoras, cujos benefícios têm sido comprovados pelas evidências científicas.

### **Considerações finais**

O PQM teve como desafio a redução da morbimortalidade materna e infantil por meio da mudança nos processos de assistência e de gestão. Isso requer mudanças na cultura institucional e a incorporação de valores que estejam em consonância com as boas práticas e a humanização do cuidado em saúde.

Entre as diversas estratégias propostas pelo Plano, as atividades realizadas por meio da parceria com o HSF possibilitaram aos profissionais e gestores das 26 maternidades da Região Nordeste e Amazônia Legal vivenciarem processos de trabalho e de gestão orientados pelas necessidades dos usuários e que materializam os princípios da humanização e da integralidade.

Considera-se o PQM ambicioso por envolver tantos atores e tantas culturas organizacionais. Entretanto, reflete o esforço por parte do Ministério da Saúde em investir na melhoria da qualidade da assistência à mulher e à criança, em regiões cujos indicadores permanecem alarmantes.

Sabe-se que apenas a implementação das atividades da primeira e segunda etapas do Plano não são suficientes para garantir as mudanças necessárias. Há que se investir e



implementar o monitoramento e a avaliação das atividades propostas pelas Instituições, garantindo-lhes apoio técnico e financeiro, além da proposição de novas atividades para a continuidade do processo de qualificação da assistência.

No que diz respeito à participação do HSF nas atividades do PQM, esta favorece a consolidação das boas práticas na atenção à mulher e ao recém-nascido e reforça o compromisso institucional com a construção e o fortalecimento do Sistema Único da Saúde.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho em Humanização do Parto e Nascimento. **Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia legal**. Brasília, 2010. 11 p. (Não publicado).

BERNARDI, S. Entrelaçando o SUS, a PNH e a saúde do trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos HumanizaSUS, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Integrante de Informações para a Saúde. **IDB 2010 Brasil: indicadores de mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/CO3b.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/CO3b.htm)>. Acesso em: 4 set. 2012.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMARIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. Alma-Ata, URSS: 6-12 set. 1978. Disponível em: <[www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_frame.asp?cod\\_noticia=199](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=199)>. Acesso em: 7 maio 2014.

DITZ, E. et al. Formação profissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/ UERJ, ABRASCO, 2010.



DITZ, E. et al. Práticas cuidadoras como orientação da atenção à saúde: uma prática à teoria em integralidade na saúde da mulher. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos HumanizaSUS, v. 3).

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. **Estatuto da Fundação de Assistência Integral à Saúde**. Belo Horizonte: FAIS, 1988.

LOPES, A. F. C. et al. Humanization of childbirth care: the history of Hospital Sofia Feldman. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010.

MADEIRA, L. M. et al. **Da construção do hospital à gestão**: compartilhando tijolos, esforços, valores e responsabilidade. Belo Horizonte, 2010. Não publicado.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2006. p. 41-66.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus - Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.



# Um Olhar sobre a Função Apoio como Aposta para Qualificação da Atenção em Maternidade<sup>1</sup>

**Relatando Uma Experiência na Bahia**  
**A Look At the Support Function as a Bet For the Qualification in**  
**Maternity Care: Reporting an Experience in Bahia**

Analia Cunha Pupo<sup>2</sup>

**Relato de Experiência**



## Resumo

O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de apoio institucional nas maternidades do Estado da Bahia que participaram do Plano de Qualificação e Atenção em Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), proposto pelo Ministério da Saúde, em 2009. O relato busca trazer questionamentos surgidos no exercício da função que apontam para os desafios, os limites e as potencialidades na utilização da metodologia do apoio institucional para a materialização, concretização das políticas públicas de saúde no âmbito materno-infantil, a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e de diretrizes das Áreas Técnicas da Saúde da Mulher e da Criança. Para ilustrar esse relato, apresentaremos uma situação analisadora para discorrer sobre um dos principais objetivos da função apoio que é o de ampliar a capacidade de análise dos coletivos sobre seus processos de trabalho, contribuindo assim para a gestão participativa e para a humanização do parto e do nascimento nessas maternidades.

## Palavras-chave:

Apoio institucional. Maternidades. Humanização.

## Abstract

The aim of this study is to report the experience of institutional support in maternity wards of the state of Bahia who participated in the Plan Qualification in Care and Maternity and Perinatal Network of the Northeast and Amazon proposed by the Ministry of Health in 2009. The report seeks to bring, questions arise on the job pointing to the challenges, limits and potential in the use of the methodology institutional support for materialization, implementation of public health policies in maternal-child from the references of the National Humanization Policy guidelines and Technical Areas of Health of Women and Children. To illustrate this report we present a situation analyzer to discuss one of the main goals of support function which is to expand the capacity of the collective analysis of their work processes contributing to participatory management and the humanization of labor and birth in these hospitals.

## Keywords:

Institutional support. Maternity. Humanization

<sup>1</sup> Este relato foi elaborado com base em artigo (ainda não publicado) apresentado à Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia para conclusão de curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde(2012).

<sup>2</sup> Apoiadora institucional de maternidades na Bahia pelo Ministério da Saúde – Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste e Rede Cegonha. Psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva, Curso de pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher Instituto Fernandes Figueiras (IFF – Fiocruz). E-mail: acunhapupo@yahoo.com.br

## 1 Introdução

Desde 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) vem experimentando o apoio institucional como aposta metodológica para operacionalizar a diretriz da inclusão e constituir seus modos de fazer. De acordo com seu Documento-Base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008), o apoio institucional é um dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde.

A concepção de apoio institucional foi desenvolvida pelo professor Gastão Wagner de Souza Campos, que em seu Método Paideia ou Método da Roda denominou de apoio Paideia a função do apoiador que se fundamenta em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e da gestão em saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional (CAMPOS, 2005).

Um dos contextos em que o apoio institucional pode ser experimentado foi o Plano de Qualificação e Atenção em Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) proposto pelo Ministério da Saúde em 2009, como uma das iniciativas para redução da mortalidade materna e infantil nos estados da Amazônia Legal e Região Nordeste, considerando o Projeto da Presidência da República de Redução das Desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal. Neste cenário, entendia-se que era fundamental qualificar o cuidado hospitalar para o parto e aprimorar a gestão hospitalar, não apenas com investimentos em recursos físicos e humanos, mas também com a implementação de ações dirigidas à mudança dos processos assistenciais. Fez-se então, uma aposta metodológica ao ofertar apoio institucional às maternidades priorizadas para implantação do PQM.

A escolha da tecnologia de trabalho do Apoio Institucional se deu, entre outras, em razão da complexidade das ações propostas e da natureza dos objetos eleitos para o Plano. Compreendeu que o acesso a insumos e equipamentos médicos é sempre necessário, para produzir melhores resultados em termos de saúde materno-infantil, deveria ser garantido *vis-à-vis* com a introdução de mudanças nos processos de trabalho. Assim, se fazia necessário repensar e reposicionar os trabalhadores no cotidiano do trabalho, desde a oferta e construção de novos valores e referenciais técnicos, que deveriam ser transformados em novas práticas de gestão e de cuidado, tarefa, sem dúvida, hercúlea (PARSCHE, 2010, p.79).

O Plano foi pactuado com os secretários estaduais para implementar nas unidades definidas as seguintes diretrizes/orientações clínicas, éticas e políticas:

- Cogestão: constituição de espaços coletivos, para construção de um novo modelo de gestão mais solidário e participativo com tomada de decisões compartilhada.
- Garantia do direito da mulher a um acompanhante de sua livre escolha durante todo o processo do parto (evidências científicas comprovam trazer benefícios para a parturiente e direito assegurado pela Lei Federal nº 11.108/2005).
- Acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada das maternidades: Acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nas práticas de produção de saúde e implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades com atendimento nas portas de entrada, segundo critérios de risco (priorização dos casos graves) substituindo o atendimento por ordem de chegada.
- Vinculação das gestantes em rede – vinculação da gestante a equipes de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, colocando fim à peregrinação das gestantes no momento do parto, (direito assegurado pela Lei Federal nº 11.634/2007 que estabelece que a vinculação da gestante deva ser feita no ato de inscrição no programa de assistência pré-natal nos serviços municipais de saúde, sob a responsabilidade do SUS) e assegurando a continuidade do cuidado à puérpera e ao recém-nascido na alta da maternidade.
- Incorporação das boas práticas para o parto e nascimento saudáveis: práticas baseadas em evidências científicas – recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde que constam no guia *Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático* (OMS 1996).
- Valorização da ambiência em maternidades com constituição de espaços saudáveis. Ambiência na saúde é definida como um espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> A proposta da Política Nacional de Humanização é de atuar na intercessão de saberes entre o saber técnico da Arquitetura e da Engenharia e o saber da equipe de saúde multiprofissional implicada no processo e aponta para a construção de um modo de fazer que afirme as especificidades do saber de cada profissional, mas que trabalhe em uma relação de interferência para a produção do comum.

Cada apoiador contava com o suporte de um(a) supervisor(a) que acompanhava seu trabalho. Foi formada uma equipe composta por 27 profissionais (21 apoiadores e seis supervisores), que, por sua vez, receberam suporte técnico e institucional da coordenação do projeto, e de representantes de várias áreas técnicas do Ministério da Saúde. Esse apoio institucional às maternidades se deu de maneira *intensiva*, ou seja, o apoiador estava no território e construiu, com os atores envolvidos, agendas semanais de trabalho nas maternidades “apoiadas”, que incluíram a elaboração de planos de ação e acompanhamento avaliativo de todo o processo.

Desse modo, a proposta desse texto é relatar a experiência da autora, que atuou como apoiadora nas duas maternidades da Bahia que participaram do PQM<sup>4</sup>, refletindo sobre desafios e potencialidades vividos no exercício dessa função que teve início em dezembro de 2009. Não pretendemos neste relato apresentar resultados nem realizar uma avaliação do Plano, a proposta é refletir sobre os movimentos constituídos durante essa experimentação amparada pelo conceito – guia de apoio institucional tal como proposto pela Política Nacional de Humanização, na perspectiva da utilização dessa metodologia para a implementação de diretrizes da Política Nacional de Humanização e das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança nessas maternidades. É importante ressaltar que o Plano de Qualificação e Atenção em Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste teve uma primeira fase compreendida no período de dezembro 2009 a dezembro de 2010 e a segunda fase compreendida no período de janeiro a dezembro de 2011. Como a proposta não é avaliar a implementação do referido Plano, não recortaremos uma das fases por julgar que o relato dos processos, dos movimentos seria prejudicado se o recorte fosse o tempo cronológico; as reflexões trazidas não são, portanto, de uma das fases e sim da vivência da autora no decorrer desse processo.

Relataremos ainda uma situação analisadora por acreditar que ela pode retratar a materialização de um dos objetivos da função apoio que é a ampliação da capacidade de análise do grupo que teve como um de seus efeitos as mudanças nos processos de trabalho, fundamentais para a implementação das referidas diretrizes.

Vale ressaltar que relatar a experiência como apoiadora institucional jamais se dará de forma neutra, pois só é possível exercer o apoio colocando-se ao lado, fazendo junto, e é nessa condição de “suspeita” que me proponho a realizar esse relato, com o intuito de aprofundar a compreensão sobre essa experiência e compartilhar os aprendizados surgidos com e a partir dela.

Para escrever esse trabalho a autora recorreu aos registros feitos durante o processo: atas, memórias de reuniões, oficinas, rodas de conversa, relatórios, supervisões e às suas lembranças.

<sup>4</sup> Na Bahia foram priorizadas para implantação do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste duas das sete maternidades públicas localizadas na capital.

### 2 Relato da experiência

Em novembro de 2009, na sede da Opas em Brasília ocorreu o primeiro encontro entre os sujeitos que fariam a função apoio institucional nas maternidades do Nordeste e da Amazônia Legal e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas. Encontro esse permeado por muitas expectativas tanto por parte dos apoiadores como por parte dos representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde que estavam presentes: Política Nacional de Humanização, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Atenção Básica, entre outros. Afinal, a aposta era alta, como essa metodologia, apoio institucional, contribuiria para impactar indicadores tão sérios como as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, como contribuir para a mudança do atual modelo obstétrico e neonatal? Seria possível aprimorar processos de gestão e de cuidado nessas maternidades? No mês seguinte, em Fortaleza, em uma oficina de trabalho, deu-se o primeiro contato “formal” entre apoiadores, gestores das secretarias de saúde e trabalhadores das maternidades do Nordeste. Previamente os gestores haviam pactuado quais seriam as maternidades priorizadas. Saímos de Fortaleza e retornamos aos territórios com um primeiro encontro nas maternidades já pactuadas. Era o início do apoio, propriamente dito, da experimentação, do mergulho na realidade das instituições, do vestir-se com a pele do outro, do colocar-se ao lado.

Com os atores envolvidos o COMO foi tecido (como seria a implementação das diretrizes) e articulações entre maternidades e Secretarias de Saúde, maternidades – Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde – Ministério da Saúde, além da construção de agendas com a presença de supervisores e consultores do Ministério da Saúde e articulação de cursos, estágios e visitas técnicas ofertados pelo Ministério da Saúde fizeram parte do trabalho do apoiador do Plano.

A partir de janeiro de 2010 foi possível habitar o cotidiano das maternidades e compor com esses coletivos. Mas será que as maternidades esperavam tal apoio? Quais as interferências desses contratos no desenrolar do Plano? Quando os entes federados pactuaram um Plano com essa metodologia será que faziam ideia dos efeitos? Cremos que não, pois a função apoio só é possível em seu exercício. Portanto o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais só poderia ganhar materialidade no seu desenrolar, não teríamos como antecipar feitos ou efeitos nem oferecer garantias, mas tínhamos algumas pistas e diretrizes claras que nos davam o norte do caminho.

Neste contexto, discutir e rever processos de trabalho requer enfrentamentos, reposicionamentos, inclusão dos conflitos. Processos de trabalho em saúde são conduzidos por pessoas que trazem histórias de vidas diversas, compromissos diversos, formações diferentes, posicionamentos e comportamentos cristalizados e muitas vezes danosos, reproduzidos ao



longo de muitos anos movidos por certezas quase absolutas que estão fazendo o melhor para si e para o outro. Estaríamos então desconstruindo ou reconstruindo verdades? Campo minado? Espaço de potência? Prudência! Como vencer a desconfiança de que o Plano não é mais um dos projetos do Ministério da Saúde ou da Secretaria que chegam verticalmente nas unidades como dito inúmeras vezes pelos trabalhadores?

Como nos diz Oliveira (2011, p.56) o apoio, mesmo que em plena formulação – um “mapa dinâmico de saberes e de práticas” – está sempre implicado com um processo de democratização institucional.

O Plano trará algum recurso financeiro para a unidade? Como incluir os acompanhantes se não temos nem poltronas? E para adequar a ambiência, haverá recursos? Essas eram questões recorrentes nas unidades levantadas pelos gestores e trabalhadores e pareciam às vezes exigências ou contrapartida para que as portas se abrissem por parte de alguns atores. Tantas promessas já haviam sido feitas nessas unidades em relação às reformas e ao quantitativo de profissionais. Tantas cicatrizes... Reatividade! Mas não havia previsão de repasse de recursos pelo PQM! Como resgatar a confiança dessas pessoas? Como “dar voz”? Rodas e mais rodas e a sustentação contínua da tríplice inclusão<sup>5</sup>! Como apoiar os coletivos para que conseguissem lidar com as tensões e perturbações que as inclusões nos provocam? Como incluí-las sem que os coletivos percam a potência, se esvaíam? Muitas idas e vindas... Muitos recomeços...

O convite era para que nos voltássemos para a análise dos processos de trabalho, o que exigia profundo compromisso e coragem dos envolvidos. Portanto, prestar apoio às equipes e aos serviços de saúde não é tarefa simples, assim como ser “apoiado” também não. Exige das equipes, que recebem apoio, análises críticas sobre seus processos de trabalho, renúncia às verdades absolutas, afastamento das “zonas de conforto” dos laços corporativos para compor com profissionais de diferentes categorias, além da disponibilidade para fazer diferente. Para a implementação do PQM, formaram-se nas maternidades grupos compostos por gestores (diretores dos serviços, coordenadores de setores ou de categorias profissionais), trabalhadores e em muitos momentos também por representantes da secretaria denominados de grupos estratégicos e posteriormente colegiados gestores.

Mais um desafio: os tempos! Como lidar com a temporalidade das instituições e dos sujeitos? Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Maternidades (gestores, trabalhadores e usuários, esses últimos ainda tão assujeitados!). Como apoiar atores com tempos tão diferentes? Esse se configura certamente como um dos grandes desafios da utilização da estratégia apoio institucional como dispositivo para a implementação de políticas públicas. Como mensurar algumas mudanças subjetivas que levam algum tempo para se traduzirem em “produtos mais claros”? Não há garantias,

<sup>5</sup> A Tríplice inclusão é o método da Política Nacional de Humanização e constitui-se como a inclusão dos diferentes sujeitos – gestores, trabalhadores e usuários –, inclusão dos conflitos, como analisadores sociais, e inclusão dos coletivos (Brasil, 2008).

mesmo com as pactuações sobre a concretização das diretrizes do Plano. Essa concretude depende de vários atores, com interesses e prioridades diversas em jogo e processos que se interrelacionam e nem sempre provocam os efeitos esperados.

No entanto, as diretrizes trazidas pelo Plano, assim como outras, já são conhecidas pelos trabalhadores e gestores há tempos, mas se transformarem em realidade não é tarefa óbvia. É preciso atenção, vigilância para não nos colocarmos passivamente na condição de “cúmplices” na violação de direitos das mulheres e recém-nascidos, nem na condição de “senhores dos processos” e prescritores de tarefas e-ou soluções. Dessa maneira é preciso estabelecer vínculos, contágio, para que os compromissos e pactuações sejam assumidos pelos agentes das mudanças e não só por gestores que almejam que mudanças aconteçam, mas nem sempre colaboram para torná-las realidade. No entanto, a implicação dos gestores é essencial para a implementação do Plano e ainda que pactuado, o compromisso de gestores e trabalhadores não está dado *a priori* e só ocorre na relação, na implicação, no reconhecer-se como agente de mudanças.

Assim, o universo de ação, o campo problemático de trabalho do apoiador, é hipercomplexo. A efetividade de sua ação, desta forma, depende de uma série de circunstâncias em que o controle e o manejo de forças e vetores nem sempre são possíveis. Cuidar desta relação quer seja pela construção de estratégias de supervisão, quer seja pela oferta de espaços protegidos de fala e escuta, são importantes e uma exigência ético-política que não se pode deixar de considerar (PARSCHE, 2010, p. 78).

Para ilustrar o processo do apoio apresenta-se a seguir uma situação analisadora que emergiu da prática da autora.

### **3 Situação analisadora**

Compartilharemos uma das muitas situações vivenciadas no exercício da função apoio em uma das maternidades apoiadas que parece explicitar a ampliação da capacidade de análise do grupo “apoiado” e de democratização das relações, com construção coletiva de soluções, objetivos da função apoio, fundamentais para as mudanças nos processos de trabalho e conseqüentemente para a implementação das diretrizes do Plano.

No cotidiano do apoio observamos que não basta o conhecimento das Políticas de Saúde para que essas se transformem em realidade. Sem ingenuidade, compreendemos que a situação narrada foi atravessada por muitas situações anteriores ao Plano, e que ao recortarmos uma situação, corremos sempre o risco de expor demais ou ocultar elementos. No entanto, esse recorte nos permite evidenciar como o grupo apoiado pode ampliar sua capacidade de análise, tomar decisões e transformar seus processos de trabalho.

Em uma maternidade da rede SUS da Bahia, no início do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatais existia um espaço destinado ao parto humanizado com leitos para pré-parto, parto e pós-parto, denominados leitos PPP, que é o local onde a parturiente permanece desde o momento em que é internada até o momento da alta, o que favorece a fisiologia do parto possibilitando diversas posições para o parto normal. Nesse local as salas eram climatizadas, havia cortinas para garantia da privacidade das parturientes e seus acompanhantes, banheiros em número bem maior que no bloco obstétrico, camas PPP além de recursos para utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor (cavalinho, bola, chuveiro quente, área para deambulação, entre outros). No entanto, essa área (localizada no 1º andar) se mantinha subutilizada, pois segundo muitos profissionais, localizava-se distante do bloco obstétrico e a equipe era insuficiente para prestar assistência nos dois locais. Essa situação se configurava como um grande nó na instituição e um nó nas relações institucionais, afinal houve grande investimento público para que esse local se transformasse em um espaço de referência para o parto humanizado. Durante muito tempo, nessa maternidade, esse foi um assunto temido, e quando trazido para a roda (método para inclusão dos analisadores sociais, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção/gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança) provocava muitas tensões e diferentes reações que iam desde indignação pela subutilização do espaço, desconforto pelos questionamentos até o conformismo, pois muitos achavam que esse espaço tinha sido construído no local errado e teríamos de aguardar que as equipes “aderissem” à proposta do parto humanizado. Entendemos aqui parto humanizado como o parto que tem sua fisiologia respeitada, com menos intervenções desnecessárias pelos prestadores de assistência, estímulo ao protagonismo da mulher, presença de acompanhante de sua livre escolha e práticas comprovadas cientificamente como benéficas para mãe e bebê, tais como: aleitamento na primeira hora de vida, contato pele a pele precoce, clampeamento de cordão após cessar a pulsação, entre outros (BRASIL, 2011).

Dentro do contexto dos encontros entre apoiador e grupo, que foi se tornando um colegiado gestor com reuniões semanais, em determinado momento e após muitos enfrentamentos, o grupo desloca-se e sai do questionamento do lugar “ideal” para esse espaço e sua subutilização, passando a questionar o porquê da existência de um local específico para a humanização do parto e do nascimento. Partos humanizados devem ocorrer só nesse

espaço? E os partos que acontecem no bloco obstétrico, não podem ser humanizados? Essas foram algumas das questões que passaram a ser levantadas por esse coletivo.

Diante de tais questionamentos, torna-se nítida uma importante mudança na forma como esses atores estavam se percebendo e percebendo a instituição, e podemos considerar como um importante deslocamento desse grupo. A partir de então, tornou-se possível construir com eles quais as alterações necessárias para que o parto e o nascimento fossem humanizados em toda a instituição. O grupo então disparou processos para viabilizar as adequações imediatas necessárias na ambiência, construiu um projeto coletivo (trabalhadores, gestores da maternidade e profissionais da arquitetura da secretaria) para reforma da maternidade e têm modificado seus processos de trabalho considerando o parto e o nascimento como eventos fisiológicos e sociais, incorporando gradativamente as boas práticas (práticas baseadas em evidências científicas para o parto e o nascimento saudáveis), incluindo acompanhantes de livre escolha das mulheres durante toda a internação (tornando-se a primeira maternidade do estado a incluir acompanhantes de livre escolha das mulheres durante toda a internação, sem restrições ao sexo masculino), diretrizes propostas pelo Plano.

Nesse contexto, tomou-se como referência também para o trabalho a diretriz da ambiência (BRASIL, 2006), uma vez que de acordo com a Política Nacional de Humanização, a produção de espaços saudáveis e acolhedores não pode ser pensada sem a implicação e o protagonismo dos sujeitos que neles e com eles convivem e se inter-relacionam: os trabalhadores, os usuários e os gestores.

Incluir a diretriz da ambiência nesse processo trouxe ao grupo a possibilidade de adequar e repensar os espaços a partir dos processos que neles ocorrem, alterando os modos como as equipes ocupam e trabalham nesses espaços. Dessa maneira foi pactuado que os recursos existentes na maternidade seriam utilizados em sua transformação. As camas PPPs, bolas e cavalinhos tomaram o lugar das tradicionais mesas de parto, assim como o dos leitos do pré-parto convencional, o espaço foi readequado, transformando-se em salas PPPs para que tanto as mulheres assistidas nessa maternidade como os recém-nascidos estivessem em um ambiente mais acolhedor e tivessem a fisiologia do parto favorecida. O grupo pode não mais esperar pelo momento ou situação ideal e pode operar com o real, com o concreto do trabalho, com as condições existentes e recursos já disponíveis; pode tomar para si a responsabilidade de construir as soluções e de mudar seus processos de trabalho, sem esperar que outros (alheios a eles) o fizessem.

Importante ponderar que o espaço de parto humanizado não foi desativado, mas sofrerá adequações estruturais futuramente e será espaço para atuação privilegiada da enfermagem obstétrica (Centro de Parto Normal intra-hospitalar). Queremos também,

com essa situação, reforçar a discussão sobre a temporalidade das instituições e dos tempos dos sujeitos, pois foi necessário algum tempo para que o grupo pudesse fazer esse deslocamento, tomar para si responsabilidades e a construção de soluções sair da passividade e agir em sua potência.

Ressaltamos que, durante esse processo, foram realizadas oficinas sobre ambiência que contaram também com a mediação da supervisora do Plano, da arquiteta da Política Nacional de Humanização e da consultora da Política Nacional de Humanização na Bahia.

Avaliamos que essas oficinas foram momentos essenciais nesse processo, pois foi possível, por meio da análise dos fluxos da assistência ao parto, a identificação de nós, críticos, construir, por parte desse coletivo, estratégias para enfrentamento das dificuldades sem culpabilização ou julgamentos e estabelecer compromissos coletivos. Trabalhadores e gestores dessa maternidade foram se colocando lado a lado, dividindo responsabilidades e decidindo juntos, horizontalmente o cotidiano do serviço na perspectiva de qualificar a atenção e assegurar direitos de mulheres e crianças que nascem nessa maternidade.

#### **4 Considerações finais**

É grande o investimento para o exercício da função apoio institucional e para o acompanhamento dos processos de mudança nas maternidades. Intenso talvez seja uma das palavras que melhor define esse percurso vivenciado durante o PQM. Muitas rodas de conversa, reuniões, oficinas, visitas técnicas, cursos para qualificação das equipes em boas práticas para o parto e o nascimento saudáveis, enfim, fomentar redes, articular coletivos, contagiar e incluir conflitos têm sido “tarefas” inerentes à função de apoio nesse Plano.

Assim, seguimos formando vínculos, contratos, pactuações e o processo de apoio às maternidades vai acontecendo. Cada diretriz vai materializando-se, ganhando concretude com ritmos e intensidades variadas. cremos que a grande potência do Plano é o método e a diretriz da cogestão é o pilar, a que sustenta e sustentará outros planos, projetos e ações nas unidades. Com espaços coletivos e democráticos constituídos, temos como efeito o empoderamento dos atores que podem, então, operar transformações, ampliar sua satisfação e as mudanças necessárias para que as diretrizes do Plano se tornem realidade, podendo, assim, acontecer e se “sustentar”, mudanças essas que já vêm acontecendo, conforme apresentado na situação analisadora. Nesse contexto, concorda-se com Pasche (2010) quem indica que é estratégico reconhecer a importância dos diferentes sujeitos que analisam e decidem sobre os rumos institucionais e não apenas considerar o poder daqueles com os cargos gerenciais de determinada organização, transformando assim a maternidade em uma grande roda, da qual participam todos os seus trabalhadores, que

assim se apropriam do conjunto de seus problemas e desafios, bem como da realização de suas obras.

O convite à prescrição está sempre ao lado do apoiador, mas é preciso resistir, e esse talvez seja um dos maiores desafios da função nesse Plano. Ou seja, na ânsia de respostas mais rápidas, de produtos imediatos corremos o risco de “comprometer” o processo e construímos soluções imediatistas não absorvidas, nem pactuadas pelos atores, portanto frágeis; e sem formação de compromisso correm o risco de serem “desmontadas” facilmente, o que julgamos incoerente com as mudanças almejadas pelo Plano de Qualificação e com a função apoio. Outro grande desafio é lidar com os diferentes tempos dos atores, afinal como já dissemos, estamos atuando em um cenário inseguro, e mudanças dessa proporção não ocorrem do dia para a noite. Estabelecer relações de confiança e respeito entre os trabalhadores bem como apoiá-los na tarefa de se escutarem também é tarefa desafiadora.

É importante nesse trabalho sinalizarmos sobre a função de supervisão do apoio no Plano exercida por uma supervisora que não está no território, mas que vem frequentemente a ele para o acompanhamento das ações pactuadas e também, com a apoiadora, apoiar os coletivos. Esse acompanhamento das ações foi realizado sistematicamente por conversas via telefone, *e-mail*, *skype*, pelo envio de relatórios semanais e mensais e pelas ações em conjunto nos territórios, assim como os encontros entre apoiadores do Plano e áreas técnicas do Ministério da Saúde são essenciais para que a apoiadora exerça a função apoio em sua potência e consiga se manter atenta e “apoiada”, pois o “não lugar” do apoio também coloca o apoiador às vezes em um lugar solitário que precisamos cuidar para que não seja triste.

Não há produtos prometidos. No entanto, o movimento disparado pelo Plano e pela função apoio nessas maternidades apresenta-se como ondas, no sentido de que um movimento é disparador de vários outros, assim como o mar, no cotidiano do apoio um dia nunca é igual ao outro, também as mudanças vão ganhando capilaridade, os sujeitos pelos encontros vão afetando e sendo afetados. Nesse contexto, entendemos que a aposta metodológica de ofertar apoio a maternidades é bastante potente para a transformação dos processos de gestão e atenção, na medida em que as transformações têm sido operadas por gestores e trabalhadores a partir das reflexões sobre seus processos de trabalho.

Entendemos que cada trabalhador é gestor do seu processo de trabalho na medida em que ao desenvolvê-lo, modifica-o. Logo apoiar é fazer junto e não por. O apoio é um modo de fazer, modo esse que é da interação, da troca entre sujeitos de um coletivo, que se dispõe (vai se dispondo) a pôr em discussão seus próprios modos de funcionamento e de organização, debate imprescindível para a construção de novos pactos e acordos. Falar,

conversar, pôr em análise exige que se enfrentem temas temidos, pactos não explícitos, mal-estares que se produzem nas relações.

Os esforços na função apoio persistem na busca de inclusão de novos atores e estratégias, exercitando o método da tríplice inclusão para a concretização das diretrizes e ações. A aposta está nos atores destas instituições se perceberem enquanto sujeitos, de produção de saúde e de vida, sendo parte fundamental para a humanização do parto e do nascimento, o que acreditamos que culminará na efetivação das boas práticas, no acolhimento das gestantes em rede, no fim das peregrinações delas no momento do parto, na adequação das ambiências das maternidades e na garantia do direito a seus acompanhantes durante toda a internação para o parto. Assim, a implementação das diretrizes do Plano de Qualificação continua, e seguimos nosso compromisso na direção de projetos que sejam construídos, cogерidos e estejam sempre comprometidos com a vida!

### 5 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010**. Brasília, 2010. p.78-90.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Publicações de cartilhas do Humaniza SUS: acolhimento com classificação de risco: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PARSCHE, D. F.; PASSO, S. E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da política de humanização da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.





# **Cogestão no Apoio Institucional às Maternidades: Consolidação de Espaços Coletivos e Democráticos para a Qualificação da Assistência Obstétrica e Neonatal<sup>1</sup>**

**Co-Management As An Institutional Support In  
Maternities: Consolidation Of Collective Democratic  
Spaces For The Enhancement Of Obstetric And Neonatal  
Healthcare**

Annatália Meneses de Amorim Gomes<sup>2</sup>



## Resumo

Analisa o desenvolvimento da cogestão nas maternidades do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), regido pelo Ministério da Saúde, em 26 maternidades do Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com base no Processo de Intervenção-Formação, desenvolvido no período de 2009 a 2011, com cinco destas maternidades no tocante à implementação da diretriz cogestão pelo exercício do apoio institucional. As apoiadoras exerceram a função de articular pactos internos e externos, a criação de espaços de encontro visando ao diálogo entre os trabalhadores, gestores e usuários, a criação de arranjos organizativos e o fortalecimento da cogestão e da democracia. A continuidade deste processo é recomendável a todas as maternidades do Brasil, com vistas à redução da mortalidade materna e infantil e à elevação do patamar da qualidade do nascimento no País.

## Palavras-chave:

Humanização da assistência. Gestão em saúde. Parto humanizado. Apoio institucional. Participação nas decisões.

## Abstract

This study analyzes the co-management in the maternities under the Healthcare Qualification Plan (MQP) in the Perinatal Maternities Network in the Brazilian Amazon and Northeast regions, implemented by the Ministry of Health in 26 maternity hospitals throughout Brazil. This is a qualitative research based on an Intervention and Training Process, carried out between 2009 and 2011 in five of these maternities, assessing the implementation of co-management guidelines for the purpose of institutional support. The involved individuals organized internal and external agreements and the creation of meeting forums aimed to promote dialogue between workers, managers and users, creating organizational arrangements and promoting co-management and a democratic environment. The continuity of this process is recommended for all maternities in Brazil, aiming to reduce maternal and infant mortality and to increase the level of childbirth quality in the country.

## Keywords:

Humanization of healthcare. Health management. Humanized birth. Institutional support. Participation in the decision-making process.

<sup>1</sup> Trata-se de texto inédito escrito para o Caderno de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Ceará. Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, e dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde e Saúde da Família. Consultora da Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde. Psicóloga e assistente social. Doutora em Ciências da Saúde pela UFRN.

## 1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece em sua base doutrinária equidade, universalidade, integralidade e participação cidadã. Nas últimas décadas, a democratização dos serviços de saúde é estimulada por vários movimentos e estratégias da gestão, no entanto, prevalecem, no dia a dia dos serviços, o poder centralizado em gestores, o excesso de formalização e o baixo grau de comunicação entre os atores sociais nos distintos níveis hierárquicos (CAMPOS, 2003), necessitando, portanto, da introdução de inovações nas formas de organização e gestão do trabalho (BRASIL, 2009a).

No cenário das práticas de assistência ao parto e ao nascimento, importantes movimentos, incluindo uma diversidade de agentes e de mobilização social, questionam as modalidades hegemônicas do excesso de tecnologia no parto, as cesarianas desnecessárias e a falta de evidências científicas. Defendem, assim, uma mudança nos processos da gestão e atenção, com vistas à humanização do parto pela redefinição das relações humanas na assistência, na revisão do projeto de cuidado e da gestão e no entendimento da condição humana e dos direitos humanos (DINIZ, 2005).

Esta mudança para a democratização da gestão em saúde é uma aposta radical da Política Nacional de Humanização, que implica a ampliação do grau de transversalidade entre os sujeitos do cuidado. O modelo da gestão que esta Política propõe é centrado no trabalho em equipe, na elaboração coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações expressas coletivamente. Assim, cogestão designa, ao mesmo tempo, a inclusão de novos sujeitos nas decisões e na alteração das tarefas da gestão; a análise institucional, de contextos e da política; a formulação de proposições, o que implica exercício crítico-criativo e função pedagógica (BRASIL, 2009a; CAMPOS, 2000).

Para que a gestão em saúde seja reinventada, Campos (2003) situa a importância de que a gestão seja posta como método e espaço de intervenção capaz de produzir sujeitos aptos à realização de mudanças nos modos de cuidar e nas maneiras de administrar, pois, no pressuposto da cogestão, todos são gestores do próprio trabalho, e, portanto, cocriadores. Isso requer, além de método, a introdução de estratégias de suporte para as equipes, como, por exemplo, a oferta de apoio institucional (BRASIL, 2009a; OLIVEIRA, 2011).

Nesta perspectiva, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal (PQM) tomou para si a cogestão (ou gestão participativa) como diretriz ético-política, entendida pela inclusão dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários no planejamento, na execução e na avaliação dos processos de produção de saúde, visando modificar os modos de organização do trabalho nestes espaços, por intermédio da reflexão e da ação coletivas, bem como por meio do avanço da democracia institucional

para a qualificação da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2009b). Assume, ainda, o apoio institucional como um método de apoio aos coletivos, com a presença de apoiadores nas maternidades aptas a implementarem a cogestão e as demais diretrizes do Plano. Este artigo objetiva analisar o desenvolvimento da cogestão nas maternidades participantes do PQM, com origem na experimentação do apoio institucional e das percepções das apoiadoras inseridas nestes âmbitos.

### **2 Metodologia**

Esta é uma pesquisa qualitativa, realizada com procedência na intervenção- formação desenvolvida no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), regido pelo Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2011, com 26 maternidades brasileiras, da Amazônia Legal e Nordeste. Neste artigo, serão abordados os resultados referentes a cinco das referidas maternidades, no tocante à implementação da diretriz cogestão integrante do Plano: três no Estado do Maranhão, uma no Piauí e uma em Rondônia.

Esta diretriz no Plano se referia às ações de articulação e fortalecimento da gestão compartilhada nas maternidades e em rede e demonstrava como indicadores a serem desenvolvidos: reorganização da estrutura da gestão da maternidade, com formação de “unidades de produção”; Colegiado Gestor na Maternidade; Conselho da Gestão da Maternidade – ou equivalente de controle social; comitês ou grupos estratégicos locais para condução dos processos; Núcleo de Vigilância local, com foco em agravos relacionados ao parto e ao nascimento – vigilância ao óbito e outros; contrato interno da gestão; comitês ou grupos estratégicos, agregando vigilâncias, regulação, sistema de informação e outros; participação em fórum perinatal intersetorial; documentos de compromissos e pactuações institucionais acerca dos fluxos – termos de compromissos, contratos e similares; Conselho Local de Saúde e Ouvidoria.

Foram utilizados dados secundários de relatórios e documentos que embasaram a experiência, assim como questionário com oito perguntas abertas aplicadas às quatro apoiadoras que exerceram apoio institucional nestes locais: Descreva o estado da arte inicial na maternidade; O que foi realizado a partir do apoio; Descreva as principais dificuldades/entraves/desafios; Descreva os principais avanços/resultados obtidos a partir da interferência do apoio para a implementação da diretriz cogestão nas maternidades; Quais as principais lições aprendidas no exercício do apoio para a implementação da cogestão nas maternidades? O que considera fundamental no processo de desenvolvimento da cogestão? Escreva livremente um texto narrativo sobre a experimentação da função apoio na implementação da cogestão em maternidades.

As informações foram organizadas com suporte na Análise Categorical Temática da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010) e analisadas nos referenciais da Política Nacional de Humanização, Saúde Coletiva e Humanização do Cuidado. Os nomes das apoiadoras foram preservados, sendo substituídos por números. Foram respeitados os princípios éticos com base na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001).

### **3 Contexto da intervenção: estado da arte inicial**

Neste estudo, as cinco maternidades, campo do projeto de intervenção para implantação da cogestão e tomadas como alvo de prática do apoio, configuravam contextos diversos, no entanto, guardavam características comuns e diferenças. Quatro integravam o grupo da Amazônia Legal (o Estado do Maranhão no desenho do plano foi incluído neste segmento) e somente uma pertencia ao Nordeste brasileiro.

A inserção do serviço materno-infantil em hospital geral ocorreu em duas situações; duas outras eram exclusivamente maternidades de referência para alta e média complexidades e uma integrava o rol de serviços de um hospital universitário. Duas que pertenciam à gestão estadual eram administradas por empresas de terceirização de serviços ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip). Todos os cargos públicos eram ocupados por meio de indicação política, pois os trabalhadores não escolhiam os seus ocupantes. Diferentes e variados vínculos trabalhistas, contratação de cooperativas médicas (obstetra, pediatra e anesthesiologista), desigualdades salariais e insatisfação dos trabalhadores caracterizavam as relações de trabalho.

Os mecanismos da gestão participativa eram incipientes, com baixa participação dos trabalhadores na discussão dos processos de trabalho. As decisões eram centralizadas na direção ou nas coordenações/chefias dos setores, que se reuniam para tomada de decisões acerca dos problemas. Práticas em gestão tradicionais prevaleciam: autoritarismo, burocracia excessiva e verticalização. Para que os encontros ocorressem, era necessária uma convocação da chefia e, em uma maternidade, os trabalhadores não conheciam os gestores. As decisões eram, portanto, repassadas de forma autoritária, pois não envolviam discussões com a equipe. Gestores e trabalhadores pouco se encontravam no dia a dia para discutir questões que envolviam o trabalho, sendo estes últimos acionados para a resolução de problemas imediatos de forma isolada. Os diretores mostravam-se pouco envolvidos nas atividades coletivas, em três das maternidades, delegavam a sua função, em muitas ocasiões, para outros gestores do corpo diretivo.

O modelo de atenção ao parto predominava centrado no médico-obstetra e no parto cesáreo, com o principal argumento de a maternidade ser de alta complexidade ou referência de alto risco. Embora em todas as maternidades houvesse enfermeiros obstetras, estes não atuavam no parto, ocupavam outras funções, em geral, administrativas. Em uma das maternidades, havia um Centro de Parto Normal, porém sem apoio para que este paradigma se fortalecesse na unidade; pelo contrário, conflitos constantes registravam-se no espaço desta maternidade entre médicos, enfermeiros, gestores e membros do Grupo de Trabalho de Humanização.

Instâncias participativas e coletivas, como o Comitê Hospitalar de Investigação do Óbito ou Comitê de Mortalidade, existiam em todas as maternidades, porém com uma atuação formalizada, mais para atender a uma exigência externa. Sem regularidade, o registro de atividades e com fraco desempenho culminavam em tomadas de decisões centralizadas. A Ouvidoria estava implantada nas cinco unidades, com uma atuação não efetiva e voltada à Obstetrícia, além de baixo envolvimento na gestão e pouca visibilidade para usuários e trabalhadores. Tudo isso caracterizava a falta de espaços coletivos organizados para a produção de saúde, o que acarretava processos de trabalho desorganizados e inexistência de protocolos para as práticas de clínicas e gestão em saúde.

Cada maternidade buscava superar seus desafios internamente, pois a comunicação com a rede de saúde era mínima, o que as tornava isoladas do contexto macro da saúde local, com baixa articulação na rede estadual e municipal ou mesmo com outras unidades e serviços na região em que estava inserida.

## 4 Resultados analíticos

### 4.1 Desafios à cogestão: participação, relações e poder na mudança

Na perspectiva das apoiadoras, fortes obstáculos na consecução da cogestão nas maternidades residem na forma de participação, de relacionamento e de poder no espaço institucional em razão da mudança. É citada a pouca participação dos profissionais, sobretudo dos *obstetras, pediatras e anestesiológicos nos processos de discussão para as mudanças* propostas (Apoiadora PQM – 1), que se reflete ainda com um fraco protagonismo para a assistência com base nas boas práticas de atenção ao parto (Apoiadora PQM – 2). Esse comportamento é encarado como *resistência às mudanças* ou como *falta de compromisso*. O fortalecimento do corporativismo médico (Apoiadora PQM – 3) dificulta a inserção dos médicos e limita as oportunidades de participação dos profissionais como equipe.

Sabe-se que a organização hospitalar é permeada de múltiplos e diversos interesses em disputa, configurados em relações de poder entre os diferentes sujeitos, constituindo-se como campo fundamental de produção do saber médico e da prática da Medicina moderna. O hospital não só assume o lugar de destaque no sistema de saúde, mas também se estabelece como ideologia social, pelo predomínio do poder da profissão médica e da Medicina, que impõe em nome da cientificidade as ideias oficiais sobre saúde e doença e exerce o controle social na definição da circunstância social do doente (CARAPINHEIRO, 1998).

Em dois contextos, o *distanciamento entre os gestores, dos trabalhadores e dos processos de gestão da maternidade* estava entre os empecilhos para operar a transformação do modelo de atenção no parto. Essa pode constituir forma de não envolvimento com as implicações e relações de poder que o processo de cogestão dispara, pois os gestores pertencem a corporações profissionais que defendem seus interesses, em um espaço que é da saúde, sempre em disputa (OLIVEIRA, 2011). As relações entre profissionais carecem do *diálogo* (Apoiadora PQM – 4) e *há baixa comunicabilidade* (Apoiadora PQM – 3), dificultando a prática interdisciplinar e a escuta tão necessária no processo coletivo da análise da realidade para elaboração dos projetos coletivos (CAMPOS, 2003; 2000). Essas relações confirmam a importância que a PNH confere à cogestão na organização do espaço coletivo de trabalho, o que permitirá acordos com *diferentes interessados* (MORI e OLIVEIRA, 2009,p. 637).

### 4.2 Modos da gestão e o cuidado na maternidade

Características do modelo da gestão e da atenção ao parto e ao nascimento vigentes em quatro maternidades constituem entraves aos processos participativos como fragmentação, verticalização, centralização do poder e práticas autoritárias. A precarização nas condições de trabalho e o vínculo empregatício frágil apontado por três apoiadoras são dificuldades encontradas, pois impactam na motivação dos profissionais.

A *alta rotatividade dos profissionais* (Apoiadora PQM – 2) e a *mudança frequente de gestores* (Apoiadora PQM – 5) tornaram o trabalho mais difícil, pois não possibilitaram a horizontalidade do cuidado que favorece uma clínica interdisciplinar e ampliada (CAMPOS e AMARAL, 2007) e, ao mesmo tempo, exigiam constantemente repensar as ações em prática contextualizada em movimentos de idas e vindas de pactuações, negociações e processos formativos sobre as diretrizes do Plano, em busca de comprometer os gestores recém-chegados e os novos incorporados à gestão do trabalho. Nas referidas maternidades, *os processos administrativos confusos* (Apoiadora PQM – 2) e *a desorganização nos processos de trabalho* (Apoiadora PQM – 5) levavam a baixa resolubilidade e não favoreciam a potência do trabalho coletivo.



### 4.3 Ambiência no parto

O ambiente de duas maternidades foi considerado inadequado, pela *precarização da estrutura* (Apoiadora PQM – 2) e *sucateamento dos equipamentos, mobiliários e precarização dos serviços* (Apoiadora PQM – 1) repercutindo na satisfação de usuários (GOMES, NATIONS e LUZ, 2008) e de trabalhadores. Aspectos referentes ao ambiente do parto e do nascimento constituem desafio, o que levou o Ministério a realizar investimentos de grande envergadura nas maternidades e desenvolver normativas específicas para orientar as reformas e a aquisição de equipamentos (BRASIL, 2011).

### 4.4 Ações estratégicas empreendidas

Para efetivar esta intervenção, uma combinação de estratégias de ações inovadoras, articuladas e indissociáveis foi executada, interligando análise de contexto, indicadores, objetivos, diretrizes, princípios, metas, indicadores e resultados esperados. Entre essas ações, estava a inclusão do apoio institucional pelo acompanhamento e implementação de ações constituídas coletivamente pelas equipes de saúde e da gestão, na implementação da cogestão ou gestão participativa, entendida como diretriz ético-política do Plano.

Cabia ao apoiador institucional a composição e/ou incremento de espaços coletivos – rodas de conversa, grupos de trabalho, fóruns, oficinas, encontros, câmaras técnicas etc. – nas maternidades, ampliando processos de diálogo, de reflexão e de análise das práticas de cuidado e de gestão (CAMPOS, 2000), problematizando e ofertando recursos conceituais e metodológicos para o reposicionamento de processos de trabalho, visando qualificar as intervenções e aumentar a efetividade, bem como a corresponsabilização coletiva pelos processos de mudança, o compromisso e a satisfação no trabalho (BRASIL, 2009b; OLIVEIRA, 2011).

Nesta experimentação do apoio no PQM para efetivação da diretriz cogestão, foram realizadas, em todas as maternidades, rodas de conversa com trabalhadores e gestores, sendo esta a principal estratégia adotada. As rodas eram conduzidas segundo o Método da Roda, *um pensar sobre a prática todo o tempo*, abrindo *as sugestões da teoria produzida pela análise* (CAMPOS, 2000, p.195). Tais rodas versavam sobre temáticas diversas, como, modelos de assistência e cuidado, direito a acompanhante, reformas e ambiência, monitoramento e avaliação – instrumentos, indicadores e outros.

Outra ação participativa foram os pactos estabelecidos em torno de metas e compromissos com gestores e trabalhadores, com vistas ao compartilhamento na elaboração do diagnóstico situacional e do plano de ação em cada maternidade desde o início e no decorrer de toda a intervenção. A criação de um grupo de trabalho para fomentar as discussões,



a implantação e o acompanhamento das ações do Plano e posteriormente de outros grupos de trabalho para atuarem na perspectiva das diretrizes preconizadas: cogestão, direito a acompanhante, acolhimento e classificação de risco e vinculação foi estabelecida nas maternidades. Segundo Santos-Filho e Figueiredo (2009), a pactuação de metas e a avaliação participativa na cogestão produzem resultados significativos, entre os quais o aumento da eficácia e da eficiência institucional, a promoção da corresponsabilização entre sujeitos/equipes e a formação de redes de compromisso, corroborando o que esta experimentação se propôs na perspectiva da humanização.

Na qualificação da assistência e visando à cogestão, às oficinas, aos seminários, aos cursos, às palestras, aos fóruns também foram promovidos, além da participação do apoiador nas ações propostas pelo Ministério, que favoreciam a gestão participativa e democrática nas maternidades: miniestágio em outras realidades, curso do *Advanced Life Support Obstetrics* (ALSO), Curso das boas práticas no parto e no nascimento, visita técnica ao Hospital Sofia Feldman, considerado por três apoiadoras como um *divisor de águas* nos modos de pensar e fazer dos gestores e profissionais participantes. Seminário específico para a qualificação da gestão foi realizado, integrando três maternidades do Plano de um mesmo estado, efetuada visita técnica entre si. A implantação do colegiado gestor em duas maternidades foi outra grupalidade constituída na cogestão que possibilitou maior participação dos trabalhadores e usuários, pois os colegiados garantem o compartilhamento do poder, mediante análises, decisões e avaliações coletivas (BRASIL, 2009a).

Para se efetivar a cogestão, foram realizadas ainda articulações entre a maternidade e a rede de serviços e intersetoriais: Ministério Público, Agência Estadual de Vigilância Sanitária (Agevisa), Coordenadoria Estadual de Mulheres, Movimentos de Mulheres, Associação Brasileira de Enfermagem, universidades, secretarias estaduais e municipais e outros segmentos.

### 4.5 Lições aprendidas

As apoiadoras destacaram algumas lições aprendidas neste processo de implantação da gestão participativa nas maternidades.

1. É preciso tempo, amadurecimento e tolerância para *compreender as questões imbricadas nos processos de trabalho*, e propor mudanças.
2. *Não desafiar o poder ou as pessoas detentoras do poder*, mas dialogar.
3. *Fazer constrangimentos com determinação, mas sem deixar de ser acolhedora*.
4. *Respeitar e acolher a dor em todas as circunstâncias*.

5. *Caminhar persistentemente em pactuações, sensibilização e estabelecimento de compromissos coletivos.*
6. *Reconhecer o momento certo de recuar para depois avançar e conquistar parceiros para as grandes conquistas.*
7. *A tensão e o conflito quando bem administrados são grandes aliados para as mudanças.*

Ao refletirem sobre as mudanças observadas com base na atuação do trabalho do apoio, as participantes deste estudo se referiram principalmente às atitudes no modo de abordar as questões e as pessoas no espaço institucional: *trabalharia de forma mais assertiva e controlaria a ansiedade pessoal* (Apoiadora PQM – 1); *talvez provocasse mais tensão em todo o processo* (Apoiadora PQM – 4); *ousaria mais e ficaria atenta às expressões não verbais*. (Apoiadora PQM – 2). Em razão de considerar uma experiência *exitosa*, uma das apoiadoras *faria tudo de novo* (Apoiadora PQM – 5). Foi ainda referido maior engajamento no processo de Supervisão: *aproveitaria melhor o apoio da Supervisora* considerado como *um valioso dispositivo de formação-intervenção aprofundando no aprender fazendo*. (Apoiadora PQM – 2).

#### 4.6 Avanços possíveis em cogestão: abertura da vida institucional

Com as ações empreendidas, um intenso e contínuo investimento na formação de espaços coletivos e democráticos de participação, de mediação de conflitos e de tensionamentos e no enfrentamento das correlações de forças e desafios, visando qualificar a assistência obstétrica e neonatal nas maternidades, avanços no modo de gerir e cuidar foram observados, o que superou o estado inicial encontrado e criou oportunidades da gestão participativa.

O que antes parecia impossível se tornou realidade, pois ocorreram o *comprometimento e o envolvimento dos gestores e dos trabalhadores nas rodas de discussão, fortalecendo a vida institucional*. (Apoiadora PQM – 1). Essa *conquista* ampliou *as atividades e as ações conjuntas dentro da unidade, com o crescimento da prática multidisciplinar, sendo incluído o Profissional da Psicologia nos processos e nas ações do Plano*. (Apoiadora PQM – 5).

Trabalhadores e gestores passaram a se encontrar, com o cronograma e as agendas definidas, para a discussão de fluxos e processos de trabalho, planejamento e avaliação das ações, elaboração de protocolos, e os setores a dialogarem entre si, notadamente o Centro Obstétrico, o Alojamento Conjunto e a UTI Neonatal. Como exemplo da criação de arranjos multidisciplinares, podemos citar o início, em uma das maternidades, da *prática de discussão de casos entre UTI e CCIH e a integração das ações do GTH com o Plano* (Apoiadora PQM

– 3). Usuárias e seu acompanhante foram *incluídos nas rodas* (Apoiadora PQM – 5) com *participação diária* (Apoiadora PQM – 4) Esses novos encontros que surgem da prática social no serviço privilegia a perspectiva da PNH, de que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e os compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo constituídos (MORI e OLIVEIRA, 2009).

A formação de Grupos de Trabalho com metas específicas e planejamento operativo de seu trabalho também foi importante, notadamente para a *definição, acompanhamento avaliativo dos dispositivos e indicadores das boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento, configurando o monitoramento e a avaliação até a divulgação dos indicadores.* (Apoiadora PQM – 2).

Outros espaços coletivos que funcionam como instâncias participativas se articularam, tais como: os Comitês de Investigação do Óbito Materno e Infantil, com agendas mensais regulares e pauta definida, o que foi outro efeito importante na visão das apoiadoras, bem como da Ouvidoria, que *melhora sua atuação e resolutividade, inserindo-se no processo, aplicando questionários mensais e escuta as queixas.* (Apoiadora PQM – 4).

As apoiadoras referem-se à constituição de Grupos de Trabalho como importante ferramenta, ao mesmo tempo em que criá-las e mantê-las em pleno desempenho de seu papel *já é um grande avanço: formalização e atuação do Grupo Gestor do Núcleo Materno Infantil do Hospital* (Apoiadora PQM – 2); *criação do Grupo de Trabalho de acompanhamento dos indicadores* (Apoiadora PQM – 3); *criação da comissão de acompanhamento das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.* (Apoiadora PQM – 4). É destacada por uma das apoiadoras a importância nos processos de mudança institucional, da *inclusão do instrumento de avaliação dos indicadores de assistência como dispositivo de cogestão.* (Apoiadora PQM – 2).

As ações desenvolvidas mostraram-se importantes canais para a realização de encontros potentes de acordos e compromissos coletivos. O grau de comunicabilidade foi assim ampliado e expandido, correspondendo ao que preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) e houve o incremento da gestão participativa. Além disso, as possibilidades do diálogo e da escuta criadas abriram espaço para o reconhecimento do outro, dos seus interesses, formas de pensar e agir, em uma produção constante do comum no exercício cotidiano da cogestão.

Outros efeitos produzidos pela implantação do PQM poderão ser lidos e acessados em outras sessões deste Caderno.

### 4.7 O que importa para que aconteça a cogestão?

Um item fundamental para o êxito do processo participativo residiu no próprio método de apoio institucional com a utilização das rodas de cogestão. A participação de todos, trabalhadores e gestores, nas rodas de discussão coletiva sobre os processos de trabalho, criação de arranjos organizativos e protocolos, possibilitou o *empoderamento dos trabalhadores* (Apoiadora PQM – 1) e um *caminho progressivo de pactuações, ações contínuas e intensivas* (Apoiadora PQM – 5), para que ocorressem as mudanças.

Configura-se, com efeito, a importância da organização de rodas como diretriz da cogestão no processo. Com origem no diálogo entre os agentes sociais, foi possível desestabilizar movimentos instituídos e produzir mudanças nas práticas da gestão e da atenção, pelo estabelecimento de um exercício ampliado da gestão, que incluiu novos sujeitos (BRASIL, 2009a; 2010).

A formação dos trabalhadores e dos gestores em toda a intervenção, incluindo aspectos da gestão e atenção do cuidado na Obstetrícia, em sistema de educação permanente, contribuiu para a qualificação dos agentes e dos processos de trabalho, favorecendo o engajamento das pessoas, as tomadas de decisões coletivas, a comunicação e, conseqüentemente, a produção do comum.

As apoiadoras de três maternidades ressaltaram ainda a importância da participação dos gestores nos espaços e nos encontros coletivos propostos, pois a qualidade desta presença/ausência pode favorecer ou não engajamento dos outros profissionais e gestores das unidades, destacando-se: *o endosso dos gestores para a garantia dos trabalhos de forma compartilhada e participativa*. (Apoiadora PQM – 1).

A melhoria dos espaços físicos foi realçada por uma apoiadora, assim como a negociação da resolução de problemas trabalhistas entre a Secretaria Estadual e a empresa que terceiriza os serviços na maternidade, reduzindo insatisfações, conflitos, e fazendo avançar o processo.

Assim, um conjunto de fatores é requerido para o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde, o que requer vontade política, provisão de condições concretas e método, sem correr o risco de se transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo (BRASIL, 2009a); tomar a gestão como método, portanto, que invista na reinvenção dos processos de trabalho e na capacidade criativa dos trabalhadores, usuários e gestores.

### 4.7 Ser apoiador da cogestão: uma história de conquistas e potência

As apoiadoras do PQM e os demais integrantes deste Plano lançaram-se em uma aposta ético-político-institucional, em que, baseados por tecnologias do cuidado e da gestão, experiências vividas, desejos, vontade, compromisso e sonhos, foram empreendidas ações significativas que contribuíram para um novo pensamento e nova ação nas maternidades, ofertando as bases importantes para a criação da Rede Cegonha.

Nesta trajetória, com suporte nas reflexões sobre o que foi vivenciado e coconstruído a muitas mãos, mentes e corações no protagonismo da diretriz cogestão, múltiplos e variados sentidos, significados e sentimentos foram revelados pelas apoiadoras: desafio na vida profissional; sentimentos; enfrentamento dos desafios e limites; compromisso ético-político; aprendizagem, crescimento e empoderamento pessoal. De acordo com Oliveira (2011, P. 56), o apoio vai além de um arranjo organizacional, pois trata-se da constituição de um processo permanente de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional, o que exige do apoiador o exame de potências e das impotências de sua natureza para agir pela razão (OLIVEIRA, 2011).

O exercício da função apoio foi referido como desafio na vida profissional pelo fato de lidar com as diferenças, diversidades, resistências, desconhecimentos do método, e características da gestão, conforme relatos:

[...] extremamente desafiador, sobretudo profissionalmente, onde a interação com um universo diferenciado e distinto, potencializou as necessidades. (Apoiadora PQM – 1).

[...] o maior desafio na minha vida profissional e como ser humano... iniciar um trabalho com inúmeras resistências, construir uma trajetória de trabalho até então desconhecida e pouco aceita. (Apoiadora PQM – 3).

[...] exigiu mais do que eu conhecia como teoria e como modelo. (Apoiadora PQM – 2).

[...] devido ao modelo de gestão vertical, que passa pelo poder... o boicote das ações. (Apoiadora PQM – 4).

Essas incertezas da realidade em elaboração suscitavam sentimentos de angústia, medo e ansiedade, superados pelo aprofundar-se na compreensão da realidade, pela sistemática de trabalho empregada, no apoio da equipe do Ministério da Saúde/ Supervisão e na abertura em se relacionar com o diferente e o imprevisível:

[...] o trabalho no início trouxe muitas angústias e medo. (Apoiadora PQM – 3).

[...] era preciso viver e estar junto do que acontecia dentro da maternidade e dentro das relações para conseguir compreender o que mobilizava os trabalhadores e o que cada usuária e sua família sentia do que se vivia dentro do espaço da maternidade. (Apoiadora PQM – 2).

A metodologia do trabalho proposta, a sugestão de agendas, metas, a retaguarda da equipe do MS, em especial do suporte de supervisão, foram fundamentais para o enfrentamento do “desconhecido”, das incertezas, das situações de enfrentamento e de angústias vivenciadas no cotidiano. (Apoiadora PQM – 1).

Permitir colocar na roda nossas incertezas quanto ao que pode ou não dar certo, e estar disposto a compartilhar saberes, afetos e poder, e desse compartilhar nascer um outro jeito de cuidar. (Apoiadora PQM – 2).

Além das questões técnicas e emocionais expressas, as participantes apontam para o sentido valorativo de um compromisso ético-político com o País, o movimento de humanização do parto e do nascimento e um ideário humanitário. Residiriam nestes valores as forças propulsoras e motivadoras para o enfrentamento das adversidades? Além disso, um sentimento de orgulho de pertença ao Plano de Qualificação pelos resultados que este operou no sistema de saúde é percebido, conforme as falas:

*[...] é extremamente positivo e alentador na perspectiva de que o trabalho do qual fui protagonista, viabilizou uma efetiva contribuição para a mudança do modelo de atenção à mulher e à criança existente hoje em nosso País [...] gerou resultados e impulsionou lastro para a estratégia Rede Cegonha, hoje uma marca de governo [...] mais ainda, que toda essa gama de trabalho, impactará na vida e na qualidade*

dessas, de milhões de brasileiras e suas famílias de norte a sul, leste a oeste do território brasileiro. (Apoiadora PQM – 1).

O enfrentamento nos fez construir uma história de conquistas, vitórias e transformações de práticas a partir de reflexões e tomadas de decisões voltadas para a melhoria do cuidado e respeito aos direitos dos cidadãos. (Apoiadora PQM – 3).

Por fim, a experiência do apoio institucional à implementação da cogestão promoveu a aprendizagem, o crescimento pessoal e o desenvolvimento de habilidades, atitudes e afetos, produzindo subjetividades, de acordo com os discursos das apoiadoras:

Foi um aprendizado de persistência, cooperação e articulação. (Apoiadora PQM – 2).

[...] extremamente importante no meu processo de crescimento e empoderamento pessoal [...] uma oportunidade concreta para o fortalecimento das relações e afetos, descoberta de potências, de estratégias, reconhecimento de limites, possibilidade e o exercício do protagonismo. (Apoiadora PQM – 1).

Esse processo, vivenciado pelas apoiadoras, corrobora os ideais de Barros e Passos (2005, p. 389), ao conceberem humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde, de modo que agentes sociais concretos inseridos em práticas locais, “quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidade, transformando-se a si próprios neste mesmo processo”.

### **Considerações finais**

A implementação da diretriz cogestão no PQM logrou mobilizar os agentes sociais na análise dos processos de trabalho, de elaboração de projetos de intervenção, com a efetiva mudança nas práticas de atenção e gestão nas maternidades, favorecendo autonomia, corresponsabilização e protagonismo para a produção do comum.

Com suporte na indissociabilidade de atenção e de gestão, as apoiadoras exerceram a função de articular e favorecer pactos internos e externos, a criação de espaços de encontro que permitiram o diálogo entre os trabalhadores, os gestores e os usuários. Essa inclusão possibilitou que outros arranjos da gestão e a democracia se fortalecessem no ambiente organizacional, com bem mais participação de todos nas decisões, no planejamento e na avaliação.

Além desse incremento da multidisciplinaridade pela criação de espaços de encontro, grupos de trabalho, que originaram grupidades mais solidárias, a perspectiva da intersetorialidade e da inserção da maternidade na rede de atenção à saúde rompeu com o isolamento e firmou redes de comunicabilidade capazes de pensar e elaborar estratégias de enfrentamento dos problemas das grávidas e seus bebês na atenção ao parto e ao nascimento.

Os desafios persistem, pois, embora se tenha efetivada a cogestão que levou ao reconhecimento de avanços promovidos pela intervenção do apoio institucional tomado como método de interferência nos processos de trabalho, é preciso dar passos além dos alcançados até o momento.

A criação de outros dispositivos, como os colegiados gestores, os contratos internos da gestão, assim como a valorização dos trabalhadores, as mudanças do paradigma biomédico centrado na doença e no médico, as relações de poder que propiciam iniquidades sociais, a inclusão progressiva dos usuários e famílias, a implantação das diretrizes da Rede Cegonha e seus indicadores, são algumas das questões que precisam ser perseguidas, visando consolidar as mudanças e atingir a meta de redução da mortalidade materna e neonatal e a humanização no parto e no nascimento.

A estratégia do apoio institucional, a orientação ético-política, os princípios, as diretrizes, os dispositivos e o método da Política Nacional de Humanização, o método da roda e um processo de formação-intervenção no qual Pasche e Passos nos lembram de que “formar é, necessariamente, intervir e intervir é experimentar em ato as mudanças nas práticas de gestão e de cuidado” (Brasil, 2010, p. 8) se confirmam e se efetivam na experiência do PQM.

Torna-se, pois, fundamental a continuidade deste processo e aplicação nas maternidades de todo o Brasil, para possibilitar a afirmação do SUS como política pública, democrática, solidária e inclusiva, bem como redução da mortalidade materna e infantil, elevando o patamar da qualidade do nascimento em nosso País.



**Referências**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96 versão 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/web\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\_out\_versao\_final\_196\_ENCEP2012.pdf>. Acesso: 7 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 125, 1 jun. 2011. Seção 1, p. 61. Portaria Consolidada da Rede Cegonha.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Guia para apoio Institucional para Implementação da Rede Cegonha**. Política Nacional de Humanização, 2011. (Documento apresentado para validação/construção durante a oficina de Planejamento à Implementação da Rede Cegonha, dezembro de 2011).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil e Materna – Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro**. Grupo de Trabalho em Humanização do Parto e Nascimento - MS. Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos básicos de saúde).

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago., 2007.

CAMPOS, G. W. S. Apoio Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S. **saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **saúde e sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 627-640, 2009. Suplemento I.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PASCHE, D.; PASSOS, E. Apresentação: cadernos temáticos PNH: formação em humanização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 6-10. (Cadernos humanizaSUS, v. 1).

SANTOS-FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, p. 615-626, 2009. Suplemento I.

# Fórum Perinatal: Experiência Sobre uma Prática Interinstitucional de Cuidado em Saúde\*

**Perinatal Forum: Experience On A Practice In Health  
Care Interinstitutional**

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>1</sup>

Acácia Marília Cândido<sup>2</sup>

Relato de Experiência



## Resumo

Este texto relata o processo de criação e fortalecimento do Fórum Perinatal em um estado do nordeste brasileiro, no contexto do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), durante o período de 2009 a 2011. Na função de apoio institucional, apresenta-se a sistematização das ações estratégicas e das atividades políticas e técnicas, com o objetivo de fortalecer a rede perinatal e reduzir a morbimortalidade materna e infantil. O principal avanço alcançado referiu-se à constituição e ao fortalecimento do Fórum Perinatal como um espaço de fomento à discussão, à proposição, ao acompanhamento e à pactuação para a organização da Rede de atenção à saúde materna e infantil. Ainda que seja prematuro avaliar o grau de implantação e os efeitos das estratégias propostas, a sua discussão pode ser útil na medida em que esta experiência pode ser expandida e contribuir na redução da mortalidade materna, infantil e perinatal no Brasil.

## Palavras-chave:

Apoio institucional. Fórum perinatal. Redes de atenção à saúde. Humanização da assistência. Parto humanizado.

## Abstract

This report describes the process of creating and strengthening Perinatal Forum in a state in northeastern of Brazil, in the context of Plan Qualification of Maternity and Perinatal Network in the Northeast and Amazon (PQM), during the period from 2009 to 2011. In the role of institutional support, we present a systematization of strategic actions and political activities and techniques, in order to strengthen the network and reduce perinatal morbidity and maternal and infant mortality. The main advance achieved referred to the establishment and strengthening of Perinatal Forum as a space that fosters discussion, proposition, monitoring and agreement for the organization of the Network of attention to maternal and child health. Although it is premature to assess the degree of implementation and effects of the proposed strategies, their discussion may be useful to the extent that this experience can be expanded and contribute to the reduction of maternal, infant and perinatal in Brazil.

## Keywords:

Institutional support. Perinatal forum. Networks for health care. Humanization of assistance. Humanizing delivery.

\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Texto inédito  
Pediatria, supervisora do  
Plano de Qualificação  
das Maternidades e  
Redes Perinatais da  
Amazônia Legal e  
Nordeste/Ministério da  
Saúde, professora adjunta  
do Departamento de  
Medicina Social da  
Universidade Federal do  
Espírito Santo.

<sup>2</sup> Apoiadora Institucional  
do Plano de Qualificação  
das Maternidades e Redes  
Perinatais da Amazônia  
Legal e Nordeste/  
Ministério da Saúde.

### 1 Introdução

No Brasil, as melhorias ocorridas na saúde de mães e crianças evidenciam como o País evoluiu em termos de sistema de saúde, de condições de saúde e determinantes sociais, porém, as estimativas das razões de mortalidade materna situam-se em 54,3 mortes por 100 mil nascidos vivos, variando de 42, na Região Sudeste a 73, no Nordeste. Tais cifras, ainda afetadas pelo sub-registro de óbitos – com destaque para as mortes relacionadas ao aborto –, são consideradas inaceitavelmente elevadas, sendo cerca de cinco a dez vezes maiores que as descritas em países de alta renda, e ainda marcadas por disparidades regionais, que revelam diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso à atenção de saúde (VICTORA et al., 2011).

Segundo estes autores, as principais causas de mortes maternas, em 2007, foram doenças hipertensivas (23% das mortes maternas), sepsis (10%), hemorragia (8%), complicações de aborto (8%), alterações placentárias (5%), outras complicações do trabalho de parto (4%), embolia (4%), contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/aids (4%).

Os coeficientes de mortalidade infantil decresceram acentuadamente nos últimos 30 anos, porém, com reduções menores nos óbitos neonatais e aumento da ocorrência de prematuridade, que é a principal causa de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil, seguida pelas infecções, malformações e asfixia/hipóxia (FRANÇA; LANSKY, 2008). Nesse contexto, estas autoras destacam que essas causas têm maior contribuição no excesso de risco de morte neonatal no Brasil e indicam problemas na assistência relacionados aos cuidados durante o pré-natal, o trabalho de parto, e o recém-nascido. Além disso, ressaltam que as taxas por prematuridade, infecções e asfixia/hipóxia são, em geral, maiores nas regiões Nordeste e Norte e menores na Sul e na Sudeste.

Para França e Lansky (2008), não há dúvida de que maiores riscos de mortalidade neonatal são geralmente associados à qualidade da atenção pré-natal, ao atendimento ao parto e aos cuidados recebidos pelo recém-nascido. Entretanto, afirmam que os resultados na saúde perinatal não são apenas função da eficiência obstétrica e neonatal, mas também do desenvolvimento econômico e social da sociedade, existindo uma clara associação entre a condição socioeconômica da mulher, sua saúde e o uso dos serviços de saúde, ou seja, a desigualdade econômica e social brasileira se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN), com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda, ou seja, na força dos determinantes sociais da saúde.

<sup>3</sup> Um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais (BRASIL, 2010).

<sup>4</sup> Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Caso os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), em um primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), em um segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e à política dos setores públicos em articulação (BRASIL, 2010).

Além da assistência pré-natal e da assistência hospitalar à mulher e ao RN, que são as principais variáveis relativas aos serviços de saúde, algumas características maternas têm sido tradicionalmente relacionadas à mortalidade neonatal, como a idade materna, estado civil, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas e patologias maternas, entre outras. Variáveis relacionadas à gravidez e ao RN incluem a ordem de nascimento, intervalo interpartal, paridade, peso ao nascer, idade gestacional, gravidez múltipla e mesmo o sexo do RN. Alguns desses fatores se destacam por sua relação com as políticas e ações dos serviços de saúde e a importância epidemiológica na determinação do risco de morte neonatal (FRANÇA; LANSKY, 2008, p. 10).

Além disso, apesar das causas imediatas de morte materna, peri e neonatal serem distintas, as condições de assistência à gestante, à parturiente e ao RN são semelhantes e podem beneficiar simultaneamente a mulher e a criança. Muitos problemas maternos, durante a gravidez, afetam igualmente o RN e na maioria das vezes dependem de integrar esforços para, efetivamente, enfrentar a questão da morbimortalidade materna e infantil por meio de melhor utilização de recursos já disponíveis na rede de assistência (FRANÇA; LANSKY, 2008).

No contexto de qualificação da rede de cuidados obstétrica e neonatal, é importante ressaltar que a mudança no panorama perinatal no Brasil requer investimentos em ações coletivas, em uma perspectiva de integralidade<sup>3</sup> e intersetorialidade<sup>4</sup>, o que exige a constituição e o fortalecimento de uma rede, integrando serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde. Também nesse sentido, o Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Redes Perinatais (PQM) destaca-se em sua potencialidade para assegurar a integralidade do cuidado e a intersetorialidade das ações.

O PQM é um projeto que compõe o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste brasileiros e é coordenado pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Humanização (PNH) e no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher (ATSM) e da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM). Este projeto teve por alvo prioritário, 26 principais maternidades destas duas regiões – as quais são responsáveis pela realização de mais de 110 mil partos ao ano – e propôs-se a abordar dois campos distintos, mas interligados: o ambiente hospitalar e a rede de cuidados perinatais do território, onde se encontra inserida a maternidade (BRASIL, 2009a). De acordo com Pasche et al.(2010), a abordagem a esses dois campos justifica-se pelo fato de se compreender o cuidado perinatal em uma

perspectiva de rede coordenada de serviços, para o qual se deve construir um plano de ação comum, integrando conhecimentos, práticas e estratégias, articulando linhas de cuidados integrais e progressivas.

Nessa perspectiva, na operacionalização do PQM, destacamos o fomento e a qualificação da rede perinatal, por meio da experiência/intervenção do processo de organização do Fórum Perinatal, que se apresenta como uma importante estratégia para assegurar a organização da rede de cuidados obstétricos e neonatal e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna e neonatal.

## 2 Uma reflexão necessária sobre a constituição de fórum perinatal

O Fórum Perinatal representa um modo inovador de ação técnico-política e se constitui, de modo semelhante a um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), em um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política de resgate dos valores de universalidade<sup>5</sup>, integralidade e aumento da equidade<sup>6</sup> no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da Saúde (BRASIL, 2010).

Inspirada no trabalho realizado pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte (BH), o Fórum Perinatal constitui-se em um fórum interinstitucional com participação do movimento social que se propõe a efetivar a política para reorganização da atenção obstétrica e neonatal, com ampliação do acesso aos serviços de saúde, à qualificação da assistência e à promoção da equidade.

Esta experiência pioneira da Comissão Perinatal de BH foi estruturada, em 1994, com representantes da Secretaria Municipal de Saúde e dos hospitais públicos, filantrópicos e os de referência ao alto risco, tendo como objetivos a reorganização da atenção obstétrica e neonatal, com ampliação do acesso aos serviços de saúde e à qualificação da assistência, promovendo equidade.

Este fórum perinatal se constituiu inicialmente de representantes da Secretaria Municipal de Saúde e dos hospitais públicos, filantrópicos e os hospitais de referência para gestantes de alto risco. Atualmente, compõe-se de representantes dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança, Coordenação DST/Aids, Epidemiologia e Informação, Controle e Avaliação Ambulatorial, Controle e Avaliação Hospitalar – Supervisão Hospitalar, Auditoria e Vigilância Sanitária) e de outras instituições, tais como: Maternidades do SUS/BH, Associação Mineira de Hospitais, Sociedade Mineira de Pediatria, Sociedade de Obstetrícia Ginecologia MG, Associação

<sup>5</sup> A Constituição brasileira instituiu o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da Saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no País, crianças, jovens, adultos e idosos. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos, e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, os ciganos e outras minorias, os prisioneiros e os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral (BRASIL, 2010).

<sup>6</sup> No vocabulário do SUS, equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da Saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade (BRASIL, 2010).



Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Conselho Municipal dos Direitos da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Pastoral da Criança, Rede Feminista de Saúde, ONG Bem Nascer, Conselho Regional de Medicina, Conselho Municipal de Saúde e Ministério Público. Este fórum apresentava as seguintes premissas: assegurar atenção integral à saúde da mulher e da criança; fortalecer redes de atenção articuladas (com acolhimento e garantia de acesso, vinculação e responsabilização, referência/contrarreferência, resolutividade, promoção e prevenção e regulação pública do sistema); e estabelecer um modelo humanístico de atenção ao parto e ao nascimento com base nas melhores evidências científicas.

Ressalta-se que a institucionalização do Fórum deve levar em conta a formação de um coletivo composto por vários núcleos de saber, que atenda às demandas desses projetos prioritários. O núcleo de saber demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional e, nesse sentido, a institucionalização dos saberes e a sua organização em práticas dar-se-á mediante a conformação de núcleos que são mutantes e se interinfluenciam na composição de um campo de saber dinâmico (BRASIL, 2010). Nesse sentido, é importante destacar que, nesse espaço coletivo há aglutinação de saberes e práticas, compondo um grupo que favoreça a constituição das redes de atenção. Assim, a constituição do Fórum Perinatal é variável em função dos projetos prioritários definidos no espaço coletivo, voltados para os sujeitos, individualmente ou em comunidades, contemplando ações de diferentes eixos, levando-se em conta as necessidades/demandas de saúde e assegurando a inclusão de usuários, gestores e trabalhadores/equipes de saúde, em um pacto de corresponsabilidade, considerando a perspectiva de ações intersetoriais.

Importante destacar o protagonismo dos representantes deste fórum gestor interinstitucional, com a efetiva participação da sociedade civil, para assegurar acordos éticos no município de BH para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e da criança, de modo universal, resolutiva, integral e equitativa, objetivando a redução da morbimortalidade materna, infantil e perinatal. Nesse contexto, priorizou-se a gestão da linha de cuidado integral para gestantes e recém-nascidos por meio de inúmeras atividades: avaliação sistemática dos hospitais, fechamento das maternidades de baixa qualidade, investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, a gestão do cuidado integral, incluindo a regulação da assistência hospitalar, ainda incipiente no País. Também foram desenvolvidas ações específicas para a implementação das práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas por meio do Termo de Compromisso das Maternidades do SUS-BH e o Contrato de Gestão baseado em indicadores da humanização do parto e do nascimento (medidas de redução de cesarianas desnecessárias, inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, implementação do cuidado humanizado baseado em evidência científica, ambiência, entre outros) e o Movimento BH pelo Parto Normal, envolvendo diversas entidades parceiras (LANSKY, 2010).



Dessa forma, o trabalho desenvolvido pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte revelou-se uma surpreendente iniciativa para contribuir no impacto significativo sobre a mortalidade materna e infantil e nos índices de cesariana no SUS. Contudo, embora este trabalho tenha crescido ao longo dos anos, inclusive recebendo importante reconhecimento da Fundação Getúlio Vargas/FORD/BNDES (2002), Fundação Abrinq (2004), The Lancet (experiência internacional de redução da mortalidade infantil em 2005), Expogest 2006 (Ministério da Saúde) e Unicef (2006), essa prática ainda não tem sido sistematicamente adotada no País. Permanece, portanto, uma lacuna nesse campo, principalmente no tocante à maneira como os diferentes serviços têm se apropriado desta tecnologia e se organizado em relação à sua concepção de rede e à sua articulação com os demais componentes do sistema de saúde.

O objeto deste estudo se mostra relevante e original, particularmente por ser o Fórum Perinatal um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da assistência obstétrica e perinatal em rede. Por ser o Fórum Perinatal um arranjo inovador e em fase de implementação no SUS, é de grande importância a formulação de propostas instigadoras de análise dessa experiência. Nesse prisma, este artigo, portanto, tem o intuito de divulgar uma experiência de criação de um fórum perinatal em um estado do nordeste brasileiro, que vem promovendo importantes contribuições na redução da mortalidade materna, infantil e perinatal.

### **3 Método**

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado a partir da experiência/intervenção do processo de criação do Fórum Perinatal, desenvolvida no contexto do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), no Rio Grande do Norte, durante o período de 2009 a 2011.

### **4 Resultados**

Os resultados serão apresentados considerando o caminho percorrido para a implantação do Fórum Perinatal e a prática interinstitucional de cuidado em saúde durante este processo de experiência/intervenção, desenvolvido no contexto do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM).

### 4.1 O Caminho percorrido para a implantação do Fórum Perinatal

Em 2009, o contexto referente à organização da Rede de atenção em saúde<sup>7</sup>, com especial ênfase na Rede Perinatal, no Estado do Rio Grande do Norte, enfrentava várias dificuldades, desde a falta de recursos humanos na Secretaria de Saúde do Estado, distribuição de equipamentos até o alto fluxo de demandas para os serviços de referência, provocando a superlotação desses serviços.

Importante ressaltar que as redes são constituídas de pessoas, pois somente estas são capazes de se conectar e criar vínculos entre si, o que não ocorre com os cargos e as instituições, e a conexão entre as pessoas é uma conexão pessoal. Nesse sentido, na análise de redes, o foco não está nos atributos de grupos ou indivíduos, mas nas relações sociais cujas redes expressam a linguagem dos vínculos (BRASIL, 2009b).

Grande parte desta demanda deveria ter atendimento nos municípios de origem, porém, era encaminhada para os serviços da capital Natal. Essa situação vinha causando sobrecarga de trabalho e fragmentação da assistência prestada à mulher, à criança e à sua rede social, comprometendo a qualidade dos serviços.

O Grupo Técnico de trabalho para implementação do Plano de Redução da Mortalidade no Estado investia esforços na elaboração de instrumentos para fortalecer as regiões de saúde na formação de uma rede regional efetiva. Também estimulava discussões nos colegiados gestores das oito regiões de saúde, entendendo ser este o espaço legítimo de pactuação entre os gestores, para que estes exercessem a responsabilidade perante seus municípios na oferta de uma assistência integral e de qualidade dos serviços e programas que prestam atendimento à mulher e à criança no estado, assumindo o compromisso e a responsabilização mediante a assinatura do pacto para redução da mortalidade materna e infantil.

A organização e a articulação do grupo técnico nessa condução foi fator determinante no reconhecimento e no trabalho integrado das diversas áreas técnicas da Secretaria de Saúde do Estado no acompanhamento do Plano Estadual, seguindo o exemplo do nível nacional, que mantinha uma forma de trabalho integrada com as diversas áreas técnicas e segmentos para viabilidade do Pacto Nacional para redução das desigualdades nos estados do Nordeste e da Amazônia Legal no âmbito do enfrentamento da mortalidade materna e infantil.

Em 2010, as primeiras ações foram iniciadas com várias apresentações do Plano de Qualificação nas Maternidades e Rede Perinatal (PQM) aos profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal de Natal e da maternidade escola, escolhida como referência para as ações do PQM, com a organização de grupos de trabalho,

<sup>7</sup> Rede de atenção em saúde é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/ serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2010).

consolidados em algumas áreas, e rodas de conversa regulares e efetivas, por setores, com avanços significativos na discussão do Plano e construção ampliada das propostas de mudança. Nesse período, também se iniciou discussão com a direção e em alguns setores para a formação do colegiado. Destacou-se a realização de inúmeras rodas de conversas na maternidade durante todo o ano de 2010.

Com relação à articulação em rede, deflagrou-se uma grande discussão sobre o Acolhimento imediato de toda gestante na maternidade, assegurando a “vaga sempre” na maternidade de referência do PQM, e uma discussão inicial para constituição do Fórum e a integração da maternidade com a Atenção Primária e demais serviços, ampliando e fortalecendo o papel da maternidade, que passa do lugar de queixa para uma fala de construção e efetivação das mudanças. A partir desse momento inicial, destacou-se a garantia do Acolhimento e a constituição do Fórum Perinatal Estadual, com encontros regulares, mensais e propositivos em parceria com o Comitê Estadual para Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

Ressalta-se o grande avanço alcançado com o Fórum Perinatal ampliado, com planejamento e pactuação das ações entre os profissionais dos serviços e o gestor municipal e ampla discussão da Rede Perinatal nos colegiados gestores das regiões de saúde. Realizou-se a inclusão das maternidades das regiões e municípios prioritários nos fóruns, buscando-se a integração e a pactuação referentes ao acolhimento das gestantes, evitando-se a peregrinação. Importante enfatizar o envolvimento dos serviços e a discussão das dificuldades enfrentadas na consolidação de uma rede de atenção resolutiva e responsável e a disponibilidade de profissionais de diversas entidades para formação de grupo técnico, com função de organização, pactuação e construção da linha de cuidado perinatal (Câmara Técnica para construção de protocolos e alinhamento na resposta resolutiva na atenção perinatal).

Outro importante destaque com relação ao Fórum Perinatal diz respeito ao apoio do Ministério Público, elegendo a Rede Perinatal como foco prioritário de ação do Centro de Apoio Operacional (Caop) às promotorias de justiça de defesa da cidadania. Nesse contexto, promoveu-se o evento de lançamento do Projeto “Nascer com dignidade: melhorando o cuidado Materno Infantil”, envolvendo 26 promotores dos municípios prioritários e a promotoria da vara da infância para alinhamento conceitual e qualificação, a fim de fortalecer parcerias. Desse movimento, surgiram como propostas, a formação de equipe de apoio às maternidades do município da capital do estado para a qualificação da atenção nos serviços e na discussão da vinculação do parto; e uma campanha na mídia para mobilização social e garantia de direitos, denominada “cuidando da mãe potiguar”.

O ano de 2011 foi iniciado com a troca de Supervisão do PQM. Tal situação levou à necessidade de contato da nova supervisora com o território, repactuando a fase II do PQM com a maternidade e as Secretarias de Estado do Rio Grande do Norte e do Município de Natal. A esse contexto se somou a descontinuidade gestora no governo do estado, na subsecretaria de saúde do estado, na secretaria do município da capital do estado e nas suas respectivas coordenações.

Nesse período, destacou-se a criação do Núcleo Técnico da Rede Perinatal na Secretaria de Estado da Saúde para encaminhar o Plano Estadual, com encontros regulares, objetivando dar maior visibilidade e resolutividade aos encaminhamentos, principalmente os encaminhamentos dos Fóruns, onde eram levantadas as questões que necessitam de um posicionamento de atores com governabilidade para resolvê-las. Nesse processo, realizou-se uma avaliação nas áreas técnicas da Secretaria de Saúde do Estado sobre as ações do plano e dos encaminhamentos do Fórum e Comitê de Mortalidade. A retomada do fórum aconteceu em março de 2011 com pauta sobre o papel do comitê e uma avaliação dos fóruns com propostas para 2011. Neste período foram realizadas visitas técnicas nos municípios prioritários para avaliação e acompanhamentos dos planos municipais.

O Fórum acontecia regularmente, uma vez por mês, articulado com a reunião do Comitê Estadual de Mortalidade Materna e contava com a representatividade das seguintes entidades: Sociedade de Pediatria (Sopern) e Ginecologia (Sogorn), Conselho Regional de Enfermagem (Coren), Conselho Regional de Medicina (CRM), Pastoral da Criança, representantes das regionais de saúde do estado, Secretaria Estadual e Municipal da Saúde, Fórum de mulheres, e ampliou a participação dos gestores dos municípios prioritários no Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil do Estado (PRMI), que assumiram seu protagonismo<sup>8</sup> nesse processo. Para dar encaminhamento às propostas elaboradas durante as reuniões do Fórum Perinatal, foi criado um núcleo articulador da Rede Perinatal da Secretaria de Saúde do Estado, composto por representantes das áreas técnicas: Saúde da Mulher, da Criança, Atenção Básica, Núcleo de Humanização, Vigilância em Saúde, Coordenação de Hospitais e Unidades de Referência (COHUR) e Coordenação de Recursos Humanos (CRH). Esse grupo tinha encontros semanais, o que proporcionava o acompanhamento das ações do plano de forma conjunta e participativa.

O Fórum também era um espaço de pactuação para viabilizar a efetivação do PQM. Contava também com a participação do Ministério Público (MP) como uma parceira presente e efetiva no acompanhamento do PRMI no estado. Inclusive com o projeto “nascido com dignidade” que vinha progressivamente capacitando os promotores do estado na atenção à assistência materna e infantil, baseada nos parâmetros das políticas de atenção à mulher e à criança e tinha como meta a parceria na redução e no atendimento de

<sup>8</sup> Protagonismo é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos (BRASIL, 2010).

qualidade a nossas mulheres e crianças, principalmente por se tratar de mortes em sua maioria por causas evitáveis.

Ressalta-se essa fundamental parceria para implementação de mudanças em outros municípios e maternidades, onde são solicitadas informações sobre a atenção materna e infantil nos municípios e serviços, reforçando as diretrizes do PQM neste contexto. Houve a participação em várias audiências públicas e o MP vinha cobrando dos gestores estadual e municipais o cumprimento das ações no Plano Estadual e Municipais para redução da mortalidade materna e infantil no estado.

O Fórum era conduzido pelo Núcleo articulador da Rede Perinatal com a coordenação do PRMI no estado e com a presidente do comitê estadual de mortalidade materna, ficando sua organização em dois momentos; primeiro, com a apresentação de um tema central que abranja a organização da rede, e em seguida, o debate. Procurava-se envolver temas que levavam à reflexão, à discussão e a propostas de forma clara e objetiva na efetivação do PRMI, com a presença de gestores e representantes que tenham governabilidade, para dar encaminhamento às propostas levantadas. Registravam-se as reuniões em atas que eram enviadas por *e-mail* para apreciação antes do próximo encontro, onde a ata era lida no início dos trabalhos. Procurava-se ao máximo encaminhar as propostas para que fossem efetivadas e para que esse espaço fosse de fato um espaço de construção e de acompanhamento, trazendo respostas e promovendo uma dinâmica de confiança e grupalidade na luta pela garantia da vida.

No processo de transição do trabalho dos apoiadores institucionais do PQM para Rede Cegonha, a partir de junho de 2011, a discussão sobre os fóruns precisou ganhar espaço e força para que eles pudessem se transformar em Fóruns Rede Cegonha. Nesse contexto, priorizaram-se as ações, tais como o processo de ampliação de leitos de UTI neonatal, o cadastro de projetos para adequação da ambiência e a participação nas oficinas com outros profissionais do Ministério da Saúde, para implantação da Rede Cegonha.

Houve um grande envolvimento e participação do apoiador do PQM na organização da Rede Cegonha no Estado, de forma articulada às áreas técnicas, antigo núcleo articulador que passou a ser inserido no novo contexto, enquanto Câmara Técnica, compondo o Grupo Condutor da Rede Cegonha. Dessa forma, evoluiu-se para um processo de construção das matrizes regionais para aprovação dos colegiados, agora Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), contextualizando a segunda fase do processo para implantação da Rede Cegonha no Estado.

Nesse contexto, ressalta-se que o momento de coleta de dados para análise do instrumento de monitoramento e avaliação foi significativo para efetivar a importância de se trabalhar

com indicadores de efetividade para se avaliar a situação da assistência local e planejar ações para se alcançar metas desejadas na qualificação do cuidado.

### 4.2 A prática interinstitucional de cuidado em saúde

O PQM possibilitou um aprofundamento nas discussões e um olhar interno, tão difícil e tão desejado ao mesmo tempo. Foi nesse paradoxo entre atenção, gestão, cuidado, indivíduo e coletivo que nos deparamos em um terreno fértil e escorregadio. Fértil nas possibilidades que parecem infinitas quando é dada ao outro a possibilidade de fala, de escuta, de se ver e perceber para além de uma rotina, de uma prática. Mas, escorregadio, quando para dar conta desse “eu” e desse “outro”, exige parar e rever estas mesmas práticas que parecem tão certas, firmes e imutáveis. É nesse contexto paradoxal que o cuidado se produz, tentando encontrar espaços e articulações que não cabem na medicalização, na técnica e na assistência em si.

Produzir cuidado exige de nós uma revisão constante, uma capacidade de estar aberto ao novo, ao outro e a si mesmo. Assuntos que na formação parecem passar despercebidos, quando na prática passamos a ver o outro como mero objeto, sem querer garantir-lhes direitos, sem ouvir, sem diminuir a sua dor. Parece que nos acostumamos e passamos a não nos relacionar com o outro, mas sim com o que esperamos e achamos do outro. Não nos importamos: “ele não sente, ele não liga, é assim mesmo, sempre foi assim, para quê se preocupar, sempre foi assim... nunca vai mudar”. Esses são os discursos comuns que encontramos. Mas também é nesse contexto que se produz o cuidar. Cuidar de quê? De quem? Precisamos nos ver e ver o outro, imprimir algo de diferente, que possibilite sustentar e produzir o novo, juntos e de forma participativa. E quando isso acontece, a criatividade surge, a forma de agir se modifica, há mudanças visíveis e efetivas, o discurso passa a ser: “acho que pode ser assim... será que vai dar certo... quando será o próximo encontro... vamos fazer assim... É nesse contexto que produzimos e somos produzidos.

O PQM possibilitou um olhar interno, institucional e externo, de constituição de articulações e redes para sustentar os processos, avaliar e acompanhar as mudanças necessárias na atenção materna e infantil do nosso Estado. Convidou-nos para um trabalho articulado e integrado, onde partilhar saberes foi fundamental, e analisar e pactuar formas de reorganização do trabalho e da produção de vínculos<sup>9</sup> que sustentam os processos nos fizeram retomar e ressignificar o nosso papel de cuidador e de inovador.

Dessa forma, perdemos o foco para nos encontramos em processos maiores, onde exigia de nós uma articulação em rede, com diversas áreas, com outros serviços, municípios, regiões... Nesse contexto nos “desfocamos” para poder reenquadrar, para produzir significados e sentidos coletivos nos diversos nós dessa rede. Esse movimento de idas e vindas, de ampliar

<sup>9</sup> Na rede psicossocial compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, com o outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, em uma convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2010).



e em outros momentos afinar é o que produz a diferença e colabora para a articulação e a mobilização necessária nesse fazer do apoio.

O PQM veio consolidar a necessidade de continuidade, de se trabalhar nos espaços da produção do cuidado de forma mais intensa na mudança do modelo de atenção, que exige ações desde a formação dos profissionais como na sua qualificação permanente em serviço com vistas à produção de novos arranjos, sem perder o norte instituído por um modelo de atenção e de gestão que possibilite a criatividade, a inovação e principalmente o respeito e o exercício da cidadania.

Nesse novo contexto vem a Rede Cegonha, com princípios e diretrizes reforçados pelo PQM, mas de forma articulada, pensada e orientada em redes de atenção, com uma aposta no investimento integral em todos os níveis de atenção e para tanto é importante que não esqueçamos os compromissos anteriores (pactos) para alinharmos e alcançarmos mais resultados positivos.

### 5 Considerações finais

A prática interinstitucional de cuidado em saúde desenvolvida durante o processo de implantação do Fórum Perinatal permite afirmar a construção coletiva de um projeto estadual de saúde<sup>10</sup>, no qual a assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido (REIS; PATRÍCIO, 2005). Importante destacar que o alcance das ações depende do grau de engajamento dos atores do estado e principalmente dos municípios, onde se efetiva a política de atenção à gestante e ao recém-nascido.

O principal avanço alcançado, no período de 2009 a 2011, no âmbito do PQM referiu-se à constituição e ao fortalecimento do Fórum Perinatal como um espaço de fomento à discussão, à proposição, ao acompanhamento e à pactuação para a organização da Rede de atenção à saúde materna e infantil no Estado do Rio Grande do Norte e para viabilizar a efetivação do PQM no contexto de rede coordenada de serviços. Nesse cenário de visibilidade das mortes maternas e infantis, podemos dizer que a situação de desigualdade na mortalidade infantil, perinatal e materna também foram reconhecidas como de responsabilidade do sistema de saúde e, portanto, objeto de intervenção do Fórum Perinatal. Porém, caberá aos diferentes atores integrantes do Fórum trabalhar, pactuar e buscar a efetivação de ações e atividades que confirmam materialidade às diretrizes para o alcance dos objetivos propostos, a partir dos quais se propõe mudar o cenário existente em relação ao modelo de gestão e de atenção materno- infantil no País.

<sup>10</sup> Projetos de saúde são projetos voltados para os sujeitos, individualmente, ou comunidades, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários. A sua construção deve incluir a corresponsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário/equipamento de saúde e a avaliação de risco/vulnerabilidade (BRASIL, 2010).

Diante de tantos desafios, é importante dar ênfase ao trabalho coletivo que ainda expressa um desejo de fazer, de melhorar as condições e de se integrar nesse processo com a coordenação do Plano Estadual de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, que hoje vem se configurando no grupo condutor da Rede Cegonha no Estado e que tem sido um fator facilitador na compreensão da equipe da maternidade sobre a escolha da instituição e de sua importância na configuração de uma rede qualificada. Nesse contexto, destaca-se o apoiador institucional “desbravando” espaços de resistências, superando desafios e, acima de tudo, sentindo-se feliz e orgulhoso por ter compartilhado espaços de aprendizagem e treinado sua própria função apoio, com muita paciência e persistência. Assim, o apoio institucional deve ser entendido como estratégia que visa potencializar as equipes de trabalho no apoio às Redes de Atenção à Saúde no sentido de possibilitar a construção coletiva de práticas de saúde mais acolhedoras e equânimes, qualificando o pré-natal e buscando a humanização do parto e do nascimento.

Ressaltamos que, hoje, em todo o Estado, está se discutindo a Rede Perinatal nos colegiados regionais de saúde, permitindo-nos afirmar que, na sua fragilidade, esse processo se mostra fortalecido e abre caminhos para alcançarmos uma rede viva e efetiva em favor da vida.

Importante ressaltar o esquema ascendente de classificação dos vínculos em relação ao nível, às ações e aos valores envolvidos, o que permite monitorar os graus de profundidade de uma rede: 1º nível – do reconhecimento, expressa a aceitação do outro, pois não se pode atuar sem reconhecer e aceitar a existência do outro; 2º nível – do conhecimento, surge do interesse e da necessidade de conhecer esse outro que é aceito como um interlocutor válido; 3º nível – o conhecimento dará ensejo a casos esporádicos de colaboração, embora não se trate de uma ajuda sistemática; 4º nível – já existe cooperação porque existe um problema comum e uma forma mais sistemática e estável de operação conjunta; e 5º nível – pode-se falar em associação quando essa atividade conjunta toma a forma de algum acordo ou contrato acerca de como serão compartilhados os recursos (ROVERE, 1998).

Ainda que seja prematuro avaliar o grau de implantação e os efeitos das estratégias propostas pelo Fórum Perinatal do Rio Grande do Norte, a sua discussão pode ser útil na medida em que esta experiência pode ser expandida e contribuir para a redução da mortalidade materna, infantil e perinatal no Brasil.



### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., 4. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2009b.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: situação, tendências e perspectivas. 2011. Disponível em: <[www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1956.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2012.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 191-199, Ago. 2010.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, Ago. 2010.

REIS, A. E. dos; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. dez. 2005.

ROVERE, M. **Redes**: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Argentina: Instituto de la Salud Juan Lazarte, Secretaria de Salud Pública de Rosario, 1998.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. Série 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4. Disponível em: <[download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2012.



# **A Garantia do Acesso ao Acompanhante: Uma Experiência Prática no Cenário do Apoio Institucional\***

**Guarantee Access to Accompany: A Practical  
Experience In the Scenario of Institutional Support**

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>1</sup>

Sibelle Maria Martins de Barros<sup>2</sup>

Leopoldina da Graça Correia<sup>3</sup>

Ana Cláudia Pinheiro Garcia<sup>4</sup>

Rita de Cássia Duarte Lima<sup>5</sup>



\* Texto inédito.

<sup>1</sup> Médica, professora adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo, supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e do Nordeste/Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Psicóloga, professora da Universidade Estadual da Paraíba.

<sup>3</sup> Psicóloga, apoiadora institucional do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal/Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Cientista Social, bolsista CNPq no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>5</sup> Enfermeira, professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

## Resumo

Assegurar o acesso ao acompanhante de livre escolha da parturiente é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Lei Federal no Brasil, desde 2005. Esforços institucionais, impulsionados pelo Ministério da Saúde, têm sido empreendidos no intuito de melhorar a assistência obstétrica e neonatal, assegurando o direito ao acompanhante. Este artigo se propõe a relatar avanços alcançados no processo de garantir o acesso ao acompanhante por meio da experimentação da função apoio institucional em uma maternidade filantrópica, ao longo do ano 2010. Mesmo em contextos adversos, o exercício do apoio institucional, desenvolvido em um estado do nordeste brasileiro, permitiu afirmar essa estratégia como um modo inovador e efetivo para refletir sobre os processos de trabalho e produzir consensos necessários para o cumprimento da legislação, que assegura o acesso do acompanhante de livre escolha das mulheres na assistência pré-natal, ao parto e ao nascimento.

## Palavras-chave:

Apoio institucional. Lei do acompanhante. Acesso aos serviços de saúde. Humanização da assistência. Parto humanizado.

## Abstract

Ensuring access to the companion of choice of the mother is one of the recommendations of the World Health Organization and the Federal Act in Brazil since 2005. Institutional efforts, driven by the Ministry of Health, have been undertaken in order to improve obstetric and neonatal care, ensuring the right to escort. This paper aims to report progress made in the process of ensuring access to companion through experimentation institutional support function in a philanthropic maternity, during the year 2010. Even in adverse contexts, the exercise of institutional support, developed in a state in northeastern Brazil, this strategy allowed us to state as an innovative and effective way to reflect on the work processes and produce consensus necessary for compliance, ensuring access the companion of choice for women in prenatal care, childbirth and neonatal.

## Keywords:

Institutional support. Law of accompanying. Health services accessibility. humanization of assistance. Humanizing delivery.

### 1 Introdução

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, o componente neonatal, responsável por cerca de 50% a 60% dos óbitos infantis, apresenta uma velocidade de queda aquém do desejado. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde, seja a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, faz parte da realidade social e sanitária de nosso País (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Por outro lado, paradoxalmente, apesar de termos melhoras em quase todos os indicadores de saúde materna e das mulheres, assim como o acesso aos serviços de saúde (acesso à assistência pré-natal, acesso ao parto hospitalar e ao parto assistido por profissionais qualificados), não temos evidências de melhora nas taxas de mortalidade materna, nos últimos 20 anos. Além disso, em decorrência ao aumento de acesso ao parto hospitalar, a taxa nacional de cesáreas aumentou de 36% para 44% e, associada a essa elevação, houve aumento da morbidade e da mortalidade em mães e recém-nascidos (DINIZ, 2009).

A baixa utilização em tempo oportuno de recursos clínicos bem conhecidos e muitas vezes disponíveis, as taxas elevadas e crescentes de cesarianas desnecessárias e a não incorporação de práticas efetivas e recomendadas para o cuidado humanizado ao parto e ao nascimento, tais como: o acolhimento imediato da gestante nos serviços de saúde, a priorização dos casos mais graves, a inclusão do acompanhante durante a internação para o parto, a abordagem não farmacológica da dor, entre outras, são ainda desafios para a maior parte das maternidades brasileiras (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Nesse contexto hospitalar, ainda é importante destacar as normas restritivas e regras rigorosas, que geram indiferença, descaso, maus-tratos e desrespeito aos cidadãos e a seus familiares durante a internação, reproduzindo a experiência de estar em uma prisão (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

Diante desse cenário, ressalta-se assim, a importância da qualificação do cuidado hospitalar ao parto e do aprimoramento da gestão hospitalar, não apenas com investimentos em recursos físicos e humanos, mas também com a implementação de ações dirigidas à mudança dos processos assistenciais. A partir do reconhecimento desta urgente necessidade delineou-se uma proposta governamental de qualificação do cuidado intitulada Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) (BRASIL, 2009a), cujo objetivo principal é apoiar o processo de qualificação da assistência obstétrica e neonatal nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro, a partir dos referenciais da Política Nacional de Humanização e das diretrizes das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher.

O PQM apresenta quatro diretrizes organizativas de intervenção (BRASIL, 2009a):

1. Acolhimento da gestante, da puérpera e do recém-nascido nas práticas de produção de saúde na Atenção Básica e maternidades e implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas maternidades e serviços que realizam partos; 2. Gestão democrática (cogestão e gestão compartilhada); 3. Vinculação da gestante a equipes de referência da Atenção Básica, garantindo o local para o parto, conformando linhas de cuidado integral, desde o pré-natal, parto até o puerpério; 4. Garantia de acompanhante de livre escolha da gestante durante a internação para o parto e do recém-nascido, com incorporação de propostas de adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados.

Entre estas orientações gerais do Plano, destaca-se a garantia de acompanhante para a gestante durante a internação para o parto e do RN com adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e ao nascimento humanizados.

### **2 O direito ao acompanhante**

historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira, e apoiada pelos seus familiares. A institucionalização do parto, ocorrida no século XX, a fim de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo do nascimento. Nesse contexto da institucionalização do parto, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de pré-parto e enfermarias coletivas, com pouca ou nenhuma privacidade, assistidas com práticas baseadas em normas e rotinas que impediram ou impossibilitaram a presença de uma pessoa de seu convívio social para apoiá-las (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o objetivo da assistência é obter uma parturiente e um neonato saudáveis com o mínimo de intervenções que seja compatível com a segurança (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006). A OMS recomenda assegurar o livre acesso de um acompanhante da parturiente, durante o trabalho de parto, parto e puerpério e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes. Essa recomendação foi classificada como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, com base nas evidências científicas sobre o apoio durante o nascimento (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

A participação de um acompanhante pode trazer conforto e segurança para a parturiente, tendo em vista que o parto se caracteriza como um fenômeno de intensidade emocional e

física, que pode evocar sentimentos e sensações diferentes como medo, angústia e alegria (MOTTA; CREPALDI, 2005).

No Brasil, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante, de livre escolha da parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Entretanto, a vigência da lei não assegura sua total implementação, uma vez que é preciso reorganizar os protocolos nos serviços de saúde, a logística e a atuação dos profissionais a serem inseridos nesse novo contexto (TEIXEIRA; SÁ; ARRAIS, 2009). Percebem-se, então, resistências ao acompanhante expressas em justificativas como a falta de estrutura hospitalar e a necessidade de garantir a privacidade das mulheres, quando se trata de um acompanhante do sexo masculino, como o pai. Nesse sentido, a interdição e o poder institucional se amparam e se justificam em saberes considerados verdadeiros (FOUCAULT, 2009).

Apesar do reconhecido movimento que algumas maternidades fazem em adequar sua área física para possibilitar a permanência de um acompanhante, escolhido pela parturiente, sem comprometer a privacidade das demais parturientes, e até mesmo implantando o modelo conhecido como PPP (pré-parto, parto e puerpério), que possibilita a assistência nos períodos clínicos do parto no mesmo local, proporcionando conforto e individualidade (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005), em muitas instituições brasileiras essa prática ainda não tem sido adotada nos vários hospitais e maternidades do País. Como desdobramento desse processo, ao pai ainda é vetado o direito de acompanhar o parto, bem como de participar de todo o processo de nascimento de seu próprio filho (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; CARVALHO, 2003; MARTINS, 2012).

A caracterização do hospital, desde sua origem, como um lugar disciplinador, estabelecido pela ordem médica, evoluindo com a subordinação dos indivíduos internados às normas e regras institucionais (FOUCAULT, 2011; 2008), dificulta a implementação de novas ações que assegurem os direitos dos pais e contemplem os princípios do SUS. Em instituições hospitalares, o paciente não é visto como sujeito autônomo e cidadão portador de direitos, e as relações sociais assumem a forma de tutela, de dependência e favor; robustecendo o poder e o saber vigentes pela obediência à hierarquia dominante (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008).

A estratégia do apoio institucional, uma vez que tem como proposta a transformação de realidades caracterizadas pela hierarquização e exclusão de diferentes atores sociais, deve contribuir para que os direitos da gestante e do pai sejam assegurados, a partir do

reconhecimento das necessidades peculiares a cada um, o que implica necessariamente uma ampliação do olhar e da construção de novas ações em saúde.

Apesar das várias dificuldades e resistências em torno dessa temática, mudanças são possíveis de serem efetivadas a partir do trabalho coletivo. Este artigo, portanto, tem o intuito de divulgar uma experiência de apoio institucional que promoveu a construção coletiva de práticas de inclusão do acompanhante, em uma maternidade vinculada ao SUS.

### **3 O contexto da intervenção e as estratégias adotadas**

A experiência foi realizada em hospital filantrópico que apresenta certa autonomia financeira, mas com alguma regulação estadual por meio de programas de incentivos financeiros. No início do processo de operacionalização do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e do Nordeste (PQM), deparou-se com condições político-institucionais pouco propícias para a operacionalização das ações, marcada pela complexa relação entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, onde se localizava a instituição pesquisada. A ausência de participação dos técnicos municipais no Fórum estadual de avaliação do Plano de Ações Estratégicas de Redução da Mortalidade Infantil e Materna realizado pelo Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde atestou essa afirmativa.

Apoiar é uma função de fazer junto e não por alguém. Pressupõe atuar na construção de grupalidades solidárias e ajudar os coletivos a reposicionarem processos de trabalho. Neste sentido, o apoio é uma estratégia que implica a formação de vínculos com as equipes.

Assim, o campo de trabalho do apoiador é bastante complexo e a efetividade de sua ação depende de uma série de conjunturas em que o domínio e o manejo de situações nem sempre são possíveis.

O apoio também é um modo de fazer, modo este que serve de intercâmbio entre sujeitos de um coletivo, que se dispõe a colocar em discussão seus próprios modos de funcionamento e de organização, debate indispensável para a construção de novos pactos e acordos. Mas, colocar em análise o modo como as “coisas” estão sendo feitas, a organização do serviço e seus processos de trabalho não é fácil, pois exige que se enfrentem situações conflituosas produzidas nas relações de trabalho, especialmente em organizações de saúde, onde os poderes são bastante desiguais, o que produz relações hierarquizadas e pouco comunicativas.

Os dispositivos utilizados pelo apoiador consistiram em atividades semanais com a equipe da maternidade, tais como: oficinas, visitas institucionais, atividade de formação, rodas



de conversa para análise dos processos de trabalho; fomentar a participação da equipe por meio de capacitação em instituições matriciadoras. Para a efetivação dessas ações, destaca-se a importância estratégica do envolvimento efetivo dos dirigentes institucionais no processo.

### **4 Avanços e entraves do apoio institucional na maternidade**

Os resultados do trabalho desenvolvido a partir do apoio institucional serão descritos considerando-se a avaliação quadrimensal da maternidade (BRASIL, 2010), a partir das seguintes expectativas:

1º quadrimestre (de janeiro a abril de 2010): Construção das condições político-institucionais para a implementação da diretriz Direito ao acompanhante do Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal (PQM) e realização das primeiras iniciativas.

2º quadrimestre (de maio a agosto de 2010): Desenvolvimento e experimentação do dispositivo e produção de efeitos na gestão, no cuidado e na organização da rede perinatal.

3º quadrimestre (de setembro a dezembro de 2010): Aprofundamento, ampliação e consolidação das ações.

No primeiro quadrimestre, as condições político-institucionais eram pouco propícias para o desenvolvimento de ações de implementação da diretriz Direito ao Acompanhante na maternidade. Destacava-se, nesse período, a resistência da alta direção à garantia da lei do acompanhante, que persistiu até a visita técnica a um hospital de referência matricial do Ministério da Saúde. Além dos gestores, havia grande resistência também por parte dos profissionais (principalmente obstetras) com relação à presença de acompanhantes no pré-parto e no parto, principalmente com relação ao sexo masculino. Outro fator considerado importante limitador à implantação desta diretriz dizia respeito às precárias acomodações para os acompanhantes nos diferentes espaços.

No que concerne à prática da função apoio no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), interessante destacar que, apesar da receptividade do diretor do hospital/maternidade, houve desconfiança sobre a função apoio, explicitada por falas que diziam já estarem acostumados com os programas do Ministério da Saúde, que mandam técnicos aqui sem conhecer nossa realidade, querendo impor ações e depois vão embora.

A Secretaria de Estado da Saúde não entendia bem a função apoio e o PQM, apesar deste fazer parte de um dos eixos do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Infantil

estadual. Por outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde participou dos encontros desde o início do plano e estimulou o diálogo sobre as diretrizes nas áreas técnicas do município.

O grande impasse foi a dificuldade na relação político/institucional entre as Secretarias de Estado e Municipal de Saúde envolvidas, com ausência dos técnicos da secretaria municipal em importantes encontros para discutir as diretrizes do plano.

Dentro do hospital, a diretriz do direito ao acompanhante, assim como outras diretrizes do PQM, foi sendo apresentada (e reapresentada) a pequenos e novos grupos, e, a cada semana, diferentes atores apareciam e as rodas de conversa funcionavam não só como espaço de apresentação da diretriz, mas também como espaço de escuta das queixas dos trabalhadores que pareciam encontrar ali um local para desabafar angústias que não tinham oportunidade de ser colocadas em outros espaços.

Além disso, alguns profissionais nutriam certa desconfiança sobre o trabalho e possuíam grande resistência às diretrizes do PQM. Eles não entendiam muito bem o motivo de serem chamados para participar das rodas de conversa e o modo como poderiam ajudar. Havia uma crença de que apenas os médicos e o enfermeiro eram os responsáveis pela efetivação das diretrizes dentro da instituição e também não viam “com bons olhos” a inclusão do homem como acompanhante da parturiente desde o pré-parto e expressavam o medo de que qualquer acompanhante na cena do parto iria atrapalhar seu trabalho. Foram várias as rodas recheadas de discussões fervorosas e muitas negociações com o grupo até conseguir quebrar esse paradigma.

Entretanto, apesar desse contexto desfavorável, foram identificados avanços, a partir das duas oficinas de sensibilização para o PQM. Nessas oficinas pactuou-se a operacionalização dessa diretriz com a alta direção e profissionais de saúde. A partir desta pactuação, as primeiras iniciativas desenvolveram-se por meio de rodas de conversa com atores estratégicos da Maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) com ampliação da comunicação, da reflexão sobre o tema, da discussão dos processos de trabalho e da operacionalização das ações.

A potência da visita técnica ao hospital matriciador em vencer a resistência inicial da alta direção à garantia da lei do acompanhante contribuiu para a mobilização dos profissionais estratégicos para a operacionalização das ações do PQM, potencializando o desenvolvimento e experimentação desse dispositivo. Rodas de conversa sobre a importância do acompanhante e as boas práticas obstétricas e perinatais foram deflagradas pela apoiadora institucional com os profissionais da maternidade.

Apesar da resistência gestora e dos profissionais, principalmente ao acompanhante do sexo masculino, realizou-se uma oficina de sensibilização com os trabalhadores/equipe

multiprofissional para elaborar coletivamente a proposta de garantia deste direito. O movimento de implantação da diretriz de acompanhante foi intensificado a partir da realização de oficinas sobre as Boas Práticas Obstétricas e Perinatais baseadas em evidência científica (incluindo a participação de alguns profissionais da equipe obstétrica) e sobre o Direito ao Acompanhante, que foram realizadas na maternidade com a presença do diretor-geral da instituição. Nessas oficinas, ampliou-se a discussão das Boas Práticas com a equipe (especialmente, a equipe médica), principalmente com os profissionais resistentes à efetivação dessa diretriz, ressaltando a garantia do direito ao acompanhante como uma boa prática na redução de morbimortalidade materna e infantil.

Destacou-se como importante avanço no 2º quadrimestre de 2010, a experimentação da garantia de presença, na maternidade em estudo, do primeiro acompanhante do sexo masculino no parto e no pós-parto. Outros importantes resultados que merecem ser destacados dizem respeito ao reconhecimento, pela equipe, da legitimidade da lei que garante o Direito ao Acompanhante e à decisão gestora de assegurar o direito ao acompanhante de livre escolha (incluindo sexo masculino) a todas as mulheres no pré-parto, no parto e no pós-parto e acompanhamento aos RNs na Utin. Tais fatos demarcam o grande movimento de ampliação de acesso, de inclusão dos pais no processo do parto e do nascimento e de assegurar as boas práticas Obstétricas e Perinatais e o Direito ao Acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, no parto e no pós-parto (agendado com o diretor-geral o início de implantação do Direito ao Acompanhante de livre escolha da mulher na maternidade).

É necessário salientar que a visita ao hospital matriciador foi fator importante para a tomada de decisão da gestão de incluir o acompanhante desde o pré-parto até o pós-parto imediato, o que encontrou muita resistência por parte da equipe médica que não estava presente nas rodas.

A desconfiança, a resistência e o não entendimento da importância do papel de cada trabalhador para implantação/implementação das diretrizes evidenciaram um modelo de formação para a subordinação e para a renúncia, refletido sobre a tensão autonomia-controle implícito nas falas e nos comportamentos dos trabalhadores.

A consolidação das ações do Direito ao Acompanhante, no 3º quadrimestre de 2010, foi assegurada por uma decisão gestora e após o reconhecimento pela equipe da legitimidade da lei que garante o Direito ao Acompanhante.

O desafio durante esse processo desenvolvido no ano de 2010 foi capturar os pontos de tensão existentes e tentar estabelecer relações construtivas entre os atores estratégicos, procurando favorecer a cogestão, apoiar e disparar processos de mudança. Somente quando a relação de confiança entre os profissionais e a apoiadora institucional foi de fato

estabelecida, as resistências começaram a diminuir, e as diretrizes, com destaque para o direito ao acompanhante, foram sendo implementadas.

A reestruturação do modelo de gestão do hospital, por meio da contratação de uma consultoria de gestão, impactou de forma negativa no trabalho de apoio, pois a proposta do grupo de consultores entrou em choque com o método de Apoio Paideia (CAMPOS, 2003). A consultoria adotou um modelo de gestão centralizado, sem a efetiva participação dos trabalhadores. Realizou um diagnóstico da organização e prescreveu medidas normativas para melhoria da eficiência da instituição. Apesar de ter realizado pesquisas com os trabalhadores e ter mobilizado intensamente o grupo para o processo de mudança, essas mudanças começaram a ser feitas de cima para baixo, de forma hierarquizada e autoritária, culminando em demissões e insegurança por parte da equipe institucional. O resultado foi o esvaziamento do grupo estratégico e a estagnação no processo de construção das diretrizes do PQM.

Essa situação acarretou desestímulo em todo o grupo, incluindo a apoiadora institucional. Nesse contexto, foi necessário rever todo o processo de trabalho para tentar compreender o que estava acontecendo, a fim de construir novas estratégias de atuação tendo em vista a finalidade do trabalho de intervenção. Nesse momento, o caminho encontrado foi fortalecer os espaços conquistados dentro da maternidade para que não fossem perdidos e investir no âmbito externo da rede que se mostrava propício ao diálogo.

Apesar das angústias geradas pelas circunstâncias, o lugar institucional conquistado pela apoiadora e legitimado pelo grupo foi importante para continuidade das ações, apesar da permanência dos fatores intervenientes.

Durante esse período de experimentação do processo de assegurar o direito ao acompanhante, foi possível falar das dores e encantos de ser apoiador: das dores decorrentes do sentimento de impotência diante de situações que estão culturalmente arraigadas e que dependem de ação conjunta das três esferas de governo para que sejam modificadas e dos encantos dos pequenos e contínuos avanços expressos em atos, conquistas e quebra de paradigmas.

Importante ainda destacar que, dentro da maternidade, o grupo foi conquistando maior autonomia em relação à tomada de decisões e, mesmo diante da realidade local, avanços começaram a ocorrer, culminando com o direito ao acompanhante assegurado. As ações sequenciais que foram deflagradas incluíram a organização do fluxo, o controle da entrada e da saída de acompanhantes e visitantes, a ampliação do horário de visita; a aquisição de poltronas para acomodar os acompanhantes na UTI Neonatal e as primeiras experiências com os grupos com puérperas e acompanhantes, que aconteciam diariamente. Além disso, a ambiência está sendo repensada e os projetos construídos; o núcleo de educação

permanente tem feito suas primeiras experiências; as práticas assistenciais estão sendo revistas e pequenas mudanças começaram a ocorrer.

Avanços são notados no modo de fazer e de se relacionar do grupo, o que não significa que as dificuldades deixaram de existir. Elas continuam presentes na falta de adesão dos profissionais médicos; nas dificuldades para se construir protocolos; na falta de recursos para contratar enfermeiros obstetras; na ausência de acolhimento e classificação de risco e nas ações centralizadoras presentes com a consultoria.

Apesar do pioneirismo e do avanço para assegurar o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, no parto e no pós-parto (PPP), existem ainda muitos desafios para a efetivação cotidiana dessa prática, tais como: a resistência de alguns profissionais (principalmente obstetras) com relação à presença de acompanhantes no pré-parto e no parto; a necessidade de maior interação entre equipe e acompanhantes; o número reduzido de enfermeiras obstétricas e as acomodações precárias para os acompanhantes nos diferentes espaços. Ainda é necessário pactuar para garantir o direito ao acompanhante a todas as mulheres, (independente do plantão, ou seja, da “boa vontade” de alguns profissionais resistentes de plantão).

Não se discute o fato de que a Lei do(da) Acompanhante no Brasil representou uma conquista no âmbito de direitos reprodutivos e humanos para as mulheres, em um momento importante de suas vidas: o nascimento de um filho (PEREIRA; SANTOS; SANTOS, 2010). Nem há dúvida dos importantes avanços alcançados nesta maternidade estudada, a partir da função apoio. Entretanto, apesar desse grande avanço, algumas discussões sobre o tema têm negligenciado demandas e o direito do pai em participar dos vários processos concernentes à vida reprodutiva. Conforme assegurado pela Política Nacional da Saúde do Homem, instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009b), a paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2009a).

O nascimento de um filho, bem como todo o processo de transição para a paternidade, é um fenômeno que acarreta transformações, preocupações, inseguranças e expectativas para vários pais (KROB; PICCININI; SILVA, 2009). A luta pela participação do pai como acompanhante deve ser respaldada, portanto, não apenas pelo direito da mulher, mas também pelos direitos e necessidades específicas do pai. Infelizmente, o pai ainda é considerado como um coadjuvante ou apenas um suporte para as necessidades femininas.

Apesar de existirem políticas públicas voltadas aos homens, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, ainda existem barreiras para a participação efetiva do homem, pois

os profissionais muitas vezes não incentivam ou proíbem a participação masculina (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009). A proibição da participação dos homens e a subsequente aceitação das ordens médicas por parte desses usuários denuncia a desigualdade nas relações entre profissionais-usuários que impedem a concretização das propostas preconizadas pelo próprio Ministério da Saúde, estabelecendo-se, portanto, um hiato entre recomendações das políticas de saúde e práticas exercidas neste contexto. Mesmo com o lançamento da Política Nacional de Saúde do Homem, em 2009, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, estas dificuldades ainda não foram ultrapassadas.

A maioria dos serviços de saúde ainda não trabalha para identificar e atender às demandas paternas. Esta ausência de serviços e de disponibilidade parece estar embasada na crença de que os pais não se preocupam ou não se interessam pelas questões de saúde da gestante e do filho (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011). A isso se soma o fato das práticas de saúde ainda estarem orientadas principalmente pelo modelo biomédico, que enfatiza o processo biológico de gestação e, como consequência, a gestante torna-se o foco da atenção em saúde.

Desempenhar práticas de saúde tendo a integralidade como horizonte, exige o rompimento de olhares reducionistas, para que se possam perceber as relações entre diferentes mediações provenientes de diferentes sistemas. Como sugere Sarti (2004), a família deve ser a unidade de atendimento nas políticas públicas de saúde, e não o indivíduo isolado. E uma vez focalizando a família, deve-se levar em consideração as redes de relações próprias a cada uma delas.

Assegurar o direito ao acompanhante significa, portanto, assegurar o direito à família e não apenas o direito à mulher. Significa lançar mão de um dispositivo da Política de Humanização para garantir a atenção integral que beneficie os familiares, incluindo o recém-nascido. Martins (2009) defende, por exemplo, que os serviços de saúde se destaquem como um *lócus* privilegiado para a promoção de outras formas de interação entre pai e filho, o que contribuiria, por sua vez, para a construção de outras relações de gênero.

Para que novas práticas em saúde possam ser construídas, torna-se condição *sine qua non* a ampliação do olhar para além do biológico e da perspectiva individualista. Torna-se preciso assegurar o acolhimento ao pai, à mãe e aos outros familiares, a partir de suas necessidades específicas, o que requer o abandono de visões tradicionais sobre a maternidade e a paternidade, bem como a adoção de uma perspectiva sistêmica no campo da Saúde.

No intuito de transformar realidades, o apoio institucional apresenta-se como uma nova postura, uma nova ética na relação entre equipes de saúde e agentes que veem as organizações para propor mudanças para ampliar a efetividade das práticas de saúde

e produzir grupalidades e equipes de saúde mais solidárias e corresponsáveis (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

O apoio institucional coloca em análise as práticas profissionais desenvolvidas no cotidiano, geralmente autoritárias e orientadas por modelos verticais de gestão e modelo reduzido de saúde (TRINDADE et al., 2011). Com os atores envolvidos, o apoio institucional busca promover mudanças para que o SUS se torne, cada vez mais, um exercício do público.

No que se refere à Lei do Acompanhante, o apoiador, por meio da reconstrução de sentidos e ações em saúde, pode avançar muito mais ao promover e garantir a prática do acesso ao acompanhamento na perspectiva do direito do pai, ou melhor, assegurando os direitos da família.

### **5 Considerações finais**

No contexto do SUS, assegurar o acesso ao acompanhante de livre escolha da parturiente é um direito legal e constitucional, para garantir acesso à participação popular.

Ser apoiador institucional é antes de tudo acreditar nos princípios do SUS e caminhar no sentido de vê-los implantados na prática cotidiana dos serviços. É uma aposta na constituição de relações mais democráticas, baseadas em respeito aos sujeitos, ainda que possuam diferentes graus de saber e de poder. A modificação das práticas de saúde voltadas às gestantes e aos seus companheiros requer uma transformação nas relações de poder que não podem prescindir da inclusão e da produção de subjetividades protagonistas.

A função apoio traz consigo uma série de reflexões sobre as formas de organização do trabalho, as relações entre os sujeitos e sobre o próprio modo de ser e fazer do apoiador. Afinal, o apoiador também sofre o efeito Paideia, e as aproximações e afastamentos vão ocorrendo durante o processo de apoio, a partir da análise das relações de poder, de afeto e de conhecimento. Compreender a si e ao processo é importante para saber o “tom”; de saber o que é necessário e tolerável em cada período.

A construção de rodas de conversa é um dispositivo imprescindível para possibilitar interação entre os sujeitos e a criação de espaços coletivos onde as situações possam ser analisadas e as decisões tomadas. Entretanto, se não há disposição de participação ativa e de decisão conjunta entre os sujeitos, se não há democratização institucional, não há método da roda. Talvez este seja um aspecto que tenha gerado angústia e frustração, pois apesar do grande investimento em espaços de diálogo e cogestão, da formação de um grupo estratégico, houve pouco avanço nessa área. Entender tal situação explica (em parte) porque ainda



hoje há dificuldade de reunião do grupo sem a presença da apoiadora e o esvaziamento que foi acontecendo à medida que a consultoria progrediu.

Em relação ao estabelecimento de relações de confiança com os grupos e à ampliação do diálogo, pode-se afirmar que houve grande avanço. O que foi possível pela capacidade da apoiadora produzir ofertas e valorizar as demandas dos grupos (âmbito interno e externo), com uma postura democrática, colocando-se de forma crítica, tensionando os limites de cada grupo, construindo relações baseadas em respeito e confiança e explorando possibilidades de um novo modo de fazer.

O acúmulo de saber e a experiência conquistada ao longo do percurso foram gratificantes apesar dos momentos de angústia e dúvidas. Fica a certeza de que houve grande contribuição do PQM para concretizar o direito ao acompanhante. Contribuição expressa na reflexão sobre a organização dos processos de trabalho e prática dos serviços, formação de vínculos solidários com as equipes, construção de novos pactos e arranjos, implantação/ implementação de algumas diretrizes, compromissos firmados na rede de atenção e percepção de que é possível construir ações que venham efetivar o acesso ao acompanhante no contexto do SUS.

### Referências

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. F. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 ago. 2009a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html). Acesso em: 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal**: 2009–2010. Brasília, 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano de qualificação das maternidades e redes perinatais no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília, 2009b.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.

\_\_\_\_\_.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1316-1327, 2005.

CAMPOS, G. V. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. 389-398, 2003.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 18. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense. Universitária, 2011.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Demográfica e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Social**, [S.], v.17, n. 1, p. 61-72, 2008.

KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 269-291, 2009.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.439-477, 2006.

MARTINS, A. C. Paternidade: repercussões e desafios para a área da saúde. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v.1, n.11, p.1-28, 2009.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional. **Paidéia**, Ribeirão Preto, SP, v.15, n.30, p.105-18, 2005.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BARKER, G. **Homens, masculinidades e políticas públicas**: aportes para a equidade de gênero. Rio de Janeiro: Promundo; UNFPA, 2009.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PEREIRA, S. M.; SANTOS, M. L.; SANTOS, P. Q. Direito das mulheres: ter acompanhante durante o parto: a experiência da lei brasileira. 2010. In: Congresso Fazendo Gênero: diásporas, diversidades, deslocamentos, 9, 2010, [S.l.]. **Anais...** [S.l.: s.n.], 2010. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278265292\\_ARQUIVO\\_FG9Leido\\_a\\_Acompanhantenopartotextocompleto.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278265292_ARQUIVO_FG9Leido_a_Acompanhantenopartotextocompleto.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n.13, p.11-28, 2004.

TEIXEIRA, L. P.; SÁ, R. S.; ARRAIS, A. R. Percepções da equipe obstétrica sobre a presença do pai durante parto e sobre a lei do acompanhante. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 127-145, 2009.

TRINDADE, Z. A. et al. A atenção à mãe adolescente e ao seu companheiro: a perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde de Vitória-ES. In: TONELI, M. J. F. et al. (Org.). **O pai está esperando?** Políticas públicas de saúde para a gravidez na adolescência. Florianópolis: Editora Mulheres, 2011. p.171-187.

### Colaboradores

CORREIA, L. G. participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados. BARROS, S. M. M.; GARCIA, A. C. P.; LIMA, R. C. D. participaram da redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada e ANDRADE, M. A. C. participou de todas as etapas da elaboração do artigo.

# A Parteira da Guia e o Parto de um Homem<sup>1</sup>

**The Midwife's  
Guia And Delivery Of A Man**

Aldo Rezende de Melo<sup>2</sup>

**Relato de Experiência**



<sup>1</sup> Texto inédito

<sup>2</sup> Psicólogo. Pós-graduando do mestrado de Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: aldoufs@hotmail.com

## Resumo

Esse relato teve o objetivo de narrar uma experiência de processo de parto domiciliar assistido por uma parteira tradicional. Tem um caráter descritivo e anedótico a partir das memórias vivenciais do participante do parto. No relato pode-se observar e expressar a produção de subjetividade resultante do encontro da sabedoria ancestral com um certo modo de vida contemporâneo de um contexto familiar urbano.

## Palavras-chave:

Parteira. Parto domiciliar. Humanização.

## Abstract

This report aimed to narrate an experience of the process of home birth assisted by a traditional birth attendant. Has a descriptive and anecdotal memories from experiential participant's birth. In the account can observe and express the production of subjectivity results from the meeting of ancient wisdom with a certain way of life of a contemporary urban family context.

## Keywords:

Traditional birth attendant. Home childbirth. Humanization.

Zefa da Guia. Originária da Serra da Guia – Poço Redondo, sertão sergipano. mulher forte, magra, alta, de voz rouca e grave. Cabocla guerreira que traz tribos ancestrais brilhando em seus olhos e o coração pujante em suas mãos. Guiaça espiritual de uma região paupérrima, tem uma casuística de mais de 5 mil partos sem nunca ter perdido um bebê. Duvidara (esse dado foge a qualquer estatística de saúde pública) até assistir a um de seus exames pré-natais em uma gestante primípara. Mandou a mulher deixar a barriga à mostra, caminhar para um lado, para o outro, deu uns repuxos, escutou o pulso e diagnosticou: “você tem sangue frio”...como se dissesse que a gravidez possuía algum risco maior que o habitual. Disse-me que quando percebe que o parto tem possibilidades grandes de complicação, encaminha a gestante para alguma maternidade da região. Essa mesma gestante, cerca de quatro meses depois, apesar de tentar bastante o parto natural, não teve dilatação e acabou por parir à cesariana.

Trabalhei um bom tempo em uma maternidade pública para partos de alto risco em Aracaju. Assisti a muitos partos cesarianos e a alguns partos normais, já que a normalidade hoje é ter parto cesáreo! (Pelo menos nessa maternidade como em muitas outras maternidades brasileiras). Da primeira vez a que assisti fiquei tão emocionado que dei um abraço no obstetra, que até hoje não fala comigo. Talvez enquanto eu, a mulher e principalmente o bebê vivíamos um dos momentos mais extraordinários e libertadores de nossas vidas – liberdade no sentido foucaultiano, entendida como prática, um dar forma à vida, às nossas vidas, à vida do parto pela possibilidade de protagonizá-lo, aquele médico tinha naquele ato, mais um número para completar seu salário no final do mês e no seu trabalho uma prisão. Talvez estivesse esquecido da relação íntima da Medicina com a vida, da obstetrícia com a luz. Foi um parto cesáreo. No primeiro parto normal a que assisti, chorei. Não abracei ninguém na hora, mas abracei minha esposa em casa e decidimos que pariríamos assim. Sim, descobri que homem também podia parir: quando a lei do acompanhante foi implantada nessa maternidade, descobri que o homem paria junto ao acompanhar a mulher no parto: chorei de novo.

Eu e minha mulher não conseguimos parir normal. Escolhemos um excelente obstetra que topou o parto normal, mas que teve dificuldade de partejar e de esperar o momento certo. Parimos cesariana. Não cortaram minha barriga, mas anestesiaram minha luta por alguns dias e cortaram a última idealização que podia restar em relação às boas práticas obstétricas no meu estado.

Continuei parindo. Descobri que podemos coparir! Copari a Visita Aberta naquela maternidade e, o que depois me fez assistir a um parto em casa, copari o Movimento das Doulas – voluntárias amigas do parto em Sergipe. Cada parto desses foi acompanhado de emoções alegres e tristes, de lágrimas, sorrisos, dor e luta.

Já tinha visitado e conversado com várias parteiras em Sergipe quando acompanhei o fotógrafo Radilson Gomes do Ministério da Saúde, mas nunca imaginei acompanhar o acontecimento de um parto domiciliar. Até um dia, uma dessas doulas e amiga, convidou-me para tocar, cantar e filmar seu parto em casa com dona Josefa da Guia. Aceitei, mas sem pensar muito no significado disso, até que chegou o dia. Véspera de feriado, estava esgotado de tanto trabalhar quando recebi, sem acreditar e quase desistindo, o telefonema convocando para a sua casa. Ao chegar lá com minha esposa, estavam o marido, a irmãzinha de 5 anos dormindo, dona Zefa, sua ajudante, o cunhado e sua esposa, mais um casal de amigos e duas amigas: uma doula e uma benzedeira urbana. Ambiente estranhíssimo num apartamento de classe média alta de Aracaju. Tinha mais jeito de novena, quermesse, macumba, festa de aniversário, mesa mediúnica...parecia qualquer coisa, menos um parto como tinha visto antes. As consignas fortes de D. Zefa se misturavam aos gemidos das contrações e melodias do grupo de mantras. Nunca imaginei que pudesse vivenciar um parto regido por cantos ancestrais, orações, sons primitivos, tambores suaves, massagens, toques. O mais impressionante é que, diferentemente dos contextos institucionais, a gestante tinha escolha, decidia aonde queria ir, se chorar, se sorrir, se sentar ou se deitar, caminhar e até pedir pra ficar só com seu marido. Havia muita concentração e presença em todos, muita dignidade e muito respeito por aquele momento. D. Zefa, apesar da segurança de ter feito aquilo tantas vezes, tinha uma serenidade focada, observante, firme nas orações e em palavras de encorajamento a todos. Algo interessante fez daquele grupo, em um “apertamento”, uma comunidade, uma tribo. Ela conversava com todos, olhava-nos, dava-nos ordens, conselhos, rezas, sorrisos.

Quando as contrações se tornaram mais frequentes e mais intensas, fomos todos para o foco da luz. Como em um transe coletivo, entramos em sinergia e todos foram envolvidos por um útero vibracional. Sim, estávamos também parindo e renascendo ao mesmo tempo. Havia semblantes de dor, de força, de relaxamento, respirávamos juntos como um só organismo. Como se a vida fizesse um novo convite a cada um e a todos. Nutríamos a força daquela mulher com as nossas mãos, com os nossos olhos, com os nossos corações ofegando na pele. Quando Theo corou das entranhas, raios solares antes nunca vistos vazaram pela fresta da janela e nos iluminou, como se nós fôssemos vários sóis nascendo pela primeira vez no universo. A mãe precisou das últimas forças dos nossos corpos e do seu grito nosso silêncio se verteu em força. Theo nasceu às 5h55. Nascia ele, o menino com nome de Deus e nascíamos nós em prantos, em lágrimas e em força, como deuses que abandonaram a segurança do Olimpo para encontrar a vida.

Theo nasceu azul e vermelho, herança do céu do qual viesse em alma e do sangue de um bom combate; foi acordado pelo sacolejo e força ancestral de D. Zefa: “acorda pra vida em nome de Jesus”. Veio logo seu chorinho rouco, calado pelos seios alegres da mãe. Começou a mamar em poucos minutos. O pai, exausto, estava desfalecido ainda apoiando

a esposa. Lavado de lágrimas, agradecia a cada um. Concentrado no filho como se também amamentasse, como se há pouco tivesse sido rasgado de vida. Também o fora, mostrava isso na respiração ofegante, no choro, em cada poro lavado de suor forte. Pediu-nos que trouxesse a irmãzinha. Atmosfera de amor, emoção. Maya, sua irmãzinha, não acordou com os gemidos e gritos do parto, mas logo foi acordada para ver o irmão...chegou no quarto limpando seus olhinhos ainda inchados. E não é que Theo olhou pra ela!

D. Zefa, antes de sair, fez uma roda conosco e deu a rezar, a benzer, a agradecer. Nunca tinha vista algo parecido, uma senhora da terceira idade com mais energia que todos nós juntos. Viajaria imediatamente para Poço Redondo, umas três horas de viagem de ônibus, pois tinha uma festa religiosa pra organizar e mais partos por fazer.

Mesmo insones, não conseguíamos mais dormir, estávamos cheios de energia, de alegria, como quem acabara de nascer de novo, claro. Eu e minha mulher fomos à praia com a nossa filha reencontrar a vida. Só havia dois sentimentos presentes: gratidão e amor.

Partejar essa mulher foi uma das maiores bênçãos que a vida na terra poderia nos ter proporcionado. Penso, como pudemos deixar um momento tão belo ser arrancado de dentro das casas e das famílias e virar um ato asséptico, frio, extorsivo, proibitivo. Agora entendo por que as pessoas que passam por essa experiência do parto natural e/ou domiciliar a defendem tão visceralmente. Passamos a ser mais um desses. O parto é um ato de vida e não de intervenção em uma doença que precisa ser tratada! O parto é um ato social e não biomédico! O parto é um ato de cuidado e não de tratamento! É tão difícil encontrar alguém que trabalhe produzindo sentidos para si, para o trabalho e para o mundo. Até mesmo muitos profissionais de saúde sofrem dessa doença terrível que é a promiscuidade do trabalho. Em busca de dinheiro, esquecem da própria vida, das vidas alheias, até que o tesão de viver, abandona suas almas e seus corpos. Tão bonito D. Josefa, vindo do sofrimento da seca, rejeitar a oferta financeira, depois de trabalhar quase dez horas seguidas...Aceitou depois da frase do pai: é uma humilde ajuda para você poder continuar ajudando mais gente. Que suas mãos, D. Josefa, continuem a partejar e, por elas, parir tantas vidas e lutas, como o foi com a minha acompanhando seu trabalho e o nascer de Theo! Muito grato por ter me feito parir e renascer para a vida, para uma vida, para um parto que pode ser assistido por outras mãos, por muitas mãos que não as do tecnicismo e da centralidade de alguns saberes e fazeres em detrimento de tantos outros saberes e fazeres na assistência ao parto e à vida. Sigamos parindo, e que mais homens e mulheres possam parir juntos...





**Projeto Enquanto o  
Bebê Não Chega:  
Uma Experiência  
do SUS  
que dá Certo em  
Roraima<sup>1</sup>**

Wagner Costa<sup>2</sup>

Bianca Jorge Sequeira<sup>3</sup>

Aline Costa<sup>4</sup>

**Relato de Experiência**



## Resumo

Este trabalho apresenta a ação intitulada “Enquanto o Bebê não Chega”, executada no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth em Boa Vista/Roraima. Esta atividade foi concebida e implantada durante o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/PQM (2009 – 2011) do Ministério da Saúde, como uma estratégia de acolhimento e vinculação das mulheres grávidas e seus familiares antes da realização do parto. Justifica-se pela necessidade de ações que aproximem a comunidade do Sistema Único de Saúde e que estimulem a cidadania. Esta ação permite às grávidas e seus acompanhantes adentrarem na maternidade e conhecerem a equipe de trabalho e os procedimentos da instituição. Relatos de mulheres que participaram da visita sugerem que esta ação diminua a ansiedade em relação ao parto e dê maior segurança para a internação e para o aleitamento materno.

## Palavras-chave:

Parto. Nascimento. Vinculação. SUS. Gravidez

## Abstract

This article aims to describe and present the Project “Enquanto o Bebê Não Chega” (Waiting for the baby), weekly performed at the Children’s Hospital “Nossa Senhora de Nazareth” in Boa Vista, Roraima, Brazil. This activity was thought and implemented during the “Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/PQM (2009-2011)” of the Ministry of Health as a strategy to host the pregnant women and their families at the hospital environment. The project is contextualized by the need of actions that brings together the community and the Unified Health System (SUS). The idea is to allow pregnant women and their family to go into the hospital to meet the doctors and their team. Women who have participated of this project reported that this action reduced the anxiousness about the child-birth and gave them more confidence about breastfeeding.

## Keywords:

Child-birth. Birth. SUS. Linking. Pregnancy.

<sup>1</sup> Texto inédito não publicado anteriormente, resultado do Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM).

<sup>2</sup> Agradecimentos: À Direção-Geral e à Direção de Ensino e Pesquisa e aos funcionários do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, ao Ministério da Saúde por meio do Plano de Qualificação das Maternidades e a todos os apoiadores do PQM.

<sup>3</sup> Psicólogo/professor da Faculdade Cathedral e mestrando em Ciências da Saúde da Faculdade Cruzeiro do Sul. E-mail: wagner@vitalizar.com.

<sup>4</sup> Biomédica/diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth e doutoranda em Biologia dos Agentes Infeciosos e Parasitários da Universidade Federal do Pará.

<sup>5</sup> Psicóloga/apoiadora do Ministério da Saúde. E-mail: coalinet8@gmail.com.

### 1 Introdução

O momento de dar a luz é ímpar na vida de uma mulher, por mais experiente que seja, e mesmo que já tenha vivido as alegrias de conceber um filho, esse momento torna-se sempre a renovação da capacidade de gerar a vida.

Na década de 1950 Grantly Dick-Read realizou uma das maiores pesquisas do mundo a respeito do parto. Esse pesquisador visitou inúmeras tribos africanas para observar procedimentos e rituais do nascimento e foi um dos primeiros a questionar a relação parto e dor. Após uma extensiva pesquisa, iniciada em 1942, Dick-Read publicou um dos clássicos sobre o assunto intitulado “Childbirth without Fear” que até hoje serve de inspiração para muitos profissionais de saúde (DICK-READ, 2009).

O trabalho de pesquisa de Dick-Read resultou no método que leva seu nome e é utilizado em diversos países para preparar as mulheres para o momento do parto, esse método “possui como objetivo principal evitar a tríade medo – tensão – dor, pois se baseia no fato de que o conhecimento destrói o terror e evita a tensão, controlando a dor” (BRASIL, 2001, p.29).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) estabelecendo como objetivo primordial “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002). Considera-se de fundamental importância para a humanização do parto o preparo adequado da gestante para o momento do nascimento, devendo este processo ser iniciado precocemente ainda durante o pré-natal. Além dos aspectos técnicos, tal processo envolve também o acolhimento da mulher e de seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações, bem como o preparo físico e psíquico da mulher, além de visitas à maternidade para conhecer suas instalações físicas, seu corpo técnico e os procedimentos rotineiros (BRASIL, 2001).

Segundo Sartori e Van Der Sand (2004), a gestação caracteriza-se como um período de transição, o qual demanda constantes adaptações com objetivo de tornar a gravidez parte da elaboração e da reorganização do ciclo vital da mulher. Por não se tratar de um evento isolado, tampouco descontextualizado dos demais processos que envolvem toda a estrutura familiar, este processo é influenciado na maioria das vezes pelas experiências prévias dos envolvidos, por seu sistema de crenças, valores, educação, cultura e ainda pelo contexto existencial, assistencial e socioeconômico em que ocorre.

Para Albuquerque (2005) é necessário que a parturiente se sinta livre, ouvida e considerada para que possa exercer sua subjetividade e seguir seus instintos maternos, assumindo o controle e sendo a protagonista desse evento social, cultural e afetivo que marcará o início de uma nova vida. Portanto, os profissionais de saúde devem perceber a necessidade de uma mudança de postura, transformando as atuais relações de poder em interações solidárias e para isso até o ambiente físico deverá sofrer modificações para criar a atmosfera mais acolhedora possível para a futura mãe e seu acompanhante.

Ainda reafirmando a necessidade de uma transformação profunda no relacionamento entre instituição de saúde e a mulher em estado gravídico, Rattner (2009) considera que um dos desafios é a inclusão de conteúdos inerentes ao relacionamento nas atualizações profissionais, ou seja, é necessário empreender um grande trabalho para sensibilizar as instituições de ensino a fim de inserir nos currículos disciplinas e práticas interpessoais.

A mesma autora ainda defende a necessidade de um investimento no “como fazer”, sensibilizando os profissionais de saúde a permitirem um maior protagonismo da mulher no momento do nascimento de seus filhos e considera também que para a efetiva mudança “são necessárias parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social” (RATTNER, 2009, p. 766).

Em 2005 o governo federal, por meio do Presidente em exercício José Alencar sancionou a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, a qual apresentava em seu texto a seguinte redação: “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 2005). Dessa forma, ficou garantido maior apoio familiar e emocional, uma vez que a mulher no momento do parto necessita da presença de pessoas conhecidas para sentir maior segurança, o que gera mais tranquilidade nesse momento de expectativa.

Além disso, a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, a qual “dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007), determinou que no ato de inscrição no programa de assistência pré-natal, a mulher deverá ser informada em qual maternidade será realizado seu parto.

As duas legislações supracitadas fazem parte da construção de um movimento onde as mulheres passam a ter maior protagonismo a partir do acesso às informações disponíveis, além da garantia da presença de um acompanhante de livre escolha, fato que proporciona a elas maior segurança, bem como a certeza de que terão um suporte emocional no momento do parto.

Convém ressaltar que segundo Zugaib e Ruocco (2005), já existem inúmeras evidências clínicas de que as gestantes que recebem informações e auxílio pré-natal adequado apresentam menores riscos de complicações. Além disso, evidenciou-se também que o estado emocional da futura mãe, durante a gravidez, pode produzir efeito direto na saúde fetal. Dessa forma, com base nessas informações bem como nas legislações citadas nos parágrafos anteriores e na busca de garantir o direito das mulheres, o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), única maternidade pública do Estado de Roraima, realizando cerca de 700 partos/mês, implantou em 2010 o projeto de visita antecipada “Enquanto o Bebê Não Chega”, momento em que as futuras mães e seus acompanhantes podem visitar a instituição onde ocorrerá o parto, como também receber informações importantes para a saúde do binômio mãe-bebê, com intuito de favorecer o vínculo entre a futura mãe e seu acompanhante com a instituição. Além disso, este projeto objetiva reduzir os níveis de ansiedade da gestante, disseminar informações sobre a importância do aleitamento materno, estimular o processo de cidadania e favorecer o controle social.

Todas as atividades relacionadas a esta ação estão de acordo com o já mencionado método Dick-Read que aponta a sugestão, a ignorância e o desamparo psicológico como os grandes responsáveis pelo surgimento do medo que gera a maior parte do sofrimento experimentado pelas mulheres na hora do parto (BRASIL, 2001).

A implantação deste projeto se deu como uma ferramenta do Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e Nordeste brasileiro, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

### **2 O processo de execução de uma ação inovadora no SUS-Roraima**

O *Enquanto o Bebê Não Chega* iniciou em junho de 2010 e caracteriza-se por visitas programadas, realizadas pela futura mãe e pelo acompanhante de sua livre escolha ao Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Essas visitas ocorrem duas vezes por semana e devem ser agendadas por telefone na Direção de Ensino e Pesquisa da unidade. Durante o agendamento, as gestantes são informadas que devem portar o cartão de pré-natal e a carteira de identidade durante a realização da visita.

As gestantes e seus acompanhantes são recebidos no auditório da instituição, às quartas e sextas-feiras pela manhã, e realizam um passeio pelas principais dependências da unidade acompanhados por um funcionário dela. A visita abrange setores como a sala da direção-geral, a ouvidoria, as recepções, a sala de acolhimento, as salas de parto normal, o banco

de leite, a sala de vacina e a ala de acolhimento conjunto. Durante o passeio, as dúvidas relacionadas ao funcionamento da instituição são esclarecidas por profissionais capacitados.

Ao passarem pelas salas de parto normal (PPP), as gestantes e seus acompanhantes conhecem os instrumentos e materiais utilizados para a redução não farmacológica da dor durante o parto, bem como recebem instruções sobre posições de parto e procedimentos relacionados a ele.

Ainda no decorrer da visita, ao chegarem à recepção da unidade, as futuras mães podem aproveitar para realizar seu cadastro prévio, de forma que no momento da internação para o parto a parturiente já esteja cadastrada e não precise se delongar preenchendo os requisitos burocráticos.

Após a visita aos setores da instituição, os visitantes são novamente encaminhados ao auditório onde assistem às duas palestras: a primeira sobre a importância do aleitamento materno e a segunda sobre técnicas de redução da ansiedade durante o parto, ambas proferidas por profissionais odontólogos e psicólogos da instituição, respectivamente.

Com o término das palestras, abre-se uma roda de conversa para o esclarecimento de dúvidas e cada gestante recebe um fôlder informativo da instituição, contendo todos os telefones úteis e informações normativas da unidade. Geralmente, durante este momento as gestantes e seus familiares relatam informalmente suas percepções sobre a unidade, comentam se suas dúvidas foram realmente esclarecidas, se o contato com a equipe de profissionais reduziu o nível de ansiedade e se a visita proporcionou maior segurança para esperar o momento do parto com mais tranquilidade.

Por fim, cada cartão de pré-natal é carimbado com a logomarca do projeto contendo a data de realização da visita, com intuito de informar para as unidades de Atenção Básica de Saúde quais as gestantes que já participaram da visita.

Como ferramenta de divulgação dessa ação, a Secretaria de Estado da Saúde, destinou recursos para a confecção de um vídeo com duração de dez minutos, mostrando todo o processo da visita. O vídeo foi publicado no Portal de Mídias da BVS Brasil no seguinte endereço: <<http://ms.midias.brasil.bvs.br/mediadetails.php?key=770d03f38a2f1c8071d9>>.

### 3 Discutindo esta experiência prática com a literatura

garantir apoio às mulheres em estado gravídico é uma das tarefas fundamentais a ser oferecida pelo serviço de saúde, além disso, a participação de diferentes profissionais nessa equipe garante uma abordagem mais integral, permitindo à mulher e aos seus acompanhantes esclarecerem suas dúvidas e prepararem-se para o momento do parto (BRASIL, 2001). A busca por uma assistência mais integral é o que estimula a equipe da Direção de Ensino e Pesquisa do HMINSN a escolher profissionais de diversas áreas para esclarecimento das dúvidas apresentadas pelos visitantes de forma a atender às necessidades e ajudar a mulher a lidar com esse momento tão especial. A equipe de apoio à visita é formada pelas seguintes categorias: Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Biomedicina, Farmácia e outros.

Além do apoio emocional, a informação precisa e adequada ajuda a combater a ansiedade e os medos cultivados do parto normal. O método Dick-Read sugere que a dor é resultado da tríade medo, tensão e dor, portando oferecer informações às mulheres grávidas e esclarecer seus acompanhantes sobre procedimentos que podem ajudar a combater o medo é mais uma ferramenta oferecida pelo projeto. Além disso, o fato de o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth ser a única maternidade pública do Estado de Roraima pode causar insegurança e ansiedade na futura mãe, haja vista que ela não possui opção de escolha sobre onde realizar seu parto, fato que pode ser ainda mais agravado pela falta de informação.

Além disso, mesmo não existindo dados estáticos que comprovem, há rumores de que o hospital público não possui estrutura para atender adequadamente os partos vaginais, o que causa insegurança e estimula o medo, fazendo com que muitas mulheres cheguem tensas à maternidade e que, muitas vezes, seus acompanhantes queiram exigir a realização de cesarianas antes mesmo de uma avaliação do profissional de saúde. Sendo assim, esta ação ajuda a combater os três aspectos mencionados no método Dick-Read como causadores do medo, sendo eles a sugestão, a ignorância e o desamparo psicológico, os quais serão abordados a seguir:

Sugestão – as mulheres são condicionadas negativamente em relação ao parto, desde a infância. A comunidade à qual ela pertence e os meios de comunicação exercem um importante papel nessa sugestão, ressaltando os sofrimentos do parto. Infelizmente, essa sugestão também pode partir de profissionais da área da Saúde (BRASIL, 2001, p.29).

É fácil observar e concluir pelos relatos cotidianos e pelas dúvidas compartilhadas durante as rodas de conversa que compõem a visita, que realmente as mulheres são bombardeadas por sugestões negativas quanto ao momento do parto. Muitas relatam que seus amigos e vizinhos dizem para que elas tomem cuidado para não trocarem seus bebês, mostrando assim, total desconhecimento quanto às normas do alojamento conjunto e da legislação que lhe garante a presença de um acompanhante em todo o processo.

O segundo aspecto apresentado no método Dick-Read refere-se à:

Ignorância – a gestante é muito ansiosa por ignorar as modificações que ocorrem em seu organismo durante o ciclo gravídico-puerperal. Com frequência preocupa-se com o desenvolvimento fetal, sua nutrição, posição dentro do útero, malformações etc. As gestantes poderiam ser preparadas para o trabalho de parto, sem medo e tensão, se aprendessem a encarar a gravidez e o parto como processo fisiológico (BRASIL, 2001, p.29).

Durante todo o processo de visita à unidade de saúde, as futuras mães são estimuladas a fazerem perguntas e tirarem suas dúvidas. A presença dos profissionais da unidade de saúde e o contato direto com eles permite o esclarecimento de muitas questões e, quando necessário, a gestante recebe orientação específica de um médico, enfermeiro ou outro profissional que necessitar. Além disso, a futura mãe é estimulada a tirar suas dúvidas com o médico que está acompanhando seu pré-natal, além de ser estimulada a ligar para a maternidade para tirar dúvidas que possam ter sobre o processo.

Convém ressaltar que antes da implantação deste projeto não havia nenhuma comunicação entre o Hospital Materno Infantil e a Atenção Básica, porém após vários encontros e rodas de conversa geradas durante a implementação desta atividade, entre técnicos e gestores tanto do hospital quanto das Unidades Básicas de Saúde, este problema foi parcialmente sanado. Contudo, esse processo de comunicação precisa ser constantemente estimulado para garantirmos que o fluxo de informações realmente seja efetivo.

O terceiro e último aspecto mencionado por Dick-Read é o:

Desamparo psicológico – é caracterizado pelo despreparo do profissional de saúde, e também pela indiferença demonstrada na falta de apoio



psicológico e de informação, por dificuldade de comunicar-se, ou por achar que a parturiente não deve saber da conduta adotada (BRASIL, 2001, p. 29).

Ao conhecerem as salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), as gestantes são esclarecidas sobre os procedimentos, as rotinas da Enfermagem e como serão acolhidas, quantos profissionais estarão presentes no processo, via de regra, ficam impressionadas com a estrutura e com as informações recebidas. É nesse momento que são estimuladas a trazerem um acompanhante e esclarecidas que a presença dele é um direito garantido por lei.

Verifica-se que, ao final da visita, as mulheres grávidas dão depoimentos mais positivos e demonstram maior confiança e tranquilidade para esperar o momento do parto. Convém ressaltar que o HMINSN não realiza nenhuma pesquisa oficial para colher tais informações, porém em relatos informais as gestantes e seus acompanhantes mencionam que a visita à unidade estimulou os seguintes fatores de uma maneira geral:

- Redução da ansiedade relacionada ao momento do parto.
- Desmistificação do parto normal.
- Favorecimento do aleitamento materno.
- Participação do acompanhante durante o parto.
- Conhecimento prévio das normas institucionais.
- Estímulo à cidadania dos usuários.
- Vinculação do usuário à maternidade.

### **Considerações finais**

A implantação do PQM no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, sem sombra de dúvida, foi uma das ações que mais estimulou o protagonismo de trabalhadores, de gestores e de usuários da maternidade. A metodologia utilizada garantindo a presença constante de um apoiador institucional e o acompanhamento dos supervisores deu ao PQM a credibilidade necessária que possibilitou ampla adesão dos trabalhadores às ações executadas.

A subjetividade das ações de saúde não permite aferir com precisão os resultados do PQM, uma vez que, não temos indicadores que expressem, por exemplo, o grau de envolvimento

dos trabalhadores com as ações realizadas durante o plano. No entanto, para os autores, o PQM foi a ação mais efetiva realizada pelo Ministério da Saúde no que tange à implantação e à implementação de dispositivos de humanização no SUS/RR.

A implantação do *Enquanto o Bebê não Chega* proporcionou maior aproximação entre a maternidade e a Atenção Básica. No caso de Boa Vista, capital de Roraima, essa iniciativa atende às exigências da Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 que “Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007).

Convém ressaltar que, após a implantação deste projeto, as grávidas participantes demonstraram maior segurança e tranquilidade durante a realização do seu parto e no período puerperal, fato este que refletiu não somente em uma melhor qualidade e na humanização do parto, como também na diminuição do número de queixas na ouvidoria da unidade, principalmente por falta de informação e relacionamento entre pacientes e equipe de assistência.

Além do exposto anteriormente, evidenciou-se também que a participação do acompanhante no momento do parto se tornou muito mais frequente e efetiva, dando mais segurança à parturiente. Essa presença foi consequência dos esclarecimentos feitos em todas as visitas, onde as mulheres são estimuladas em relação aos direitos assegurados na Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

Também se percebe que, mesmo com todos os ganhos e avanços, existem muitos desafios a serem superados, por exemplo, a maior divulgação do projeto e a implantação de um indicador que permita aos gestores conhecerem o percentual de mulheres que está sendo alcançado pelo projeto. Outro desafio é conquistar um maior envolvimento de todos os departamentos e setores da maternidade na realização desse processo de acolhimento tão necessário ao bem-estar das mulheres roraimenses.

Dessa forma, conclui-se afirmando que o *Enquanto o Bebê Não Chega* é uma ferramenta eficaz de consolidação dos vínculos entre o SUS e seus usuários em Roraima, sendo um exemplo do SUS que dá certo!

## Referências

ALBUQUERQUER, E. Fundamentos éticos e filosóficos da humanização na atenção ao parto e nascimento. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL HUMANIZADA BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, 2005, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 11-14.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa Humanização do Parto Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de abril de 2005. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 08 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 2007. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. Acesso em: 9 jul. 2012.

DICK-READ, G. **Childbirth without fear**. 4. ed. Londres: Print & Martin, 2009.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimento e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, 2009. Suplemento.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 6, n. 2, p.153-165, 2004. Disponível em: <[www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/821/950](http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/821/950)>. Acesso em: 23 nov. 2011.

ZUGAIB, M.; RUOCCO, R. **Pré-natal: Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP**. 3. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2005.



**Bloco 4**

**RELATOS  
JORNALÍSTICOS**





**“Na Cesárea de Hora Marcada,  
o Bebê nem  
Sabe que  
Nasceu, a  
Mulher nem Sabe que Pariu”**





A ginecologista e obstetra Maria Esther de Albuquerque Vilela coordena a Área Técnica de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde e compõe a coordenação da Rede Cegonha. As funções de gestão nunca a afastaram da clínica e mensalmente ela trabalha no pré-natal de Ceres-GO. Nesta entrevista, ela aborda o atual panorama dos partos e nascimentos no Brasil e os desafios de se implantar um novo modelo de parto no Brasil, baseado na humanização e no protagonismo da gestante e seu bebê.

### **O que é humanização do parto?**

Toda a nossa tecnologia privilegia a instituição hospitalar, pois 98% dos partos brasileiros são realizados em hospital e os profissionais em detrimento do cuidado centrado na mulher e na sua família. Humanizar é deslocar o eixo do cuidado. Por exemplo, há comprovação científica de que ter acompanhante no parto reduz cesárea, fórceps, depressão pós-parto, problemas com o recém-nascido, sensação de fracasso em relação ao parto, enfim, são vários indicadores observados com apoio contínuo durante o parto. Hoje os hospitais dizem que não podem, pois não cabe mais gente, e fazem um pré-parto horroroso, coletivo, uma verdadeira sala de tortura de mulheres, com rotinas que não contribuem para o cumprimento de um direito, de uma lei nacional que é o acompanhante no parto. É preciso mudar o foco do parto, para que a mulher seja protagonista, e o parto seja um evento fisiológico. Nascimento é um evento que tem que ter o pai – se a mulher quiser – e tudo ao redor deve ser construído para, primeiramente, fortalecer a mulher. O dimensionamento do risco deve ser avaliado, deve-se ter tudo ao dispor da mulher, de fácil acesso, de modo que se reduza o risco, mas não se reduza nunca a força da mulher.

### **E como dar força à mulher?**

Não atrapalhando. A mulher nasce com a força, mas o parto é uma das funções fisiológicas que mais sofre influências culturais. Em sociedades nas quais a sexualidade é penalizada, reprimida, os partos são doídos e sofridos. Na nossa sociedade, há a expiação do prazer no parto, com falas que remetem ao sofrimento, como “aqui é lugar de você sofrer, já que quando foi fazer, você gostou”. Até choro ao dizer isso. Dar força à mulher é varrer das



nossas atitudes e da ética a questão da culpabilização da sexualidade. Isso está inscrito na arquitetura das instituições e nas rotinas dos profissionais que praticam violência contra a mulher, claramente uma judiação, como se as mulheres tivessem de pagar pelo que fizeram. Há uma cegueira sobre determinados procedimentos, que de forma acrítica, foram incorporados com uma capa de científico e ninguém questiona. A grande maioria do que se faz não tem sentido nenhum, ao contrário, atrapalha a mulher. Por exemplo: a mulher ficar sozinha, não ter privacidade e dividir o momento do parto com outras mulheres, ter que ficar deitada, ter que colocar soro...enfim, há uma mensagem contínua colocada pelos profissionais, dizendo que a mulher é incompetente, que ela não dá conta, então é como se eles estivessem ali para fazer o que ela não consegue. Mas se a mulher vai parir, ela tem competência sim. Não ter acompanhante fragiliza a mulher, ficar em jejum é comprovadamente ineficaz. Daí coloca glicose no soro, com risco de dar hipoglicemia no recém-nascido, uma má prática declarada. Outro fato, não deixar a mulher se movimentar, não oferecer nenhum método não farmacológico de alívio da dor, nenhum suporte emocional e depois ela ter de parir na pior posição possível (deitada), em vez de oferecer a posição de cócoras, a semissentada, enfim, qualquer posição menos de barriga pra cima. Ter de forçar o fundo do útero com cristeler, fazer episiotomia, romper a bolsa precocemente, dar ocitocina para acelerar o parto são situações muito específicas que necessitam dessas práticas, não podem ser rotineiras. Toques repetidos por diversos profissionais não têm sentido, pois só dá para se avaliar a evolução do parto se for feito pelo mesmo profissional. Separar o bebê da mãe é outra prática inadmissível. E o que é preciso ser feito, como dar liberdade à mulher, dificilmente é feito o uso sistemático do monitoramento do trabalho de parto com o partograma, o qual avalia o número de contrações e batimentos cardíacos do bebê a cada hora. Humanização é não fazer o mal às mulheres. A gravidez é um rio, o parto é uma cachoeira, e o pós-parto é outro rio. Nunca se encontra água do rio na mesma altura que estava antes. Cachoeira é igual à intensidade, mexe, dá força para todos que estão juntos. No parto, é preciso que os profissionais entrem no ritmo da mulher, que está ligada a mil volts, enquanto eles estão a 10 volts, dizendo “fica calma”. Isso mostra que o profissional está completamente desligado da mulher. Michel Odent diz que uma mulher no trabalho de parto não pode se sentir observada, e isso só é possível se quem está do seu lado, está com ela. Se os profissionais não estão em intensidade ao lado dessa mulher e estão apenas observando-a, isso freia sua fisiologia o tempo todo. O trabalho de parto é comparado a uma maratona, o esforço físico e psíquico de uma pessoa para um tempo que ela deve se dedicar exclusivamente a dar conta desse evento, e estar colada nele o tempo inteiro. Cada profissional que aborda a mulher, tira-a necessariamente desse estado de atenção que ela vai entrando, porque pensa na dor – a dor é o que faz a mulher se dedicar ao trabalho de parto. Se não houvesse contração, ela estaria em outro lugar, no mercado, no salão, a contração diz: “ó, meu filho vai nascer agora.” Ela não sincronizaria todo seu organismo para se dedicar a isso. É

como um momento de crise. As contrações falam o seguinte: “larga tudo que agora está na hora.” Então, se fosse indolor, ela não percebia, a dor é protetiva, cuidadosa, é a dor que cuida desse evento. A cada contração, a mulher recolhe de seu organismo, recursos que ela nem sabia que tinha, como agimos em situações nas quais nada mais importa, como para salvar a vida de alguém. O parto é um evento de crise, mas uma crise boa que as mulheres não aproveitam. São momentos onde se dá conta de coisas que você nem imagina. O parto é um momento no qual a mulher recolhe recursos interiores, emocionais e psíquicos para transformar todo seu organismo e dar à luz a uma criança. E é preciso que ela acumule dados no seu organismo e vá incluir os dados da contração anterior. As dores do parto podem ser comparadas a uma relação sexual, pois trazem os mesmos fenômenos sensoriais que envolvem esse evento. O parto é uma vivência da sexualidade da mulher. O profissional não pode destruir aquela sequência e continuidade das contrações, como um bolo no forno, não se tira antes do tempo, é preciso manter o hermetismo do processo. Não se pode desfazer o que a mulher está construindo. Porém, nos hospitais, cada hora um toca a mulher, daí chamam-na “mãezinha”, quando ela não é mãe, está grávida, é forte, não precisa ser infantilizada. Se o nome da mulher está no protocolo, por que chamá-la de mãezinha? Quando o profissional fala “ainda está só com quatro centímetros de dilatação”, esse ‘ainda’ qualifica a mulher como se estivesse demorando, como se ela não tivesse avançado nada desde a última contração, e todo aquele empenho que ela tinha vai se desmanchando. Isso é muito sutil, é preciso observar uma maternidade e ver como os profissionais desmontam a mulher e depois queremos que ela dê conta de tudo, é o que chamamos violência obstétrica, que traz à tona tudo que as mulheres sofrem para ter seus filhos. Imagina uma maratona sem beber água? As mulheres não tomam nem um copo de água em muitas maternidades simplesmente porque não podem!

### **É possível não sentir dor no parto?**

O medo da dor é construído culturalmente, pois as indígenas não sentem dor. Em sociedades nas quais o parto normal é desejado pelas mulheres, não há dor. O parto tem diversas sensações, diferentes de uma relação sexual, pois mexe com todo o organismo da mulher, de uma forma que ela nunca imaginava. Pode ser uma dor feliz, precisamos desconstruir isso na sociedade brasileira. É uma dor alternada, deve-se ficar colada na dor, tudo que está dentro do simbólico dessa sensação intensa pode ser encarado como dor ou não. Quanto mais se está colada no fenômeno sensível da contração, completamente atenta àquilo, é pura intensidade, não dá tempo de pensar na dor ou no sofrimento, só intensidade. É pura transformação. Todas as suas células serão tocadas por essa intensidade. Nesse momento, o parto desencadeia uma cascata hormonal com a qual talvez tenhamos pouca chance de banhar nosso organismo com esta intensidade novamente, e o parto abre conexões e

sensações que são fundamentais para depois a mulher passar pela maternidade. Um bebê que passa pelo parto é uma pessoa cuja crise do nascimento o fez mandar as mensagens claras para vida, e hoje já se discute a epigenética, que são momentos de crise que alteram e mandam mensagens para os DNAs. Quando não se respeita ou valoriza isso, estamos brincando com fogo.

### **No País, não é raro a cesariana ser agendada com vários meses de antecedência. Como avaliar esta prática?**

Na cesárea de hora marcada, o bebê nem sabe que nasceu e a mulher nem sabe que pariu. Uma mãe que atendo falava recentemente que o bebê chorava muito, e ela temia que seu leite fosse fraco, pois ele só queria ficar grudado nela. O bebê mamava e grudava nela, só dormia grudado, nunca no berço e, durante nossa conversa, ela mesma percebeu que, como não passaram pelo ritual de separação do parto, ela ainda tinha que parir esse bebê porque era como se ele ainda estivesse dentro dela, com completa inadequação ao mundo extrauterino. Outro ponto importante: o evento do parto é a preparação necessária para depois você ter maturidade, mas nosso mundo é plástico. Hoje, as pessoas querem o poder do corpo, enquanto estética, e me falam que não querem cesárea porque dói. Mas se pensarmos em dor, já viu dor maior que fazer plástica? Quantas mulheres se submetem com prazer, pagando caro, ficando um mês depois toda recortada. Não é medo da dor em si, pois o parto é uma dor diferente, é uma dor que te dá o poder no corpo. O parto desloca nossos valores da sociedade hoje, que são completamente superficiais. O parto tira qualquer projeção para que aconteça com a maior intensidade. O modelo de parto hoje tecnocrático, com foco no hospital e nos profissionais, rotinas rígidas, mulher passiva e incompetente, cheia de intervenções desnecessárias, que privilegia o risco em detrimento da fisiologia. E veja, no início da gravidez, seu médico pode dizer que fará parto normal, mas no fim, não é raro o profissional informar que o bebê é muito grande, não está encaixado, está enrolado no cordão e encaminhar para a cesariana. Chega-se ao cúmulo das maternidades privadas deixarem o bebê na UTI, pelo menos um ou dois dias, para consumir diária de UTI. Imagine o que é um bebê no seu primeiro dia de vida na UTI? O estresse a que ele é submetido na incubadora é responsável por maior chance de depressão e suicídio na vida adulta, entre outras questões psicológicas, conforme apontam vários estudos científicos.

### **Como a Rede Cegonha contribui para a mudança desse modelo?**

A situação é muito grave no Brasil, e a Rede Cegonha vem trazer uma luz e colocar em movimento uma bandeira que vem congregando muitas pessoas e instituições: a humanização do parto. Temos de ter outros atores que não o médico na cena do parto,

o médico é treinado para ver problemas, para atuar antes que aconteça algo de errado. O olhar para patologia é muito forte, como o parto é um evento fisiológico, é preciso de um profissional do cuidado, que é a enfermeira obstetra ou obstetriz, para não deixar a fisiologia se desviar.

### **O SUS tem enfermeiros obstetras?**

Sim, estamos formando, mas há muitos que estão desviados de função nos hospitais. A Rede Cegonha mobiliza para a atuação desses profissionais já na contratualização com as maternidades. Estamos criando essa cultura também com os incentivos à construção de Centros de Parto Normal, que exigem a enfermeira obstétrica.

### **Análise o papel do gestor, do trabalhador e da usuária na humanização do parto no Brasil**

Ninguém está feliz com o atual panorama do parto e do nascimento. As mulheres estão morrendo, os bebês estão na UTI, há muita tristeza nas maternidades, sem o brilho e a energia que precisaria ter no evento tão fundante da nossa vida humana. O gestor não está feliz, pois na maternidade dele há muita iatrogenia, o trabalhador também não, pois está descolado desse evento e poucos conseguem furar essa nuvem de ferro que prende e freia toda a vibração boa do parto, e as mulheres estão apenas sobrevivendo. Mas só de sobreviver, a mulher está feliz. O gestor precisa de decisão para mudar, e estamos pressionando; os trabalhadores precisam ser informados, capacitados e sensibilizados para sair do lugar de ser quem regula e passar a cuidar. As instituições são muito duras, é preciso alterar os modos de gestão para alterar a atenção, com mais conversa, trazer questões ligadas à produção de vida, aos sujeitos e às relações, pois a maternidade é um lugar excelente para se produzir bons vínculos. As usuárias precisam exigir seus direitos, mesmo que seu parceiro entre à força, para deslocar mesmo as relações de poder. Sou favorável a que os homens estejam na cena do parto, e maternidade não devia se chamar assim, pois lá tem paternidade também. Quando a acompanhante é mulher, geralmente a mãe ou a amiga ficam com pena da mulher e ajudam pouco. Já os homens dão força: “Vamos lá bem, você aguenta!”, eles têm uma energia masculina necessária para dar força à mulher. O pré-natal é fundamental para isso, para dar informação correta às mulheres, uma mulher bem informada e fortalecida chega mais segura para o parto.

**Nas áreas distantes dos grandes centros, há ainda o trabalho das parteiras tradicionais. Elas acompanham as boas práticas?**

Geralmente as parteiras são senhoras mais velhas, já passaram pelos seus partos, e o tempo e a experiência fizeram-nas parteiras. Elas têm um conhecimento intuitivo, passado de geração em geração. Hoje, há muitas mulheres que não são parteiras tradicionais, mas fazem o curso para ter uma profissão, estamos então construindo norma técnica para regular o que é parteira tradicional para o Ministério da Saúde. As parteiras tradicionais têm neste ofício uma ocupação, mas se o Ministério exigir um curso para o exercício deste ofício, as parteiras tradicionais ficarão de fora porque a maioria é analfabeta, e trabalha muito mais com a intuição. É um conhecimento de outra natureza, não se enquadra em uma profissão. O principal não é capacitá-las, mas sim inseri-las no SUS. Muitas vezes uma parteira tradicional retarda o encaminhamento a um hospital, por exemplo, pois teme ser xingada pelos profissionais de lá, que competem com elas e podem culpabilizá-las por alguma intercorrência. Hoje, o que se faz é reunião na região de saúde para combinar o jogo, para que elas se sintam seguras para encaminhar e acompanhar essa mulher. O MS está aproximando-se das parteiras tradicionais, elas são responsáveis pelo parto no sertão, no agreste, nas florestas, nos locais de difícil acesso. Mais de 300 já foram mapeadas desde 2011 e vêm sendo capacitadas em uma troca de conhecimentos no programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Inclusive já distribuímos a elas *kits* para usar na assistência ao parto.

**Alguns hospitais públicos já possuem doulas comunitárias, outras são contratadas pelas gestantes. Qual a importância desses profissionais?**

As doulas são uma estratégia excelente, pois defendem a mulher da violência obstétrica tanto no sistema privado quanto no público, e fazem o apoio físico e emocional da gestante. Hoje é uma ocupação, e como todo mercado novo, é ainda confuso, mas esses profissionais foram fundamentais para trazer à tona a discussão do modelo de atenção obstétrica. Doula e acompanhante são diferentes. Geralmente a doula é uma mulher madura e resolvida em relação à maternidade, muitas já são até avós. No serviço público é voluntária e ligada ao hospital, no privado, a mulher contrata e ela chega ao hospital com a sua doula e o acompanhante. Não queremos normatizar isso, estamos em um movimento de tensionamento, temos incentivado as doulas comunitárias no hospital, mas mesmo no hospital público, a mulher pode chegar com a sua doula. Se ela é uma profissional do parto, a atuação dela é interessante, pois questionará tudo dentro do hospital e nos ajudará a melhorar as práticas. O Ministério da Saúde incentiva as doulas como uma boa prática, um terreno tenso, mas bem positivo.



**Rede Cegonha é a Oferta do  
Ministério da Saúde  
para o Parto  
Humanizado**





O diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde, Dário Pasche, acompanha de perto as ações do Ministério da Saúde para a viabilização da Rede Cegonha. Nesta entrevista, ele conta o histórico desta proposta da gestão federal que depende muito da articulação de estados e municípios para ser viabilizada com sucesso.

### **1 A Rede Cegonha agrega um conjunto de ações novas e outras já experimentadas no Ministério da Saúde com o Plano de Qualificação das Maternidades, para a promoção do parto e do nascimento humanizados. Como ela foi organizada?**

O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) nasce no contexto do plano de redução da morte materna e infantil na Amazônia Legal e no Nordeste, em 2008, quando na avaliação dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil identifica que a redução da morte materna, cujo objetivo de 35 mortes, a cada 100 mil partos, não seria atingido e tampouco a mortalidade infantil, ambos em situação crítica, então se monta um plano de ação específico para essas regiões que correspondem a dois terços do Brasil. Esse plano contempla várias frentes, como a redução do analfabetismo, o aumento do registro civil e, no campo da Saúde, duas ações ganham relevância: a qualificação dos serviços (com compra de equipamentos para UTIs neonatais e maternidades) e mudanças no cuidado. O Plano, então, apresenta-se como um componente inovador, pois identificou-se um conjunto de serviços relevantes da rede de saúde, cerca de 160 hospitais e, entre eles, os de maior mortalidade para intervirmos diretamente nelas. Daí constituímos o PQM, coordenado pela PNH em parceria com a Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Foi um laboratório de experimentação, não só da maternidade (avaliada na sua capacidade de acolher e cuidar de mulheres e crianças), mas também colocando em questão a qualidade da presença dessa maternidade em uma rede cuidadora. Muitas das 26 maternidades, apoiadas à época, não eram diretamente responsáveis pelas mortes, mas nelas chegavam que estavam mal cuidadas na rede de saúde. Então, criamos um dispositivo, o Fórum Perinatal para mexer nas redes, não só nas maternidades. Experimentamos em 2009, 2010 e 2011 e no fim de 2011, no calor do processo eleitoral, o debate sobre o cuidado materno e infantil tomando acento nas duas principais candidaturas à presidência. À época, levamos



essa discussão à coordenação da candidatura da Dilma e mais tarde, em reunião geral, Sonia Lansky, parceira nossa à época, apresenta a ideia de uma rede de cuidados para mulheres e crianças à Dilma que estava produzindo seu cardápio de ofertas. Nessa conversa, a ideia ganha uma marca, a Rede Cegonha. O aprendizado do PQM adicionado à ideia de uma rede de cuidados nos dá condição de, em menos de três meses de governo, apresentar a Rede Cegonha como a primeira rede para cuidar dessas mulheres. O PQM toma outra feição, antes era um programa e o que se ofertava era, sobretudo, o apoiador institucional, e os recursos sob os quais ele sustentava sua ação eram baseados na ética do cuidado e em um conjunto de diretrizes para organização do cuidado, não mais do que isso. Quando a Rede Cegonha se transforma em uma política pública, incorpora-se a ela incentivos de custeio para maternidades que aderem ao compromisso das boas práticas.

### **2 A Rede Cegonha dá continuidade à utilização da estratégia do apoio institucional. Por que apostar nessa metodologia?**

Produzir mudança nas organizações de saúde não é uma tarefa simples. O recurso do apoio acontece por dois caminhos. O apoiador tem intimidade com a política que ele apoia, e é um agente de comunicação na rede para os serviços. Ele oferta um conjunto de estratégias, desafios, ferramentas e conceitos para aqueles serviços. Nessa condição, o apoiador transforma-se em uma referência para o serviço, para o SUS e para o Ministério da Saúde, com as SES e SMS. Por outro lado, ele também é um agente que propicia a discussão sobre relações de trabalho e relações no trabalho. Sabe-se que muitas questões que a Rede Cegonha coloca exigem mudança de mentalidade, e pressupõe um reordenamento do trabalho, que tem uma divisão social que coloca técnicos de um lado, nível superior de outro e, entre eles, um conjunto de divisões em uma escala hierárquica de saber e poder. Então, para produzir uma nova linha de cuidado, é necessária uma interveniência que é feita pelo apoiador. Por meio do dispositivo roda de conversa, o apoiador pode acionar conversas que devem produzir deslocamentos nas compreensões e nos valores que estão presentes no trabalho. É uma dupla tarefa: uma espécie de agenciador que sustenta rodas nas quais se discutem relações de trabalho para mudá-las. A qualidade do cuidado na Atenção Obstétrica e Neonatal só ocorrerá por deslocamento na forma como os trabalhadores operam hoje, e esse é um processo endurecido. A ação desse apoiador como referência não é uma ação episódica, que ele vá só de vez em quando, mas deve ser sustentada no tempo. O apoiador vai se tornando, se constituindo apoiador.

### **3 Parte das maternidades que participaram do PQM integram o novo projeto do governo federal, de qualificação das 32 maternidades que concentram maior número de óbitos. A curto prazo, não foi possível reduzir a morte materna?**

A redução da morte materna e neonatal e a qualificação dos processos de gestão e cuidado são os grandes objetivos da Rede Cegonha. Não só a redução da morte e a satisfação das mulheres com os serviços. O Brasil levou dez anos para reduzir de 15% a 16% a morte materna; ou seja, há uma boa notícia: a mortalidade materna está declinando. Por outro lado, interessa-nos não só a tendência de queda, mas a velocidade de queda. Temos uma meta ética até 2015, pois **é inaceitável que mulheres morram desnecessariamente, se essa morte pode ser evitada**. Precisamos aumentar a velocidade, o ritmo da queda da mortalidade. Tanto o PQM quanto as iniciativas da Rede Cegonha vão nessa direção. No primeiro ano do PQM, entre 2009 e 2010, caímos 8,9%; no segundo ano, caímos 8,5%, ou seja, o declínio que levou uma década, conseguimos também em dois anos com o PQM por outras iniciativas. Mesmo assim, esta é a metade da velocidade que precisaríamos conseguir. Hoje necessitaríamos cair 15% a 17% ao ano para atingir a meta. Diante disso, constituímos as videoconferências mensais, boa parte delas com a presença do ministro, que é um espaço de mobilização de gestores, equipes, coordenações de Saúde da Mulher e da Criança nos estados, representantes de secretarias de políticas para mulheres, secretarias de promoção da igualdade racial etc. Outro dispositivo foi localizar maternidades que concentram a maioria das mortes de mulheres (pelo menos cinco ou mais mortes por ano no triênio 2009 – 2011), e encontramos 32 maternidades. As maternidades do PQM continuam Rede Cegonha, e as ações terão novo foco, que é a intervenção para reduzir a morte materna. É o mesmo trabalho, com um novo propósito, combater as mortes evitáveis (em torno de 80%). Há um trabalho que a videoconferência e o apoiador fazem que é reintroduzir o que foi feito no PQM, mas com uma vigilância maior. O foco da videoconferência de setembro será as 32 maternidades que vão apresentar seus planos de ação para reduzir a mortalidade e os primeiros resultados. Incluímos maternidades novas e algumas delas coincidem com as do PQM, que estão a quatro anos sendo trabalhadas, e ainda assim tem alta taxa de mortalidade. E há duas razões para isso: a morte ocorre na maternidade, mas muitas vezes não é definida por causa da maternidade, que recebe mulheres que não foram cuidadas adequadamente na rede de saúde, nunca fizeram o pré-natal ou tiveram grandes dificuldades de acesso. A outra razão está no fato de que a mudança de cultura e das práticas nas organizações da saúde é mais difícil e mais lenta do que se imagina. Temos problemas estruturais, equipes de saúde que se alteram muito; e se a maternidade é a mesma, mas a equipe não, isso demanda mais trabalho.

### **4 E o monitoramento dessas ações, como é feito?**

A Rede Cegonha é uma rede prioritária do Ministério da Saúde, monitorada no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, na Secretaria de Atenção à Saúde, no Gabinete do Ministro e na Casa Civil, inclusive com presença dos ministros responsáveis e da Presidenta. Temos vários sistemas de monitoramento, preenchemos o e-car, um sistema de registro público – Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados – e vamos monitorando diariamente, com o Ministro e a Casa Civil é quinzenal. A partir do e-car, produzimos uma série de planilhas para diferentes públicos. Temos acompanhado os resultados, e o mais importante é que o monitoramento não é só verificar o que foi feito, mas fazer processos de gestão para garantir que nos aproximemos da meta colocada. Monitoramento é um processo de gestão, discutimos caso a caso, os serviços fazem sua tarefa, preenchendo o SisPreNatal, por exemplo, e há ações estruturantes que são do MS, como a formação. Estamos financiando reformas e construções, temos um conjunto de mais de 30 indicadores nas portarias da Rede Cegonha e fazemos a gestão caso a caso.

### **5 A Rede Cegonha também demanda mais médicos para o SUS?**

Há ações que demandam mudanças profundas no SUS, por exemplo, a falta de médicos. Uma das nossas metas é qualificar leitos de UTI neonatal, mas há regiões em que isso não é possível porque eu não tenho neonatologista para as UTIs. Então eu não resolvo isso só pela gestão da Rede Cegonha, gerando outras pautas, como o Mais Médicos, inicialmente focado para a atenção básica, mas está colocada a necessidade de especialistas em determinadas áreas, como Neonatologia e a Enfermagem Obstétrica, grande figura para alterar o modelo de parto, sobretudo para gerir o cuidado nos Centros de Parto Normal e nas Casas de Gestante e Bebê.

### **6 Minorias como as populações ribeirinhas e quilombolas são abrigadas na Rede Cegonha?**

Sim, a lógica da Rede Cegonha tem dois grandes componentes: a qualificação do pré-natal, e para isso incluímos um grande conjunto de novos exames, e os gestores fazem adesão a esse componente com o compromisso de ampliar acesso e qualidade para as populações, focando nas mais vulneráveis. Atua-se com a Secretaria de Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas para que as iniciativas da Rede Cegonha se disseminem na população indígena. Também incorporamos na Atenção Básica a eletroforese (investigação de anemia falciforme), não só porque as mulheres negras são as mais acometidas, mas porque a população brasileira é muito miscigenada. Temos chamado a atenção, quer pelo apoio ou pela estrutura de governança criada pela Rede Cegonha, que é necessário atentar para duas questões importantes nas populações mais vulneráveis: a violência

institucional, entendida como uma ação determinada por serviços, gestores e trabalhadores da Saúde, que atentam contra direitos humanos (com negligência, maltrato, assédio moral, sexual, violência física, constrangimento público), são mais presentes em mulheres mais vulneráveis (negras, pobres, residentes em locais de pouco acesso). Para se cuidar de populações vulneráveis, se mais dependentes das ações locais, em que pese para que eu tenha estratégias aqui no nível central, as ações são específicas no local. Não há na Rede Cegonha linhas de investimento para cuidar especificamente das mais vulneráveis, mas aponta-se para que, no território, as mais pobres, as que têm vínculos empregatícios frágeis, as mulheres de rua, as usuárias de álcool e drogas sejam olhadas e cuidadas.

### **7 O fato de não ter esse recurso específico reforça a iniquidade, não?**

Esse recurso não está na Rede Cegonha. Isso se resolve com transversalidade das ações. Um dos focos dos Consultórios na Rua são mulheres e crianças em situação de rua, sob a ação da Rede Cegonha. Mas a Rede Cegonha se desenvolve lá como Consultório na Rua. As políticas temáticas têm de conversar entre si e para isso criamos dois dispositivos: o Grupo Executivo da Rede Cegonha, onde sentam várias áreas e departamentos da SAS e pautam-se temas transversais. Incluímos teste rápido para sífilis e HIV, que acontece na Atenção Básica, mas é uma ação monitorada pela Rede Cegonha. É preciso que as áreas conversem entre si, pois não existe uma atenção básica da Rede Cegonha; atenção básica é atenção básica. Outro dispositivo é o monitoramento feito no Gabinete do Ministro, onde estão os gestores de cada Rede e um conjunto de parceiros que comungam com a responsabilidade estratégica de costura transversal para evitar que se dupliquem estratégias.

### **8 Como se inclui o usuário nas discussões da RC?**

A RC está focada no usuário, ela tem um compromisso com as mulheres e crianças, com a família na sua mais heterogênea composição, e as mulheres participam sob várias questões. O que orienta a Rede Cegonha é a inclusão no cuidado das boas práticas, traduzidas como que traduzem respeito aos direitos humanos, para que a mulher seja acolhida em um local agradável, que permita a privacidade, que ela possa levar para esse momento quem ela quiser, isso é uma defesa. Quando dizemos que o partear não é doença, é um agravo fisiológico, assisti-la e acompanhá-la é fomentar a participação direta da mulher. Temos tecnologias de cuidado não farmacológico para favorecer o parto natural, reconhecendo o direito da criança, o contato pele a pele, mamar na primeira hora... quando fazemos isso estamos defendendo o direito dessas mulheres. De outro lado, temos alguns dispositivos de governança, com forte presença na Sismu (comissão de saúde da mulher do Conselho Nacional de Saúde), constituímos o Comitê Nacional de Mobilização da Rede Cegonha, com grupos de representação das mulheres, nós temos utilizado a Carta-SUS e a Ouvidoria Ativa. No último ano, entrevistamos quase 100 mil mulheres por telefone para avaliar sob a ótica da usuária como foi o cuidado, e tomamos providências, acionando apoiadores, secretarias e inclusive a auditoria do SUS, com denúncias graves de cobrança de taxas, e

violência institucional. Temos também os Grupos Condutores da Rede Cegonha nos estados e nos municípios que reproduzem essa sistemática de gestão e governo da rede de cuidado de uma forma mais próxima possível das pessoas. É um grande desafio envolver as pessoas, na formulação e na avaliação de suas políticas, mas é uma regra e imperativo na gestão.

### **9 A Rede Cegonha poderá servir de modelo para outros países?**

O Brasil, desde a gestão do ex-Presidente Lula, tem tido mudanças estruturais na perspectiva dos direitos da população e passa a ser olhado. A Rede Cegonha tem sido reconhecida não só pela OMS, mas também pela Organização Pan-Americana da Saúde como uma política importante para reduzir a mortalidade materna e infantil e também para reverter o modelo de atenção ao parto, que hoje é essencialmente médico. Houve, em outubro, uma reunião na Guatemala com mais de 50 países e o Brasil apresentou a Rede Cegonha, seus efeitos e desafios, pois muitos países estão com essa problemática. A Rede Cegonha não é uma intervenção focal, é uma estratégia sistêmica, integrada e integradora do cuidado, e por isso tem sido bem avaliada. Estamos aqui cuidando de direitos reprodutivos até a assistência quaternária. É uma Rede que articula prevenção, promoção, cura e assistência no componente pré-natal e assistencial, articulando-os, e o Brasil tem sido olhado pela comunidade internacional. Há uma aposta de que o Brasil pode produzir outra realidade para o cuidado de mulheres e crianças, em que pese os problemas graves que temos, como a alta taxa de cesárea, mulheres peregrinando e colocando sua vida e a do bebê em risco. O Brasil teve a capacidade de dizer que é preciso estruturar uma ação sistêmica neste campo, em um caminho enorme com relatos de descuidado sempre publicados nos jornais. Temos problemas, mas armamos a ação para intervir e o estamos fazendo.

### **10 Qual o principal desafio da Rede Cegonha?**

Mudar a concepção de parto, de nascimento e de gravidez. Nós associamos o evento gravidez e parto como uma ação médica. E apenas um percentual pequeno das mulheres vai desenvolver alguma morbidade. A grande maioria nem precisa de assistência médica, apenas de cuidados. Não é a toa que temos uma alta taxa de cesárea; a Organização Mundial da Saúde diz que parto normal é quando o profissional da Saúde não age se não precisa agir, mas os profissionais são treinados para agir. Gravidez não é algo que precise de intervenção. A Rede Cegonha aposta na humanização do acolhimento, dos centros obstétricos, da criação de espaços para favorecer o parto normal. Esse é o maior desafio, mudar a concepção para mudar a nossa realidade. Veja que, 30% das inglesas que têm bebê não sofrem qualquer tipo de interferência no serviço de saúde, absolutamente nada, pois as mulheres têm potência e fisiologia para gerar e parir. Nossas práticas devem potencializar essa fisiologia, mas a mulher é vista como incompetente. Organizar o serviço com outra lógica e ter outro lugar é o grande desafio nosso.



# Boas Práticas no Norte do País



**Reportagem**

A humanização do parto é possível no SUS? Conheça um hospital em Boa Vista/ RR que, com criatividade, vontade dos gestores e inclusão de trabalhadores e usuários tem garantido um parto e um nascimento humanizados

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré existe há 31 anos e por lá, os direitos dos usuários do SUS não são só um quadro na parede do *hall* com maior circulação de pessoas, mas concretizam-se em diversas inovações.

A *visita antecipada* garante a vinculação da gestante com a maternidade, e acontece todas as quartas-feiras, às 10h, para que os familiares e a futura mãe recebam orientações sobre o nascimento e o aleitamento materno. As gestantes fazem um *tour* pela maternidade, com roteiro que simula o trajeto na hora do parto, para dar mais segurança e tranquilidade. O projeto intitulado *Enquanto o bebê não chega*, existe há três anos para diminuir a tensão e o estresse dos usuários e da equipe de saúde. “Toda prática nova é bem-vinda. O acompanhante bem orientado nunca atrapalha, ao contrário, nos ajuda, pois acalma a gestante”, afirmou o enfermeiro Igor Ferreira Costa, coordenador do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Esta maternidade é a única do estado com UTI neonatal e é referência para os partos de alto risco, logo, o diálogo com a Atenção Básica é fundamental para que todas as mulheres consigam fazer a visita e sejam vinculadas. “Quando se propõe uma mudança, é natural causar insatisfação de alguns, mas tivemos debate amplo, fizemos um piloto para observar a reação dos pacientes, trabalhadores e acompanhantes, por dois meses, e existe até hoje”, afirmou a pediatra e neonatologista Ana Carolina Brito, na gestão do hospital há quatro anos. Até hoje, *mais* de 600 gestantes já participaram da visita antecipada.

O Hospital tem também portas abertas de 10h as 17h, para a *visita ampliada* dos familiares da gestante, o que antigamente era restrito à uma hora. E a exceção – bem positiva, por sinal – é para a UTI neonatal, aberta aos pais e mães 24 horas por dia, para que tenham acesso aos profissionais, tirem suas dúvidas e compartilhem esse momento de recuperação do bebê.

A ambiência da maternidade também favorece as ações de humanização, com uma *ala de parto humanizado*, que existe há oito anos e possui nove apartamentos para parto normal, com antessala e camas para pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Há três anos é a equipe multiprofissional que se desloca até o apartamento, para maior conforto da gestante, que não perambula pela maternidade, mas é atendida pelo enfermeiro obstetra, psicólogo, fisioterapeuta, médico pediatra e médico obstetra no mesmo local.



Outra particularidade que contribui para a humanização do parto é uma coordenação indígena específica para atender às usuárias que não falam português. Com três intérpretes que se revezam, a proposta é minimizar o medo que as indígenas sentem no ambiente hospitalar. Há uma dieta indígena específica para as gestantes das 12 etnias diferentes<sup>4</sup> que habitam o estado, com cardápio mais rico em banana, farinha de mandioca e peixe. “Temos enfermarias com estrutura para se armar as redes indígenas, e há um projeto para reservar algumas enfermarias exclusivamente para as diferentes etnias”, afirma Brito. Em média, são atendidas todo mês 500 gestantes em partos, consultas, exames e internações. As mães indígenas, cujos bebês permanecem na UTI, são convidadas a acompanhar de perto a internação e podem se hospedar em um dos dez leitos de enfermaria para este fim. O *Projeto Aconchego* propõe que elas se mantenham em atividades como oficinas de beleza, manicure e rodas de conversa e oração, inclusive aos fins de semana. “Não significa que temos leitos sobrando, mas mexemos no nosso fluxo para que elas se sintam acolhidas e valorizadas no ambiente hospitalar, podendo trocar suas experiências. Os leitos de parto normal são liberados após 24 horas, o parto operatório após 48 horas. Às vezes, temos que lançar mão de cadeiras por algumas horas, até algum leito ser liberado”, disse.

Mesmo tendo passado por uma cesariana, no fim de 2010, a médica Débora Maia observou práticas de humanização do parto. “Minha filha Helena mamou na primeira hora de vida, tivemos contato pele a pele logo após o nascimento, e uma amiga me acompanhou o tempo todo, inclusive dentro do centro cirúrgico. A assistência lá é melhor que em qualquer serviço privado”, enfatiza.

A maternidade é a única do estado que possui *Banco de Leite Humano*, com capacitação das mães sobre o manejo clínico do leite materno. O Banco funciona 24 horas por dia para tirar dúvidas, e todas as mães com leite em excesso são convidadas a doar, e cadastradas recebem a visita da equipe em domicílio. Esse leite passa por uma seleção macroscópica e, se aprovado, é congelado, pasteurizado e distribuído para os bebês da UTI neonatal. “Algumas mães ficam doentes, emocionalmente abaladas e não conseguem produzir leite. Outras são soropositivas, então é importantíssimo termos esta estrutura”, afirmou Brito, orgulhosa. A maternidade é integrada à *Rede Iberoamericana de Bancos de Leite*, o que mostra a qualidade e a segurança na pasteurização do leite oferecido. Membro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, ela cumpre os dez passos do aleitamento materno e é também referência estadual para o Método Canguru, atendendo bebês de baixo peso, na UTI neonatal e no acompanhamento ambulatorial após a alta. Atualmente, conta com cinco tutores que auxiliam outros hospitais para implementar o Método Canguru. “A gestante se sente muito valorizada quando sabe que tem toda a equipe à disposição dela. Isso dá tranquilidade, segurança, e faz com que o nascimento seja momento de carinho e

<sup>4</sup> Macuxi, Wapixana, Ingaricó, Wai-Wai, Taurepang, Patanona, Yekuana, Sanumã, Yanomami, Mayongong, Xiriana, Xirixana

respeito. Coloca todos no seu devido lugar, cuidador cuidando e ela sendo cuidada. Não abro mão do parto humanizado”, afirma a gestora.

### **Apoio institucional e cogestão**

Para implementar boa parte dessas inovações, a maternidade conta com estratégia do apoio institucional desde 2010, época em que fez parte do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste. “A ponte que o apoiador faz entre nós e o Ministério da Saúde abre um diálogo para que o nível central saiba nossas necessidades e particularidades regionais, ao mesmo tempo trazendo novidades para a instituição”, afirmou. O psicólogo Wagner Costa foi o primeiro apoiador da maternidade e relata que a gestão sempre deu liberdade ao trabalho, o que fez toda a diferença. “No início, tínhamos pouca participação dos médicos no colegiado gestor, então trouxemos por duas vezes o obstetra Lucas Barbosa, do Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte/MG) para fazer rodas de conversa e treinamento em boas práticas do parto humanizado para os médicos, o que aproximou esses profissionais do colegiado e possibilitou que alterassem sua rotina”, afirmou ele. Atualmente, a maternidade está em reforma a partir de recursos da Rede Cegonha, que prevê a construção da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, com 20 novos leitos. Há 17 centros de saúde na cidade, e com as reuniões do Grupo Condutor da Rede Cegonha a aproximação com a atenção básica foi favorecida.

A gestão colegiada no hospital também fortaleceu a implementação das boas práticas. O colegiado gestor existe há três anos, com participação dos 26 coordenadores e seis diretores. “Nas reuniões, compartilhamos a responsabilidade. No início, quem reclamava era informado o local de debates e propostas era o colegiado. Então, as reuniões ficaram atrativas”, afirmou Brito. Concorda com a gestora o diretor técnico da maternidade Alexandre Peloso. “Centralizar as decisões em uma pessoa só não garante a adesão dos trabalhadores”. Ele reafirma o trabalho de incentivo aos colegas, para que todos tenham o mesmo propósito. “Tem gente que acha que a visita vai atrapalhar, pois nós, médicos temos que parar para dar explicações, mas esta não é nossa tarefa?”, indaga o pediatra, há sete anos na maternidade .

E se engana quem pensa que o colegiado é restrito somente aos gestores e aos trabalhadores que estão em contato direto com os usuários. “Antes da gestão colegiada, recebíamos as regras e pronto, agora, quando algo novo é implementado, todos já puderam opinar e colaboram com a implementação”, afirmou Nadia Chaves, que há seis anos trabalha na instituição e, ano passado, é responsável pela direção administrativa.

O coordenador do Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico, Francisco Alves, trabalha desde 2005 no Hospital e participa das reuniões, que são abertas. “No início foi difícil se adaptar às mudanças, mas há votações semanais, e o que for decidido por todos, será feito”, disse. Segundo ele, com as mudanças no hospital, as usuárias têm mais confiança nos profissionais. “As mulheres e famílias visitam a maternidade antes do parto e vêm sem medo, os pais que querem podem acompanhar o parto; se toda maternidade implantasse isso tudo, seria maravilhoso”, resume o contador.

### **No Nordeste, lugar de homem é no pré-natal**

*O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão inova e oferece atendimento à gestante e a seu parceiro*

Não é só a gestante atendida no Hospital da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís/MA, quem recebe cuidados à espera do bebê, mas também o futuro pai que a acompanha. A iniciativa do pré-natal do homem teve início em outubro de 2012, e começa com a primeira consulta da gestante, quando são solicitados, ao parceiro, exames como o teste de hepatite, anti-HIV, diagnóstico de doença da próstata, entre outros. Com o resultado do exame em mãos, se necessário, ele é encaminhado para ambulatório específico no próprio hospital, para tratar a sua necessidade de saúde, como diabetes e hipertensão, por exemplo. “Com isso, ele fica mais perto da companheira e colabora com a equipe, monitorando o cuidado da gestante”, afirmou a diretora Marília da Glória Martins, na gestão do serviço de ginecologia e obstetrícia há dez anos.

O hospital é um dos poucos que realiza pré-natal especializado, voltado a gestantes que têm algum fator de risco para a gravidez, pois conta com vários médicos especialistas em prematuridade, diabetes, hipertensão, obesidade mórbida, diagnóstico e tratamento de soropositivos. A média é de oito consultas ao longo da gravidez, mas algumas usuárias chegam a ser cuidadas semanalmente, dependendo da gravidade. “Em 2013, não tivemos nenhum óbito”, orgulha-se a gestora, mostrando o resultado desse acompanhamento sistemático.

Em setembro de 2013, foi inaugurado o atendimento específico para as gestantes usuárias de drogas e que vivem em situação de rua, uma parceria entre a instituição e a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. As assistentes sociais fazem a busca pelas gestantes nessa situação, elas são atendidas no hospital e, em seguida, levadas de volta ao seu local de origem. “Antes, fazíamos o atendimento na rua, mas por que não abrir as portas do nosso serviço para atender de forma mais digna?”, finaliza a gestora.

**Figura 1** – “Os direitos dos usuários do SUS estão dispostos na parede com maior circulação de pessoas do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré”



Foto – Nádia Said.

**Figura 2** – Pré-natal do homem na Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão



Foto – Merval Filho.



# Tradição na Hora do Parto

Reportagem



Dos vazios assistenciais às universidades e aos centros de pesquisa, o tema das parteiras tradicionais encanta pela singularidade no trato da gestante e seu bebê.

Ela tem 69 anos, 23 filhos (18 deles adotados), 66 netos, sete bisnetos, quase 3 mil afilhados e mais de 5 mil partos no currículo percorrido pelos estados de Alagoas, Pernambuco, Bahia e Sergipe. Analfabeta, benzedeira e devota de Padre Cícero, Josefa Maria da Silva Santos, mais conhecida como Zefa da Guia, faz do partejar algo natural e simples, que só depende da vontade da gestante.

Sua primeira atuação como parteira foi “por acaso”, aos 11 anos de idade, quando percebeu que a gestante e a parteira estavam sonolentas, e sozinha, teve de “pegar o menino, com base no que já tinha visto a mãe e a avó fazerem, ambas parteiras.” “Cortei o cordão, dei banho, enterrei a placenta, escondida da minha mãe, porque era criança ainda”, afirma ela, que aos 12 anos se casou e aos 14 teve seu primeiro filho.

Zefa da Guia pertence à Comunidade Quilombola Serra da Guia, na zona rural de Poço Redondo/Sergipe, onde vivem cerca de 140 famílias, as crianças e os jovens em sua maioria nascidos pelas mãos de D. Zefa, que se orgulha de nunca ter perdido um bebê. “Parto depende da coragem da mãe. Me orgulho do meu trabalho, e peço a Deus que me dê paz todos os dias. As pessoas sabem que sou uma parteira muito resolvida, nunca “rasguei” nenhuma mulher, nem maltratei, ou perdi uma única vida”, afirma ela, que fez os partos de toda sua família. Segundo D. Zefa, pelo toque é possível saber se o bebê não está na posição de parto normal e, nesse caso, encaminhar rápido para a maternidade, sem colocar em risco a vida do recém-nascido ou da gestante.

Quando o bebê nasce, o cuidado continua! Zefa da Guia prepara banhos especiais com ervas para a mulher e o recém-nascido e, em alguns casos, ela limpa a casa e prepara as refeições, auxiliando a gestante a cumprir uma etiqueta forte do resguardo. Ela não faz questão de pagamento, mas esperava mais apoio do governo. “Sobrevivo com a graça de Deus e meu trabalho na roça, plantando feijão e milho. Nunca cobrei pois é um voto que fiz a Deus. Já conheci presidentes e sou reconhecida na comunidade, no Brasil inteiro, mas falta reconhecimento do governo”, afirma.

De fato, não há nenhum programa federal que remunere as parteiras, mas geralmente todas elas recebem o Bolsa-Família por se encaixarem neste programa. O Ministério da Saúde reconhece a importância das parteiras e oferece formações por meio do Programa



Trabalhando com Parteiras Tradicionais, da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, que desde o ano 2000 busca a troca de experiências entre parteiras, profissionais e gestores. O mapeamento das parteiras para participação nas oficinas é realizado em parceria com as secretarias de saúde e os agentes comunitários de saúde, que conhecem os hábitos da comunidade. Na programação da oficina, parteiras, gestores e profissionais são convocados a contribuir com um diagnóstico da região, desenhando o mapa da saúde, buscando mapear o fluxo da rede e a inserção das parteiras. Durante a oficina, também é construído o perfil de cada parteira, suas dificuldades, e o número de partos que já realizou. “As oficinas fazem com que elas identifiquem os riscos, e conheçam a rede de saúde, para encaminhar com tranquilidade os partos complexos”, afirma Luciana Fonseca, da Área Técnica de Saúde da Mulher. Durante a formação, elas recebem o *Kit* Parteira, com materiais, como estetoscópio, estojo com instrumental cirúrgico, curativos, bacia, lanterna e outros materiais para evitar infecções e garantir um nascimento saudável. Em 2011, com a Rede Cegonha, o Ministério da Saúde comprou 1.680 *kits*, e cabe aos estados e aos municípios a compra de novos *kits*, a reposição do material refil (luvas, esparadrapo etc.). Desde que o Programa teve início, mais de 2.200 parteiras foram qualificadas. “As parteiras tradicionais resolvem um problema do SUS, e têm papel estratégico para redução de mortalidade, pois indicam o pré-natal para as gestantes. Elas estão em vazios assistenciais, e muitas vezes, são a única alternativa”, afirmou.

### **Ciência que dá voz ao saber tradicional**

O conhecimento científico também se beneficia das práticas milenares das parteiras. O incentivo ao parto vertical, ao parto de cócoras, a utilização da rede como apoio da gestante e a ideia da menor intervenção possível são consideradas boas práticas do parto e do nascimento que tem sua raiz na vivência dos partos tradicionais.

E esse tipo de parto é também tema de pesquisa científica. A socióloga Iraci Cardoso é professora da Universidade Federal do Amapá e acompanhou o cotidiano de 20 parteiras, durante um ano, para sua dissertação de mestrado na Universidade Estadual de Campinas. Nascida de parteira, Cardoso vivenciou a relação de solidariedade entre as gestantes e parteiras, de mulher para mulher, em quatro zonas rurais dos municípios de Pracuúba, Santana, Mazagão e Macapá/AP. “Nas áreas rurais, ribeirinhas, elas são muito visíveis e presentes. Os médicos não chegam, então elas são as médicas do lugar, têm conhecimento amplo sobre ervas medicinais para as mulheres e os recém-nascidos.”, afirma ela. As parteiras dessa região conciliam a atividade à pesca, de onde retiram seu sustento.

Esse estado é o único que oferece auxílio financeiro às parteiras, com base no Programa de Desenvolvimento Sustentável, criado em 1995. “Nas comunidades em que atuam, elas

já são legitimadas e uma alternativa para as mulheres, mas em alguns casos, são a única alternativa. É um ofício que nunca deixou de existir. Nos centros urbanos o conhecimento obstétrico se sobrepôs ao conhecimento da parteira e por isso, elas são tratadas como invisíveis ou inexistentes nas políticas públicas de saúde,” afirma Cardoso. Na Região Norte existem mais de 20 mil parteiras tradicionais.

### **Falta de escolha não, opção!**

“Nas cidades existe a cultura do medo de não ir para o hospital, mas muitas mulheres têm medo é de ir para o hospital”, afirma a antropóloga Soraya Resende Fleisher. Ela viveu no município de Melgaço/PA, que possui o mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil (IDH), de acordo com o IBGE, em 2004. Sua proposta de tese era entender as capacitações que o Ministério da Saúde oferecia, por meio das ONGs, às parteiras. Porém, hospedada na casa de dona Dorca, encantou-se com o dia a dia desta parteira, já falecida, e mudou o foco da pesquisa, que se transformou no livro *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço/Pará*.

Melgaço é do tamanho da capital paulista, porém, com densidade populacional típica da Amazônia, e pouco mais de 5 mil pessoas na área urbana. Há um centro de saúde, que faz parto normal, com médicos de plantão, mas a maior parte dos partos é por parteiras, como opção das mulheres, por algumas razões, entre elas o costume cultural. “O natural e seguro para as mulheres de Melgaço é ter parto com parteira, dentro de casa, sabendo que o pai, o irmão estão por perto, que será na rede, pois isso dá segurança às mulheres. Além disso, ir para o hospital significa, para elas, ter parto deitada, não poder andar, ficar sozinha na hora da dor, enquanto gostaria de ficar em casa”, disse. A vergonha em se despir para alguém de seu convívio ou para evitar os ciúmes do marido também contribui para as gestantes de Melgaço se apoiarem mais nas parteiras. “Se a gestante chegar ao centro de saúde, com pouca dilatação, será atendida pelo auxiliar de Enfermagem, e quem faz o parto é o médico, e ambos podem ser vizinhos, parentes dessa mulher, então elas evitavam para não ficarem envergonhadas.” Durante seis meses, a pesquisadora pôde observar como as parteiras são também psicólogas, assistentes sociais, obstetras, ativistas, feministas e doulas. “Elas fazem visitas conforme a necessidade das gestantes e aproveitam para olhar o ambiente externo, as condições daquela família, e verificar se é possível ou não realizar o parto em casa. É preciso trazer as parteiras para perto, não pra hospitalizá-las, mas para que nos ensinem as tecnologias que estão desenvolvendo. Conhecer a história e a biografia daquela grávida é importante. Não adianta falar com a mulher que está anêmica que ela deve comer mais, se o marido está desempregado. As parteiras fazem clínica ampliada”, afirmou.

Fleisher chama a atenção também para a necessidade de se pensar o ofício da parteira inserido nos diferentes contextos da saúde pública brasileira. “Nacionalmente, temos cerca de 10% dos partos realizados de forma domiciliar. Se pensarmos na Região Norte, 60% dos partos são domiciliares, então seria irresponsável desconsiderá-los na hora de se pensar a política pública. Não dá pra se pensar só em hospital, pois não é a realidade de todas as mulheres brasileiras”, disse. Concorde com ela a enfermeira Keyla Cristiane do Nascimento, que acompanhou parteiras em Envira/AM, durante um trabalho na Universidade Federal do Amazonas. “As parteiras permitem que as gestantes que vivem em zonas rurais ou ribeirinhas tenham acesso aos cuidados primários de saúde no momento do parto e isso contribui para a redução da mortalidade materna e infantil”, disse.

Seja atuando na comunidade, trocando experiências com os profissionais de saúde e gestores, ou como fonte de pesquisa, as parteiras têm um conhecimento intrínseco à atividade, que as permitem analisar o mundo de uma forma singular, e tão rica quanto às evidências científicas. Dona Zefa da Guia, analfabeta e personagem do início da reportagem, em meio à sua simplicidade, com orgulho e sabedoria define porque é melhor parir com parteira. “Os médicos são muito avançados, mas muitos operam antes da hora, daí as crianças nascem doentes e o governo tem que gastar mais dinheiro para tratar as anemias. Comigo ninguém nasceu com problemas, pois espero o bebê nascer”, finaliza.

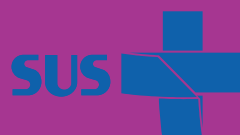


DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

Governo  
Federal