



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

NAYANNE ARAÚJO RIOS DA LUZ

**POLÍTICAS PÚBLICAS, MULHER E PARTO: UM ESTUDO SOBRE A
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O PROGRAMA REDE CEGONHA NO CEARÁ**

FORTALEZA-CEARÁ

2016

NAYANNE ARAÚJO RIOS DA LUZ

POLÍTICAS PÚBLICAS, MULHER E PARTO: UM ESTUDO SOBRE A
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O PROGRAMA REDE CEGONHA NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção de título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Area de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Luz, Nayanne Araújo Rios da.

Políticas públicas, mulher e parto: um estudo sobre a humanização do parto e o Programa Rede Cegonha no Ceará [recurso eletrônico] / Nayanne Araújo Rios da Luz. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 201 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria do Socorro Ferreira Osterne.

1. Humanização do parto . 2. Assistência à saúde da mulher. 3. Programa Rede Cegonha. 4. Medicalização.
I. Título.

NAYANNE ARAÚJO RIOS DA LUZ

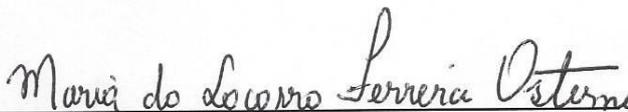
POLÍTICAS PÚBLICAS, MULHER E PARTO: UM ESTUDO SOBRE A
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O PROGRAMA REDE CEGONHA NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

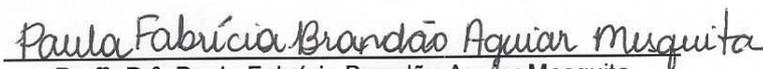
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 27/10/2016

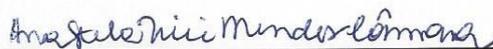
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Maria do Socorro Ferreira Osterne
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof^ª. Dr^ª. Paula Fabrícia Brandão Aguiar Mesquita
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof^ª. Dr^ª. Ana Stela Vieira Mendes Câmara
Centro Universitário Christus – Unichristus

Aos meus pais, Naécio e Sany, que foram meus primeiros professores; ao meu marido, Daniel, que me apoia em todas as minhas escolhas; e ao meu filho, Lucca, por ser a luz de todos os meus dias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Naércio e Sany, que sempre apoiaram minhas escolhas e me incentivaram a buscar o conhecimento.

Ao meu marido, Daniel, por compreender o tempo que dediquei a esta pesquisa.

Ao meu filho, Lucca, que me inspirou a adentrar mais profundamente na realidade do parto, a partir do que adquiri novos olhares a respeito da vida.

Ao Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, pela oportunidade de amadurecimento e conhecimento contínuo.

À Socorro Osterne, pela disponibilidade na orientação prestada durante todo o projeto de pesquisa e a construção da dissertação.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, Ana Stela Vieira Mendes Câmara, João Tadeu de Andrade e Paula Fabrícia Brandão Mesquita Aguiar, pela atenção dispensada e pelas valiosas contribuições que iluminaram o resultado final do trabalho.

Ao Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, por oportunizar a pesquisa e disponibilizar, por meio do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP), as condições necessárias para a sua realização.

Aos profissionais de saúde entrevistados, das áreas de Serviço Social, Medicina e Enfermagem, que disponibilizaram seu tempo para compartilhar suas experiências e permitiram a coleta dos dados.

À minha equipe de trabalho, pela compreensão durante o período de pesquisa.

"A maternidade e o nascimento podem ser vividos tanto como experiência de opressão como de transcendência".

(Carmen Simone Grilo Diniz)

RESUMO

Este estudo consubstancia uma análise sobre a humanização da assistência ao parto, realizada por meio do estudo das categorias mulher, parto, políticas públicas, medicalização e humanização do parto, e da pesquisa de campo realizada no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM). Tem como foco o Programa Rede Cegonha. Seu objetivo é acompanhar as consequências e a evolução da assistência ao parto e das políticas públicas correlatas, culminando com a análise do Programa Rede Cegonha, identificado como a política pública federal mais recente no que se refere à humanização da assistência ao parto. A relevância do tema se dá frente à crescente discussão acerca do aumento no número de cesarianas, em contraponto às recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Ademais, considerando o impacto que a assistência prestada durante a gestação, o parto e o pós-parto pode ter na vida das mulheres, assim como de seus filhos, importa saber como as políticas públicas têm influenciado nesta realidade. Busca-se verificar como a humanização se relaciona a isto. O estudo decorreu de pesquisa de natureza quanti-qualitativa, de tipo bibliográfica, documental e de campo. Teve sua proposta devidamente aprovada pelo Comitê de Ética da UECE, e se desenvolveu por meio de observação não participante e de entrevistas semi-estruturadas realizadas com vinte profissionais de saúde atuantes no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana. Estes profissionais relataram sobre a rotina do hospital e sobre as mudanças após a implantação do Programa Rede Cegonha. Desta análise, pode-se concluir que, embora o hospital analisado seja avaliado pelos profissionais como um dos melhores na prática da assistência humanizada ao parto, ainda faltam recursos financeiros para melhorar a estrutura, a oferta de material e de pessoal, bem como a formação continuada dos profissionais, para que as ações estabelecidas pelo Programa Rede Cegonha possam ser plenamente efetivadas. No que se refere à humanização da assistência ao parto, verificou-se que a prática hospitalar tem melhorado nos últimos anos, embora ainda em um processo lento e ineficiente, tendo em vista a cultura arraigada na sociedade brasileira que valoriza a medicalização do parto e o não empoderamento da mulher.

Palavras-chave: Humanização do parto. Assistência à saúde da mulher. Programa Rede Cegonha. Medicalização.

ABSTRACT

This research provides analysis about the humanization of parturition's assistance, carried out through the study of the following categories: woman, health, public policy, medicalization and humanization of parturition, and field research in the Distrital Gonzaga Mota Messejana's Hospital (HDGMM), which has the focus on achieving the Rede Cegonha's program. We sought to explore the issues surrounding the subject, as the concepts, the history, the consequences and the evolution of childbirth care and related public policies, to culminate in the analysis of the Rede Cegonha's Program, which appears as the most recent public policy when speaking about this humanization of parturition's assistance. The relevance of this topic is due to the increasing discussion about the increase in the number of cesarean sections, as opposed to the recommendations of the Ministry of Health and the World Health Organization. In addition, considering the impact that the assistance provided during gestation, childbirth and after childbirth can have in the lives of women, as well as their children, it is important to know how public policies have influenced this reality. It seeks to verify how humanization relates to this. The study ran from nature research quantitative and qualitative, of literature types, documentary and field. The field research was duly approved by the Ethics Committee of UECE, and developed through non-participant observation and semi-structured interviews with twenty health care professionals of the Distrital Gonzaga Mota Messejana's hospital, who reported the hospital routine and changes after the implementation of the Rede Cegonha's Program. From this analysis, it can be concluded that although the hospital considered to be evaluated by its professionals as one of the best in the practice of humanized parturition assistance, still lack financial resources to improve the structure, the supply of material and personnel, as well as the continuing education of professional, so that the actions established by Rede Cegonha's program can be effectively implemented. With regard to the humanization of parturition's assistance, it was found that hospital practice has improved in last years, though still at a slow and inadequate process, given the deep-rooted culture in Brazilian's society that values the medicalization of childbirth and lack of empowerment of women.

Keywords: Humanizing parturition. Assistance to women's health. Rede Cegonha's Program. Medicalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Características das Redes de Atenção à Saúde conforme o Ministério da Saúde.....	58
Figura 2-	Mapa da Rede Cegonha no Ceará.....	65
Figura 3-	Número de Óbitos Maternos Confirmados e Razão de Mortalidade Materna Ceará – 1998 a 2014.....	67
Figura 4-	Número e Percentual de Óbito Materno, segundo o momento da ocorrência do óbito (2014).....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CPN	Centro de Parto Normal
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana
HGCC	Hospital Geral César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Pré-parto e parto
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESA/CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA FIRMADA NA PESQUISA.....	17
2.1	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	17
2.2	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	21
2.2.1	Natureza da Pesquisa.....	21
2.2.2	Tipo de pesquisa.....	22
2.2.3	Campo da pesquisa.....	24
2.2.4	Caracterização dos sujeitos.....	26
2.2.5	Processo de coleta e organização de dado.....	27
3	A CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS RELACIONADOS À	30
	CATEGORIA MULHER.....	
3.1	A RELAÇÃO ENTRE SEXO, GÊNERO E MULHER.....	31
3.2	AS TRANSFORMAÇÕES DO QUE É SER MULHER.....	34
3.3	A MULHER MÃE.....	37
4	POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE NO BRASIL.....	42
4.1	A NOÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	43
4.2	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA	45
	DA MULHER E À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO BRASIL.....	
4.2.1	Um breve histórico.....	45
4.2.2	O conceito de saúde na atualidade.....	52
4.2.3	As Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	54
4.3	O PROGRAMA REDE CEGONHA: ABORDAGENS E	59
	PERSPECTIVAS.....	
4.3.1	Diretrizes e objetivos da Rede Cegonha.....	61
4.3.2	Elementos Constitutivos da Rede Cegonha.....	62
4.3.3	A Rede Cegonha no Estado do Ceará.....	64
4.3.4	Estatísticas do Estado do Ceará quanto a mortalidade materna,	66
	pré-natal e parto.....	
5	O PARTO: UM PROCESSO FISIOLÓGICO, SOCIAL, CULTURAL	70
	E/OU MÉDICO?.....	
5.1	A HISTÓRIA DO PARTO: SUAS DIVERSAS FACES AO LONGO DO	70

	TEMPO.....	
5.1.1	O parto antes e depois da Obstetrícia.....	71
5.1.2	As repercussões políticas e sociais da medicalização da assistência ao parto no Brasil.....	80
5.1.3	A violência obstétrica na assistência ao parto.....	85
5.2	OS ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS REFERENTES À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E NO PARTO.....	91
5.2.1	Os tipos de parto e de assistência ao parto.....	93
5.2.2	A humanização da assistência na saúde e no parto.....	96
5.2.2.1	O conceito de cuidado na assistência em saúde.....	97
5.2.2.2	Os princípios da bioética frente à atuação médica.....	99
5.2.3	O parto humanizado.....	103
6	O PROGRAMA REDE CEGONHA NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA - MESSEJANA	108
6.1	A ESTRUTURA DO HOSPITAL E A INCORPORAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA.....	108
6.2	O OLHAR DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO HOSPITAL.....	114
6.2.1	A relevância do pré-natal.....	116
6.2.2	A assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto na instituição.....	123
6.2.3	Os impactos do Programa Rede Cegonha e os desafios atuais.....	142
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
	REFERÊNCIAS.....	157
	APÊNDICES.....	163
	APÊNDICE A - roteiro de entrevista para os profissionais de saúde e gestores do Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana.....	164
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	166
	APÊNDICE C - Relatório Iconográfico	168
	ANEXOS.....	176
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado.....	177
	ANEXO B - Caderneta da Gestante	180

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo analisa a humanização da assistência ao parto com base na implantação do Programa Rede Cegonha no Ceará, a partir de uma pesquisa de campo realizada no Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM) e do aprofundamento teórico das categorias: mulher, políticas públicas, saúde, humanização do parto e medicalização.

As mulheres, embora diferentes entre si e em suas realidades, têm uma história comum de inferiorização de seus papéis na sociedade. O desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à atenção à saúde da mulher, por exemplo, foram desenvolvidas apenas nas últimas décadas e, ainda assim, muitas vezes voltadas à consecução de interesses políticos e governamentais.

No tocante às políticas públicas que envolvem o incentivo, ou não, da natalidade e do planejamento familiar, os interesses de desenvolvimento nacional e econômico sempre prevaleceram.

Apenas quando as mulheres começaram a se empoderar e questionar os seus direitos, ou em função da falta deles, é que o Estado passou a implementar políticas públicas pensadas especificamente para atender suas necessidades. Essa luta tem crescido desde a década de 60, abordando os mais variados temas.

A humanização na assistência à saúde é uma luta necessária para a melhoria na prestação do serviço. Garantir que os pacientes sejam tratados com cuidado, a partir de um atendimento individualizado, é importante para que o próprio conceito de saúde se aplique efetivamente.

Tratando especificamente da humanização na assistência ao parto, deve-se atentar à influência ainda maior desta assistência no desenvolvimento do trabalho de parto, parto e pós-parto. Conforme será aprofundado no teor da pesquisa, foram evidenciados impactos significantes tanto para a mulher quanto para o bebê, com base no tipo de assistência prestada.

O tema da humanização da assistência no pré-natal e parto passou a ser abordado a partir dos anos 2000, com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), norteando, também, as novas políticas públicas de saúde, inclusive nas diretrizes do SUS, em 2003, por meio do Programa Nacional de Humanização, também conhecido como HumanizaSUS.

No entanto, a humanização da assistência não é fácil de ser implantada em qualquer seara da atenção à saúde. O Programa Rede Cegonha surge, portanto, em 2011, como uma tentativa de dar continuidade às políticas públicas anteriores, retomando conceitos já conhecidos, e de implementar estratégias na busca de aproximar cada vez mais a humanização da assistência de forma integral.

Ademais, o Programa Rede Cegonha já foi desenvolvido com base na nova forma de organização do SUS, que busca diminuir a fragmentação da assistência, a Rede de Atenção à Saúde. Assim, as estratégias firmadas no Programa visam integrar a assistência desde o pré-natal, no sentido de possibilitar um acompanhamento contínuo, em todas as fases, ao público-alvo, ou seja, da gravidez aos dois anos de vida do bebê.

A partir da experiência vivenciada no HDGMM, foi possível verificar os avanços que o programa proporcionou e as dificuldades que surgiram, devendo ser levadas em consideração as condições pré-existentes e o apoio das esferas administrativas. Essa constatação tem por base o relato emitido pelos profissionais de saúde que atuam cotidianamente no hospital, nos moldes estabelecidos na trajetória metodológica descrita na seção a seguir.

Após a introdução, o item dois retrata todo o percurso metodológico traçado para nortear esta dissertação, contextualizando a delimitação do objeto de estudo, que aborda o foco que será dado à pesquisa, bem como explicita a justificativa de escolha do tema; e os aspectos metodológicos utilizados.

O item três tem como foco a exploração da categoria mulher. Se desenvolve a partir do estudo dos conceitos de sexo, mulher e gênero, destacando a relação entre eles e a tendência de retorno da categoria mulher na atualidade. Faz-se, ainda, uma análise mais direcionada ao binômio mulher x mãe, descrevendo o modo como as mulheres costumam se comportar frente à maternidade e as possibilidades que lhe são dadas, ou tiradas, pela sociedade.

O item quatro faz um passeio entre as categorias política pública e saúde. Inicia com a apresentação de conceitos e o histórico acerca das políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da mulher e à saúde do recém-nascido no Brasil. Em seguida, apresenta a organização da saúde com base nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), na qual se enquadra o Programa Rede Cegonha. Adentrando mais especificamente no Programa, descreve as diretrizes, os objetivos, os elementos constitutivos e o cenário inicial da sua implantação no Estado do Ceará. Por fim, são

informadas algumas estatísticas do Estado do Ceará quanto à mortalidade materna, o pré-natal e o parto. O intuito foi ilustrar a realidade do Estado frente a questões levantadas neste estudo.

O item cinco trata exclusivamente do parto, tanto no tocante da medicalização quanto no aspecto de humanização de sua assistência. A partir de um relato histórico relacionado ao parto, é possível perceber sua relação com o surgimento da obstetrícia e as posteriores repercussões políticas e sociais causadas pela medicalização na sua assistência. Nesse sentido, demonstra-se o conceito de violência obstétrica, introduzindo, enfim, os estudos contemporâneos referentes à humanização na saúde e no parto. São relatados os tipos de parto e de assistência ao parto; o que se considera humanização da assistência na saúde e no parto; o conceito de cuidado na assistência em saúde; os princípios da bioética frente à atuação médica; e como se define o parto humanizado.

Após a revisão literária acerca das categorias acima citadas, relata-se a experiência vivida no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana no item seis. Para tanto, descreve-se a estrutura do hospital e a perspectiva geral a respeito da incorporação do Programa Rede Cegonha no hospital. Em seguida, relata-se sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca da humanização do parto no hospital, com base em suas falas e na observação *in loco*. Os relatos dos profissionais são divididos em dois subitens: a relevância do pré-natal e a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto na instituição. Por fim, conclui-se este item pontuando os impactos do Programa Rede Cegonha e seus desafios atuais.

O trabalho se conclui no item sete, que trata das considerações finais. Aborda-se aí a situação atual do Programa do Rede Cegonha no HDGMM considerando o hospital como um recorte amostral do trabalho que vem sendo desenvolvido no Estado do Ceará frente à consecução da humanização da assistência ao parto.

Resta clara a relevância acadêmica e social desta pesquisa tendo em vista que compila importantes conhecimentos teóricos acerca das categorias demarcadas e oportuniza o conhecimento da realidade existente no HDGMM por meio da análise realizada pelos próprios profissionais de saúde que trabalham no hospital, tomando como base os efeitos da implantação do Programa Rede Cegonha.

A pesquisa tem o intuito de verificar as dificuldades históricas e culturais que influenciaram diretamente a forma como a assistência à mulher é prestada ainda hoje, a desinformação e a falta de empoderamento das mulheres, bem como as deficiências decorrentes da falta de recurso financeiro, estrutural e de pessoal no HDGMM.

Busca-se evidenciar que, enquanto a humanização da assistência não for considerada como um direito da mulher e como um dever dos profissionais e do Estado, a mera normalização e divulgação dos conceitos não surtirá os efeitos necessários para que se altere significativamente essa realidade.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA FIRMADA NA PESQUISA

O estudo da sociedade, complexa e subjetiva como é, exige a observância de um percurso metodológico para que sejam alcançados os objetivos da pesquisa, apreendendo os fatos que devem ser investigados.

Com base nisso, o presente item vem relatar a metodologia utilizada na pesquisa, reconstituindo os passos que foram dados para que o conhecimento, ora posto, pudesse ser construído. Se tratando de uma pesquisa envolvendo humanos, sociedade e cultura, o uso da metodologia garante a junção entre a observância da realidade e o conhecimento teórico existente até então.

Osterne (2001) destaca que o ato de pesquisar a sociedade exige que o pesquisador interprete a realidade com base na teoria e em seu próprio conhecimento. O objeto de estudo não é estático e, portanto, deve ser analisado qualitativamente, a partir do que o pesquisador poderá desenvolver seu pensamento e até interferir na realidade social.

O pesquisador integra-se ao conhecimento, interpretando os fenômenos para melhor aproximar-se da sua essencialidade. O objeto jamais será um elemento inerte e neutro, senão primordialmente qualitativo. A realidade social é, em si, o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a abundância de significados dela transbordante. A pesquisa deverá ser sempre, antes, a possibilidade de um diálogo crítico e criativo com a realidade e tem seu melhor desfecho na elaboração do pensamento e na capacidade de intervenção (p. 23).

Tomando como base esse diálogo entre o conhecimento do pesquisador e a realidade, importa delimitar o objeto de estudo para, em pós, destacar os aspectos metodológicos que foram utilizados na pesquisa.

2.1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A presente pesquisa foi formulada com o intuito de verificar como a assistência ao parto vem sendo realizada nos hospitais públicos atualmente, principalmente considerando o percurso histórico, social e cultural em que foi desenhado o parto e sua relação com a mulher, a saúde e as políticas públicas.

Para tanto, tomou-se como base o Programa Rede Cegonha, que veio para formalizar alguns princípios que os órgãos nacionais e internacionais de saúde

já vinham apontando, instruir os hospitais acerca dos meios pelos quais poderiam incorporar tais preceitos, além de repassar recursos financeiros para a consecução de seus objetivos.

O tema foi escolhido com base na necessidade de serem analisadas as questões que envolvem a assistência ao parto e a visibilidade que sua humanização tem tido nos últimos anos, tanto na literatura como nas mídias sociais.

As últimas décadas vinham se caracterizando por uma divergência expressiva entre a assistência pública e a privada no que se refere aos tipos de parto e de assistência que vinham sendo realizadas. Embora os hospitais públicos mantivessem o parto normal como práxis, as intervenções hospitalares eram cada vez mais incorporadas nos procedimentos relacionados ao parto, despertando a denúncia de alguns órgãos da saúde e de estudiosos quanto à iatrogenia¹ e a bioética, além do aumento nos gastos públicos com procedimentos desnecessários. Já no setor privado, os partos passaram a ser realizados prioritariamente por meio da cirurgia cesariana, seja por vontade da paciente ou pela indicação do médico, o que também passou a ser recorrentemente denunciado, visto que a generalização da cesárea ia de encontro às evidências científicas que demonstravam seu risco e as suas consequências e contra as orientações da OMS.

A discrepância entre os modelos e a crítica que passou a ser feita a ambos, quanto à medicalização do parto, tornaram cada vez mais nítida a necessidade de que fosse realizada uma análise acerca dessa realidade, para que se pudesse verificar como a assistência deve ser realizada e com base em quais prerrogativas.

Nesse sentido, o Estado é visto como ator capaz de prover condições que interfiram no cenário brasileiro por meio da elaboração e implantação de políticas públicas que favoreçam a disseminação de informações e que provenham recursos e instrumentos para que os hospitais, por meio de sua estrutura e de seus profissionais, humanizem a assistência e possibilitem uma ambiente favorável ao parto e à saúde.

¹ A dor iatrogênica é resultante de alguma intervenção médica ou de sua complicação. Ou seja, apenas ocorre quando existe alguma intervenção médica e esta cause algum tipo de dor ou tenha efeitos adversos que resultem em dor. Conforme DINIZ (2001), tem-se considerado que a diminuição de intervenções no parto resultaria em um parto menos doloroso, pois descartaria a incidência da dor iatrogênica.

O Programa Rede Cegonha é uma das políticas públicas mais recentes relacionada ao tema, com amplitude federal e com aplicação no Estado do Ceará, tendo sido incorporada por hospitais de Fortaleza, como o Hospital Ditrital Gonzaga Mota – Messejana, onde foi realizada a pesquisa de campo, que será descrita no próximo subitem.

Vale ressaltar que, embora o objeto de estudo desta pesquisa seja delimitado à assistência prestada na rede pública de saúde, visto que o enfoque dado se refere a uma política pública governamental, o interesse pessoal pelo tema teve como supedâneo, ainda, a experiência pessoal vivida na protagonização de um parto normal, hospitalar e humanizado, em outubro de 2015.

Embora a experiência vivenciada tenha ocorrido na rede privada de saúde, a verificação das dificuldades de se alcançar um atendimento humanizado por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos, mesmo após um longo processo de informação, preparação e empoderamento, despertou ainda mais interesse pelo tema, demonstrando a necessidade de que ele seja amplamente discutido para que haja uma conscientização social acerca do que o parto significa e de como seus efeitos interferem na vida da mulher e do bebê e, conseqüentemente, na família e na sociedade.

A disseminação de informações e o aumento na discussão influencia a sociedade em geral, possibilitando o empoderamento das mulheres que são atendidas tanto na rede pública como na rede privada, incentivando a mudança na assistência prestada em ambas as redes e beneficiando a todas as mulheres. Quando isto ocorre por meio de políticas públicas, pode alcançar um número ainda maior de pessoas.

No entanto, é perceptível a desinformação das mulheres, de forma geral, acerca do que consiste o parto humanizado e de quais são as suas implicações, tanto para elas como para seus filhos. Para que se possa lutar pela autonomia da mulher de escolher sobre o parto que quer ter, é necessário, antes, que lhe seja dado o acesso às informações que envolvem o tema. Apenas com a devida noção sobre as suas opções, pode-se considerar que a mulher está empoderada para decidir conscientemente acerca de como deve ser o seu parto.

Ademais, o direito das mulheres faz parte da construção acadêmica da pesquisadora, principalmente quando está voltado ao seu empoderamento e à garantia de sua dignidade e autonomia.

Desde a graduação em Direito, a pesquisadora é instigada pela história de luta feminina e pelas dificuldades que as mulheres ainda encontram para que alcancem o empoderamento de seu corpo e de sua vida. Este interesse se mostrou presente em toda sua produção acadêmica, inclusive na monografia de graduação, intitulada "O aborto como questão de saúde pública: uma análise à luz dos direitos humanos e dos direitos fundamentais". Em continuidade, a pesquisadora se especializou em Psicologia Jurídica, para tentar se aprofundar ainda mais nas questões humanas e sociais.

Assim, embora não se relacione profissionalmente com o tema, a pesquisadora percebeu a urgência de que o presente tema fosse problematizado, aprofundado e publicizado, visto que a informação é o meio mais eficaz para que o empoderamento feminino possa existir e, conseqüentemente, a assistência humanizada passe a ser vista pela sociedade como um direito das mulheres e um dever dos profissionais de saúde, instituições de saúde e do Estado.

Com base na contextualização acima, pode-se perceber o surgimento de uma importante discussão acerca do papel do Estado frente ao fenômeno social da medicalização do parto e da humanização do parto, e o alcance que este pode ter para que tais fenômenos sejam modificados.

Ante o exposto, esta pesquisa se constituiu numa análise acerca da assistência do parto e da relação que as Políticas Públicas vêm estabelecendo com a humanização do parto, tendo como base a implantação do Programa Rede Cegonha no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, no sentido de analisar suas conseqüências e perspectivas com base no que está sendo operacionalizado.

Com isso, foram verificados os seguintes questionamentos de partida, delimitados no projeto de pesquisa: como tem se configurado o procedimento de parto e as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, no Brasil? Quais os impactos da implantação do Programa Rede Cegonha no Estado do Ceará no tocante às condutas médicas e hospitalares? O Programa Rede Cegonha tem influenciado as mulheres e os profissionais de saúde a uma maior conscientização sobre o parto humanizado?

Para tanto, foi perseguido o objetivo geral de pesquisar a dimensão das Políticas Públicas frente à humanização do procedimento do parto como questão de saúde pública, do que derivaram os objetivos específicos de: verificar o procedimento do parto e as políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da

mulher e do recém-nascido no Brasil; identificar os impactos da implantação do Programa Rede Cegonha no Ceará no que tange às condutas médicas e hospitalares; analisar se o Programa Rede Cegonha tem influenciado as mulheres no que se refere a uma maior conscientização sobre o parto humanizado.

As categorias de análise foram delimitadas e abordadas de forma integrada nos itens, sempre voltadas à elucidação do contexto da assistência humanizada do parto. O referencial teórico foi contruído com base em extensa literatura, a partir do que foram destacados alguns estudiosos que elucidaram cada uma das categorias.

No aprofundamento da categoria "Gênero" foram utilizados os estudos elaborados pelas autoras Socorro Osterne, Linda Nicholson, Adriana Piscitelli, Guacira Louro e Elisabeth Badinter. Quanto à categoria "Política Pública", foram enfocadas as produções relacionadas aos autores Francisco Heidemann e Eduardo Passos. Na categoria "Saúde", o estudo foi direcionado para a análise do conceito com base nas disposições dos órgãos especializados na área, qual sejam o Ministério de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, considerando, ainda, as análises realizadas pelos autores abordados nas categorias seguintes. A medicalização do parto foi abordada a partir do parâmetro verificado pelo Ministério da Saúde, se aprofundando, ainda, na linha de pesquisa produzida por Elisabeth Vieira, Carmem Diniz e Alessandra Chacham. A humanização do parto manteve o foco teórico relacionado à medicalização, tomando como amparo literário, também, os estudos realizados por Suely Deslandes, Rosa Maria Mitre e José Ricardo Ayres.

2.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.2.1 Natureza da Pesquisa

A pesquisa desenvolvida tem natureza qualitativa tendo em vista a intenção de uma análise descritiva, exploratória e explicativa, a partir da interpretação do contexto social, político e histórico que circunda a prática da assistência ao parto, buscando aprofundar-se nas relações sociais e políticas envolvidas.

O método qualitativo é aplicado "ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das

interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam" (MINAYO, 2006, p. 57).

Osterne (2008) esclarece que a natureza qualitativa não é:

uma questão de escolha ou preferência pessoal, mas consequência de um propósito de captar aspectos subjetivos da realidade, uma vez que se pretendia compreender, principalmente, a formulação dos argumentos, a descrição do significado das experiências e os símbolos embutidos nos valores e padrões culturais dos atores envolvidos (p. 187).

Também se desenvolveu uma pesquisa de natureza quantitativa, que "tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática" (MINAYO, 2006, p. 56). Para tanto, foram analisados os dados estatísticos relacionados à mortalidade materna, aos procedimentos e tipos de parto e ao nascimento, avaliados para esclarecer os fatos que favorecem ou prejudicam a efetividade das políticas públicas relacionadas ao Programa Rede Cegonha, para, por fim, verificar os resultados.

2.2.2 Tipo de pesquisa

Tomando como pressuposto que a pesquisa realizada necessita de uma instrumentalização abrangente, tendo em vista a complexidade da realidade social, foram escolhidos três tipos de pesquisa, com o objetivo de se complementarem: a bibliográfica, a documental e a de campo.

O exame bibliográfico foi realizado tendo em vista que a pesquisa se refere a um estudo teórico-acadêmico que, portanto, necessita de suporte literário dos autores especialistas nas categorias analisadas. Este se deu por meio da leitura de livros, teses, dissertações e periódicos sobre a matéria, principalmente na área das Ciências Sociais e Políticas, Sociologia, Direitos Humanos e Fundamentais, tomando com bases autores clássicos para referenciar os conceitos e os autores mais atuais que trazem as questões que permanecem sendo discutidas a respeito de cada categoria.

Minayo (2006, p. 182) esclarece que "a primeira tarefa do investigador, definido seu objeto, é proceder a uma ampla pesquisa bibliográfica, capaz de projetar luz e permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica".

O exame documental se deu em seguida, com a coleta de dados relacionados aos tipos de parto, aos tipos de assistência ao parto e ao Programa Rede Cegonha, como meio de demonstrar a realidade fática que vem sendo apontada pelas estatísticas recentes e as questões levantadas na pesquisa bibliográfica.

Por fim, a pesquisa de campo se fez necessária para que contribuísse com a "mediação entre os marcos teóricos-metodológicos e a realidade empírica" (MINAYO, 2006, p. 189), que só poderiam ocorrer com um recorte espacial que permitisse a imersão, mesmo que temporária, na rotina de uma maternidade. A pesquisa de campo permite a aproximação do pesquisador aos sentimentos e às relações que são estabelecidas na prática, a partir do que é possível conhecer mais aprofundadamente em relação aos fundamentos que regulam a situação atual (MINAYO, 2006).

O instrumento utilizado na pesquisa de campo foi o estudo de caso, delimitando a pesquisa de campo ao HDGMM, para que fosse possível averiguar específica e aprofundadamente a aplicação da política pública em um hospital da rede municipal de Fortaleza, com base nos critérios a serem descritos no subitem seguinte.

O estudo de caso, por sua vez, teve como instrumentos de verificação a entrevista semi-estruturada, a observação *in loco* e o apanhado dos dados e das informações públicas do HDGMM.

Para a definição da entrevista semi-estruturada, foi elaborado roteiro de entrevista com base na noção posta por Minayo:

o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos devem funcionar apenas como lembretes, devendo, na medida do possível, ser memorizados pelo investigador quando está em campo. Servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. (MINAYO, 2006, p. 191)

A escolha da entrevista semi-estruturada ocorreu com base na amplitude de profissionais que seriam entrevistados, em suas diversas profissões, funções, idades e conhecimentos. Esse tipo de entrevista permite que as perguntas sejam previamente estabelecidas, mas que não sejam taxativas, podendo ser

complementadas de acordo com o andamento da entrevista, permitindo, assim, que haja um maior aproveitamento de acordo com o conhecimento específico de cada entrevistado.

A observação *in loco* foi realizada no período de entrevistas, durante a espera dos entrevistados. Considerando a característica emergencial dos serviços, as entrevistas tiveram que ser definidas de acordo com a disponibilidade dos profissionais, sendo necessários diversos momentos para que cada um dos profissionais pudessem ter um espaço de tempo confortável para realizar a entrevista. No item seis, serão detalhadas as observações realizadas nas visitas, assim como alguns trechos do relato dos entrevistados e as impressões que delas resultaram.

Assim, a observação foi realizada em recortes e em diversos momentos, com base no ambiente em que o profissional entrevistado estivesse trabalhando, o que predominou na sala de parto e sala de observação.

Por fim, saliente-se que a análise realizada com base nas entrevistas, que será descrita no item seis, tem como suporte o referencial de Minayo (2006, p. 192), quando estabelece que, na pesquisa de campo, "a unidade de significação não é composta pela soma das respostas de cada indivíduo para formar uma relevância estatística. E, sim, ela se constrói por significados que conformam uma lógica própria do grupo ou, mesmo, suas múltiplas lógicas". As entrevistas têm como base, portanto, a análise da pesquisadora frente à realidade encontrada na lógica do grupo entrevistado.

2.2.3 Campo da pesquisa

A pesquisa se inicia com um levantamento bibliográfico e de dados estatísticos para análise geral acerca da mulher na sociedade, da prática da assistência ao parto no mundo e das políticas públicas relacionadas. Com base na análise, são verificadas as condições atuais de atendimento à mulher em situação de gravidez e parto, e ao recém-nascido, bem como a leitura do desenvolvimento do Programa Rede Cegonha no Ceará, para maior efetivação e melhor atendimento das necessidades da mãe e do filho.

O campo da pesquisa se limita ao estudo de caso realizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana (HDGMM), instituição da rede pública abrangida

pelo Rede Cegonha, situada na Av. Washington Soares, 7700, no município de Fortaleza, estado do Ceará.

A escolha do campo foi realizada a partir dos critérios demonstrados por Minayo como revelantes, no que se refere a uma pesquisa qualitativa:

o investigador precisa dedicar tempo aos critérios de escolha dos locais ou do local onde a realizará, fazendo antes uma incursão por vários ambientes, buscando justificar a seleção do espaço. Essa escolha envolve vários elementos: critérios lógicos, interação, conveniência e contatos que assegurem o êxito do trabalho (MINAYO, 2006, p. 196).

O hospital é especializado em atendimento ginecológico-obstétrico e pediátrico, com foco no atendimento da população residente na Regional VI de Fortaleza.

Conforme os dados disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2016), o HDGMM é o segundo hospital público com maior número de partos na cidade, sendo responsável, em 2015, por 4.545 partos, dos quais 56,19% foram partos vaginais, e, em 2014, por 4.635 partos, sendo 53,69% destes partos vaginais. Seus profissionais possuem, portanto, uma vasta experiência no atendimento de mulheres grávidas e em trabalho de parto, o que demonstra a amplitude dos dados que daí advém.

Considerando que, em pesquisa anterior à definição do campo, constatou-se que a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, com maior número de partos em Fortaleza², já havia sido objeto de estudo recente³ e, verificada a amplitude da demanda do HDGMM e seu histórico de humanização e de partos, bem como as dificuldades de recursos que são percebidas em toda a rede de saúde pública atualmente, tornou-se suficientemente relevante o direcionamento da pesquisa para este hospital. Oportuno ressaltar, também, que a escolha foi baseada nos critérios de conveniência e acessibilidade, tendo em vista a proximidade do hospital e o contato prévio com profissionais que trabalham no hospital, facilitando a interação com os demais profissionais.

² Na Maternidade-Escola, em 2015, foram realizados 5.379 partos, sendo 45,86% partos vaginais. No ano de 2014, houveram 3.937 partos, sendo 45,41% partos vaginais. Saliente-se que houve uma diminuição no número de partos na maternidade, nos últimos anos, tendo em vista as reformas que estão em andamento. Percebe-se que o percentual de partos vaginais é aproximado ao verificado no HDGMM.

³ No decorrer da pesquisa, foi encontrado estudo na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, intitulado "Avaliação do Programa Rede Cegonha numa maternidade pública do nordeste brasileiro", de Gleiciane Viana Gomes.

O HDGMM é referência em humanização do parto e conta com profissionais de saúde de diversas áreas que trabalham de forma multiprofissional, como psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, médicos e enfermeiros, no atendimento aos pacientes. A equipe é rotineiramente inserida em eventos realizados pelo próprio hospital para a discussão e atualização de temas relacionados à gravidez e ao parto, sendo notório seu envolvimento com o objeto da presente pesquisa e a vasta gama de informações que pode gerar tendo em vista o grande número de profissionais de saúde agregados, de atendimentos e de partos realizados.

2.2.4 Caracterização dos sujeitos

O público-alvo da pesquisa são os profissionais de saúde, com foco em médicos, enfermeiros e assistentes sociais, bem como diretores e coordenadores de setor, especificamente nos setores de ambulatório, sala de parto, alojamento conjunto e unidade neonatal do Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, e que estiveram em contato com as gestantes ou mães que foram atendidas em situação de gravidez e parto com acompanhamento desde o pré-natal no âmbito do Programa Rede Cegonha, para que sejam investigados os resultados.

Optou-se por entrevistar os profissionais de saúde no intuito de averiguar uma perspectiva menos explorada pelas pesquisas de campo realizadas nessa seara, considerando que a visão dos profissionais pode trazer um conteúdo diferenciado para o presente estudo.

Quanto à amostragem, Minayo descreve:

Numa pesquisa qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério, portanto, não é numérico, embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço. Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. (MINAYO, 2006, p. 196-197)

Foram entrevistados vinte profissionais em turnos e dias diversos, nas especificidades demonstradas na tabela 01, tendo como critério de inclusão aqueles que possuíam maior disponibilidade para a entrevista, que tenham tido acesso ao

acompanhamento de grávidas e mães, especialmente os profissionais de saúde que vivenciaram o trabalho de parto após a implantação do Programa Rede Cegonha, e que possuam conhecimento acerca das diretrizes e procedimentos que foram estabelecidos neste.

Tabela 01 - Número de profissionais entrevistados de acordo com o setor e a função

Setores	Enfermeiros	Médicos	Assistentes sociais
Direção	0	2	0
Sala de parto	7	2	0
UTI neonatal	1	1	0
Ambulatório	1	1	0
Alojamento Conjunto	2	1	0
Assistência Social	0	0	2

Fonte: elaborada pela autora.

Dentre os profissionais acima, estão incluídos os coordenadores de setor.

Quanto ao tempo de serviço, treze entrevistados possuíam mais de dez anos na saúde e sete possuíam menos de dez anos.

2.2.5 Processo de coleta e organização de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento de estatísticas, observação *in loco* e de entrevistas semi-estruturadas com o fito de possibilitar uma aproximação com as instituições analisadas.

Os dados provenientes de estatísticas foram baseados nas publicações realizadas por órgãos competentes, como, por exemplo, a Secretária de Saúde do Estado, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, assim como aquelas baseadas na pesquisa realizada no HDGMM, no que se refere à mortalidade materna, aos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento, e à implantação do Rede Cegonha e de seus componentes.

Para que a observação *in loco* e as entrevistas semi-estruturadas fossem autorizadas, o projeto de pesquisa originário foi submetido à Plataforma Brasil em março de 2016, para que fosse analisado e aprovado pelo hospital e pelo Comitê de

Ética da UECE. Somente após a emissão do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UECE, em anexo (Anexo I), em julho de 2016, foi iniciado o estudo de caso.

A observação *in loco* resultou de visitas realizadas ao Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, realizadas entre os meses de julho e agosto de 2016, em que foi analisada a aplicação das diretrizes do Programa Rede Cegonha, com base na observação dos profissionais de saúde na sua rotina hospitalar, no encaminhamento dado às gestantes e nos atendimentos iniciais, sem que haja qualquer interferência no ambiente.

As entrevistas semi-estruturadas também foram realizadas no período de julho e agosto de 2016, com profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais, bem como os diretores e coordenadores de setor que estiveram em contato com as gestantes ou mães que já foram atendidas em situação de gravidez e parto, especificamente nos setores de ambulatório, sala de parto, alojamento conjunto e unidade neonatal do hospital.

Cada entrevista foi realizada com base no roteiro inserido no apêndice A, se desenvolvendo de acordo com o conhecimento que cada entrevistado possuía. As perguntas contêm questionamentos acerca da prática da assistência ao parto recente, da humanização do parto e da implantação do Programa Rede Cegonha no hospital. Previamente, todos os profissionais preencheram seus dados básicos no roteiro de entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, exposto no apêndice B, e foram cientificados do conteúdo da pesquisa e da forma como esta seria utilizada.

Os dados foram organizados a partir da leitura e compilação dos documentos e entrevistas resultantes da pesquisa de campo no hospital e a recorrência das informações. Todas as entrevistas foram devidamente gravadas e, posteriormente, transcritas, respeitando o conteúdo das falas que estavam relacionadas ao conteúdo da entrevista.

A partir disto, foram confrontados os dados obtidos a partir da pesquisa e aqueles disponibilizados pelo Estado como diretrizes e políticas da implantação do Programa Rede Cegonha no Estado do Ceará, do que se pode verificar a proporção em que vem sendo implantado o programa e as dificuldades que ainda são percebidas na assistência ao parto.

Empós, realizou-se a análise dos dados, com a averiguação dos procedimentos realizados no hospital desde o atendimento inicial até a internação e o nascimento, a fim de compreender quais os meios utilizados pelos profissionais de saúde para dispor o suporte pessoal e médico durante todo o atendimento e acolhimento dos pacientes, sempre tomando por base os direitos adquiridos e os posicionamentos firmados no Programa Rede Cegonha.

Frise-se que a coleta de dados observou todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, observando especificamente a Resolução nº 466, de 2012, do Ministério da Saúde.

3 A CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS RELACIONADOS À CATEGORIA MULHER

Para que se possa conhecer as diversas formas de parto que foram sendo constituídas ao longo da história, com base no desenvolvimento da ciência e nos interesses da sociedade, é indispensável começar por algumas noções relacionadas à categoria mulher que foram sendo construídas pelos estudiosos e pela sociedade, no sentido de entender a relação dessas noções com o sexo e a condição de gênero.

A partir destas noções, será possível averiguar em que proporção social o parto esteve e está vinculado à condição feminina e os reflexos disso para o desenvolvimento do tema desta dissertação.

Inicialmente, convém dizer que os conceitos que serão trabalhados estão diretamente relacionados aos estudos feministas, que, apesar de possuírem uma mesma rotulação, diferem e divergem entre si diante das inúmeras formulações relativas à construção desses conceitos.

Conforme descreve Louro (2003), os estudos feministas passaram a ser um movimento mais organizado e constante a partir do século XIX, no Ocidente. A "primeira onda do feminismo" se ateve à reivindicações de alguns interesses específicos de um grupo de mulheres, brancas e de classe média. No final da década de 60, com a "segunda onda do feminismo", é que o feminismo passou a se voltar, também, ao estudo teórico, trazendo para a academia as questões que as estavam mobilizando.

Louro (2003) salienta a importância desse momento tendo em vista que as mulheres sempre estavam adstritas à esfera do privado, invisíveis e controladas. Elas passaram, agora, a fazer relatos das suas histórias, das opressões e reivindicações, e, posteriormente, buscaram explicações e teorias.

No desenvolver das diversas teorias que foram surgindo, desde então, para conceituar e estabelecer diretrizes que justificassem a condição da mulher na sociedade, Louro (2003) destaca que se pode reconhecer a busca por uma causa central que justificasse a opressão das mulheres para que, a partir de sua destruição, fosse possível a emancipação.

Em grande parte dos estudos, a causa central da opressão das mulheres, bem como a própria definição do conceito de mulher, são referidas à sua diferença biológica, pelo fato de ser reprodutora. A distinção biológica entre o macho e a

fêmea é apontada como fonte, ou, uma das fontes, para a diferenciação social entre o homem e a mulher.

Em contraponto a este sentido, estabelecido de forma tão ampla e diversificada nos estudos feministas, desde os primeiros estudiosos até a contemporaneidade, é que vem sendo levantada, cada vez mais, a ideia de que não são as características do sexo que diferenciam socialmente o homem e a mulher, mas a valorização atribuída a estas características.

Nesse sentido, vale transcrever Louro (2003):

É necessário demonstrar que não são propriamente as características sexuais, mas é a forma como essas características são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas que vai constituir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico. Para que se compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. (LOURO, 2003, p. 21)

Assim, com base nos estudos sobre as relações de gênero será possível compreender a construção dos conceitos de sexo e gênero, de como a mulher é percebida no contexto social, e, mais especificamente, como mãe e em relação ao parto.

3.1 A RELAÇÃO ENTRE SEXO, GÊNERO E MULHER

Louro (2003) analisa que o conceito de gênero passou a ser construído para tentar afastar a ideia estabelecida de que o sexo seria responsável pela desigualdade entre o homem e a mulher, determinando que fossem consideradas, também, as diferenças nas sociedades em seus diferentes momentos históricos.

A teorização do conceito de gênero acabou afastando as discussões sobre mulher, uma vez que se vislumbrava nestas discussões um sentido mais voltado para a sexualidade, relacionado à diferença biológica, diferente do sentido que passou a ter gênero.

Adriana Piscitelli (2004) destaca que os estudos de gênero partiam, genericamente, do fato de as mulheres ocuparem espaços sociais subordinados ao homem, mesmo que estes variassem de acordo com a época ou local de referência. Sustentavam que essa subordinação advinha da construção social que foi sendo

estabelecida em torno das mulheres, de modo que a alteração da percepção social sobre a mulher poderia readequar sua posição na sociedade.

Piscitelli (2004) esclarece que várias foram as correntes de pensamento feminista que buscaram formas de explicar a opressão feminina, tentando encontrar uma causa original que justificasse o fato de mulheres serem constantemente subordinadas aos homens. Com base em algumas dessas linhas de pensamento, as funções reprodutivas foram percebidas como centro de onde são emanadas e para onde convergem a opressão e a desigualdade, de modo que a condição biológica, juntamente com a cultura masculina, estariam diretamente relacionadas ao contexto em que foi sendo desenvolvido o conceito de gênero. Passou-se a estudar o conceito de gênero com base no que vinha sendo desenvolvido sobre a categoria mulher, buscando superar, contudo, algumas limitações conceituais.

Nesse sentido, Gayle Rubin foi uma das primeiras pensadoras a desenvolver um estudo acerca da diferenciação entre os conceitos de sexo e gênero, em 1975.

Conforme Rubin (1993), a mulher é uma fêmea, que se torna doméstica, esposa ou prostituta, por exemplo, a partir de suas relações, ocasionando o ensejo da opressão. Com base nos estudos de Freud e Lévi-Strauss, acerca de conceitos da Psicanálise e da Antropologia, Rubin defende que é possível estabelecer partes da vida social em que são consolidadas as opressões das mulheres.

Assim, Rubin constrói a definição do sistema sexo/gênero, que vem a ser amplamente difundida e analisada por diversas autoras e feministas daqui em diante: "um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas" (RUBIN, 1993, p. 02).

Entende, portanto, que este sistema é composto por práticas e valores que se utilizam da diferença sexual entre homens e mulheres para justificar comportamentos e relações. Divide a questão fisiológica e a cultura para demonstrar que a sociedade é que transforma essa sexualidade biológica em opressão.

A partir dessas noções, vários estudos foram constituídos, assim como diversas vertentes acerca de gênero, analisando as possibilidades em que o poder, a opressão e a cultura interferem, juntamente com o sexo, nas relações sociais e nos gêneros.

Dentre eles, pode-se ressaltar as análises feitas por Osterne (2008),

quando destaca que é pelo fato de não se poder alterar as funções reprodutivas que, embora construída socialmente, a exclusão da mulher seja ontologicamente justificada na história pelo sexo, de modo que, para afastar esse determinismo biológico e possibilitar uma melhor análise das questões sociais a que essa diferenciação está relacionada, os estudos da mulher voltaram-se para a categoria gênero.

Ao dissertar sobre gênero, Osterne (2001) delinea a necessidade de que sejam analisadas as relações entre os gêneros para que se possa aproximar do conceito de mulher e de homem. Esclarece que o indivíduo se torna homem ou mulher a partir destas relações, ou seja, do social e do cultural, e não da sua sexualidade, o que determina, ainda, a possibilidade de que haja sempre a discussão das definições estabelecidas para cada gênero.

Osterne e Silveira (2012) citam o fato de a sociedade atribuir comportamentos, obrigações e características a homens e mulheres como forma de consolidar a desigualdade entre eles, considerando que, por não poder gestar um filho, o homem está vinculado à esfera pública. Consideram ainda as autoras que esses papéis sociais foram perpetuados ao longo da história por meio de instituições, tais como a igreja, a família, a mídia e os sistemas educacionais.

Osterne (2008) esclarece que não há uma identidade cristalizada, mas uma história em que devem ser consideradas as práticas sociais e as instituições para a construção de cada identidade de gênero, e a partir da qual as relações são hierarquizadas.

Embora hajam diversos desdobramentos valorosos do estudo da mulher relacionados à categoria gênero, estes não serão aprofundados no presente estudo. Interessa analisar, portanto, que as mais recentes discussões acadêmicas estão relacionadas a uma alteração comum no olhar acerca da categoria gênero, bem como da categoria mulher.

Nesse sentido, vale citar Piscitelli quanto às discussões atuais acerca do conceito de gênero:

As perspectivas de diversas autoras que participam das discussões atuais sobre gênero, entre as quais é possível inserir a produção de Butler, embora diferenciadas, coincidem na radicalização dos esforços por eliminar qualquer naturalização na conceitualização de diferença sexual, pensando gênero de maneira não-identitária. Isto é, rejeitando os pressupostos universalistas presentes na distinção sexo/gênero, convergem na tentativa

de analisar criticamente os procedimentos através dos quais gênero é concebido como fixando identidades, e de formular conceitualizações que permitam descrever as múltiplas configurações de poder existentes em contextos históricos e culturais específicos. Essas abordagens contrapõem a ideia de fluidez à (relativa) fixidez do gênero ancorado em bases biológicas presente nas primeiras formulações de gênero; a noção de múltiplas configurações nas quais o poder opera de maneira difusa à ideia de dominação/subordinação universal das mulheres; a intersecção entre múltiplas diferenças e desigualdades ao privilégio da diferença sexual entendida como diferença entre homem e mulher. (PISCITELLI, 2004, p. 56)

Nesse sentido, Piscitelli (2004) destaca que o estudo sobre gênero passou, então, a abranger mais linhas de pesquisas, nem sempre relacionadas diretamente às mulheres, mas ao masculino, ou a gays e lésbicas, gerando um conflito entre algumas áreas da prática política feminista, pois se passou a considerar que estes novos estudos traziam subjetividade à categoria gênero, desconstruindo sua universalidade e enfraquecendo as políticas relacionadas.

Haveria, portanto, um distanciamento entre os interesses do feminismo, como política e ativismo, e a produção teórica relacionada à categoria gênero. Piscitelli (2004) relata que estas formulações desconstrutivistas têm sido atacadas por afetar diretamente o movimento político, dificultando a formulação de um conceito universal, que foque nos pontos comuns das mulheres, mesmo considerando que existem diferenças, e que possa ser utilizado como base para as políticas. E, nesse marco de contrariedades, algumas autoras vêm optando por abandonar o estudo de gênero, com o objeto de recriar a categoria mulher.

Busca-se distanciar a categoria mulher de sua antiga conceituação relacionada ao determinismo biológico, o que será mais amplamente abordado no próximo subitem.

3.2 AS TRANSFORMAÇÕES DO QUE É SER MULHER

Piscitelli (2004) desenvolve uma extensa análise acerca da categoria mulher e suas transformações, considerando que este é um conceito que tem voltado ao debate acadêmico na contemporaneidade, em detrimento do de gênero, ao considerar que devem ser eliminados os pressupostos universalistas geralmente relacionados à distinção sexo/gênero, de modo a possibilitar a análise das diversas configurações de poder que estão presentes em cada contexto histórico e cultural.

Sua análise referencia diversos entendimentos de estudiosos atuais, demonstrando a inquietude acerca da conceituação homogeneizante que foi sendo firmada quanto às categorias mulher e gênero.

Dentre as estudiosas que vêm discutindo esses novos olhares acerca dos conceitos relacionados ao sexo, gênero e, especificamente, mulher, importante citar Nicholson (2000), que se posiciona quanto à categoria mulher, a partir do distanciamento do que autora chama de fundacionalismo biológico⁴, considerando que o conceito limita a visão das diferenças entre as mulheres em seus contextos específicos, que se diferenciam suficientemente além de suas características reprodutivas.

Embora o fundacionalismo biológico já tenha sido elaborado com o intuito de afastar o determinismo biológico, ainda mantém o pensamento de que existem sempre questões fisiológicas que influenciam as culturas na diferenciação entre homens e mulheres, generalizando aspectos que são específicos em cada sociedade humana, com base na personalidade e no comportamento impresso em cada um de seus integrantes, bem como na forma em que é entendido o corpo.

A autora considera que, embora todas as sociedades diferenciem homens e mulheres, e essa distinção se relacione ao corpo, a forma como o corpo é percebido e a sua importância são variáveis que influenciam diretamente o sentido do que é ser mulher nas sociedades humanas.

Assim, Nicholson (2000) sugere que o conceito de mulher seja pensado:

como palavra cujo sentido não é encontrado através da elucidação de uma característica específica, mas através da elaboração de uma complexa rede de características. Essa sugestão certamente leva em conta o fato de que devem haver algumas características — como a posse de uma vagina e uma idade mínima — que exercem um papel dominante dentro dessa rede por longos períodos de tempo. Considera também o fato de que a palavra pode ser usada em contextos nos quais essas características não estão presentes — por exemplo, nos países de língua inglesa antes da adoção do conceito de "Vagina" ou em sociedades de língua inglesa contemporâneas para se referir àqueles que não possuem vagina, mas que se sentem mulher (isto é, a transexuais antes da operação). Mais do que isso, se nossa referência incluir não só o termo inglês "Woman", mas também todas

⁴ Nicholson (2000) introduz o termo fundacionalismo biológico como a percepção de que há uma relação mais do que acidental, embora coexistente, entre o sexo, a personalidade e o comportamento. Assim, no fundacionalismo, o sexo é visto como característica que influencia o ser, como defendido também no determinismo biológico, no entanto não define as constantes sociais, que podem ser transformadas, demonstrando a possibilidade de diferenças e semelhanças, também, entre as mulheres.

as palavras que o traduzem, esse modo de pensar o sentido de "mulher" se torna ainda mais útil. (NICHOLSON, 2000, p. 35)

Em suma, a autora propõe que sejam consideradas as diferenças existentes entre as mulheres, entre a forma como seu corpo é percebido em cada um dos diversos contextos em que se insere, para que as políticas sejam direcionadas às diversas necessidades de cada grupo de mulheres ou de vários grupos, abrangendo suas possibilidades, não havendo, portanto, a necessidade de uma definição fixa do conceito de mulher, mas a consciência da existência de diversas mulheres, com múltiplas necessidades, ora distintas ora semelhantes, que podem se relacionar e reivindicar unidas.

Piscitelli (2004) compactua com o posicionamento adotado por Nicholson e destaca que a teoria feminista não tem conseguido lidar plenamente com as intersecções entre gênero e outras categorias, como etnia e classe, em situações em que as especificidades de um grupo necessitam de um projeto próprio.

Assim, considera que a re-criação da categoria mulher, principalmente na seara política, se faz apropriada, tendo em vista a possibilidade de o feminismo passar a agir em políticas públicas relacionadas a mulheres, em seus diversos contextos, com a finalidade de desconstruir os discursos e as relações que se baseiem na subordinação da mulher.

Por fim, vale mencionar Guacira Louro (1997), que demonstra a dinamicidade entre sexos e gêneros, tendo em vista que percebe, na realidade, que não são conceitos simplesmente binários, de modo que as identidades sexuais podem ser construídas em vários formatos e podem ser mudadas em um ou mais momentos da vida. Além disto, não se trata simplesmente do fato de serem homens ou mulheres, mas de possuírem etnia, classe e/ou nacionalidades distintas, por exemplo, o que amplia ainda mais o leque de diferenças e, portanto, demonstra a impossibilidade de se resumirem em uma categoria fixa, que inclua a todos e às suas especificidades.

Ao tratar da polaridade dos gêneros, a autora retrata que tanto o pólo masculino como o feminino são fragmentados e divididos, de modo que "não existe a mulher, mas várias e diferentes mulheres que não são idênticas entre si, que podem ou não ser solidárias, cúmplices ou opositoras" (LOURO, 1997, p. 32).

Em suma, a presente pesquisa considerará que a categoria mulher figura

como um conceito amplo, que não deve ser fixado, pois precisa abranger as especificidades que cada contexto social pode determinar. Assim, a definição de mulher não está centralizada no corpo mas depende da forma como as características biológicas são percebidas por cada comunidade, dos diversos contextos sociais em que as diversas mulheres estão inseridas, com suas características e reivindicações próprias.

A presente concepção de mulher tem especial importância para a análise da humanização do parto, pois caracteriza a mulher como ser autônomo que, com essas características e reivindicações próprias, necessita de um atendimento atento às suas nuances e individualidades, e não um atendimento generalizado baseado em um conceito geral de mulher que não corresponde à realidade. Portanto, o tema em análise contribui sobremaneira para o empoderamento feminino.

3.3 A MULHER MÃE

Embora venham sendo analisadas as transformações relacionadas ao conceito de mulher, demonstrando a concepção que tem sido gradativamente incorporada no seio da sociedade, deve-se fazer uma breve retrospectiva⁵ acerca de um dos papéis sociais que as mulheres assumiram, ou que lhe foram impostos, a fim de identificar as motivações das primeiras políticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher e à saúde do recém-nascido, inclusive relacionadas ao parto, e que ainda repercutem atualmente.

Ao longo da história, pode-se perceber que o papel das mulheres sempre esteve íntima e prioritariamente voltado ao ambiente privado, principalmente como administradora do lar e mãe.

Especialmente após o século XVIII, a mulher passou a ser mais direcionada ao papel de mãe. Tendo como um dos marcos iniciais o livro *Émile*, de Rousseau, o mito do amor materno passou a ser amplamente propagado e exaltado no entendimento social e filosófico, a partir da naturalização do amor da mãe, definido como sentimento intrínseco e instintivo do qual nenhuma mulher poderia se furtar (BADINTER, 1985).

⁵ No presente item, optou-se pelo enfoque na obra de Elisabeth Badinter (1985), que aborda o mito do amor materno, tendo em vista que traz vasto relato histórico das transformações do papel da mulher como mãe na França e analisa os principais contextos que envolveram a consolidação do papel da mãe na concepção ocidental, e não apenas francesa.

Desde então, a mulher passa a ser obrigada a ter como preocupação primordial a saúde e a educação de seus filhos, pois estes serão o alicerce do futuro. O desenvolvimento da sociedade passa a depender diretamente do seu desempenho como mãe (BADINTER, 1985).

Saliente-se que essa mudança da função destinada à mulher⁶ a partir do último terço do século XVIII se deu a partir da verificação de que, mais do que formar súditos dóceis oriundos de famílias autoritárias, era necessário produzir mais seres humanos. Emergia a necessidade de que a mortalidade infantil fosse reduzida urgentemente para que houvesse mão de obra produtora, que gerasse lucro e riquezas ao Estado (BADINTER, 1985).

Para tanto, além do discurso econômico, emergiram outros dois discursos, o discurso filosófico e o discurso social de exaltação das mulheres. O primeiro passou a transformar o poder paterno do homem, relacionando-o ao auxílio no desenvolvimento do filho, e a delegar mais poder à mulher, pelo menos dentro de casa; assim como inseriu o conceito de felicidade individual, incluindo a criação dos filhos como uma das formas de a mulher alcançar a felicidade. Já o discurso social de exaltação das mulheres como mães ocorre quando a sociedade passa a exaltar a beleza das mulheres lactantes e glorificar aquelas que se dedicam à família e à maternidade, elevando-as ao papel de responsáveis pela nação. Era essencial que a mulher garantisse o amadurecimento de seus filhos a ponto de se tornarem produtivos e manterem o ciclo social (BADINTER, 1985).

Nesse sentido, Freud soma a Rousseau ao abordar, na psicanálise, a responsabilidade da mãe quanto à felicidade do filho, bem como que as características naturais da mulher "normal" a empurram ao papel de mãe, como ser passivo, masoquista e narcisista (BADINTER, 1985).

A partir da análise de vozes tão reconhecidas, grande parte das mulheres foi, progressivamente, aceitando os argumentos como verdadeiros e o amor materno como inato. Com o acúmulo cada vez maior de funções maternas, que, além de

⁶ Antes da exaltação do amor materno, as mulheres também tinham seus papéis sociais vinculados ao espaço privado, mas delegavam a amamentação e a educação de seus filhos a outros, como amas, internatos ou preceptores, pouco participando da vida de seus filhos. Justamente devido ao elevado índice de mortalidade infantil, que foi relacionado à falta de nutrição adequada, higiene e cuidado, e que afetava diretamente a economia e segurança do Estado, as mulheres foram "forçadas" a assumir a responsabilidade de acompanhar e suprir pessoalmente todas as necessidades de seus filhos. O mito do amor materno permanece incorporado na sociedade até os dias de hoje. (BADINTER, 1985)

procriadora, abrangiam a de lactante e educadora, a integralidade do papel de mãe se consolidava como fonte de felicidade (BADINTER, 1985).

Nesse sentido, Vieira (2002) acrescenta que a autoridade médica que foi sendo firmada a partir do século XVIII também influenciou na vinculação da mulher ao papel social de mãe ao disciplinar o corpo feminino à determinação biológica de reprodução. Considerava-se que a própria essência feminina era diferente da masculina, pois a sua fisiologia estava ligada aos sentimentos, comportamentos e ações, diante os efeitos que os hormônios ou a menstruação traziam.

Relata que, "na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos" (VIEIRA, 2002, p. 31).

Vieira (2002) destaca, inclusive, que a regulação da reprodução e da sexualidade foi contundente em relação à mulher, visto que era aquela responsável pela qualidade da espécie. Aquelas que se desviavam eram estigmatizadas como "mulher degenerada" ou "mãe desnaturada".

Resta claro que a mulher passou a ser ainda mais envolvida no espaço privado e passou a figurar, para o Estado, como instrumento para que seus objetivos fossem atingidos.

Essa percepção é confirmada com base nas primeiras políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da mulher, conforme veremos no item seguinte, assim como na evolução histórica do procedimento do parto, descrita no item cinco, que ocorreram, principalmente, diante à necessidade de diminuição da mortalidade infantil e não por considerar as necessidades da mulher em si.

De todo modo, embora o papel das mulheres tenha sido vinculado ao de mãe, a história mostra, compactuando com o que fora demonstrado no subitem 3.2, que os interesses e posicionamentos das mulheres nunca foram uníssomos e que, em diversos momentos, grupos de mulheres se articulavam a fim de tentar resguardar a sua liberdade e alcançar novas possibilidades, principalmente no espaço público (BADINTER, 1985).

A partir do século XX, a mulher passa, enfim, a conquistar novos espaços e novas funções sociais, primeiro em face da necessidade de mão-de-obra barata resultante da Revolução Industrial e, em pós, devido à mobilização social organizada

pelas próprias mulheres para que seus demais direitos fossem reconhecidos, fazendo com que passassem a ser progressivamente aceitos.

Atualmente, uma das maiores bandeiras no movimento de mulheres frente à consecução de direitos se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, que, embora tenham sido reconhecidos em parte, muitos dos que foram reconhecidos ainda não foram efetivamente garantidos por meio de políticas públicas e conscientização social, e muitos ainda precisam ser analisados, discutidos e avaliados, como o parto, que será foco da presente pesquisa.

Dentre estas lutas, pode-se destacar o planejamento familiar⁷ e a maternidade como escolha⁸. Estas são pautas existentes desde a década de 60, que já foram abordadas em diversas manifestações sociais e em políticas públicas, e garantindo grandes vitórias para muitas mulheres, mas que ainda não são razoavelmente disseminadas na sociedade pela própria desinformação de muitas mulheres e pela cultura arraigada, que não percebe a mulher como um ser que tem direito a escolha sobre que tipo de vida quer ter, se com filho(s) ou não.

Sabe-se que os direitos das mulheres, bem como os direitos humanos em geral, demoraram um pouco mais a ganhar espaço na maioria dos países subdesenvolvidos, diante dos costumes incutidos em sua cultura colonizada e da dificuldade de se desvencilharem de seus governos historicamente ditadores e centralizadores. No Brasil, não foi muito diferente.

De fato, um dos grandes entraves para que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres não sejam reconhecidos socialmente é a resistência em permitir que a mulher se afaste das obrigações do espaço privado. Uma grande parcela da sociedade ainda cultiva a ideia de que as funções de criar e educar são indissociáveis da mãe, pois permanece incutido no senso comum que ela seria o

⁷ A pílula anticoncepcional trouxe à mulher uma possibilidade jamais antes admitida. Distribuída a partir de 1969, as mulheres, então, passaram a lutar pelo seu direito à contracepção, com slogans como "o direito ao prazer". A mulher poderia ser realmente livre sexualmente, podendo envolver-se com o parceiro que quisesse, correndo riscos mínimos quanto à gravidez, tendo autonomia para fazer seu planejamento familiar e investir na vida profissional. Desde a Segunda Guerra Mundial, as mulheres já passaram a experimentar a vida além da casa, o mercado de trabalho, de modo que a pílula anticoncepcional veio a desvinculá-la ainda mais de suas antigas obrigações domésticas, lhe envolvendo num mundo de escolhas e liberdades (PRIORE, 2011). Na Constituição Federal de 1988 o planejamento familiar passou a ser elencado como direito da família, em seu artigo 226, § 7º, sendo sucessivamente pauta em documentos internacionais.

⁸ A escolha da mulher quanto à maternidade é uma luta feminina que se relaciona diretamente com o planejamento familiar. A partir da possibilidade de se planejar a família, busca-se desvincular a mulher da obrigatoriedade de ter filhos, estabelecendo que cabe a ela o direito de escolher se quer gerar filhos e, se sim, quando quer fazê-lo.

único ser capaz de amar a ponto de conseguir realizar todos os esforços fundamentais para atender as necessidades do filho. A figura da mãe como base social é mantida como inexorável, fazendo com que muitas mulheres acumulem diversas funções e se frustrem na busca pela perfeição.

A análise dessas conquistas e dificuldades que ainda permeiam a realidade feminina são fundamentais para que se possa verificar as condições em que as políticas públicas e o procedimento de parto foram desenvolvidos, considerando, ainda, que é a partir da análise das necessidades das mulheres, observadas em sua individualidade, que as políticas públicas devem ser pensadas, de acordo com cada necessidade e realidade. Esta questão será tratada no próximo item.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE NO BRASIL

Com base nas noções expostas no item anterior, será abordada a categoria políticas públicas, especialmente quanto àquelas que se voltam para a atenção à saúde reprodutiva da mulher e à saúde do recém-nascido no Brasil. Isso para que se possa chegar à política pública que será mais amplamente averiguada no presente estudo, ou seja, o Programa Rede Cegonha.

Introdutoriamente, cabe citar que, na história do parto, pode-se perceber a presença de políticas públicas de Estado desde os primeiros movimentos relacionados ao aumento ou à diminuição da natalidade. No século XX, por exemplo, o Estado se posicionou face aos interesses de liberação da natalidade para auxiliar no desenvolvimento nacional, como destaca Mary del Priore (2011).

No início do século XX, o controle de natalidade se converteu em interesse público: o problema “populacional” era importante para pensar-se o desenvolvimento nacional, articulando-se com os debates que animavam os homens públicos na época. A natalidade era fundamental não só para a continuação da espécie – argumento secular –, mas para a sociedade. Medicina e política davam-se as mãos, prescrevendo normas para o comportamento reprodutivo. [...] A vida burguesa e urbana conduziu a um controle individual das mulheres sobre sua sexualidade. (PRIORE, 2011, p. 144)

Com base no desenvolvimento econômico e no fortalecimento da pátria, as políticas públicas incentivavam o desenvolvimento médico em prol do parto para que a mortalidade infantil reduzisse. Hoje, com a luta das mulheres para que seus direitos sejam reconhecidos, o Estado passou a se sensibilizar mais para o reconhecimento de alguns direitos, embora ainda existam muitos a serem reconhecidos e efetivados.

Na Conferência Mundial do Cairo, em 1994, foram definidas várias estatísticas da Organização Mundial de Saúde, quanto à atenção do Estado ao índice de mortes maternas e à influência da mulher na prosperidade social, a partir do desenvolvimento da família.

Mortes maternas têm consequências muito sérias dentro da família, tendo em vista o papel crucial da mãe para a saúde e bem-estar de seus filhos. A morte da mãe aumenta o risco de sobrevivência de seus filhos pequenos, especialmente se a família não tem condições de prover uma substituta para o papel da mãe. Uma maior atenção às necessidades de saúde reprodutiva de moças e adolescentes poderia evitar uma grande incidência

de morbidade e de mortalidade maternas. (RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, p. 75 e 76)

Desde então, inúmeros compromissos internacionais foram sendo firmados pelos Estados com vistas à redução dos índices de mortalidade materna e perinatal, alicerçando as políticas públicas desenvolvidas pelo Brasil que serão descritas no decorrer do presente item.

Inicialmente, será abordado o sentido de política pública para que sejam compreendidas em sua natureza.

4.1 A NOÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Embora existam algumas divergências em torno do conceito de políticas públicas, o presente estudo aborda este conceito em seu sentido multicêntrico, ou seja, com base na análise realizada por Heidemann (2009), considerando que é o caráter público que define as ações independente de ser de natureza governamental ou realizada por outros atores sociais. Política Pública, portanto, não é sinônimo de política de Estado, mas algo que deverá envolver, simultaneamente, o Estado e a sociedade.

Assim, o Estado não é o único que pode figurar como impulsionador dessas ações, embora possa se estabelecer como uma instituição influente para, por meio de políticas públicas, colaborar com discussões, estabelecer diretrizes e prover condições para o desenvolvimento social e a resolução de conflitos e interesses.

Heidemann destaca que a palavra política possui diversas definições entre os estudiosos, abrangendo conteúdos diferentes. Explica que, "em sua acepção mais operacional, a política é entendida como ações, práticas, diretrizes políticas, fundadas em leis e empreendidas por um governo, para resolver questões gerais e específicas da sociedade" (HEIDEMANN, 2009, p. 29).

Com base na concepção de que, para que a política se realize, se fazem necessárias ações que objetivem a resolução das questões sociais, o autor esclarece que, embora tenha sua contribuição social mais firmada no seu próprio gerenciamento, a Administração Pública no Brasil tem se voltado, nas últimas décadas, a analisar e contribuir para a resolução de questões sociais, por meio das

repartições públicas, que passaram a ter a função de prestadoras de serviços. Desse modo, as repartições operacionalizam as políticas eleitas pelo governo como prioritárias para o desenvolvimento social.

Resta claro, portanto, que muitas das políticas públicas têm se desenvolvido a partir de ações governamentais, embasadas nas necessidades sociais que foram sendo vislumbradas e eleitas pelo governo como prioritárias, tendo em vista que a conjuntura atual, tanto política como social, não permite mais que o governo se limite ao seu próprio gerenciamento.

Considerando que as políticas públicas estão além das políticas governamentais, pois não seria a única instituição a servir ao interesse público, Heidemann (2009) ressalta que, além do governo, existem outros atores sociais, desde organizações de moradores e organizações não governamentais (ONGs) a empresários e empresas privadas, tendo em vista que o bem-estar social influencia o crescimento do bairro, da cidade e do país, seja a partir da saúde, da economia ou da qualidade de vida.

Por fim, para que se possa compreender o processo pelo qual as políticas públicas devem passar para satisfazer devidamente seu fim, importa descrever suas etapas, divididas em quatro, conforme Heidemann (2009). A primeira etapa é a tomada das decisões políticas com base nas questões sociais existentes. Faz-se necessária a análise dos problemas sociais e a definição das possibilidades políticas de resolução. A segunda etapa, então, é a implementação das políticas decididas, a ação. Após a execução, a terceira etapa se refere à análise dos resultados da política, a partir da verificação dos seus efeitos, tendo como base os interesses satisfeitos. E, por último, a quarta etapa é a avaliação quanto à necessidade, ou não, de reformulação ou continuidade da política, tendo como referência os resultados encontrados na terceira etapa.

Resta claro, portanto, que, para que a política pública seja efetivada e obtenha os resultados a que se propõe, faz-se necessária a observância de um devido processo em cada uma de suas fases.

Com base nessas noções de políticas públicas, serão focadas as políticas públicas referentes à saúde da mulher e do recém-nascido no Brasil. Chegar-se-á, assim, à política a que esse estudo pretende analisar mais profundamente, em todas as suas etapas, a saber, a Rede Cegonha.

4.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER E À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO BRASIL

Para que seja analisado o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da mulher e do recém-nascido até os dias de hoje, faz-se necessário um breve histórico destas políticas no Brasil, sendo necessário considerar desde já que este foi construído com base no desenvolvimento das políticas mundiais e em atenção às recomendações, conferências e tratados que foram firmados internacionalmente.

Com base nisto e nas transformações nacionais e mundiais, será analisado o conceito de saúde e a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que se relacionam diretamente com as mudanças atuais no sistema de saúde brasileiro.

4.2.1 Um breve histórico

A atenção à saúde da mulher passou a fazer parte da agenda política nacional a partir do século XX, conforme descreve o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), se limitando a questões referentes à gravidez e ao parto. Os programas que foram desenvolvidos se baseavam na importância social da mulher, restrita às suas funções de mãe e doméstica.

Consoante Mary del Priore, as primeiras políticas públicas do século XX relacionadas ao incentivo da natalidade foram implantadas com base no interesse no desenvolvimento nacional (PRIORE, 2011).

O Estado interveio em prol do desenvolvimento econômico e do fortalecimento da pátria, por meio da diminuição da liberdade individual da mulher, que não devia ficar na rua, trabalhando, mas sim ficar em casa cuidando dos filhos. Não deveria haver controle de natalidade, e era essencial a prosperidade e manutenção do casamento.

Saliente-se que os movimentos feministas se opuseram a esta perspectiva reducionista da mulher, visto que a atenção à sua saúde deveria ser integral e com base em cada uma de suas necessidades. Buscavam, portanto, discutir as desigualdades entre homens e mulheres, as dificuldades perante à anticoncepção e a sobrecarga de trabalho doméstico, por exemplo (BRASIL, 2004).

A partir das reivindicações que foram sendo realizadas para que as mulheres fossem vistas como sujeitos de direito, com necessidades que vão além da sua função social de reprodução, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, com o objetivo de descentralizar a assistência e torná-la integral, tanto abordando questões de gravidez e parto, como também de câncer, planejamento familiar, prevenção e educação da mulher (BRASIL, 2004).

Para tanto, seria necessária uma mudança dos gestores e profissionais de saúde quanto à forma de olhar a mulher e suas especificidades para que pudessem mudar suas práticas. E, nesse sentido, o programa foi construído de maneiras diferentes nos diversos estados do território nacional, de acordo com o compromisso de cada governante com a mulher (SERRUYA, CECATTI; LAGO, 2004).

Em paralelo ao PAISM, foi se desenvolvendo o movimento sanitário - a partir do qual se originou o Sistema Único de Saúde (SUS)⁹ -, que trouxe alguns dos princípios que foram incorporados ao PAISM, quais sejam: "a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social" (BRASIL, 2013a).

O PAISM figurou como um dos principais avanços quanto aos direitos da mulher e da criança no âmbito da saúde, marcando historicamente o momento em que o Estado passou a incentivar e esclarecer o planejamento familiar, além de passar a incluir a prevenção e o tratamento de questões de saúde da mulher como um todo, desde a adolescência à terceira idade (CASSIANO *et al*, 2014).

No entanto, os estudos que foram sendo realizados para analisar a implementação do PAISM demonstraram as dificuldades políticas, técnicas e administrativas para a aplicação de suas ações. Fez-se necessária a edição, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional de Assistência à Saúde, em 2001, com o intuito de ampliar as responsabilidades dos municípios quanto à Atenção Básica na Saúde, regionalizando a assistência para fortalecer o SUS (BRASIL, 2004).

⁹ O SUS foi consagrado com a Constituição Federal de 1988 e é o modelo de política de atenção à saúde no Brasil. Para sua formação, foram mantidos os princípios da Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade e participação social, sendo normatizados por meio das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e 8.142/1990. No entanto, o SUS sempre encontrou diversos entraves em sua consolidação, seja de ordem política, econômica e estrutural. E, justamente por conta destes entraves, que mantêm o sistema de saúde em crise, que são firmadas estratégias para o seu fortalecimento, como o Humaniza SUS e as Redes de Atenção à Saúde, que serão abordados no decorrer do presente item. Destaque-se que a Constituição Federal também consagrou o princípio da igualdade entre homens e mulheres, o que passou a ser abordado nas políticas públicas.

Em paralelo, o governo federal criou, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNPH), que direciona as políticas de saúde reprodutiva da mulher para a necessidade de humanização, tendo em vista ser o caminho mais viável para o conhecimento e respeito dos direitos reprodutivos da mulher. Desde já, o PNPH estabeleceu diretrizes importantes¹⁰ para que o atendimento às mulheres melhorasse consideravelmente e houvesse um maior vínculo entre a gestante e a assistência, como o aumento do acesso ao pré-natal e de informações às gestantes acerca de seus direitos (SERRUYA, CECATTI; LAGO, 2004).

A cartilha referente ao PNPH destaca, inclusive, a importância da humanização para que haja o devido acompanhamento do parto e do puerpério, esclarecendo em que perspectivas a humanização é compreendida.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002)

Essas primeiras políticas públicas não trouxeram uma redução aceitável no número de mortes e nas complicações de saúde da mulher. Além de descontinuidades da administração federal frente ao PAISM, muitas áreas da saúde permaneceram com atenção reduzida, além do fato de algumas regiões

¹⁰ Quanto à diretrizes do PNPH, pode-se citar, ainda, a análise realizada por CASSIANO *et al* (2014, p. 235): "Com a implantação do PHPN, o atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado. Inicia-se uma preocupação com a qualidade do atendimento, estabelecendo a humanização como um dos princípios norteadores da assistência. A gestante, que até esse momento não tinha conhecimento em relação ao lugar em que daria à luz, tem agora o direito de saber qual é a maternidade de referência. Isso lhe dá maior segurança durante todo o período gestacional, uma vez que ela sabe qual instituição deve procurar caso necessite de atendimento. Ela passa a ter o direito de um acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato. Isso proporciona à mulher maior conforto e segurança durante todo período de internamento. Outra novidade estabelecida pelo programa é o alojamento conjunto, ou seja, todo bebê que nascer com boas condições de saúde deve permanecer em contato com a mãe, durante todo o tempo e não somente durante a amamentação."

permanecerem com maiores dificuldades de implementação das ações do programa, como é o caso do Nordeste, principalmente em sua área rural (BRASIL, 2004).

O PNPH também encontrou barreiras para sua efetivação, principalmente quanto à descentralização e regionalização diante à imaturidade dos gestores para que fosse organizado um programa nacional com uma divisão harmônica de poderes e deveres, considerando as diversas realidades do país (BRASIL, 2002).

Embora as propostas do PNPH trouxessem possibilidades de mudança significativa nas práticas de atendimento, o resultado restou mais direcionado ao aumento no número de consultas de pré-natal, sem maiores efeitos na qualidade da assistência prestada (CASSIANO *et al*, 2014).

Importa apontar que diversos atores sociais também passaram a se organizar e desenvolver políticas públicas no sentido de informar e reforçar a necessidade de que fosse observada a saúde da mulher em seu aspecto sexual e reprodutivo, dos quais deve-se destacar a Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA)¹¹, fundada em 1993, por profissionais de diversos segmentos, como da saúde, da política e acadêmicos.

O Ministério da Saúde reconhece que o atendimento na saúde precisa ser reestruturado para que a mulher seja integralmente¹² assistida, o que só poderá se realizar com a incorporação de diretrizes como a humanização e a qualidade da atenção.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. (BRASIL, 2004, p. 59.)

¹¹ A REHUNA, por meio da Carta de Campinas, seu documento fundador, serviu como base para diversos estudos e políticas acerca do parto e nascimento, e será novamente abordada no item 5 desta pesquisa.

¹² A integralidade é um dos princípios do SUS e merece menção, mesmo que resumidamente, pois é um conceito frequentemente abordado na saúde e se refere a questões importantes para que seja alcançada a atenção de qualidade, humanizada e eficiente. Conforme Paim e Silva (2010), o termo passou a ser utilizado desde a implantação do PAISM e foi consagrado na Constituição como um dos princípios do SUS, sendo contemplada em quatro perspectivas principais: "a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compond níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes d saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial" (PAIM, SILVA, 2010, p. 111-112).

É fato conhecido e notório que o SUS, principalmente no atendimento ao público, vem sofrendo com condições estruturais precárias e que os profissionais de saúde se veem com dificuldade de desempenhar seu trabalho, seja por falta de instrumentos, espaço, ou pela sobrecarga de pacientes, o que, cumulado a uma falta de acompanhamento e aperfeiçoamento do profissional, foi tornando o atendimento ao paciente mais mecânico e deficiente.

No entanto, conforme descrito, a saúde não poderá ser aprimorada sem que haja uma atenção integral à saúde, o que inclui um atendimento digno, humanizado, sendo observadas as necessidades mínimas do paciente e seus direitos.

Percebe-se que, embora as políticas públicas em atenção à saúde ainda não tenham alcançado as necessidades básicas da mulher, a discussão acerca dos seus direitos permanece crescente e notória, e cada vez mais políticas públicas com recorte de gênero são criadas.

Atualmente, a mulher tem o maior leque de direitos humanos de sua história, acobertados pela Constituição Federal de 1988, como consequência de uma mudança gradativa e árdua, a partir da luta por uma reavaliação do papel da mulher na realidade social, demonstrando a possibilidade e a necessidade de serem auferidos direitos a estas.

Entretanto, as desigualdades sociais ainda trazem grandes celeumas quando as mulheres, principalmente aquelas que não possuem condição financeira favorável, são impossibilitadas de ter uma vida digna e saudável.

Por isso, é determinante que o Estado possa colaborar para a diminuição dessas desigualdades por meio de políticas que aumentem o acesso das mulheres ao conhecimento do seu corpo, de suas escolhas e de seus direitos, respeitando a autonomia da mulher.

E, para que este processo de reconhecimento dos direitos da mulher pela sociedade continue acontecendo, um passo fundamental é a humanização no nascimento, tendo em vista que a mulher merece a melhor assistência em um momento de tamanha fragilidade física e emocional, não devendo o parto ser tratado como sua responsabilidade exclusiva simplesmente por ser a mãe.

Com esse objetivo foi elaborada e implementada a Política Nacional de Humanização no SUS (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, em 2003, que, conforme Pasche, Passos e Hennington (2011), foi um marco que possibilitou

uma maior abrangência do acesso à humanização na saúde frente às políticas públicas governamentais que vinham sendo desenvolvidas quanto à humanização e a saúde pública. Destacam que a PNH, embora não seja a primeira política relacionada ao tema da humanização¹³ no sistema de saúde brasileiro, altera o sentido e as estratégias do Estado, a partir da forma como são realizadas, com maior amplitude e entrosamento de suas diversas áreas.

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Estas diretrizes se apóiam em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos. A humanização se singulariza na experiência de cada serviço e equipe e, assim, não haveria uma só experiência de humanização igual à outra, senão naquilo que tomam por referência, ou seja, método e diretrizes ético-políticas, que ganham forma e expressão na singularidade da experiência. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4544)

Os autores, a partir da avaliação dos cinco anos de implementação do PNH, se posicionam quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado que deve ser consolidada como política pública, considerando que se faz necessária a participação da sociedade para que a política se desenvolva e possa ser ainda mais efetiva.

Sabemos que o SUS é política de Estado e se sustenta na máquina estatal a partir de políticas de governo. No entanto, é desafio do SUS a sua consolidação como política pública, isto é, como modo de produção de saúde encarnado na prática concreta dos trabalhadores e usuários, um modo de produção que se desvia das formas instituídas de cuidar e gerir o trabalho na saúde. [...] Mas a amplitude desta missão não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado. O dever do Estado e das equipes de governo deve ser também o do fomento da autonomia dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, multiplicando os agentes do direito e do dever. Uma aposta nesse sentido é que a PNH sirva como estratégia de mobilização social, mas não apenas de denúncia e de reivindicação de direitos, mas de afirmação de um modo de construção de alternativas de enfrentamento dos

¹³ Importa destacar que a humanização da saúde vem sendo, progressivamente, pauta de Conferências Nacionais e Internacionais, já sendo abordada em programas anteriores ao PNH, como, por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN), instituído pelas Portarias GM n° 569, GM n° 570, GM n° 571 e GM n° 572 de 01.06.2000, em junho de 2000. O programa traz direcionamentos para que seja assegurado um atendimento digno e eficaz às gestantes, bem como a realização dos procedimentos necessários ao procedimento de parto.

desafios que a saúde tem pela frente e que considera as diferenças e singularidades. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4547)

Barros e Passos (2005), com base na reflexão acerca da modernização do Estado frente ao neoliberalismo e a introdução das políticas públicas de humanização da saúde, concluem que, embora seja paradoxal o desenvolvimento destas políticas públicas e de um Estado cada vez mais liberal, tais políticas podem ser consideradas como um plano do coletivo de apresentar a saúde como questão pública.

Nesse sentido, vale citar a contextualização elaborada pelos autores acerca da política pública na atualidade e na saúde:

Entendendo este fora do Estado como o plano do coletivo em que a saúde se apresenta como uma questão pública (uma *res publica*), apostar na humanização das práticas de saúde impõe, portanto, que repensemos a relação entre Estado e política pública. Quando esses dois termos não são mais tomados como coincidentes, quando o domínio do Estado e o do público não mais se justapõem, não podemos aceitar como dada a relação entre eles. Se o público diz respeito à experiência concreta dos coletivos, ele está em um plano diferente daquele do Estado como figura da transcendência moderna. O plano do público é aquele construído a partir das experiências de cada homem. Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde foi para a PNH levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas. (BARROS; PASSOS, 2005, p. 570)

A análise acima remete às noções de políticas públicas discutidas no subitem anterior e considera que as políticas públicas relacionadas à saúde não devem ser limitadas a uma política de Estado, mas podem, e devem, também ter iniciativa da sociedade.

Ou seja, se torna cada vez mais necessário que a sociedade tome conhecimento dos princípios de humanização assim como de seus direitos para que possa exigir a mudança frente ao sistema de saúde e seus profissionais, impulsionando uma nova perspectiva de atendimento na saúde, o que deve ocorrer concomitante à iniciativa do governo em proporcionar condições físicas e estruturais nas unidades de saúde e o aperfeiçoamento dos profissionais.

Nesse sentido, vale citar que existem diversos atores sociais que vêm estimulando a multiplicação de informação por diversos meios, principalmente redes sociais, sejam ONGs ou mesmo grupos de mulheres e/ou profissionais que se articulam e promovem a divulgação dos conceitos e debates relacionados ao parto

humanizado. A título exemplificativo, pode-se citar, em âmbito nacional, a ONG Amigas do Parto e a rede Parto do Princípio. No Ceará, existe o espaço Mãe do Corpo, o grupo Roda Maiêutica, o grupo Parto Humanizado no Ceará e ONG Parto Normal em Fortaleza.

Para tanto, é indispensável que Estado, sociedade em geral e profissionais da saúde incorporem o conceito de saúde atual, compreendendo que não vai haver uma melhora na saúde até que a humanização e o bem-estar sejam observados.

4.2.2 O conceito de saúde na atualidade

Os órgãos de saúde vêm definindo conceitos mais amplos, não mais restritos ao conceito biomédico de saúde, mas abordando toda a rede de apoio necessária para que a saúde se desenvolva.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (2006, p. 01) conceitua que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença”¹⁴.

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011, p. 01), em consonância com a OMS, considerando o conceito de saúde de forma ampla, define que a "saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico".

Tais posicionamentos estão bem consolidados atualmente e são assegurados, inclusive, na Constituição Federal, que subsidia todas as demais legislações, como as que serão abordadas nos itens subsequentes da presente pesquisa.

A Constituição Federal instituiu a saúde como direito fundamental, no *caput* do artigo 6º, e a descreveu especificamente no artigo 196, ao determinar que se trata de: "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao

¹⁴ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constitution of the world health organization. WHO. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2015.

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O Estado e a sociedade são diretamente responsáveis e devem garantir que a saúde seja efetivamente disponibilizada para todos mediante políticas públicas específicas. Embora essa não seja a realidade atual da saúde no Brasil, se mantém como objetivo a ser alcançado e como bandeira das lutas diárias que são estabelecidas por homens e mulheres para que seja consolidada.

Assim, embora exista o conceito estrito de saúde, relacionado à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, o posicionamento dos órgãos de saúde, tanto internacional como nacional, tem se voltado para um conceito de saúde baseado no bem-estar do ser humano como um todo, e não apenas fisiológico.

Nesse sentido, vale citar a explanação elaborada pelo Ministério da Saúde quanto à interferência das condições de vida na saúde, especialmente da mulher:

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, pois esta tem carências marcadas daquilo que se chama de "necessidades básicas", que interferem na sua saúde e seu bem-estar. Esta mulher carece, frequentemente, de alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado, educação, cultura, lazer, dentre outros. Evidentemente, essa "doença social" - que acomete um número expressivo de mulheres - determina ou agrava condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua vida, sua saúde e seu bem-estar. (BRASIL, 2001, p.11.)

Em suma, a necessidade de humanização na saúde já se traduz neste novo conceito, de modo que, para que a saúde seja garantida, devem ser observadas todas as necessidades da pessoa assistida, como um ser humano complexo e único.

Abordando o tema nos manuais e demais documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, o Estado vem realizando o levantamento de informações e discussões sobre a abrangência do conceito de saúde e de humanização com o fito de proporcionar uma maior reflexão sobre o tema, conforme se pode verificar na citação abaixo.

Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, tornando-a a exclusiva responsável pela reprodução humana, e não lhe dá acesso a informações sobre direitos sexuais e reprodutivos. [...] Esses fatos revelam contradições na sociedade, que se reproduzem no sistema de saúde e, mais intensamente, no atendimento à saúde da mulher, tanto no que se refere ao desempenho do sistema de saúde, quanto a indicadores de saúde que refletem indiretamente a qualidade de vida da população (probabilidade de morte e esperança de vida ao nascer). Para o desenvolvimento de uma política eficaz de atenção integral à saúde que, sem dúvida, implicará a médio e longo prazo em melhoria da qualidade da vida humana, é preciso considerar essas questões. Um novo conceito de saúde que considere a consciência plena de cidadania dos indivíduos exige novas posições e, portanto, novos ordenamentos culturais. A humanização do nascimento - só será possível se cidadãos e cidadãos, profissionais de saúde e gestantes, sociedade em geral, assimilarem esses conceitos - pode ser o primeiro passo. (BRASIL, 2011a, p. 16)

Foi nesse contexto, portanto, que foi pensado e desenvolvido o Programa Rede Cegonha, pelo Governo Federal, que será mais aprofundadamente abordado no subitem 4.3 e no item 6. No entanto, antes da análise do Programa, faz-se necessário contextualizar a criação das Redes de Atenção à Saúde, das quais a Rede Cegonha faz parte, que foram geradas com o intuito de melhor integrar as ações de saúde para que o atendimento passe a ser regionalizado e contínuo, e, portanto, tenha maior eficácia frente às necessidades específicas da região.

4.2.3 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Com base no conceito atual de saúde, resta claro que os sistemas de saúde precisam ser reestruturados para que possam abranger as necessidades da população em todas as searas do bem-estar social e psíquico, e de forma individualizada.

Para tanto, embora a saúde seja unificada por meio do SUS, o atendimento e a administração devem analisar as necessidades locais da população para que possam oferecer aquilo que, de fato, está deficiente.

A regionalização da Atenção Básica permite que o gestor tenha uma análise mais objetiva das dificuldades específicas de seu município e Estado, favorecendo a percepção das necessidades e possibilidades daquela região. Assim,

embora seja necessária a viabilização das políticas públicas por meio do governo federal, estas devem ser geridas e analisadas pela gestão municipal e estadual, para que a política possa ser aplicada com base na realidade da região.

Por outro lado, a fragmentação¹⁵ dos sistemas de saúde fragiliza o atendimento, tendo em vista que se operacionaliza por meio de ações isoladas, menores, que acabam por ser desorganizadas, subfinanciadas e mal monitoradas. As ações são aplicadas de forma indiscriminada, sem a devida análise das necessidades, resultando em pouco ou nenhum benefício real àquela população. Com vistas a superar esta fragmentação, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) propôs a organização dos sistemas de saúde, em 2009, através da implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). (GIOVANNI, 2013)

Com base nisto, o governo vem criando normas para que sejam viabilizadas RAS no âmbito do SUS, com o objetivo de inserir as políticas públicas de forma integrada e regional, cujas diretrizes foram estabelecidas por meio da Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde.

Saliente-se que a regionalização é uma diretriz do próprio SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão¹⁶, de modo que a criação das RAS é uma forma de viabilizar a observância desta diretriz, facilitando a descentralização das ações e dos serviços de saúde.

A Portaria nº 4.279/2010/MS estabelece, portanto, que as RAS têm o intuito de "superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde

¹⁵ A Organização Pan-Americana de Saúde relaciona a crise atual nos sistemas de saúde com a fragmentação destes. "A crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Essa desorganização dos sistemas de saúde identifica-os como sistemas fragmentados" (OPAS, 2011, p. 13).

¹⁶ O Pacto de Gestão tem como compromisso a "descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal" (BRASIL, 2010b, p. 03). Assim, o Pacto de Gestão estabelece que cada esfera do governo se responsabilize pela gestão das políticas pactuadas e cumpra as metas as quais se comprometeu. Importante salientar, ainda, que o Pacto de Gestão é apenas uma das dimensões do Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do SUS, que engloba também o Pacto pela Vida (cujo fim é priorizar as situações de impacto na saúde brasileira) e o Pacto em defesa do SUS (com intuito de firmar a política e os princípios do SUS).

(SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita" (BRASIL, 2010b, p. 01).

Contextualizando a situação de saúde e as problemáticas envolvidas na fragmentação das políticas públicas, o Ministério da Saúde retrata os déficits que motivaram a criação das RAS.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros. O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país. Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). (BRASIL, 2010b, p. 02)

Assim, a RAS se define por um conjunto de ações e serviços de saúde que integram o cuidado, com o objetivo de articular uma atenção continuada, de qualidade e humana, além de melhorar o acesso à saúde proporcionando equidade e eficácia clínica e sanitária. Para tanto, busca-se uma relação horizontal com os núcleos de Atenção Primária de Saúde (APS), incentivando a resolução dos problemas mais comuns de saúde no primeiro contato, considerando a APS como o primeiro nível de atenção e de onde devem ser coordenados os demais pontos de atenção¹⁷ (BRASIL, 2010b, p. 04).

¹⁷ Pontos de atenção são espaços onde se ofertam serviços de saúde, como unidades básicas de saúde, o ambulatório de pronto atendimento, a maternidade e a unidade de terapia intensiva, assim como domicílios e Centros de Apoio Psicossocial, por exemplo.

Saliente-se que a Portaria nº 4.279/2010/MS estabelece todas as informações necessárias para que a RAS seja implantada e efetivada, como os fundamentos¹⁸, os atributos¹⁹, as principais ferramentas de micro gestão dos serviços, os elementos constitutivos²⁰ e as diretrizes e estratégias para a implantação das RAS²¹.

Para que se possa visualizar, de forma didática, vale colacionar a ilustração abaixo, que demonstra as principais características das RAS.

¹⁸ Os fundamentos da RAS são: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos; integração vertical e horizontal; processos de substituição, região de saúde ou abrangência; níveis de atenção. (BRASIL, 2010b)

¹⁹ Os atributos essenciais para o funcionamento da RAS, considerando que haverá atributos específicos de acordo com cada situação e região, são: "população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultado. (BRASIL, 2010b, p. 08)

²⁰ A operacionalização das RAS é constituída por meio dos seguintes elementos constitutivos: População e Região de Saúde; Estrutura Operacional; e Modelo de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2010b)

²¹ As diretrizes para a implantação das RAS, a partir das quais são formuladas as estratégias, são: fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção; fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS; fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde; fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; implementar o Sistema de Planejamento da RAS; desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS; financiamento do Sistema na perspectiva da RAS. (BRASIL, 2010b)

Figura 1 - Características das Redes de Atenção à Saúde conforme o Ministério da Saúde



Fonte: GIOVANNI, 2013, p. 28 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Resta claro que as RAS se tratam de um sistema novo e complexo, plenamente elaborado por meio da Portaria nº 4.279/2010/MS, que surge como alternativa ao sistema fragmentado e deficiente vigente no SUS. E, em continuidade ao seu processo de implantação, o Ministério da Saúde passou a organizá-las por temas, a partir de 2011, a fim de enfrentar vulnerabilidades específicas, priorizando:

Rede Cegonha: que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
 Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora;
 Rede de Atenção Psicossocial: com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas;
 Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero) e
 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.
 (GIOVANNI, 2013, p. 23)

Dentre elas, portanto, está a Rede Cegonha, que será a Rede de Atenção à Saúde aprofundada a seguir.

4.3 O PROGRAMA REDE CEGONHA: ABORDAGENS E PERSPECTIVAS

Com base em um relatório divulgado pela OMS, o jornal O Povo divulgou que o Brasil ainda figura como quarto país mais lento na diminuição de mortalidade materna, com base na análise do período de 2000 a 2013, com 75 países participantes. Neste, o Brasil teve uma queda anual média de 1,7% na taxa de mortalidade materna, bem abaixo da média de 3,1% ao ano do grupo. Constatou-se, também, que, em 2013, a estimativa de brasileiras que morreram na gestação, no parto ou em decorrência de suas complicações foi de 69 a cada 100 mil nascimentos, quase o dobro da meta assumida no documento “Objetivos do Milênio”²², que seria de, no máximo, 35 mortes a cada 100 mil nascimentos até 2015. (ANDRADE, 2014)

As estatísticas recentes têm demonstrado que a grande maioria das mulheres está tendo acesso ao pré-natal e essa realidade não tem influenciado diretamente na diminuição da mortalidade, o que impulsiona a análise e discussão acerca dos motivos que vêm mantendo essas taxas de mortalidade elevadas. Em contramão à crescente incorporação de custos hospitalares com procedimentos e exames ginecológicos ou obstétricos, incluindo a cirurgia cesariana, a qualidade da assistência não tem obtido êxito. (CAVALCANTI *et al*, 2013)

Segundo o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará (2015), sabe-se que a mortalidade materna em decorrência de gravidez, puerpério e parto e aborto é quase totalmente evitável, sendo necessária a mobilização social para que esse quadro seja revertido, sendo o Rede Cegonha uma das estratégias possíveis para o alcance do objetivo.

Nesse sentido, emerge a discussão sobre as vantagens e os riscos de manter o procedimento de parto tão vinculado a procedimentos cirúrgicos, mesmo em casos em que a mulher tem condições de parir seu filho sem danos à sua saúde e a do recém-nascido, frente à realidade do parto natural, tendo em vista que as

²² Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) convidou a sociedade civil e os governos a se engajarem em prol de alguns desafios que o planeta enfrentava, que foram estabelecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com metas a serem atingidas até 2015. Os objetivos eram: acabar com a fome e a miséria; dar educação básica de qualidade para todos; promover a igualdade de sexos e a valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; melhorar a qualidade de vida e o respeito ao meio ambiente; e unir todo mundo trabalhando em prol do desenvolvimento. Muitas delas foram alcançadas, outras não, e novos desafios foram lançados. (OBJETIVOS DO MILÊNIO, 2016)

intervenções cirúrgicas não possibilitaram a redução esperada na taxa de mortalidade materna.

O Estado vem se posicionando no sentido de direcionar os médicos e enfermeiros para uma maior naturalização e humanização do parto, analisando a especificidade de cada mulher para que as ações sejam baseadas em suas necessidades, alcançando uma melhor assistência e possibilitando a diminuição significativa na mortalidade materna e infantil. Para isso, foram expedidas diversas diretrizes, portarias e recomendações no âmbito federal para tentar transformar tanto a práxis hospitalar na assistência ao parto quanto a falta de informação das mulheres no que se refere aos seus direitos e às possibilidades de escolhas referentes ao tipo do seu parto.

O Programa Rede Cegonha, lançado pelo Governo Federal em 2011, marca o posicionamento da União no que tange à viabilização de políticas públicas que possam trazer efetiva mudança no cenário nacional atual.

A RC parte do princípio que as mortalidades materna e infantil, sobretudo a neonatal, permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) e desrespeito aos princípios de humanização do cuidado e os direitos das mulheres e das crianças (GIOVANNI, 2013, p. 26).

Conforme descrito no artigo 1º da Portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, esta se constitui por uma "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".

Embora a Rede Cegonha deva seguir as recomendações constantes na Portaria nº 4.279/2010/MS, instituídas para todas as Redes de Atenção à Saúde, foram formulados direcionamentos específicos, como diretrizes, objetivos, elementos constitutivos, estratégias e ações, que serão brevemente expostas a seguir.

4.3.1 Diretrizes e objetivos da Rede Cegonha

O Ministério da Saúde formulou as seguintes diretrizes para o direcionamento da Rede Cegonha, a partir das quais o programa deve ser construído:

- Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro;
- Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e
- Acesso às ações de planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2013, p. 02)

Com base nestas diretrizes, as ações foram divididas em quatro searas, com base nos períodos e necessidades entre a gravidez e os vinte e quatro meses de idade da criança: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção à Criança; Transporte e Regulação. Cite-se uma breve descrição das principais ações de cada seara, formulada por Marta Barreto:

- a) O componente Pré-Natal, além de garantir que as gestantes sejam acolhidas nas UBS, estimula que estas sejam captadas precocemente e acolhidas segundo a classificação de risco, garantindo os exames de pré-natal de risco habitual, de pré-natal de alto risco, além de garantir a vinculação da gestante da UBS à Maternidade;
- b) No componente Parto, a Rede Cegonha garante a suficiência de leitos, a ambiência, o direito a acompanhante, o acolhimento e a classificação de risco, boas práticas e conselho gestor;
- c) No componente Puerpério e Atenção à Criança, a Rede Cegonha estimula o aleitamento materno, o acompanhamento da criança, a visita na primeira semana, com busca ativa das crianças vulneráveis e o planejamento reprodutivo;
- d) No componente Transporte e Regulação, a Rede Cegonha predispõe o transporte seguro, a “vaga sempre” e a central de regulação de leitos. Para garantir a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, o componente Pré-natal prever uma ação que é a vinculação dessa gestante — desde o pré-natal — ao local onde será realizado o parto. Essa ação só será concreta, quando o modelo “vaga sempre” for efetivo, garantindo sua implementação (BARRETO, 2013, p. 22).

No que se refere às repercussões iniciais do Programa quanto às suas diretrizes e estratégias, vale ressaltar a análise elaborada por Rosamaria Carneiro (2013), que destaca duas interpretações controversas. De um lado, o movimento da Rede Feminista de Saúde considera que um Programa como o Rede Cegonha faz

retroceder a luta pela saúde da mulher ao focar na mulher-mãe, deixando de abordar questões como o aborto e a liberdade de escolha da maternidade. Por outro lado, a autora cita o posicionamento de Ceccim e Cavalcanti (2011), que abordam a questão com base na necessidade de apoiar as mulheres no momento da gravidez e do parto, considerando justamente que, por não serem meras reprodutoras, merecem um atenção específica e organizada.

Como admitir o aborto sem assegurar condições indiscutíveis de acesso à maternidade? Como proteger a mulher em um evento fisiológico, onde ela está submetida aos (pré) conceitos morais e legais da sobrevivência da espécie, justamente em um momento de abalo em sua estrutura física e subjetiva (com a experiência de aflição) representada pelo parto, sem indicar-lhe o alívio de uma rede de proteção pública, independente de valores, crenças e hábitos? O parto não pode pertencer apenas à mulher, ela não pode sofrer e nem entrar em aflição pela falta de políticas públicas que lhe reconheçam o direito de um parto seguro, esteja onde estiver. O país tem de oferecer serviços profissionais de auxílio ao parto, garantias de acesso às maternidades profissionais e garantia de proteção e auxílio ao pós-parto e puerpério. O puerpério contém necessidades de saúde relativas aos bebês e às mães, necessidades que são distintas entre os dois e se configuram no espectro de saúde da criança e de saúde da mulher (Ceccim, Cavalcanti, 2001).

E é com base no pensamento descrito por Ceccim e Cavalcanti que o presente estudo será desenvolvido, buscando analisar até que ponto o Estado efetivamente vem desenvolvendo as ações em favor da saúde da mulher.

4.3.2 Elementos Constitutivos da Rede Cegonha

Os elementos constitutivos se dividem em: população e região, estrutura operacional e modelos de atenção à saúde, conforme a Portaria nº 4.279/2010/MS.

Quanto à população e região, o Programa abrange mulheres entre 10 e 49 anos e crianças de até dois anos, totalizando uma média de 2,9 milhões/ano de gestantes e crianças assistidas no território nacional. (GIOVANNI, 2013)

Quanto à estrutura operacional²³, o ponto de partida para que as RAS sejam efetivas e eficientes é a estruturação da APS, responsável pela orientação desde as formas de contracepção até o planejamento familiar e a gravidez, e pelo acompanhamento do pré-natal, da puérpera e da criança até os dois anos de idade (GIOVANNI, 2013).

²³ A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde e da Rede Cegonha estão mais amplamente descritas nas Portarias nº 4.279/2010 e 1.459/2011.

Considerando que os municípios já possuíam APS, após a incorporação do RC, a APS teve apenas que sofrer ajustes para se adequar aos interesses do Programa, seja potencializando ações, incluindo novos exames ou qualificando o cuidado com o paciente. Após a APS, os pontos de atenção secundária e terciária se vinculam ao atendimento de serviços especializados, como em Maternidades e Centros de Parto Normal, que passaram a ser orientados para cumprir as ações relacionadas a Parto e Nascimento elencadas na Portaria (GIOVANNI, 2013).

Por fim, a estrutura operacional depende, ainda, dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (exames, testes rápidos de gravidez, HIV e sífilis, por exemplo), sistemas de assistência farmacêutica (com a distribuição racional de medicamentos e de contraceptivos), sistemas de informação e sistemas de teleassistência/telesaúde; os sistemas logísticos e o sistema de governança (GIOVANNI, 2013).

Quanto ao modelo de atenção, na Rede Cegonha, faz-se necessário um cuidado contínuo, similar ao modelo de atenção à condição crônica²⁴, em que possa abranger "cuidados primários, secundários e terciários, e também tenha ações articuladas ao Modelo de Urgência e Emergência, com classificação de riscos, fluxos de encaminhamento para local certo, em tempo adequado à demanda de atenção" (GIOVANNI, 2013, p. 65).

No entanto, a gravidez não é uma condição crônica ou aguda, fazendo com que o Rede Cegonha siga um modelo de atenção específico, baseado na

mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, promoção da saúde infantil e materna, prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis, normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com o protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, bebê e na família (GIOVANNI, 2013, p. 70).

E é nesse sentido que foram estabelecidas as ações do Programa, já citadas anteriormente, e as estratégias para que seus objetivos possam ser satisfeitos, como as que estão descritas:

²⁴ As condições crônicas se caracterizam por ser "modelos mais complexos que operam sobre todo o ciclo de uma condição crônica, de forma integral, envolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos". (OPAS, 2011, p.22).

A Rede Cegonha busca assegurar e prever a expansão e qualificação de maternidades; leitos; Centros de Parto Normal; Casas da Gestante, do Bebê e Puérpera; o direito ao acompanhante no parto; exames de pré-natal; planejamento familiar, acompanhamento das crianças até os dois anos de idade, entre outras ações. Todos os estados e o Distrito Federal já aderiram à Rede Cegonha. Outra novidade é a distribuição - para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam o pré-natal - do sonar, equipamento para auscultar, ouvir e monitorar o coração do bebê ainda na barriga da mãe e verificar as condições físicas dele. [...] A Rede Cegonha também auxilia as gestantes no deslocamento para as consultas de pré-natal. Até o momento, 1.291 gestantes estão cadastradas em 59 municípios de 11 estados para receberem o auxílio de até R\$ 50 (cinquenta reais) (BRASIL, 2012b).

Para o maior controle das ações e continuidade na análise das necessidades das mulheres, a Ouvidoria Geral do Ministério da Saúde deve ligar para as mães que tiveram seus filhos no SUS para que possam avaliar os serviços prestados (BRASIL, 2012b).

4.3.3 A Rede Cegonha no Estado do Ceará

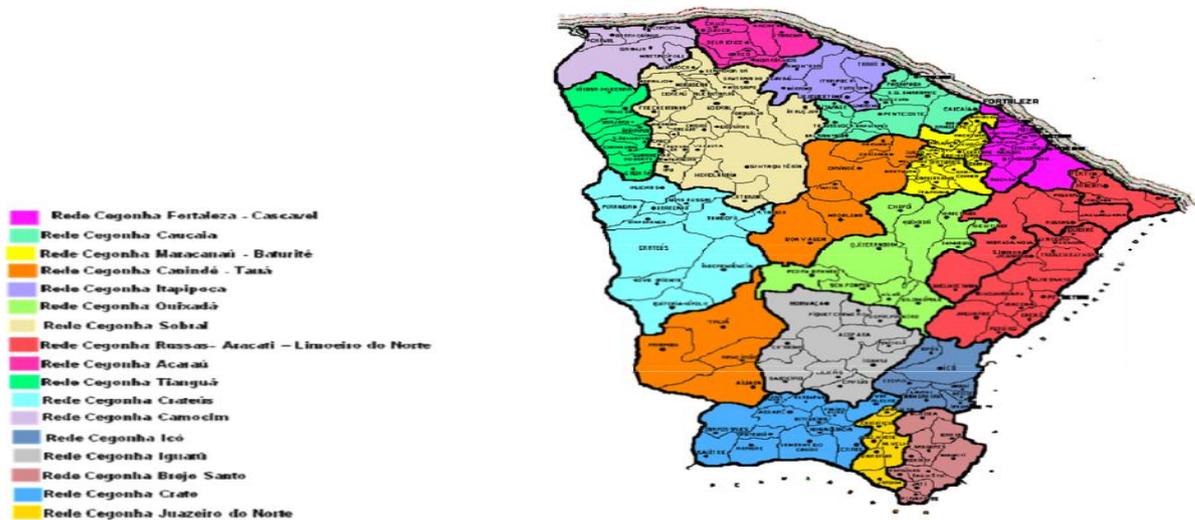
A partir da união com os Estados e Municípios, o Governo Federal pretende manter encontros periódicos entre os gestores envolvidos para que possa ser regularmente analisada a qualidade na atenção e a humanização no atendimento (BRASIL, 2012b). Com o intuito de promover uma ação nacional, distribuída em diversos Estados, o Governo Federal realizou uma avaliação das necessidades de cada Estado quanto ao aprimoramento das instituições destinadas à atenção da saúde da mulher na gravidez e no parto e quanto a viabilização de novos instrumentos que pudessem auxiliar as instituições e os profissionais no aumento da qualidade e humanização do atendimento.

Dentre os Estados amparados pelos recursos e diretrizes do Programa está o Ceará, com repasse aprovado pela Portaria nº 1286/2012 do Ministério da Saúde. O repasse inicial do Ministério da Saúde para as primeiras ações de estratégia do Programa Rede Cegonha no Estado somaram o valor de R\$ 229.300.000,00 (duzentos e vinte e nove milhões e trezentos mil reais), planejados para o custeio de 27 Centros de Parto Normal; 22 Casas da Gestante, Bebê e Puérpera; a criação de 263 leitos de Gestação de Alto Risco; 70 leitos de UTI Adulto tipo II; 176 leitos de UTI Neonatal tipo II; 321 leitos de UCI Neonatal e 135 leitos de UCI Canguru, e qualificação de 203 leitos de Gestação de Alto Risco; 96 leitos de

UTI adulto tipo II; 117 leitos de UTI Neonatal tipo II e 156 leitos de UCI Neonatal, conforme matéria veiculada pelo site oficial do Governo Federal (BRASIL, 2012).

O Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará (2015) indica que o Plano Estadual da Rede Cegonha foi consolidado em 2012 "por um processo de construção coletiva pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), CRES, apoio técnico das equipes: do Núcleo de Atenção Especializada e da Vigilância Epidemiológica, do Controle e Avaliação", sendo dividido pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Ceará conforme a figura abaixo.

Figura 2 - Mapa da Rede Cegonha no Ceará



Fonte: Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, 2015, p. 02 *apud* Sesa-Ce/COPROM/NUVEP/NUIAS

O repasse será dividido entre as dezessete Redes Cegonhas espalhadas pelo Estado, conforme a necessidade e estrutura de cada uma delas. Em Fortaleza, a Rede Cegonha é fracionada nas seis regionais de saúde, com adesão das seguintes maternidades:

maternidades de referência para risco habitual – da qual fazem parte o Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará; o Hospital Geral César Cals (HGCC); o Hospital Cura D'ars; o Hospital Geral de Fortaleza (HGF); a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC); o Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter; o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição; e o Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana; e **maternidades de referência para alto risco** – fazem parte o Hospital da Mulher; o Hospital Geral César Cals; a Maternidade-Escola; e o Hospital Geral de Fortaleza. (GOMES, 2016, p. 79)

Vale citar, por fim, o apanhado das ações desenvolvidas pelo Estado no que se refere aos compromissos assumidos perante o Rede Cegonha.

A Rede Cegonha no Estado assumiu o compromisso do 1o componente: garantir o pré-natal nos 184 municípios, entre estes, 33 municípios seriam referencia para o pré-natal de alto risco. No entanto, em 2014, 68,6% (24/33) destes municípios ofertaram o serviço. O segundo componente trata das ações relacionadas ao parto e nascimento. Dos municípios do Estado, 88,6% (163/184) se responsabilizaram em realizar partos, contudo somente 74,2% (121/163) conseguiram implementar as atividades e somente 3,3% (4/121) ofertaram também partos para gravidez de alto risco (Fortaleza, Barbalha, Quixadá e Sobral). (Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, 2015, p. 08)

Resta claro que as ações ainda não foram plenamente satisfeitas nos municípios, e que devem ser estimuladas pelo Estado do Ceará para que o compromisso firmado seja cumprido integralmente.

As estatísticas a seguir demonstram a realidade atual do Estado do Ceará, tendo em vista que abrange o período antes e durante a implantação do Programa Rede Cegonha.

4.3.4 Estatísticas do Estado do Ceará quanto a mortalidade materna, pré-natal e parto

Conforme descrito pelo Informe Epidemiológico Mortalidade Materna, divulgado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014), embora sejam realizadas políticas públicas voltadas à capacitação de profissionais, a realidade dos procedimentos de parto não se difere da nacional, havendo um percentual alto de intervenções médicas em ambos os casos.

Para o Ceará, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Sinasc, de 2013, o percentual de partos cesarianos do Estado, atingiu um percentual de 57%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, a proporção de casos cirúrgicos seja de aproximadamente 15% do total de partos de uma região. Este fato nos levanta a margem de alguns questionamentos como: dificuldade de acesso ao serviço, exclusão social, abandono familiar (que não foram respondidas na investigação epidemiológica). Em 31 (26,5%) dos casos restantes, não se conseguiu **sequer** determinar se houve finalização da gestação e o tipo de procedimento realizado com a parturiente sendo considerado como **ignorado**. É importante frisar que, no período de 2010 a 2013 o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (**NUVEP-CE**) realizou Capacitações em Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, Infantil e Fetal com as 21 (100%) Coordenadorias Regionais de Saúde e com seus 100% dos respectivos

municípios (184) [...] Para reforçar mais as ações de investigação epidemiológica no Âmbito Hospitalar, 82 (44,5%) municípios e 143 instituições de saúde foram treinadas em vigilância epidemiológica do óbito materno, infantil e fetal, perfazendo um total de 251 profissionais treinados dentro do Estado do Ceará. Diante das afirmações analisadas, constatamos que: a investigação epidemiológica continua não sendo realizada em todas as suas etapas (fichas MIF, M1, M2, M3, M4 e M5) e/ou a morte de uma mulher no Estado do Ceará, apesar de, ser prioridade máxima de governo estar sendo banalizada, levando para o Estado um problema de grande transcendência social e tendo como resultados uma desestruturação familiar. (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2014, p. 01)

Vale salientar que o número de partos, conforme indicadores de 2008 a 2012 divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014), vem caindo ano a ano, passando de 133.917, em 2008, a 124.040, em 2012; sendo que o número de partos cesáreos dentro deste universo passou de 57.070, em 2008, para 68.870, em 2012.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos destaca que, em 2012, o número de nascidos vivos no Nordeste foi de 832.631, sendo 403.122 por meio de procedimento cesário e 426.369 de parto vaginal.

Conforme o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará (2015), a taxa de mortalidade materna vem decrescendo progressivamente, chegando ao menor índice do Estado em 2014, com 61,2 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos, com uma média de 78,1 para todo o período. No entanto, este número ainda é elevado frente à realidade mundial e nacional, e bem distante do estabelecido nos Objetivos do Milênio.

Figura 3 - Número de Óbitos Maternos Confirmados e Razão de Mortalidade Materna Ceará – 1998 a 2014

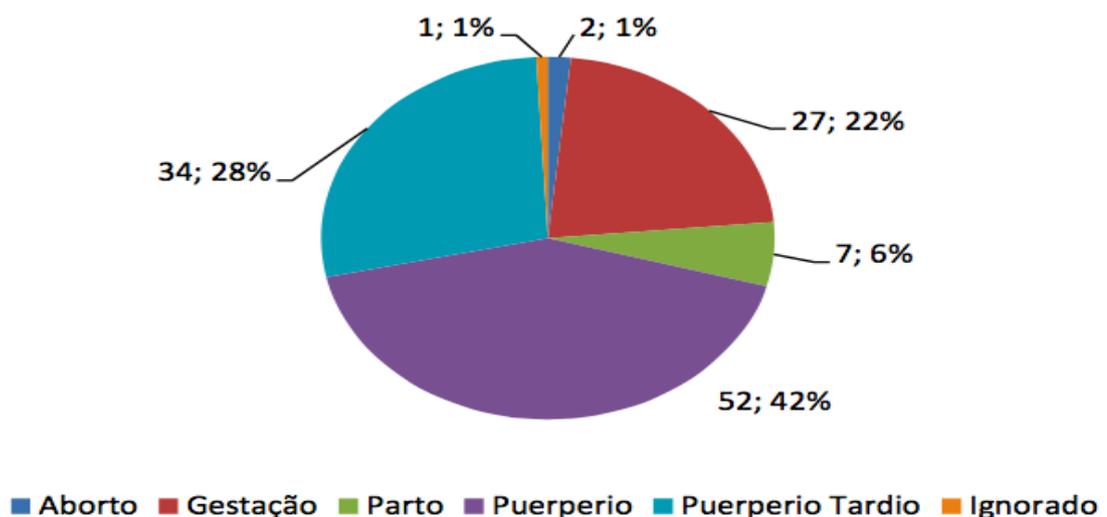


Fonte: Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, 2015, p. 02 *apud* Sesa-Ce/COPROM/NUVEP/NUIAS

Saliente-se que foram excluídos da RMM os óbitos maternos não obstétricos e tardios²⁵, assim como não foi investigado o total de óbitos maternos notificados, podendo haver um número ainda maior. (Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, 2015)

Quanto ao momento de ocorrência da morte materna, o que deve definir as áreas em que a intervenção está sendo deficiente, o Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará (2015) destaca o alto índice de morte durante a gestação e o puerpério, fato que indica a necessidade de atenção primária no pré-natal e após o parto, com o acompanhamento integral.

Figura 4 - Número e Percentual de Óbito Materno, segundo o momento da ocorrência do óbito. (2014)



Fonte: Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará, 2015, p. 02 *apud* Sesa-Ce/COPROM/NUVEP/NUIAS

O Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna do Estado do Ceará (2015) demonstra, ainda, que as causas²⁶ diretas são as principais causas de mortalidade materna no período de 2011 a 2014. Ou seja, as mortes decorrem de complicações obstétricas diretas da gravidez, do parto ou puerpério, seja pela forma

²⁵ O óbito materno é considerado tardio quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez

²⁶ As causas de mortalidade materna também podem ser obstétricas de causas indiretas, resultantes de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez; não obstétricas; obstétricas não especificadas; e tardias.

de intervenção, pela omissão ou por uma cadeia de eventos, o que poderia ser bastante reduzido com a melhoria na atenção primária de saúde.

Quanto ao índice de cirurgias cesarianas no Estado, o percentual vem crescendo, passando de 49,1% em 2012 para 57% em 2013, se distanciando da estimativa estabelecida pela OMS, de apenas 15% de cirurgias necessárias (GOMES, 2016).

Por fim, as consultas pré-natais no Ceará vêm aumentando, chegando ao percentual de 57,9% das gestantes com sete ou mais consultas pré-natais em 2012, e 58,7% das gestantes em 2013 (GOMES, 2016).

Sendo uma iniciativa recente e de alto vulto econômico, com possibilidades múltiplas de interferência no contextual atual, resta claro que o Programa Rede Cegonha merece ser analisado, com a pesquisa dos resultados que vem alcançando e as possibilidades de transformações que pode ocasionar na relação da mulher com o parto a partir da iniciativa do Estado.

Para tanto, se faz necessário dissertar acerca do parto como processo fisiológico, cultural, médico e social, a partir do que será possível auferir mais profundamente os impactos que este tem perante a mulher e o recém-nascido, servindo de base para a análise da importância do Programa Rede Cegonha.

5 O PARTO: UM PROCESSO FISIOLÓGICO, SOCIAL, CULTURAL E/OU MÉDICO?

Todo o estudo elaborado anteriormente angaria subsídios para facilitar a análise do presente item, de modo que se deve ter como base a multacentralidade dos conceitos de mulher e de saúde e a forma como estes conceitos foram utilizados no decorrer da história, inclusive na elaboração das políticas públicas, para que se possa entender a história do parto, que perpassa o parto natural, o parto normal e cesariano com intervenções médicas e o parto humanizado²⁷.

Restou demonstrado pela história, até então, que a mulher teve seus papéis e características compreendidos de diversas formas, e que estes sofreram influências diretas e diversas, seja da sociedade em geral, dos cientistas, da religião, da economia ou da política.

Como procriadoras, únicos seres humanos capazes de gestar e parir, as mulheres tiveram o papel de mãe imputado de diversas maneiras e intensidades, e isto influenciou, também, a forma de assistência ao parto e como a mulher reagia a esse procedimento.

Em paralelo, o desenvolvimento da saúde e a inserção da tecnologia nos procedimentos hospitalares e clínicos também influenciou no percurso traçado para a assistência e o procedimento de parto ante o interesse da sociedade e as políticas públicas que foram sendo desenvolvidas.

Nesse sentido, faz-se mister iniciar o item analisando as mudanças no procedimento de parto ao longo do tempo, relacionando-as aos movimentos sociais das épocas e à valoração dada.

5.1 A HISTÓRIA DO PARTO: SUAS DIVERSAS FACES AO LONGO DO TEMPO

Seguindo o percurso metodológico realizado nos demais itens, inicia-se a análise histórica dos fatos que se relacionaram ao tema deste item, ou seja, o parto, para que se possa averiguar que questões devem ser abordadas no seu decorrer.

²⁷ Importante salientar que existem diversas denominações utilizadas na literatura que se referem a tipos de partos com base em suas características. No presente estudo, optou-se por utilizar os termos parto natural, parto normal, parto cesáreo e parto humanizado, que serão definidos no decorrer do subitem 5.2.1.

Embora o parto seja um evento inerente à humanidade desde o seu nascimento, optou-se por dividir a sua história em antes e depois da obstetrícia, pois esse é o momento em que houveram algumas das rupturas mais expressivas no modelo de assistência que se prestava ao parto.

Com base no início da obstetrícia e da intervenção médica no parto, poderá ser verificada a relação da medicalização do corpo feminino com a taxa de partos cesarianos e vaginais na realidade atual brasileira, que é um dos principais motivos que ensejaram a reanálise dos procedimentos relacionados ao parto e à sua assistência, assim como a violência obstétrica, culminando nas políticas públicas já exploradas no item anterior e no movimento em busca da humanização do parto.

Nesse contexto, poderão ser estudados os tipos de parto que podem ser realizados atualmente, de acordo com os tipos de assistências e de intervenções, necessários ou não.

E, especialmente quanto ao parto humanizado, serão analisadas duas vertentes que estão em foco na pesquisa contemporânea, qual seja, o conceito de cuidado na assistência ao parto e o empoderamento da mulher a partir da informação e da possibilidade de escolha em uma relação horizontal com os profissionais de saúde.

5.1.1 O parto antes e depois da Obstetrícia

Inicialmente pode-se definir que a obstetrícia se caracteriza pelo "desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza" (VIEIRA, 2002, p. 23), que se consolida apenas entre os séculos XVIII e XIX, marcando a apropriação do corpo feminino pela medicina (VIEIRA, 2002).

Até então, o parto costumava ser realizado nas próprias casas das parturientes, por mulheres, sem quaisquer procedimentos anestésico ou cirúrgico, dependendo do conhecimento prático das mulheres ou parteiras presentes, da disposição do corpo da mulher em parir e do bebê estar preparado para nascer.

Conforme descreve Santos *et al* (2008), as parteiras, nas sociedades ocidentais, são as mulheres que detêm o conhecimento prático do procedimento de parto, que aprendiam observando outras parteiras, e que eram responsáveis pelos

partos de sua comunidade ou da localidade onde estivessem, havendo registro de suas atividades desde os tempos mais remotos, inclusive no período medieval e no antigo testamento da Bíblia.

Os partos, portanto, eram realizados de acordo com o conhecimento prático, local, norteado pela percepção daquelas mulheres quanto aos sinais que o corpo dava, tendo como base a evidência, mas sem embasamento científico ou auxílio de instrumentos específicos.

No entanto, mesmo sendo um assunto eminentemente feminino, séculos antes do Renascimento já se percebia o interesse médico acerca do tema, embora só então, com o desenvolvimento da Medicina Moderna, passaram a analisar mais diretamente temas da saúde feminina como o parto. Já no século XVI, as parteiras passaram a ser reguladas pelo Estado e pela Igreja com o objetivo inicial de garantir que não auxiliassem abortos ou infanticídios, pois, diante à caça às bruxas, passaram a ser confundidas com feiticeiras e tiveram que demonstrar sua ligação com a religião cristã e com a moral imposta na época (VIEIRA, 2002).

Daí em diante, o ofício passa a ser institucionalizado, com a imposição de técnicas e a exigência de conhecimentos às parteiras, o que não surtiu bons resultados, principalmente pelo nível de instrução que era exigido e que elas não possuíam. As parteiras passaram, então, a ser progressivamente relegadas à assistência das mulheres residentes em áreas pobres, principalmente rurais e periféricas, visto que as demais passariam a ser encaminhadas aos hospitais, conforme veremos a seguir (SANTOS *et al*, 2008).

Por não possuírem o conhecimento técnico ou a formação institucional e diante à desconfiança incentivada na caça às bruxas, os conhecimentos adquiridos em todos esses séculos pelas mulheres se tornaram suspeitos, visto que foram mistificadas como feiticeiras e o seu conhecimento não era legitimado pela ciência. Os homens, então, passariam progressivamente a substituir as mulheres no ofício de partejar. A técnica aprendida na academia, à qual as mulheres não tinham acesso, substituía o conhecimento prático repassado por gerações.

Embora as parteiras ainda mantivessem mais reconhecimento profissional até 1750, as altas taxas de mortalidade materna e perinatal reforçavam a busca pelas melhores chances de sucesso no parto. Os estudantes de medicina começaram a ser encaminhados aos hospitais para que adquirissem experiência prática e os hospitais começaram a perder a imagem de abrigo de pobres e

desvalidos (VIEIRA, 2002). Para tanto, "a posição de decúbito dorsal no parto passa a ser a mais adotada para facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos" (MATEI et al., 2003, p. 17)

Os primeiros parteiros ingleses foram reconhecidos ainda no século XVII. Já em meados do século XVIII, na Inglaterra, era comum que houvesse um médico acompanhando o parto. No entanto, foi necessário todo o século XIX para que a medicina conseguisse dominar a prática obstétrica após desenvolver técnicas de procedimentos cirúrgicos, anestésicos e higiênicos que conseguiram diminuir as infecções e, conseqüentemente, a mortalidade materna, interferindo diretamente na aceitação dos hospitais (VIEIRA, 2002).

Os médicos passaram a se especializar na obstetrícia e utilizar a tecnologia a seu favor, fazendo uso de instrumentos como o fórceps e a tesoura. A cirurgia cesariana, que começou a ser realizada em mulheres mortas com o objetivo de salvar a vida do bebê, foi sendo aperfeiçoada e se estendendo a casos em que havia risco de vida do bebê e, posteriormente, da mulher (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Embora as parteiras ainda tenham tentado, por séculos, se organizar e reestabelecer a confiança em seu ofício, este foi sendo cada vez mais marginalizado e desacreditado, diante dos progressivos avanços tecnológicos da medicina moderna (VIEIRA, 2002).

No Brasil, a assistência ao parto tomou o mesmo caminho das demais sociedades ocidentais, apesar de ter se desenvolvido mais lentamente. Até o século XIX, os médicos ainda não estavam inseridos na prática hospitalar obstétrica, resultando numa permanência maior das parteiras no domínio do conhecimento. Considerando a moralidade da época, em que pesava a tradição das parteiras, o desinteresse dos médicos em assumirem a função e o receio das mulheres quanto ao olhar masculino. Apenas com o desenvolvimento da medicina pública, ou seja, com o incentivo do Estado, aumentou-se os partos em ambiente hospitalar, e, portanto, a instrução médica obstétrica (VIEIRA, 2002).

Com base nessa inserção da medicina na saúde da mulher é que os estudiosos começam a analisar e conceituar o que vem sendo chamado de medicalização do corpo feminino. Conforme Vieira (2002, p. 15), a medicalização do corpo feminino se refere à "como este corpo, através da história, é construído como objeto da medicina", o que se deu de forma gradativa, até que o parto se tornasse um evento médico.

A produção de ideias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada deste corpo como objeto da prática dos médicos: por quase três séculos eles vinham se preparando para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico. A medicalização do corpo feminino se estabelece no século XIX, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, que se torna então objeto da medicina. O processo para medicalizar foi longo: começa por volta de trezentos anos antes de sua institucionalização nos hospitais e do estabelecimento desta área do conhecimento como área médica. (VIEIRA, 2002, p. 47)

Na França, Thébaud (2002) esclarece que a medicalização da maternidade se deu entre 1919 e 1939, aumentando ainda mais após 1945. A busca pela salvação da raça, ainda mais em tempos de guerra, incentivou o desenvolvimento da higienização e do controle do parto, o que ocasionou uma diminuição da morbimortalidade, mas trouxe novos impasses. As parteiras foram sendo desacreditadas e utilizadas nos hospitais como auxiliares. As causas de morbimortalidade foram mudando, se relacionando à utilização dos procedimentos hospitalares e à passividade estabelecida para a mulher.

Vieira (2002) frisa que a medicalização do corpo feminino foi direcionada para influenciar a regulação da reprodução humana de acordo com as necessidades políticas e populacionais, reduzindo o corpo a uma entidade biológica que será qualificada conforme os referenciais médicos, visando o "entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social (VIEIRA, 2002, p. 24)

Em paralelo com a consolidação da "preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas" (BRASIL, 2001), o Estado passou a intervir diretamente na expansão do atendimento médico voltado à redução do alto índice de mortalidade infantil, o que incluía o atendimento pré-natal e a institucionalização do parto.

A segunda metade do século XIX se caracterizou pela intensa medicalização do corpo feminino, quando a profilaxia das infecções e o desenvolvimento de diversas técnicas cirúrgicas e intervenções médicas passaram a amenizar o medo da morte e do fórceps que, nesse período, eram riscos consideráveis de vida (VIEIRA, 2002).

Assim, com a ampliação tecnológica dos procedimentos médicos e o interesse do Estado em aumentar a natalidade, passou a ser difundida a intervenção médica, possibilitando à mulher a realização do parto cesariano, em ambiente hospitalar, com procedimentos anestésico e cirúrgico, evitando, nesse caso, a morte

dos recém-nascidos que estivessem impossibilitados de nascer por parto natural e, também, o trabalho de parto e todos os seus efeitos.

Em todos os contextos até então relatados, o avanço médico no aprimoramento de técnicas para o procedimento do parto, especialmente o parto cesariano, foi motivado pelo alto índice de mortalidade infantil, embora a mortalidade materna também fosse alta. No período, a preocupação era a de que fosse garantido o nascimento, fomentando o aumento populacional, tendo em vista a necessidade de mão-de-obra e o desenvolvimento econômico, principalmente.

Com o início das lutas femininas quanto ao reconhecimento de seus direitos a partir do século XX e a reflexão que passou a ser instigada quanto à importância da vida e saúde da mulher perante a sociedade e o Estado, é que se passou a pensar como possibilidade de evitar riscos também à saúde da mulher.

Nesse sentido, se estabelecia a necessidade de que a prática médica continuasse se aprimorando quanto às técnicas relacionadas ao procedimento de parto. Os hospitais passaram a ser vistos como necessários para a consolidação do saber médico. A prática mostrava-se fundamental para que as técnicas fossem desenvolvidas, de modo que tanto os médicos como as mulheres eram direcionados ao hospital para que houvesse a possibilidade de analisar os casos e, assim, desenvolver a tecnologia e a medicina relacionadas à assistência ao parto (VIEIRA, 2002).

A medicalização do parto foi o principal passo para a legitimação da obstetrícia, pois se fazia necessário justificar a necessidade de que o parto passasse a ser monitorado por um médico e fosse realizado dentro de um hospital, independente de os procedimentos utilizados serem condizentes com a realidade da parturiente.

É importante frisar que a progressiva medicalização do parto foi parte do processo de institucionalização da obstetrícia como especialidade médica legítima. E isto só tornou possível pela transformação da percepção do parto de um fenômeno natural para uma percepção na qual este é visto como um processo potencialmente patológico, que requer o controle e intervenção médica (CHACAM, 2012, p. 423-424).

O hospital passou a ser considerado o único local seguro para o parto e os procedimentos eram utilizados para que a vida do recém nascido fosse garantida. No entanto, a preocupação com as intercorrências que o parto sem intervenções

médicas poderiam ter e a ansiedade em pôr fim à espera pelo sucesso do parto estimularam a disseminação das rotinas intervencionistas nos hospitais.

Tinha-se a percepção, inclusive, de que o parto vaginal figurava como uma violência, sendo a obstetrícia cirúrgica um meio de se solidarizar com o sofrimento da mulher e livrá-la da penosa experiência de parir. Nessa concepção, foi disponibilizado o parto com sedação total, nas primeiras décadas do século XX, fazendo sucesso entre médicos e mulheres por promover o apagamento de todo o processo da mente da mulher, embora algumas décadas depois tenha sido banido ante ao alto índice morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005).

O parto não se tratava mais de um evento domiciliar, fisiológico, íntimo e sexual que, ocasionalmente, poderia ter complicações, mas sim de um evento hospitalar, patológico, arriscado e técnico. Se estabelecia a necessidade de um roteiro a ser seguido pelo obstetra que pudesse garantir o sucesso do nascimento, mesmo que alguns dos passos seguidos no roteiro não fossem necessários em todos os casos.

Importante frisar que o desenvolvimento da medicina voltada à reprodução e à mulher resultou em avanços significativos na proteção da vida da mulher e do bebê. O desenvolvimento do conhecimento técnico e científico relacionado à assepsia, bacteriologia e intervenções cirúrgicas, especialmente, a cesariana, tiveram impacto direto na redução da taxa de mortalidade materna e perinatal (VIEIRA, 2002).

A obstetrícia aprimorou essa tecnologia e se consagrou como a área que detém os mais amplos conhecimentos na utilização de técnicas e instrumentos relacionados à facilitação e garantia do parto.

Entretanto, a partir de 1970, diversos autores passaram a questionar a forma como a medicalização estava sendo utilizada na assistência ao parto, verificando que os procedimentos de rotina que passaram a ser adotados nos hospitais tinham falhas e mereciam uma reanálise (Santos *et al*, 2008).

Frederick Leboyer (1996) foi um dos autores que contribuiu para essa reanálise, elaborando um relato aprofundado acerca dos resultados que constatou quando experienciou partos realizados com a utilização de procedimentos de rotina

hospitalar, mesmo em partos vaginais, e partos encaminhados de forma mais atenciosa²⁸ às condições do bebê.

Leboyer (1996) aponta que os atos de rotina estão mais relacionados à necessidade de todos os envolvidos de constatar o nascimento do bebê, sem dar importância aos meios utilizados, desconsiderando a possibilidade de que esse nascimento seja o menos doloroso e traumático possível. Para tanto, ressalta a necessidade de que seja valorizado um ambiente menos institucional e mais acolhedor, assim como uma assistência mais atenta ao bem-estar.

Nesse sentido, vale citar um recorte da sua visão frente à urgência da mudança na forma como o parto vem sendo realizado no ambiente hospitalar: "a antiga maldição passou. As mulheres, hoje em dia, dão à luz com a fisionomia radiante. É um milagre. Mas que estejam radiantes enquanto o bebê é crucificado, isso não!" (LEBOYER, 1996, p. 29)

No Brasil, inclusive, desde 1970, iniciaram alguns movimentos com o intuito de relativizar os modelos de assistência ao parto, instigando a união entre o saber médico e o popular, primeiro instruindo as parteiras tradicionais a utilizarem alguns instrumentos básicos, como a tesoura, e depois com o incentivo à humanização do parto e o parto domiciliar (Santos *et al*, 2008).

A partir do final do século XX se desenvolve um movimento no intuito de basear a assistência à saúde, e ao parto, em evidências empíricas. Os procedimentos incorporados à rotina hospitalar passaram a ser verificados quanto à sua segurança e efetividade, o que ocorreu no contexto do Ano Internacional da Criança, 1979, com a criação de um comitê regional europeu, que detectou que as intervenções que vinham sendo realizadas na seara da redução da mortalidade materna e perinatal resultavam em largo aumento de custos financeiros, mas não na melhoria da assistência, havendo uma grande variação de opiniões e formas de utilização (DINIZ, 2001).

Em 1985, a OMS divulga a Carta de Fortaleza, resultante de um encontro, em conferência, dos grupos formados em 1979, que analisaram as tecnologias apropriadas para o parto, divulgando algumas ações importantes para a melhoria da

²⁸ Leboyer (1996) descreve pormenorizadamente as diversas sensações que o recém nascido experimenta logo que nasce, demonstrando que aquele choro e desespero são fruto de um sentimento real, resultado de dores físicas e psicológicas, para, em pós, demonstrar práticas que averiguou serem mais benéficas para o bebê, diminuindo consideravelmente o suplício do nascimento.

assistência ao parto com ênfase na saúde pública e no direito das mulheres (DINIZ, 2005).

Ao fim do processo, a pesquisa resultou em uma extensa e detalhada revisão²⁹ de estudos referentes à assistência perinatal que indicou a maior efetividade e segurança das intervenções quando realizadas estritamente em observância às necessidades específicas da parturiente. A OMS passou, então, a divulgar recomendações baseadas na pesquisa, em meados de 90, que dividiam os procedimentos de rotina em condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas sem evidência científica para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não comprovem o assunto; e condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício (DINIZ, 2001).

A partir desse estudo, evidencia-se a necessidade de que seja avaliada a individualidade de cada mulher e a disponibilização de informações acerca das possibilidades relacionadas à assistência, para que possa haver uma diminuição nas intervenções desnecessárias e uma experiência mais sadia e tranquila para a mulher³⁰ (DINIZ, 2001).

Esse novo paradigma vem demonstrar que é científica e socialmente mais proveitoso que a assistência ao parto se desenvolva por meio de um diálogo horizontal entre a mulher e os profissionais de saúde. A mulher não figuraria apenas como receptáculo do feto, mas como ser humano, que se move e se posiciona acerca do que deseja para si e para seu bebê, com o papel ativo de parir e o apoio dos profissionais de saúde, que poderão auxiliá-la e intervir quando for necessário (DINIZ, 2001).

No Brasil, as recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde no guia intitulado "Parto Normal: um guia prático" em 2000. Conforme Simone Diniz (2005):

²⁹ O estudo foi realizado por uma década e contou com mais de 400 pesquisadores relacionados à estatística e saúde resultando na revisão de todos os estudos, cerca de 40.000, publicados desde 1950, que se referiam ao tema. Foi publicado pela primeira vez em 1993 e sua versão condensada passou a ser amplamente utilizada na medicina peri-natal (DINIZ, 2001).

³⁰ Nesse contexto surge o conceito de plano de parto, que se trata de um referencial elaborado pela mulher durante o pré-natal acerca dos procedimentos eletivos relacionados ao parto e todo o processo correlato, quando ela pode interagir com os profissionais de saúde e expor seus anseios e desejos (DINIZ, 2001).

o livro evidencia que o atendimento ao parto no Brasil se baseia em grande medida naquilo que se busca superar. A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde (DINIZ, 2005, p. 631).

Hoje, o parto cesariano é indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério de Saúde do Brasil como procedimento a ser realizado prioritariamente quando houver algum risco no parto, seja para a mulher ou para o recém-nascido. Conforme dados da OMS, a estimativa de partos que efetivamente necessitam de intervenção por meio de cesariana para diminuir o risco de complicações médicas para o recém-nascido e para a mãe é de 15% (quinze por cento) dos partos, de modo que os demais poderiam ser realizados de forma natural³¹.

Em grande parte dos países desenvolvidos, a estimativa de procedimentos de parto cesariano é aproximado do percentual determinado pela OMS, sendo seguida a orientação de que a intervenção médica seja realizada principalmente nos casos de necessidade.

No Japão e na Holanda, por exemplo, grande parte dos partos são domiciliares, assim como realizados por parteiras tradicionais, havendo um baixo índice de cirurgias cesarianas (Santos *et al*, 2008).

Todavia, essa não é uma realidade universal. A disseminação das evidências científicas não foi internalizada uniformemente. Muitas vezes são desconsideradas ou até desconhecidas. Mesmo quando conhecidas, podem ser relativizadas ou suprimidas ante outros interesses ou condições, como dificuldades de estrutura ou de disponibilidade de profissionais, percepções éticas e pessoais acerca do parto, e até mesmo a cultura local acerca da sexualidade e da reprodução (DINIZ, 2001).

³¹ O percentual de 15% de partos cesarianos é um dado disponibilizado pela OMS desde 1985 e ainda não foram feitos estudos que demonstrassem uma alteração dessa realidade. Em estudo recente, a OMS destaca que: "A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015).

O Brasil, por exemplo, possui estimativas bem díspares daquelas recomendadas pela OMS. Com base nessa realidade, faz-se necessário averiguar, especificamente, as repercussões políticas e sociais da medicalização da assistência ao parto no Brasil, para que seja possível analisar de que forma a sociedade brasileira assimilou o procedimento de parto e por que a sua realidade diverge daquela estabelecida em boa parte dos países desenvolvidos e que é sugerida pela OMS.

5.1.2 As repercussões políticas e sociais da medicalização da assistência ao parto no Brasil

Embora já se tenha adentrado na medicalização no subitem anterior, vale fazer um recorte na pesquisa para explorar os fatores que podem estar relacionados à medicalização na assistência ao parto no Brasil, visto que, embora seja uma tendência mundial a utilização da ciência e da tecnologia em todos os aspectos da vida, inclusive no nascimento, percebe-se que o Brasil figura como um dos países que possui as mais altas taxas de cirurgias cesarianas e intervenções médicas no parto.

Estima-se que uma média de 40% (quarenta por cento) dos partos no Sistema Único de Saúde e 84% (oitenta e quatro) da rede privada sejam realizados por meio de cesariana, sendo que a porcentagem restante dos partos realizados são definidos como normais, estando inclusos os partos naturais e os partos normais que possuem intervenções médicas não cirúrgicas³² (FORTALEZA, 2014).

No Brasil, o número de partos realizados em 2015 é de 2.905.789, sendo 1.615.928 partos cesários e 1.283.546 partos vaginais. (BRASIL, 2015)

No que se refere à taxa de mortalidade materna, deve-se considerar que o avanço do planejamento familiar e, em especial, dos meios contraceptivos, trouxeram um considerável diminuição dos dados, conforme o Ministério da Saúde:

a redução dos óbitos por causas obstétricas diretas foi o principal fator que levou à redução da taxa de mortalidade materna no Brasil – de 140 a cada 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 75, em 2007. As mortes por

³² A violência obstétrica ocorre, muitas vezes, no manejo destas intervenções médicas, tanto na indicação de cesárea que não é necessária como em procedimentos menores mas ainda bastante invasivos, que são institucionalizados como rotina e utilizados desnecessariamente, aumentando ainda mais a dor e o medo da mulher quanto ao parto normal. São algumas intervenções médicas: a episiotomia, a tricotomia, a injeção de ocitocina, o exame retal, a manobra de Kristeller entre várias outras. A violência obstétrica será abordada no subitem 5.1.3.

complicações durante gravidez, parto e puerpério diminuíram 56%, nos últimos 18 anos. [...] O resultado é reflexo do maior acesso ao pré-natal e acompanhamento médico por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Quase 90% das mulheres grávidas realizam pelo menos quatro consultas pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2010, p. 01)

No entanto, com base em um relatório divulgado pela OMS, o jornal O Povo (ANDRADE, 2014) divulgou que, ainda assim, o Brasil figura como quarto país mais lento na diminuição de mortalidade materna, com base na análise do período de 2000 a 2013 com 75 países participantes. No período, o Brasil teve uma queda anual média de 1,7% na taxa de mortalidade materna, bem abaixo da média de 3,1% ao ano do grupo. Constatou-se, ainda, que, em 2013, a estimativa de brasileiras que morreram na gestação, no parto ou em decorrência de suas complicações foi de 69 a cada 100 mil nascimentos, quase o dobro da meta assumida no documento “Objetivos do Milênio”, que seria de, no máximo, 35 mortes a cada 100 mil nascimentos até 2015.

O Ministério da Saúde vem se posicionando reiteradamente, há décadas, acerca da urgência na contenção do número de cesáreas. Mesmo sendo firmadas diversas portarias, prêmios, incentivos, manuais e leis determinando obrigações e sugestões a serem seguidas no acompanhamento da grávida e da parturiente, demonstrando a eficiência e a segurança dos procedimentos indicados e do resultado da maior atenção quanto às necessidades individuais, a realidade brasileira não tem apresentado grandes mudanças (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; DINIZ, 2001; GIOVANNI, 2013; PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

Em paralelo, desde a década de 70, os movimentos de mulheres vêm reconhecendo a opressão e o controle na forma em que vinha sendo vivenciada a assistência ao parto, promovendo material educativo e debates acerca do tema, que só têm se ampliado com o passar dos anos (DINIZ, 2001).

Nesse sentido, emerge a discussão sobre as vantagens e os riscos de manter o procedimento de parto tão vinculado a procedimentos cirúrgicos, mesmo em casos em que a mulher tem condições de parir seu filho sem danos à sua saúde e do recém-nascido, em contraponto ao parto natural, visto que as intervenções cirúrgicas não possibilitaram a redução esperada na taxa de mortalidade materna.

A partir desta realidade, muitos estudiosos têm se voltado para este alto número de cesarianas realizadas no Brasil e analisado as consequências deste fenômeno social para a mulher, para o recém nascido e para o Estado.

Inicialmente, importa definir que a medicalização aqui referida se ampara em um conceito abrangente, que relaciona o uso da medicina e da tecnologia como meio para alcançar interesses políticos e sociais. Castro e Clápis (2005, p. 965) relatam que, "historicamente, a medicina foi transformada num poder pela sociedade capitalista como estratégia de um controle social e peça fundamental do existir dessa sociedade. O saber médico transformou a arte de curar em poder de curar".

Nesse sentido, pode-se citar Vieira (1999, p. 68), que relaciona o desenvolvimento da medicina nesta área específica, com a necessidade de que seja regulado o corpo da mulher e a natalidade, considerando a medicalização da assistência ao parto como um "dispositivo social que relaciona questões políticas - como o controle populacional - aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana".

A medicalização da assistência ao parto se refere, portanto, à utilização da medicina e da tecnologia não apenas como forma de garantir a saúde, quando necessária, mas como estratégia para alcançar objetivos outros, como a diminuição do tempo do parto, o manejo da dor, a esterilização entre outros.

O Ministério da Saúde aponta os fatores que considera determinantes para que a cultura da cesárea fosse instituída no Brasil e passasse a figurar como alternativa preferida por muitas mulheres e profissionais de saúde, perpetuando-se até os dias atuais.

Foram fatores determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea pelo antigo INAMPS, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto. Após anos desta prática, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos. Como consequência, parte importante dos obstetras não se encontra suficientemente motivada, e até mesmo capacitada, para o acompanhamento ao parto normal. Por sua vez, em uma relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às "questões técnicas" levantadas pelos médicos. (BRASIL, 2001, p. 19)

Destaca que a maioria dos profissionais de saúde e estudantes de medicina têm adquirido a noção de que a gestação, o parto e o puerpério são

processos predominantemente biológicos e, portanto, o patológico é mais valorizado. Sua formação tem sido direcionada para a resolução de intercorrências, de modo que são incentivados a adotar rotinas generalizadas que possam garantir a linearidade do parto e do nascimento sem que seja analisado o caso concreto ou considerado que na grande maioria dos casos o parto normal não apresenta complicações (BRASIL, 2001).

O parto tem se tornado um procedimento médico em que a mulher figura como coadjuvante e participa de uma série de ações médicas generalizadas, que muitas vezes não são necessárias, e que são potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2001).

Distorce-se a função da obstetrícia ao direcionar milhões de reais por ano em procedimentos desnecessários, que podem resultar em mais complicações hospitalares e internações³³, sem que haja um real benefício para a parturiente. Oferece-se uma "tecnologia inadequada, cara, potencialmente perigosa e dolorosa para os partos normais que dela não se beneficiam, o que muitas vezes resulta em não oferecer tecnologia adequada para os partos anormais para os quais essa tecnologia poderia ser útil" (PRISZKULNIK; MAIA, 2009, p. 87 *apud* SABATINO H.; DUNN P.; CALDEYRO-BARCIA R., 1992).

Nesse sentido, CHACAM (2012) analisa a realidade brasileira demonstrando que a alta taxa de cesáreas no Brasil não está exclusivamente voltada aos casos em que há uma indicação de saúde, pois se apresenta bem acima da média mundial assim como de países com condições semelhantes, e são realizadas prioritariamente por mulheres que possuem melhores condições financeiras e menor risco de saúde.

Ao verificar que grande parte das mulheres têm se posicionado, em pesquisas recentes, que prefeririam que o seu parto tivesse sido normal e que a cesárea teria sido indicada pelo obstetra, CHACAM (2012) busca quais questões podem estar relacionadas à essa indicação, com base em entrevistas realizadas com obstetras e mulheres após o parto.

³³ Sabe-se que a quantidade de leitos hospitalares e de recursos são insuficientes para atender a população brasileira. A utilização desses recursos de forma indiscriminada na assistência ao parto resulta na intervenção desnecessária de um processo que, na grande maioria das vezes, tem condições de fluir naturalmente e de forma saudável, gerando, ainda, o custo do procedimento e o custo indireto, causado pela internação e, em vários casos, complicação anestésica e infecciosa.

Percebe, então, que a medicalização faz parte de um processo mundial e generalizado, não se referindo apenas à mulher ou ao parto e sim à tendência de tecnologização e de controle de tudo. Assim, enquanto a cesárea é tida pelos médicos como procedimento previsível, seguro e tranquilo, o parto normal é imprevisível e, portanto, tem um caráter potencialmente problemático e arriscado, carregando consigo o tempo, o stress, a ansiedade e a dúvida (CHACAM, 2012).

Nesse sentido a intervenção médica tem sido justificada e repassada às grávidas, que aceitam passivamente:

Dentro dessa abordagem, o caráter fisiológico do parto normal, apesar de ser ressaltado como positivo nos discursos dos médicos e das mulheres de classe média, não é realmente levado em consideração na hora de se avaliar o trabalho de parto, quando quaisquer desvios do padrão pré-estabelecido podem ser interpretados como potencialmente problemático. Deste modo, se ignoram as peculiaridades de cada mulher, o tempo de cada uma, suas condições físicas e, principalmente, os aspectos psicológicos envolvidos no parto. A variedade, característica de um processo fisiológico, é reinterpretada como imprevisibilidade dentro do discurso médico, o que implica falta de controle para os médicos, gerando grande ansiedade para ambos os lados. Com o parto normal, não se sabe o dia e a hora do nascimento, o tempo que vai demorar a criança para nascer, o que se tornou inaceitável para muitos. O parto normal passa a ser julgado pelos padrões da cesárea, que se torna a norma. Os riscos envolvidos na cirurgia são subestimados e a cesárea se transforma em garantia de segurança e controle absolutos. Pode-se mesmo falar que na medida em que a medicalização cresce o parto normal “encolhe”: se restringe a definição do que é normal ocorrer em um parto, diminui o tempo em que se espera sua resolução normal e o número de situações nas quais se tenta um parto normal. A percepção do parto normal como um “procedimento de exceção”, adequado somente em circunstâncias favoráveis, estava presente tanto no discurso do obstetra quanto das mulheres das camadas médias entrevistadas. O relacionamento próximo e muito afável com os médicos e a confiança irrestrita que estas mulheres depositam neles parece contribuir significativamente para que elas aceitem e reproduzam o discurso médico em relação ao parto (CHACAM, 2012, p. 446-447).

O serviço médico e hospitalar de assistência à mulher em situação de gravidez e parto está diretamente vinculado à medicalização generalizada do parto, tornando o parto uma categoria de intervenção médica que deve ser realizado para a uniformidade e praticidade no atendimento.

Vê-se que o modelo intervencionista em questão aborda a cirurgia cesariana como uma forma de "prevenção do parto", considerando o parto vaginal como um processo perigoso que tende ao fracasso e a outras intervenções dolorosas e desnecessárias (DINIZ, 2001).

O Ministério da Saúde reconhece que o fato de a medicalização do parto

ter diminuído inicialmente a mortalidade materna e perinatal influenciou diretamente na forma de a mulher ver o parto. Passou-se a crer que a cirurgia cesariana seria mais segura e indolor. Por outro lado, o desenvolvimento da violência institucional, principalmente vinculada ao parto normal, também incentiva a mulher a fugir das consequências que se espera do parto normal, diante à rotina hospitalar que foi se constituindo: o corte vaginal, a dor, o desamparo etc.

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. O conflito gerado a partir desta transformação influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, mais "limpo", mais rápido, mais "científico". Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea. (BRASIL, 2001, p. 18)

Com base nas discussões relacionadas à medicalização na assistência ao parto, pode-se perceber que a cultura da cesárea no Brasil está relacionada a diversos fatores, mas tem especial vinculação às condutas que foram sendo incorporadas na rotina hospitalar, tanto no modelo intervencionista geralmente seguido no parto normal quanto no parto cesariano, ante às perceptivas adotadas pelos profissionais de saúde e pela mulher, numa relação ainda hierarquizada e vertical, em que a mulher figura como pólo passivo e resignado.

A forma como a medicalização do corpo feminino foi inserida na práxis médica demonstra que a realidade brasileira não tem conseguido se adequar às evidências médicas atuais, de que a individualidade de cada mulher e cada bebê exigem abordagens específicas, e não pré-estabelecidas, dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, serão abordadas algumas dessas condutas hospitalares, especificamente aquelas que vêm sendo consideradas como formas de violência obstétrica na assistência ao parto para verificar o impacto dessas condutas na taxa de cirurgias cesarianas e no distanciamento do protagonismo da mulher no parto.

5.1.3 A violência obstétrica na assistência ao parto

Em que pese a violência ser uma categoria rica de conteúdo e merecedora de atenção, esta pesquisa não aprofundará em sua essência, mas

abordará especificamente a violência obstétrica, também definida em alguns estudos como violência institucional, tendo em vista que os atos que dela decorrem estão diretamente relacionados às discussões referentes à assistência ao parto e à escolha que a mulher faz quanto ao tipo de parto que deseja.

Nesse sentido, cite-se a definição amplamente divulgada na cartilha elaborada pela Rede Parto do Princípio, que se destaca pelo reconhecimento e combate da violência obstétrica:

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p. 20).

Embora a violência obstétrica não seja tipificada pelo ordenamento jurídico brasileiro, a doutrina vem considerando as definições encontradas nas legislações da Venezuela e da Argentina, como é o caso da definição divulgada pela Defensoria Pública de São Paulo:

apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelo profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p.01).

Essa violência vem sendo percebida há décadas, mas tem sido mais frequentemente apontada e combatida na realidade atual da assistência ao parto, considerando que, como já foi abordado no subitem 5.1.1, a OMS estabeleceu recomendações³⁴, suficientemente amparadas em estudos científicos, quanto às condutas que podem e/ou devem ser utilizadas durante o trabalho de parto.

A partir da busca por averiguar essa realidade, diversos estudiosos passaram a apontar inúmeros relatos de humilhações, ironias e descaso com as mulheres no momento do parto, percebendo uma hostilidade dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do parto e até mesmo dos demais profissionais

³⁴ Optou-se por não citar todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde mas focar no decurso da pesquisa naquelas mais recorrentes no contexto atual brasileiro.

que presenciavam a mulher em trabalho de parto (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; DINIZ, 2001).

Embora a história demonstre que a mulher é alvo de diversos tipos de violência de gênero, nesse momento em particular, quando está fragilizada e insegura, a violência possui um efeito ainda mais devastador e interfere diretamente no desenvolvimento do trabalho de parto e na experiência que a parturiente terá em relação ao parto.

Conforme pesquisa divulgada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo³⁵, cerca de 25% das mulheres sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto, sendo que a maioria ocorreu em estabelecimento da rede pública, sendo destacadas as frases "não chora não que ano que vem você está aqui de novo" e "na hora de fazer você não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?".

Embora o percentual acima seja alto, há que se considerar que muitas mulheres não têm ainda sequer a percepção de certos tipos de violências, incutidas na rotina hospitalar, de modo que o simples fato de conseguir ser atendida já representa um acolhimento, mesmo que ele não aconteça da forma que deveria (CLÁPIS e CASTRO, 2005; RATTNER, 1998). A estatística acima retrata, portanto, a ocorrência dos casos mais graves de violência ou aquelas mais perceptíveis, mas não traduz a realidade.

Para uma compreensão melhor das principais formas de violência obstétrica ocorridas no Brasil, a Rede Parto do Princípio (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) elaborou um dossiê sobre a violência obstétrica, no intuito de integrar a CPMI da Violência Contra as Mulheres, a partir do qual contextualiza a sua existência e demonstra os diversos tipos de violência que estão contempladas nessa seara, como a restrição ou proibição do acompanhante no trabalho de parto³⁶; a episiotomia³⁷; intervenções de verificação e aceleração do parto³⁸; falta de

³⁵ A pesquisa está disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

³⁶ O direito à escolher um acompanhante durante o trabalho de parto foi tipificado pela Lei nº 11.108/2005, embora apenas recentemente venha sendo um pouco mais respeitado diante à ampla divulgação pela mídias e por políticas públicas. Rotineiramente são realizadas denúncias de hospitais que ainda ignoram esse direito.

³⁷ "A episiotomia, ou 'pique', é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a

esclarecimento e consentimento da gestante³⁹; a manobra de Kristeller⁴⁰; a restrição da posição de parto⁴¹; a restrição da escolha do local do parto⁴²; a cesariana eletiva⁴³ por conveniência do médico, dissuasão ou coação; bem como o atendimento desumanizador e degradante⁴⁴.

Pode-se averiguar que são diversas as formas de violência obstétrica que existem e que, embora muitas tenham sido abordadas desde as Recomendações da OMS, permanecem incorporadas no cotidiano hospitalar de tal modo que, muitas vezes, sequer causam estranhamento, pois não são percebidas como violências, mas como a práxis (DINIZ, 2001).

episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências" (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80). "Um dos procedimentos que permanece sendo usado de rotina é a episiotomia, apesar de há muitos anos os abundantes dados disponíveis revelarem que esse procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização, sejam eles a prevenção de lesões nos genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido. [...] Diz-se que só escapa de episiotomia quem faz uma cesárea: é a escolha entre 'cortar em cima ou cortar em baixo'" (DINIZ, 2001, p. 09-10).

³⁸ "Em um parto normal, para a verificação da dilatação do colo do útero, é feito o procedimento conhecido como exame de toque. Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a dilatação ou redução manual do colo do útero, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto. Pode ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto, e que na grande maioria das vezes é realizado sem esclarecimento ou consentimento da paciente. Relatos de várias partes do Brasil referem-se à utilização rotineira de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo para acelerar a dilatação" (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 96).

³⁹ "Muitos procedimentos são realizados sem serem informados ou esclarecidos de sua necessidade. Alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento. Diversos relatos apontam o incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento" (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 101).

⁴⁰ Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou apertando seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho" (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 103).

⁴¹ A liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto são práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, em contraponto ao uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) e da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto, que são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, conforme as Recomendações da OMS (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

⁴² A liberdade de escolha do local do parto é uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada de acordo com as Recomendações da OMS (BRASIL, 2001).

⁴³ "Cesárea eletiva é a cirurgia de cesariana que é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e realizada antes mesmo do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência" (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 112).

⁴⁴ Peregrinação em busca de vaga, omissão de informações, descaso, abandono, desprezo, humilhação, ameaça, coação, preconceito, discriminação, homofobia, estigmatização, assédio, sadismo, culpabilização, chantagem, desconsideração dos padrões culturais entre outros (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Nesse sentido, vale citar a classificação dos atos que caracterizam a violência obstétrica, realizada pela Rede Parto do Princípio (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), dividindo-os quanto ao seu caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático:

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.

Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada.

Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60-61)

Resta claro que não se trata apenas de violências que podem ser facilmente percebidas, mas também de violências veladas, sutis, recorrentes, realizadas em momentos íntimos e sem testemunhas. Não são estritamente pessoais, mas também podem ocorrer de forma generalizada. Podem derivar do descuido profissional ou do julgamento moral. São diversas as possibilidades de violência e poucos são os meios de se denunciar ou reprimir os atos num momento em que a mulher está tão frágil e insegura.

Diniz (2001) ratifica essa análise e cita que o Brasil vem sistematicamente desconsiderando as recomendações da OMS, tanto ao negar práticas que são importantes para o desenvolvimento do trabalho de parto e parto, assim como ao manter procedimentos reconhecidamente danosos.

Na prática, no Brasil como em outros países, esta, como outras recomendações, vem sendo sistematicamente desconsideradas - isto quando são conhecidas. Este é o caso de condutas como o monitoramento de bem-estar físico e emocional da mulher, a oferta oral de fluidos durante o trabalho de parto e parto, as técnicas não-invasivas e não farmacológicas de alívio da dor (como a massagem, o banho e o relaxamento); a liberdade de posição no trabalho de parto e parto, o encorajamento a posturas verticais, entre outros. Os procedimentos reconhecidamente danosos, ineficazes, e que deveriam ser eliminados, continuam a fazer parte do dia a dia da maioria dos serviços, como o uso da posição horizontal durante o trabalho de parto e parto; o uso de rotina do enema; da tricotomia; da infusão intravenosa; a administração de ocitocina para acelerarem o trabalho de parto e; os esforços expulsivos dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto. Isto sem contar com a perigosa manobra de Kristeller, entre outros. Mesmo práticas que, devidamente indicadas, poderiam ser úteis são usadas de forma inapropriada, causando mais dano que benefício, como os exames vaginais frequentes e repetidos (DINIZ, 2001, p. 07-08).

Assim, desconsiderar que foram atestadas as condutas que devem ser incorporadas ou não na assistência ao parto por meio de evidências científicas é agir de forma arriscada, violando o direito da mulher quanto à integridade corporal. Impor ou não informar procedimentos considerados danosos atenta contra o direito à condição de pessoa. Obrigar as mulheres à peregrinar em busca de leitos viola o seu direito à equidade e à assistência (DINIZ, 2001, apud DINIZ, 1999).

Frise-se, ainda, que a violência obstétrica não ocorre apenas na medicalização dos processos, mas deve ser combatida na imposição de quaisquer rotinas que subtraíam das mulheres o direito de decidir sobre o seu parto e a assistência que necessita, o que pode acontecer mesmo em um parto normal.

Colocada essa polaridade, esbarramos em um impasse: corre-se o risco de que essa defesa do corpo feminino e a crença em sua perfeição fisiológica reproduzam o essencialismo que reforça a concepção da maternidade como função primordial das mulheres, sem a qual estas não seriam normais nem completas; ou ainda, da concepção de que, já que as mulheres estão fisicamente aptas a dar à luz, deveriam fazê-lo a qualquer custo, pessoal, físico, emocional ou de saúde. Nessa direção, a dor e as possíveis seqüelas do parto não seriam mais que o preço "normal" a pagar pela feminilidade completa e adulta de ser mãe, ou pior, por alguma pena ancestral da base religiosa, como prevista no Gênesis. (DINIZ, 2001, p. 207)

As mais recentes políticas nacionais e internacionais relacionadas à assistência ao parto têm abordado o tema, inclusive o Programa Rede Cegonha, demonstrando as possibilidades de violência e as formas de diminuição, como a humanização da assistência e o empoderamento da mulher, que serão abordados nos itens seguintes do presente item.

De todo modo, cabe ressaltar que a diminuição da violência obstétrica depende diretamente de uma mudança cultural e pessoal, o que poderá se realizar com uma nova percepção acerca da mulher, da política, da saúde e do parto, no contexto que vem sendo abordado nesta pesquisa.

5.2 OS ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS REFERENTES À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E NO PARTO

A humanização do parto, designação mais comumente encontrada na literatura brasileira, passou a ser uma necessidade reconhecida por mulheres e estudiosos a partir da verificação dos resultados que a medicalização do parto tem apresentado, demonstrando que o uso de rotinas institucionalizadas aumenta ainda mais a possibilidade de novas intervenções médicas e de riscos à saúde materna e perinatal. A partir de então, se iniciou o movimento internacional que tem buscado priorizar o uso das tecnologias apropriadas e melhorar a interação entre pacientes e profissionais de saúde (DINIZ, 2005).

Os movimentos dos quais deriva esse conceito iniciaram na Europa, com outros nomes, e criticavam algum(ns) dos aspectos da assistência ao parto que havia se estabelecido mundialmente, tendo em sua base nomes como os franceses

Frederick Leboyer⁴⁵ e Michel Odent⁴⁶, desde a década de 70, e da inglesa Janet Balaskas⁴⁷, na década de 80.

No Brasil, a humanização do parto é um tema que vem sendo discutido desde a década de 70 pelo movimento de mulheres, que passou a reconhecer que, "mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, esta era vivida em condições de opressão, relacionadas ao controle social das grávidas" (DINIZ, 2001, p. 23). Surgem, ainda, "profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas" (DINIZ, 2005, p. 631).

Na década de 80, o movimento passa a propor políticas públicas e informar sobre o que passam a chamar de "humanização da assistência ao parto" (DINIZ, 2001, p. 23), a partir de grupos como o "Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Porto em Pernambuco" (DINIZ, 2005, p. 631).

Nos movimentos que foram surgindo com o intuito de reavaliar as relações da mulher com o parto, destaca-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna)⁴⁸, fundada em 1993, por meio da Carta de Campinas. Vale citar um trecho da carta que aponta a mudança que foi sendo gradativamente incorporada pelas grávidas e parturientes quanto à melhor forma de dar à luz ao considerar as práticas que vinham sendo adotadas pelos profissionais de saúde.

⁴⁵ O seu livro "Nascer Sorrindo", publicado pela primeira vez em 1975, é sua principal obra e permanece sendo amplamente utilizado como importante referência quanto à humanização da assistência, conforme já descrito no subitem 5.1.1 supra.

⁴⁶ Michel Odent tem dezenas de publicações sobre a humanização da assistência ao parto, sendo seu primeiro livro "O Renascimento do Parto", de 1984, que inspirou, inclusive, o documentário brasileiro intitulado de "O Renascimento do Parto", que estreou em 2013 e repercutiu nas redes sociais. Suas obras trazem diversas abordagens acerca da humanização e demonstram a diferença da experiência do parto, para a mãe e para o bebê, quando este se desenvolve de forma humanizada e atenciosa.

⁴⁷ Um dos mais importantes e revolucionários livros de Janet Balaskas é o 'Parto Ativo', publicado pela primeira vez no Reino Unido em 1981, e no Brasil em 1989, e ensina as mulheres a se manterem ativas no trabalho de parto e parto, preconizando o seu envolvimento físico e psicológico para definir o ritmo e os meios utilizados. A partir desse livro, a expressão parto ativo passou a ser amplamente utilizada.

⁴⁸ O movimento REHUNA passou a se organizar no fim da década de 80 e inclui "dissidentes representantes de segmentos diversos, entre eles profissionais de saúde - médicos (sanitaristas, obstetras e pediatras), enfermeiras obstetras, parteiras, usuárias, formuladores de políticas, diretores de serviços, grupos de mulheres, pesquisadores, acadêmicos, movimento popular de saúde, centros de práticas alternativas entre outros (DINIZ, 2001, p. 26).

a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam, inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005, p. 631)

Mais recentemente foram sendo criados inúmeros movimentos relacionados à humanização do parto, inclusive aproveitando a facilidade de comunicação que foi gerada com a disseminação das redes sociais, de modo que se pode verificar a existência de constantes encontros físicos e virtuais em prol do debate das questões ora levantadas e de muitas outras correlatas, como amamentação, autonomia, trabalho e políticas públicas.

A sociedade tem tido a oportunidade de alcançar um acesso muito mais aprofundado acerca do tema, e isso tem feito com que várias discussões sejam iniciadas, muitas ações sejam encaminhadas ao Congresso Nacional para que sejam reguladas e cada vez mais pessoas se posicionem em defesa dos direitos das mulheres de terem todo o suporte médico necessário e toda a informação para decidir sobre o seu pré-natal e parto.

De todo modo, os estudos contemporâneos relacionados ao parto humanizado não têm, ainda, uma definição objetiva e consensual, frente aos diversos entendimentos literários acerca do seu conceito e abrangência, mas apontam para a análise das atitudes relacionadas ao parto e à sua assistência, não devendo ser confundido com os conceitos de parto vaginal e parto cesariano, que também serão devidamente descritos a seguir.

Com base nisso, serão analisadas as seguintes questões: o parto vem sofrendo diversas intervenções nos últimos séculos, fazendo surgir uma variedade de tipos de assistência e, conseqüentemente, de tipos de parto; a assistência humanizada do parto deriva de uma mudança no paradigma da saúde em relação ao cuidado e à bioética; e o parto humanizado é um tema em aguda discussão, que merece ser aprofundado.

5.2.1 Os tipos de parto e de assistência ao parto

Percebe-se, no senso comum e até mesmo nos movimentos e na literatura, que não há um perfeito consenso acerca do limiar entre alguns dos tipos

de parto e de assistência, sobre o que significa exatamente cada tipo de parto e até onde a assistência poderia ser definida como humanizada ou não. Nesse sentido, com base na evolução histórica relatada até então e na pesquisa propriamente dita, serão esclarecidos os conceitos considerados no presente estudo quanto aos tipos de parto e de assistência ao parto.

Inicialmente, deve-se esclarecer que o parto pode ser realizado pela via vaginal ou pela via abdominal. O parto por via vaginal pode ser realizado de forma natural ou normal, enquanto o parto abdominal é realizado por meio da cirurgia cesariana.

O parto natural, como o nome indica, é aquele que se desenrola naturalmente, realizado sem intervenções médicas, em ambiente de escolha da parturiente - em casa, no hospital, no chão, na cama ou na água, por exemplo -, em que ela conduz o parto podendo, ou não, ter o auxílio de profissionais de saúde ou de parteiras. Este tipo de parto também costuma ser denominado de parto humanizado (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010), embora alguns autores não considerem que esta seja a única forma de se humanizar o parto, conforme veremos mais adiante.

O conceito de parto normal tem sido relacionado àquele que é realizado em ambiente hospitalar com base na rotina institucionalizada e na condução do médico obstetra, em que a mulher permanece deitada, imobilizada total ou parcialmente, sem poder comer ou beber, podendo ser utilizados procedimentos de indução ou aceleração do parto, assim como outros procedimentos médicos de intervenção que agilizem o processo, inclusive a episiotomia e o fórceps (DINIZ, 2001)

O parto por cirurgia cesariana é realizado no hospital, com anestesia peridural, totalmente conduzido pelo médico. No Brasil, ele pode ser realizado de forma agendada, por escolha da gestante ou por indicação médica, e de forma emergencial, quando a gestante entra em trabalho de parto mas este não é concluído ou havendo risco de vida eminente para a gestante ou para o bebê.

Quanto à assistência ao parto, ela pode ser prestada por profissionais de saúde ou por parteiras, tendo como principais modelos de assistência o tecnocrático e o humanizado⁴⁹.

⁴⁹ Embora a discussão sobre as formas de assistência ao parto estejam mais voltadas ao modelo tecnocrático e humanizado, nos quais a pesquisa está baseada, a médica e humanista Davis-Floyd

Na assistência prestada por parteiras, pressupõe-se que o parto ocorre naturalmente, de forma humanizada, pois tem como protagonista a parturiente e se realiza na sua própria casa ou em ambiente que escolha (DINIZ, 2001).

Frise-se que as parteiras podem ser definidas como tradicionais ou leigas, quando não possuírem instrução formal especializada ou emprego na área de saúde, ou podem ser parteiras profissionais, quando já possuem instrução ou profissão que as especialize nas técnicas modernas de manejo da dor e de auxílio ao parto (SANTOS et al, 2008).

Hoje, tem se desenvolvido uma nova categoria profissional, com funções que se assemelham à da parteira profissional, mas que possui curso de formação próprio, podendo ser realizada por profissional de saúde ou não: a da doula⁵⁰.

A assistência realizada pelos profissionais de saúde, atualmente, possui duas classificações. A primeira é a assistência institucionalizada, focada na medicalização do parto, também chamada de modelo tecnocrático, "caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores" (DINIZ, 2005, p. 629). Nesse modelo, também conhecido como biomédico, a preocupação está relacionada à resolução do processo, mesmo que esta dependa de intervenções. Busca-se a garantia do resultado e a segurança contra possíveis reclamações, especialmente judiciais (OLIVEIRA, 2007; SILVANI, 2010).

Mais recentemente, com a discussão acerca da humanização da assistência ao parto, esta passou a ser classificada como uma segunda possibilidade de assistência realizada pelos profissionais de saúde, principalmente quando estes observam as recomendações da OMS e provêm um acolhimento mais atencioso e individualizado, considerando os métodos alternativos de alívio da dor e

(2001) descreve um terceiro modelo, o holístico, que estaria ainda mais voltado à conexão corpo, mente e espírito para que seja alcançada a cura do corpo por inteiro, de dentro para fora, considerando que as interações são realizadas por meio de energia. Se trata de um modelo mais baseado em métodos alternativos voltados à espiritualização e energização, abrangendo diversas áreas do conhecimento. Nesse sentido, a autora classifica que o modelo humanizado seria um modelo intermediário, menos radical que o holístico e mais amoroso do que o tecnocrático. Esta pesquisa não abordará mais aprofundadamente o modelo holístico definido por Davis-Floyd por não ser um modelo que venha sendo abordado em políticas públicas, apesar de o conceito de holismo ser, muitas vezes, aproximado do que se espera do modelo de assistência humanizada.

⁵⁰ A palavra doula vem do grego "mulher que serve". Sua atuação deve ocorrer desde o pré-parto até o pós-parto, auxiliando a mulher em todo o processo, sem intervir clinicamente. Ela não substitui o profissional de saúde pois sua função está direcionada à assistência física e emocional da parturiente. Para um maior aprofundamento na profissão de doula, sugere-se a consulta no site www.doulas.com.br.

a utilização de intervenções médicas apenas quando estritamente necessárias (DINIZ, 2001; MATEI, 2003).

A humanização da assistência ao parto, portanto, pode acontecer em ambiente hospitalar e por meio dos profissionais de saúde, desde que a mulher seja ativa no seu papel de parir e tenha, nos profissionais que a rodeiam, o apoio que for necessário, como sugere Diniz (2001):

A parturiente não seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário (DINIZ, 2001, p. 07).

De antemão, percebe-se que a humanização do parto pode ocorrer em ambiente hospitalar ou não e que, como traz uma discussão mais recente, dentro do seu conceito existem diversas nuances que merecem ser discutidas. Para que se possa clarear ainda mais como e quando ocorre a humanização da assistência ao parto, faz-se mister demonstrar alguns noções que se desenvolvem em meio à sua definição.

5.2.2 A humanização da assistência na saúde e no parto

A humanização da assistência é uma reivindicação que se estende a todas as áreas da saúde hospitalar, tendo em vista que estas áreas têm sido questionadas quanto à legitimidade de seus procedimentos e atendimentos ao mesmo tempo em que o aparato tecnológico e científico tem se desenvolvido e sido amplamente incorporado na medicina (AYRES, 2004a).

Verifica-se que essa contradição se ampara justamente no fato de a tecnologização trazer importantes conhecimentos que facilitam o diagnóstico, a intervenção e o prognóstico, embora traga consigo a fragmentação do ser em órgãos, o acúmulo de intervenções consideradas preventivas e que encarecem e perpetuam os procedimentos, afastando os seres de seu objeto primeiro, que é a vida (AYRES, 2004b). Assim, é "como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam" (AYRES, 2004b, p. 83).

Observando essa relação que remonta à medicalização da assistência, discutida no subitem 5.1, foram verificadas duas correntes que têm sido difundidas atualmente e que primam pela mudança dessa realidade, atuando como meio para que a humanização da assistência aconteça e, conseqüentemente, a humanização do parto: os estudos relacionados ao conceito de cuidado na assistência e o aprofundamento dos princípios da bioética.

5.2.2.1 O conceito de cuidado na assistência em saúde

Ayres (2004b) estuda a humanização na saúde como um conceito relacionado ao cuidado, e considera que o valor contido no conceito de humanização indica que o cuidado na saúde deve ir ao encontro às subjetividades que já estão formadas no seio social, de modo que possa, gradativamente, reconstruir tanto a concepção das necessidades inerentes à saúde como do que se considera uma boa vida e as formas de alcançá-la.

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2004b, p. 86).

Desse modo, a reconstrução das práticas de saúde estaria vinculada, segundo Ayres (2004b, p. 87), à "três motivações fundamentais: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes". A prática da saúde depende de uma ausculta atenta e cuidadosa, considerando-se as necessidades e os anseios do outro em sua completude, e não apenas no que se refere à enfermidade aguda em questão, construindo uma interação mais dialógica e completa.

Nesse deslinde, Ayres (2004a) aproxima o conceito que constrói acerca de Cuidado e de Humanização:

irá-se denominar Cuidado essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. [...] adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido

existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004a, p. 22).

Deslandes (2004, p. 08) corrobora com essa busca pela legitimidade das práticas voltadas à saúde e complementa que seu objetivo se refere à revalorização do "cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes".

Ayres (2004b, p. 19) ressalta que, para isso, o termo humanização vem sendo construído, tendo como norte ético e político "o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum".

O autor considera que a humanização busca relacionar "os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade" (AYRES, 2005, p. 552) para que a prática da assistência em saúde seja realizada de forma completa.

Deslandes e Mitre (2009) analisam a humanização de forma mais antropológica, aprofundando o conceito de humanização em relação ao cuidado nas práticas de saúde e no seu cotidiano.

A humanização do cuidado passa por uma (re)definição da atitude subjacente do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo, trata-se, portanto, de um ethos. O debate da humanização abre, também, uma arena de discursos sobre o cuidado, dessa forma, constitui um quadro de elaboração conceitual e valorativo, participa, assim, de uma visão de mundo sobre a saúde. Contudo, a humanização das práticas de saúde só se consolidará como ethos ou como visão de mundo se for tomada como instituinte de práticas cotidianas e por elas sustentada; se alimentada por mecanismo de reprodução dentre os praticantes do cuidado (via formação acadêmica e pela força poderosa dos exemplos); se reconhecida como exercício que envolve uma expertise coletiva e individual, mas de modo algum inata. (DESLANDES, MITRE, 2009, p. 647)

O conceito de humanização é, portanto, polissêmico, sendo amparado por diversos eixos relacionados ao cuidado, que, na análise de Deslandes (2004), podem ser delimitados em: oposição à violência institucional⁵¹, capacidade de

⁵¹ A violência ora tratada se refere à física, a psicológica e a simbólica, em que as duas primeiras ocorrem na forma de maus-tratos e a última é caracterizada pelo não acolhimento devido por meio da compreensão de suas necessidades (DESLANDES, 2004).

oferecer atendimento de qualidade associando tecnologia e relacionamento⁵², condições de trabalho do cuidador⁵³ e ampliação da comunicação entre partes e serviços⁵⁴.

Desses eixos, destaca-se o processo comunicacional como base estratégica para que o cuidado seja aprimorado e a gestão se desenvolva em prol da humanização da assistência. Faz-se necessário reconhecer a fala do outro como válida e favorecer um diálogo simétrico entre as diversas partes envolvidas para que seja efetivada uma escuta ativa, livre de valorações hierárquicas, acolhendo todos os saberes envolvidos e expandindo a divulgação desses saberes entre os atores (DESLANDES, MITRE, 2009).

Com base nas perspectivas analisadas até então, percebe-se a importância que a humanização tem para que se promova a assistência à saúde, e que esta só será satisfeita a partir da observância da reorientação do cuidado - tanto dos gestores e profissionais de saúde com seus pacientes quanto entre gestores, profissionais e sociedade, respeitando sua autonomia e cultura - especialmente no que se refere ao aspecto comunicacional, visto que o diálogo, com uma escuta atenta, interfere diretamente na análise feita acerca das necessidades em questão e possibilitam medidas que venham a, de fato, humanizar a assistência nos moldes já explicitados.

5.2.2.2 Os princípios da bioética frente à atuação médica

A bioética é um termo que nasceu em 1970 para estabelecer uma linha de discussão a respeito da ética frente à vida humana. Objetiva-se analisar os fatos do cotidiano que têm potencial de interferir na vida do ser humano, verificando se

⁵² Nesse quesito, faz-se necessário observar que não basta haver a tecnologia adequada sem o devido cuidado no atendimento, assim como a própria falta da tecnologia necessária já torna o atendimento deficitário, mesmo quando é realizado com atenção (DESLANDES, 2004).

⁵³ Embora seja uma vertente menos presente nos estudos sobre humanização, as condições de trabalho dos cuidadores influencia diretamente na propagação da humanização pois quando não existem estrutura, equipamentos e reconhecimento do trabalho, os profissionais têm mais dificuldade em se manter estimulados e interessados em prover a melhor assistência (DESLANDES, 2004).

⁵⁴ Esse eixo é considerado pelo autor como uma junção dos demais, considerando que a capacidade de comunicação entre as partes envolvidas, seja usuário, cuidador, gestor e sociedade é que norteia toda a assistência, possibilitando, ou não, a sua humanização. Nesse sentido, o autor considera que "o desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico" (DESLANDES, 2004, p. 10).

foram observados preceitos mínimos éticos para que aquele ato fosse, de fato, considerado benéfico àquela pessoa e, conseqüentemente, à sociedade em geral (LIGIERA, 2005).

No que se refere à atuação médica, portanto, a bioética caminha em paralelo à ética médica, pois ultrapassa as questões morais dos estudos biológicos e biomédicos, se preocupando em garantir que o ser humano seja realmente beneficiado com os procedimentos, o atendimento e a tecnologia utilizados (LIGIERA, 2005).

Na realidade, a bioética é muito mais do que a ética do médico, ou mesmo do profissional de saúde ou do cientista; é a ética da vida humana e, conseqüentemente, a ética de toda a sociedade. Afinal, as discussões relativas à vida e à saúde interessam a todos nós: médicos, advogados, psicólogos, engenheiros, professores, religiosos, sociólogos etc. Nesse sentido, a bioética tem como uma de suas principais características a interdisciplinaridade, entendida como o envolvimento de várias disciplinas que visam conjuntamente proporcionar, ao lado da evolução do conhecimento científico (notadamente em relação a pesquisas e tratamentos médicos), a percepção dos conflitos, o exercício da autonomia e a busca pela coerência (LIGIERA, 2005, p. 412).

Ligiera (2005) destaca que as práticas relacionadas à saúde costumavam ser definidas com base no conhecimento técnico médico. Paciente e médico acreditavam ser o conhecimento científico o único que deveria ser observado, sobrepondo qualquer autonomia do doente (LIGIERA, 2005).

No entanto, o aumento da tecnologia foi alterando essa percepção tendo em vista o crescimento exponencial do uso de intervenções farmacológicas, procedimentais e instrumentais, que pudessem garantir, a qualquer custo, a vida. Como resultado, cresceram os impactos relacionados à erros médicos, ao abuso de procedimentos e aos casos de iatrogenia (LIGIERA, 2005).

Os profissionais de saúde, por estarem constantemente em contato com a vida humana, e interferindo diretamente nela, passaram a ter suas condutas mais amplamente analisadas, no intuito de que pudessem ser auxiliados a agir de acordo com o que fosse realmente melhor para aquela vida.

Com o aumento do tecnicismo, o médico deve estar sempre alerta para não se transformar em mero operador de máquinas e aparelhos. Ao olhar para um paciente apenas como um conjunto de órgãos, o profissional negligencia seus aspectos emocionais, podendo causar malefícios consideráveis à pessoa que necessita de sua ajuda. Quando o médico demonstra respeito e consideração para com os sentimentos e opiniões do enfermo, este se

sente como tendo participado das decisões e, conseqüentemente, aceita mais facilmente os resultados do tratamento, ainda que não tão satisfatórios (p. 411).

Com base nesse contexto, foram criados quatro princípios para nortear a aplicabilidade da bioética nos estudos e práticas relacionados a seres humanos, para que fosse, mais facilmente, verificada a sua observância.

O primeiro princípio é o da beneficência, considerado um dos mais antigos da ética médica, e que "envolve fazer o bem não apenas do ponto de vista do médico, mas também segundo o que o próprio paciente considera bom para si mesmo" (LIGIERA, 2005, p. 413). Diferente do que se considerava anteriormente, a beneficência se refere a um bem maior, ao sentido da vida, e não apenas àquele bem imediato, à resolução daquele problema ou daquela doença. A saúde deve ser considerada um meio para que a vida se estabeleça, mas não o seu objetivo fim.

Vale citar que a maior dificuldade que Ligiera (2005) destaca quanto à aplicação deste princípio é a confusão de conceitos que se faz entre beneficência e paternalismo, do que esclarece que "tratar um paciente, por exemplo, sem seu consentimento, ou sem lhe dizer que outros médicos usariam um método alternativo, não é beneficência. É paternalismo. Em determinadas circunstâncias, poderá constituir autoritarismo maléfico." (p. 414)

Consoante destaca Ligiera (2005), o princípio da não-maleficência também figura na base da moral médica. Se constitui por exigir que, primordialmente, não seja causado dano àquele que é assistido, como define a máxima usada na área médica: "Primum non nocere".

Embora os princípios da beneficência e da não-maleficência estejam intimamente ligados, a divisão foi realizada no intuito de aclarar a necessidade de que seja observada a potencialidade do dano que uma intervenção pode causar, especialmente quando não for essencial para a garantia da vida (LIGIERA, 2005).

O princípio da autonomia, por sua vez, vem tendo maior destaque apenas nas últimas décadas tendo em vista a necessidade de que fosse melhorada a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes (LIGIERA, 2005). Seu conceito "expressa o direito que cada ser humano possui de se autogovernar, de acordo com suas próprias leis" (LIGIERA, 2005, p. 416).

A necessidade da formulação da autonomia como princípio bioético se relaciona à usual percepção médica de que o consentimento do paciente não era

necessário por se considerar irrestritamente que "o doente, além de afetado em suas condições psíquicas em virtude da enfermidade, também era leigo e ignorante, não possuindo conhecimento suficiente para decidir se desejava ou não um determinado tratamento" (LIGIERA, 2005, p. 416).

Nesse sentido, é importante ressaltar que uma das principais dificuldades da bioética, atualmente, é delimitar a aplicação dos princípios da autonomia e da beneficência sem que conflitem. Assim, questiona-se até que ponto a autonomia deve ser observada sem que interfira na beneficência, e vice-versa.

Embora a doutrina não consiga estabelecer objetivamente limites de atuação de cada um dos princípios, o que realmente não é algo viável em relações principiológicas, Ligiera (2005) esclarece que "o problema, infelizmente, nem sempre é fácil de ser solucionado. Entretanto, o diálogo franco entre médico e paciente pode ajudar, ao menos, a minimizá-lo, permitindo uma colaboração constante no processo de tratamento de saúde" (p. 423).

Por fim, o princípio da justiça está relacionado à forma de utilização dos serviços de saúde. Segundo Ligiera (2005), a justiça deve ser garantida:

tendo como base a visão da justiça distributiva, que busca a distribuição igualitária dos recursos de saúde a todos aqueles que têm as mesmas necessidades. Se dois indivíduos semelhantes, em condições semelhantes, receberem tratamentos diferenciados, sendo fornecido melhor tratamento a um, e pior ao outro, estará havendo claramente uma distribuição desigual dos riscos e benefícios. A correta distribuição dos recursos de saúde, porém, não é tão simples, pois nem sempre é fácil reconhecer que são os iguais que devem ser tratados igualmente. (p. 418)

O princípio da justiça esbarra, portanto, nas possibilidades do Estado em prover recursos que possam garantir essa igualdade de distribuição e na capacidade de os profissionais identificarem as diferentes condições e necessidades de tratamento para que cada pessoa possa ser atendida de forma justa e equitativa.

Percebe-se, assim, que os princípios da bioética vêm trilhar um direcionamento para que se possa analisar cada caso concreto. Os princípios, por sua própria natureza, não são taxativos e delimitados, mas devem ser utilizados como suporte para que as decisões que envolvam a vida humana sejam tomadas.

Relacionando ao contexto do presente item, resta claro que os princípios da bioética apontam para que a atuação na assistência à saúde seja realizada de

modo a favorecer a saúde em seu sentido pleno, com o mínimo de intervenções, e voltada à obtenção da felicidade, fim último da vida.

O cuidado na assistência e a bioética se aliam, portanto, ao servir de supedâneo para o favorecimento da humanização do parto, conforme se pode verificar a seguir.

5.2.3 O parto humanizado

Compreendido o sentido de humanização e algumas das vertentes que demonstram a sua eficiência, resta claro que o parto humanizado se refere à utilização de condições específicas que possibilitem a assistência humanizada ao parto.

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2001, p. 09) emprega o conceito de parto humanizado quando há a utilização de conhecimentos, técnicas e ações no intuito de garantir o andamento saudável do parto e do nascimento. Para isso, o acompanhamento deve ser iniciado desde o pré-natal, garantindo sempre que sejam escolhidos procedimentos benéficos e com o mínimo de intervenção para a mulher e o bebê, preservando sua privacidade e autonomia.

Nesse caso, se considera que a mulher possui o papel principal na parturição, cabendo aos profissionais de saúde o importante papel de reconhecer as necessidades daquela mulher e quaisquer problemas que eventualmente surjam durante o processo de parto. A assistência humanizada a ser prestada por profissionais de saúde ocorre, portanto, a partir de uma individualização do atendimento, que deve ser horizontal e atencioso, e da utilização de procedimentos que preservem integralmente a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2001).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar 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. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. [...] Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê. [...] Para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessário uma mudança de atitude que, de foro íntimo,

depende de cada um. (BRASIL, 2001, p. 09-10)

Saliente-se que, com base no entendimento do Ministério da Saúde sobre o conceito de humanização do parto, bem como no de medicalização do parto, foram projetadas e articuladas as políticas públicas de atenção à saúde da mulher verificadas nesta pesquisa, como o Programa Rede Cegonha.

Elisabete Matei et al. (2003) faz um estudo específico sobre parto humanizado e complementa o conceito proferido pelo Ministério da Saúde, considerando que humanizar se trata de um processo em que várias ações e técnicas são necessárias para possibilitar à mulher o controle do próprio processo de parto, sendo necessárias mudanças significativas nas atitudes dos profissionais de saúde.

Humanizar é basicamente respeitar a individualidade das pessoas, é saber ver e escutar o outro, permitindo a adequação da assistência segundo sua cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões das mulheres. É necessário encontrar novas formas para que a mulher possa ter mais controle sobre o processo do nascimento e parto; que seja respeitada enquanto cidadã, tendo o direito de escolha, por exemplo, de um acompanhante, para que possa ter suporte emocional de uma pessoa próxima com que ela queira compartilhar essa experiência. Enfim, é necessário resgatar a subjetividade da experiência de parir, que ficou perdida depois da institucionalização do parto. (MATEI et al, 2003, p. 23)

Vê-se, portanto, que as diretrizes gerais presentes da assistência humanizada são essenciais na construção de um parto humanizado, o que depende diretamente do estímulo de um atendimento que possibilite à mulher que retorne seu poder de escolher sobre seu parto.

Embora o termo humanização não seja unanimemente considerado como adequado para abordar as questões que serão tratadas, tendo em vista que alguns questionam como se poderia "humanizar" o humano (DESLANDES, 2004), e outros considerem que a própria medicalização do parto é uma forma de humanização do parto, pois traria mais conforto e menos dor à mulher (REZENDE, 1969; MAGALHÃES, 1922), a literatura vem consolidando cada vez mais a definição proferida pelo Ministério da Saúde, embora hajam diversas vertentes que especifiquem outras aplicações do conceito.

Nesse sentido, saliente-se o posicionamento de que a mulher tenha o direito de escolher sobre o seu parto, tendo em vista que a humanização depende da individualização do atendimento, de acordo com as condições e as necessidades

daquela mulher. O empoderamento da mulher, no contexto abordado nesta pesquisa, se estabelece a partir do protagonismo da mulher frente ao seu parto, ao definir como este deverá ser realizado, a partir do conhecimento sobre todo o processo e os seus efeitos.

Diniz (2005, p. 632) compacta algumas dessas interpretações que rodeiam a humanização do parto, partindo da ideia central de que "a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos".

Com base nesse princípio e em sua aprimorada pesquisa literária e de campo, a autora revela a humanização como: legitimação científica da medicina baseada em evidência, desempregando o parto do uso de procedimentos desnecessários e prejudiciais; ratificação política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, crianças, e famílias na assistência ao nascimento, empoderando a mulher de seus direitos de escolher e decidir sobre os procedimentos do parto; resultado do uso da tecnologia adequada para beneficiar a saúde coletiva e o bem-estar social, com a promoção da qualidade na saúde individual; legitimação profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, dividindo a importância do médico com a enfermeira obstetra e, principalmente, com o papel ativo da mulher; utilização consciente dos recursos financeiros nos modelos de assistência, com a racionalidade no uso dos recursos, visto que o acúmulo de intervenções no parto não beneficia o trabalho de parto, não sendo saudável e ainda implicando em um aumento exponencial em seu custo; garantia da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assim como do(s) seu(s) acompanhante(s); efetivação do direito ao alívio da dor, por meio da analgesia, visto que para alguns autores a dor afasta a humanização, mesmo que seja a dor natural do parto (DINIZ, 2005).

Vale citar, por fim, a conclusão a que a autora chega com base nas interpretações da humanização do parto, verificando que essas diversas questões são abordadas pelos atores sociais e interferem diretamente nas relações fraternais, familiares e sociais:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e

desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005, p. 635).

Vê-se que a humanização tem o perfil amplo e complexo, abrangendo a reestruturação do sistema de saúde para que as tradições institucionalizadas possam ser reanalisadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Não se trata, conquanto, de uma implementação fácil e objetiva, mas que deve ser realizada em diversos âmbitos, desde o atendimento inicial.

Nesse sentido, o cuidado também vem sendo bastante utilizado como meio para alcançar a humanização do parto, considerando-se que, ao ser agregado o cuidado no atendimento, serão percebidas as reais necessidades da mulher naquele momento, tornando o atendimento mais efetivo e desestimulando o uso de rotinas institucionalizadas.

A beneficência e a não maleficência no atendimento, bem como a preconização da autonomia do paciente e a justiça, possibilitam uma maior humanização na assistência e na utilização dos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento.

Prioriza-se, então, atitudes como o empoderamento da mulher por meio da informação a respeito da gestação, do trabalho de parto, do parto e do puerpério, de modo que ela adquira segurança acerca das escolhas que pode realizar desde o pré-natal; o uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto natural, como massagem, banho morno, exercícios na bola e deambulação⁵⁵ para que se desenvolva satisfatoriamente; após o nascimento, o contato pele a pele logo após o parto, o clampeamento do cordão apenas quando parar de pulsar, o aleitamento na primeira hora.

Para isso, como já visto no subitem anterior, é essencial o processo comunicacional desde o pré-natal, com o esclarecimento da mulher acerca de todas as questões que tenham relevância entre a gestação e o pós-parto, para que sejam realmente viáveis as demais ações que possibilitem a humanização do parto. Sem que a mulher tenha poder sobre as escolhas referentes ao parto, as demais ações são comprometidas, pois a mulher terá dificuldade e/ou insegurança no andamento

⁵⁵ Deambular é ficar andando tranquilamente, sem rumo definido, para facilitar o trabalho de parto.

do trabalho de parto e parto. De outro modo, uma mulher informada tem como exigir seus direitos.

Griboski e Guilhem (2006) esclarecem que, para que haja a humanização do parto, é necessário que as mulheres sejam orientadas e capacitadas para que se apropriem do conhecimento sobre os seus direitos e sobre os seus corpos, de modo que possam participar ativamente do processo parturitivo e da elaboração de políticas públicas.

Para tanto, faz-se necessário que essas informações sejam disponibilizadas e estejam acessíveis às mais diversas mulheres brasileiras, e em seus contextos, o que, inclusive, é descrito como uma das ações necessárias da Programa Rede Cegonha.

Assim, a humanização do parto depende diretamente das práticas adotadas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, pela mulher e pelos profissionais que a assistem. Se modifica, portanto, de acordo com a equipe, com a mulher, e com a interpretação e aplicação que são dadas às ações do Programa.

Nesse sentido, embora a presente pesquisa não tenha a pretensão de definir como essa prática vem sendo estabelecida em cada um dos hospitais de Fortaleza ou mesmo para cada um dos atores envolvidos, foi realizada uma pesquisa de campo no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana (HDGMM) para que pudesse ser auferida uma análise amostral acerca do posicionamento dos profissionais de saúde e gestores no que se refere à eficiência e às dificuldades encontradas no hospital quanto à implantação do Programa Rede Cegonha, bem como as suas visões em relação à humanização do parto.

Busca-se, com isso, verificar se os profissionais de saúde e gestores estão afeitos aos posicionamentos já descritos acima e como a realidade tem sido afetada pelo Programa Rede Cegonha em um hospital que figura como o segundo maior do município em número de partos.

6 O PROGRAMA REDE CEGONHA NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA - MESSEJANA

A presente pesquisa foi iniciada com o objetivo de responder a três perguntas de partida: como tem se configurado o procedimento de parto e as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, no Brasil? Quais os impactos da implantação do Programa Rede Cegonha no Estado do Ceará no tocante às condutas médicas e hospitalares? O Programa Rede Cegonha tem influenciado as mulheres e os profissionais de saúde a uma maior conscientização sobre o parto humanizado?

Ao longo dos itens, buscou-se responder cada uma das perguntas com base nos levantamentos bibliográficos e documentais que foram realizados. Nesse contexto, para analisar um recorte da realidade da humanização do parto com base no Programa Rede Cegonha, contribuindo para o esclarecimento dessas perguntas de partida, fez-se necessária a pesquisa de campo para que fosse verificado como esses conteúdos vêm sendo tratados no cotidiano de um hospital público de referência em Fortaleza.

Para tanto, a pesquisa de campo foi realizada por meio da observação não participante e de entrevista semi-estruturada gravada de vinte profissionais de saúde do Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana, conforme roteiro de entrevista (Apêndice A), entre os quais estavam gestores, enfermeiros, médicos e assistentes sociais. A pesquisa ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2016 em dias e turnos diversos para que houvesse uma visão geral do atendimento no hospital.

Assim, por meio da trajetória metodológica já descrita no item 2 da pesquisa, se consolidou a análise que será discorrida a seguir.

6.1 A ESTRUTURA DO HOSPITAL E A INCORPORAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA

A estrutura do hospital foi verificada por meio da observação *in loco*, também retratada no relatório iconográfico (Apêndice C), e de trechos de algumas das entrevistas semi-estruturadas. Importa salientar que a estrutura que será focada diz respeito aos ambientes que estão diretamente relacionados à pesquisa e que

foram delimitados na metodologia, quais sejam, o alojamento conjunto, a sala de parto, o ambulatório e a UTI neonatal.

Conforme já introduzido no subitem 2.2.3, referente ao campo de pesquisa, o HDGMM está entre os hospitais públicos de Fortaleza que mais realiza partos⁵⁶, sendo responsável, em 2015, por 4.545 partos, dos quais 56,19% foram partos vaginais, e, em 2014, por 4.635 partos, sendo 53,69% destes partos vaginais.

Por estar referenciado para atender a demanda da Regional VI de Fortaleza, a mais populosa, e considerando que o hospital acaba recebendo, também, pacientes de outras regionais e de algumas cidades vizinhas, quando estas não conseguem dar suporte ao seu público ou quando o paciente simplesmente não confia no hospital, a demanda do HDGMM é sempre alta, com uma média de 20 a 25 partos por dia, incorrendo constantemente em superlotação e em dificuldades para atender todas as demandas de leitos, atendimento e procedimentos (Entrevistado nº 14).

A visão geral de quando se entra no hospital ou em algum dos setores demonstra que, embora seja mantido constantemente limpo e cuidado, faltam reparos na estrutura, desde a pintura das paredes a uma melhor sinalização dos setores.

Ao andar pelos corredores do hospital, facilmente percebe-se que as enfermarias do alojamento conjunto estão sempre lotadas e que muitas mães optam por passear pelos corredores ou sentar em algum local nos arredores das enfermarias, seja para amamentar seu bebê, conversar com algum familiar que veio visitar ou simplesmente ver televisão. Apesar da lotação, durante o período de observação, o ambiente sempre esteve calmo, tanto nas enfermarias como em seus arredores. Visualiza-se muito mais a expressão de satisfação com a presença dos familiares do que de algum desconforto.

Na sala de parto, o ambiente é mais variável por ser um setor de cunho emergencial. Em alguns momentos, o ambiente estava calmo e os profissionais faziam suas atividades tranquilamente ou descansavam. Em outros, se percebia uma certa apreensão com alguma situação mais complicada que surgira e alguns ânimos ficavam mais exaltados. Em um momento peculiar, pode-se presenciar a sala logo após um parto bem sucedido e ficava clara a expressão de satisfação dos

⁵⁶ Na cidade de Fortaleza, foram registrados 49.254 partos em 2014 e 39.356 partos em 2015.

profissionais. Restou claro que muitos dos profissionais que ali estavam se preocupavam verdadeiramente em garantir que tudo ocorresse bem, mesmo que alguns se mostrassem mais interessados e outros um pouco mais relaxados.

Vale citar a descrição de como a sala de parto costuma funcionar.

Tem um balcão, a exemplo de todas UTIs, onde os profissionais ficam, junto aos prontuários, acompanhando todas as pacientes. Então tem duas enfermeiras obstetras no balcão, uma no acolhimento e uma na sala neo quando o bebê nasce. São quatro no total. Elas dão assistência direta ao parto. E tem os médicos. Geralmente são dois médicos dando assistência, um no Centro Cirúrgico e outro dentro da sala de parto. E dois médicos têm que estar no acolhimento. As técnicas não trabalham durante o parto, elas só vão fazer um medicamento, trocar roupa (entrevistado n° 05).

O ambulatório funciona em ritmo mais calmo, dividido em quatro consultórios, sendo um para o atendimento por um enfermeira obstetra na primeira consulta e os demais para os obstetras que recebem as demais consultas de pré-natal.

A UTI neonatal é bem estruturada e os profissionais que foram entrevistados falam com muito carinho do trabalho que é realizado com os bebês e da importância que esse serviço tem que ter no que se refere à disponibilização de recursos e equipamentos.

No que se refere à quantidade de leitos, o entrevistado n° 14 revela os números do hospital:

Cadastrado no CNES tem 35 leitos obstétricos, sendo que são mais. São quase 45 leitos. A demanda nossa precisa de mais que isso. Teve um dia que tinha 7 puérperas na sala de parto sem leito para dar entrada. Acho que são 43 de alojamento conjunto. De UTI neo são 10 leitos. O berçário são 14 ou 15. Canguru são 3. A sala de parto não é propriamente leito porque na verdade é como se ela fosse uma unidade de emergência, deveria ficar só temporariamente lá até ter a resolução. A gente tem 5 salas de PP, que é pré-parto e parto. O pós parto não fica lá, vai pro alojamento. Muitas vezes como não tem leito de alojamento, fica internada as 24 horas lá. Tem alta da sala de parto. A sala de parto é para ser temporária. O problema não é o parto, mas ter para onde mandar depois. Quando abrir o CPN vai de 5 para 10. Entretanto, a que vai abrir é PPP. Só vai sair de lá para ir para casa. (Entrevistado n° 14)

Quanto à distribuição de profissionais nos setores, vale citar o trecho seguinte, que descreve os profissionais da sala de parto e, após, das demais salas:

São 3 médicos e 3 enfermeiras, sendo uma na emergência, fora técnicos. Fora isso, tem a equipe do centro cirúrgico, com dois anestesistas, duas

enfermeiras, lotadas só no centro cirúrgico e vários técnicos. São três salas no centro cirúrgico, mas tem uma que tá ajeitando. São 4 alojamentos conjuntos. Do 1 são 2 enfermeiras, que é o maior, do 2 é só uma, do 3 é só uma e 4 é só uma. Tem o preceptor médico obstetra, de manhã, e à tarde também tem um só pra Neo. As escalas são de 12 horas para os médicos. (Entrevistado nº 14)

No tocante às mudanças decorrentes da implantação do programa Rede Cegonha na instituição, destacou-se no relato dos entrevistados, especialmente daqueles que trabalhavam no hospital anos antes do programa, a percepção de que o hospital já vinha trabalhando no sentido de garantir uma mudança na assistência ao parto considerando a importância da humanização, embora ainda fosse de forma tímida frente ao que se vê atualmente. "É longo o processo. Todas as inovações foram sendo realizadas de forma processual" (Entrevistado nº 01). Também demonstram que a Rede Cegonha teve um importante papel de prover mais condições para que algumas dessas transformações fossem efetivadas.

O Gonzaguinha sempre teve um histórico de humanização da assistência. Quando nós fomos escolhidos como maternidade, pelo Rede Cegonha, foi natural porque nós já vínhamos fazendo um trabalho anteriormente. E aí teve compra de equipamento, desde o detector cardio-fetal até camas, colchão, bola, cavalinho. Está sendo equipado para atender essas diretrizes de humanização do parto (Entrevistado nº 08)

O Gonzaguinha já tem uma história muito antiga. Desde 1998, que ele trabalha com parto humanizado. Então, assim, desde esse tempo, a gente tem crescido muito em termo de respeitar os direitos da mulher, de basear as boas práticas em evidências científicas, que pede que a gente reduza as intervenções no parto normal, que a gente reconheça quando a gente tem que realmente fazer uma intervenção, a questão do pai que não é uma visita (entrevistado nº 17).

Nesse sentido, inclusive, muitos profissionais destacam que a adesão ao RC não foi difícil, pelo próprio perfil de atendimento que o hospital possuía. As dificuldades só surgiram com falta de recursos suficientes para implementar todas as ações estabelecidas pelo Programa e de continuidade do acompanhamento, conforme é analisado no subitem 6.3.

A grande vantagem do Rede Cegonha, quando foi implantada, foi o apoio do Ministério da Saúde, que realmente fez um trabalho bastante importante, não só de sensibilização dos gestores, dos profissionais, das equipes de trabalho, mas também favorecendo a compra de materiais, de equipamentos, para melhorar a ambiência, e também de reformas, tudo isso voltado para a melhoria da assistência ao parto (Entrevistado nº 13)

No início da implantação, inclusive, os profissionais destacaram a realização de treinamentos e de várias reuniões com o apoio do Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, além de cursos no Hospital Sofia Feldmann⁵⁷, referência em humanização do parto, que foram repassados para toda a equipe do acolhimento e sala de parto (entrevistados n° 01, 07 e 16).

Foi feito um curso com as enfermeiras obstetras para iniciar o parto humanizado. Muitas enfermeiras fizeram esse curso no Hospital Sofia Feldmann, pois é referencial. E também teve o curso Canguru. Nesse participaram médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Esse curso Canguru⁵⁸ é feito anualmente ou quando é necessário. Nesse ano, será em agosto com uma turma de 30 pessoas. Vai tentando formar o maior número de pessoas (entrevistado n° 16).

Ficou bem evidenciado que houveram mudanças substanciais no que tange à postura do hospital e alguns protocolos e rotinas estabelecidos. Foi efetivada a organização do acolhimento e dos procedimentos que devem, ou não, ser realizados e em que condições. Destaca-se, ainda, a organização dos serviços realizados com a introdução da rotina de monitoramento de indicadores.

Depois que entrou a RC, a gente faz os indicadores da RC, que são monitorados. Eles são enviados mensalmente para a RC. E a gente observou algumas melhorias. Tem algumas que estagnaram e a gente tem que trabalhar melhor esses indicadores. Estão sendo colocadas em prática, mas não sei se de maneira uniforme. Então há dias, períodos, turnos, que a gente percebe que tem uma melhor aderência. Há profissionais que têm uma maior aderência, outro que não têm. Mas, em relação, à intervenção, elas são bem minimizadas, a gente não faz amniotomia, a gente não faz a tricotomia pubiana, que era preconizada antes, a gente não faz nenhum tipo de procedimento que não seja necessário. Isso é bem seguido. Logicamente que a gente vai ter profissionais, individuais, que vão ser mais invasivos e outros menos. Indicação de cesárea também é outra coisa que é trabalhada. A gente monitora o índice de cesariana, se elas foram indicadas corretamente. Ainda temos a taxa de cesariana alta. A gente tem intenção de diminuir mais. Muitas vezes elas terminam procurando o hospital por ter um nível de organização melhor que outros da rede, as pacientes com casos mais complicados. Paciente com pós-datismo, pacientes que já vieram de parto cesariano. Talvez tenha esse viés. Mas a gente tenta fazer tudo que a RC preconiza (Entrevistado n° 14).

⁵⁷ Conforme o site oficial do hospital: "o Hospital Sofia Feldman (HSF) é a maternidade de referência dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste. Sua assistência visa garantir às usuárias e usuários do SUS – Sistema Único de Saúde o acesso aos serviços de saúde, à resolutividade, à humanização no atendimento e sua conseqüente satisfação". O Hospital se localiza em Belo Horizonte e possui dois Centros de Parto Normal para atendimento às grávidas locais, além da maternidade em si, e promove diversos cursos e eventos durante o ano acerca da humanização da assistência ao parto.

⁵⁸ O curso Canguru é um treinamento que ensina aos profissionais de saúde a repassar o método canguru para as mães a fim de que seja realizado o fortalecimento da interação mãe e bebê de baixo peso, facilitando o desenvolvimento do bebê e a amamentação.

Com base no indicadores⁵⁹ elaborados pelo HDGMM, referente aos meses de janeiro a junho de 2016, houve uma média mensal de 1610 acolhimentos com classificação de risco, dos quais 343 resultaram em partos, sendo 57,43% de partos normais. Quanto às intervenções, a variação do percentual do procedimento de episiotomia foi de 1% a 9% e do uso de ocitocina de 18% a 24%. Especificamente quanto aos partos normais, os métodos não farmacológicos foram utilizados em 84% a 92% dos casos, o aleitamento na primeira hora foi realizado com 70% a 87% dos bebês, o acompanhamento por enfermeira obstetra ocorreu entre 60% a 73%, e a presença de acompanhante variou de 90% a 97%.

A destinação da verba específica do RC também oportuniza a manutenção de melhorias no HDGMM: "É muito benéfico. Tanto na parte do preparo como depois quando a gente recebe o repasse específico. É uma ajuda grande. Da Rede Cegonha são R\$ 100 mil por mês, dá para fazer muita coisa".

No entanto, o projeto de maior porte que foi realizado no hospital nos últimos anos foi a construção do Centro de Parto Normal, realizado por uma universidade conveniada, que encontra-se fechado até que sejam entregues os equipamentos que devem ser comprados com o recurso do Rede Cegonha. Ademais, existe o projeto da Casa da Gestante, que já tem uma verba destinada mas que ainda não começou a ser construída, que "está sendo pensada para que a mulher não tenha que voltar para casa" (Entrevistado n° 01).

A Rede Cegonha ainda está sendo implantada, nunca deixou de ser. A gente conseguiu algumas coisas. [...] Desde o momento que a gente entrou no RC, a gente conseguiu algumas coisas, fora isso a gente conseguiu muitas coisas com a UNIFOR também. Porque a gente tem parceria com a UNIFOR, roda lá o internato de ginecologia e obstetrícia. Todos os alunos da UNIFOR vão para lá, e eles rodam também na neonatologia. E, em contrapartida, eles construíram o CPN. A estrutura física já está realizada, falta ainda equipamentos. Esses equipamentos já estão orçados, já tem um recurso para eles, e eu não sei porque eles ainda não chegaram no hospital para abrir essas salas. Os equipamentos vêm pela RC. Assim como a RC também está nos devendo construir a Casa da Gestante. Também já tem o recurso destinado. O recurso federal já está destinado. Aí demorou um

⁵⁹ Embora não sejam publicizados os indicadores dos hospitais, cujo acesso depende de visita local devidamente autorizada, vale citar os indicadores da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, durante todo o ano de 2014, colhidos por Gomes (2016), no intuito de analisar se os indicadores do HDGMM são aceitáveis. Assim, dos 9.518 internamentos ocorridos no ano de 2014, 3.920 resultaram em parto, sendo 46,8% por via vaginal. Quanto às intervenções, registrou-se o uso de episiotomia em 15% dos casos e de ocitocina em 25%. Especificamente quanto aos partos normais, os métodos não farmacológicos foram utilizados em 90% das mulheres, assim como o contato imediato pele a pele na 1ª hora de vida. 80% de mulheres tiveram acompanhante durante todo o período de internação (GOMES, 2016).

trâmite, a gente perdeu um alvará, e este alvará impossibilitou a obra, aí esse ano não vai mais poder fazer porque é ano eleitoral. São coisas interessantes que acontecem no serviço público. Então nós vamos ter o CPN, onde nós vamos ter as salas PPP, são cinco salas de PPP, se não me engano. Era para ter uma banheira, não sei se vai ter, e é para a gestante ficar lá 24 horas. Para ter todo o pré-parto, parto e pós-parto imediato. São salas individuais, com banheiro individual, só fica uma família lá dentro. Também tem o incentivo de participação da família no trabalho de parto, do acompanhante. Toda gestante lá vai com acompanhante, a não ser que ela não queira. E temos a casa da gestante que vai ser construída, no caso, para aquelas gestantes que estão nos pródomos do TP, que não devem ser internadas mas não querem voltar para casa. Elas vão ficar lá nessa casa, assim como as mães que têm crianças internadas mas estão de alta. Elas vão liberar um leito hospitalar para ficar na casa da gestante e a gente vai ter mais espaço para fazer um atendimento inicial daquelas que estão chegando. (Entrevistado n° 14)

É recorrente o entendimento dos entrevistados de que os benefícios trazidos não resultaram em grandes mudanças na estrutura do hospital ou na compra de materiais e equipamentos suficientes. Houve uma certa melhora, mas bem aquém do que se esperava, do que seria necessário ou do que o programa propunha.

Foram realizadas obras pequenas, como individualização das PP, colocação de ar condicionado na sala de parto... foram feitas obras para acomodar melhor porque não teve grande mudanças estruturais não. Foi colocada a enfermeira para fazer acolhimento. Foi aumentado bastante a quantidade de pessoal. Hoje a gente tem 4 enfermeiras para sala de parto, berçário e acolhimento, e antes eram só 2. (Entrevistado n° 18)

E também o trabalho feito com os profissionais, de conscientização. Através de reuniões e cursos. Cursos mesmo não foram muitos. Intervalos longos de tempo. Isso a gente vem trabalhando nas sessões clínicas com os internos e com os residentes. (Entrevistado n° 10)

No intuito de descrever pormenorizadamente essas mudanças e relatar a realidade que pode ser encontrada, hoje, no hospital, tomando como base algumas das ações estabelecidas no Programa Rede Cegonha, é que segue a explanação.

6.2 O OLHAR DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO HOSPITAL

O programa Rede Cegonha teve suas bases previamente descritas no subitem 4.3 desta pesquisa, do que importa lembrar a divisão de suas ações em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à criança; e transporte e regulação.

Tais componentes abrangem todo o período desde que a mulher engravida até os dois primeiros anos de vida da criança, de modo que a realização de um componente é necessária para a efetivação dos demais.

Embora o roteiro de entrevista tenha sido elaborado abordando todos os quatro componentes, na intenção de possibilitar uma visão completa do processo realizado na rede pública de saúde, são abordadas prioritariamente as questões que estão mais diretamente relacionadas à assistência ao parto, abrangendo o trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como a relação feita acerca da influência do pré-natal na consecução do parto.

Deve-se destacar que a formulação do presente item foi construída em uma tentativa de organizar os relatos de forma temática, abordando um pouco de cada um dos pontos que foram mais falados e que se destacaram com base na abordagem dada pelos entrevistados e os impactos que possuem na sua atuação e na assistência que prestam às pacientes.

No entanto, considerando que são entrevistas subjetivas, nas quais os entrevistados tinham plena liberdade de passear pelas diversas questões correlatas sem uma necessária organização, não é possível dividir completamente os temas, de modo que a construção acaba por manter esse passeio curvilíneo, que vem e volta aos temas, no intuito de aproveitar o melhor de cada entrevistado e cada contexto.

De antemão, vale citar o posicionamento a seguir que ilustra o relato da maioria dos entrevistados quando questionados acerca do conhecimento que eles percebem que as mulheres trazem em relação à humanização do parto.

Essa parte das ações humanizadas a gente dá o sangue, faz o que der para fazer acontecer. Mas, por exemplo, quando a gente coloca o bebê em cima dela, ela não sabe que aquilo é importante, ela sabe porque a gente diz. Muitas vezes a gente fala, mas elas nem percebem isso acontecer. Cortou o cordão, não esperou? Ela não questiona, não tem a noção. (Entrevistado nº 04)

A maioria das mulheres, segundo os entrevistados, ainda não têm muita noção do que signifique a humanização do parto. Normalmente, as pacientes se limitam a saber do direito de ter o acompanhante durante o parto e de que não devem ser mal-tratadas ou xingadas. Uma pequena parte já pergunta sobre alguns procedimentos mais conhecidos, como a episiotomia e o Kristeller e, muito

raramente, elas sabem da maioria dos seus direitos ou vêm acompanhadas de doulas.

Desde já se pode averiguar que a informação ainda é uma dificuldade que as pacientes enfrentam, seja por depositar sua confiança no médico, por não achar que podem perguntar, por ter medo ou por não se importar. Sabe-se, no entanto, que a informação é essencial para o empoderamento da mulher, para que ela possa ter reais condições de optar, de participar e de protagonizar o seu parto, conforme discutido no item anterior.

Nesse sentido, visualiza-se a importância do pré-natal como instrumento de divulgação de informações às mulheres, bem como de acompanhamento e garantia da saúde da grávida e do bebê.

6.2.1 A relevância do pré-natal

Para a análise do pré-natal no contexto desta pesquisa, foram utilizadas como base algumas das ações estabelecidas pelo Programa Rede Cegonha no componente "pré-natal", quais sejam: acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

O pré-natal que é realizado no HDGMM é voltado ao pré-natal de alto risco e se estende ao pré-natal de risco habitual nos casos de pacientes residentes nas áreas da regional VI que não têm obstetra no posto de saúde. Os demais pré-natais de baixo risco e risco habitual devem ser feitos nos postos de saúde e aqueles que possuem um risco mais elevado são realizados na atenção terciária (Entrevistados nº 01 e 08).

Aqui no Gonzaguinha, como é rede secundária, não é feito o pré-natal prioritariamente aqui. O pré-natal, quando a mulher realiza aqui, é quando ela já vem referenciada da unidade básica. Porque, assim, o pré-natal tem que ser feito na atenção básica. Aí ela vem referenciada na atenção básica pra cá, em determinadas situações, já mais específicas. Normalmente são situações de risco, mulheres com mais de 35 anos, quando é parto gemelar, situações que requerem atenção maior, ou quando é adolescente. (Entrevistado nº 03)

Tendo em vista a descentralização do pré-natal, para que o hospital

possa se dedicar mais à função de maternidade, com mais condições de garantir a assistência no trabalho de parto, parto e pós-parto, a maior parte dos pré-natais são realizados na atenção básica. Esse posicionamento também garante uma melhor acessibilidade à grávida, por não ter que se deslocar até o hospital a cada consulta, divide a demanda entre várias unidades, facilitando o atendimento, e permite uma maior interação entre a paciente e os profissionais de saúde do pré-natal.

Em toda a rede, as gestantes devem ter acesso à Caderneta da Gestante (Anexo B), que traz informações sobre o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, abordando os direitos das gestantes, as mudanças em cada trimestre da gravidez, os exames e as consultas que devem ser realizados, os sinais de trabalho de parto, os cuidados que a gestante deve ter, as posições que favorecem o parto e os primeiros cuidados do bebê.

No entanto, de acordo com os profissionais entrevistados, muitas grávidas chegam sem as informações básicas, dificultando o atendimento no momento da emergência, em que, muitas vezes, não há tempo hábil para a realização de exames e anamnese. Isso decorre de três situações: a ausência total do pré-natal, a precariedade do pré-natal realizado ou a quantidade insuficiente de consultas e exames.

Nesse sentido, vale citar alguns relatos sobre a diferenciação que é visualizada pelos profissionais frente aos diversos tipos e qualidades de pré-natal e a influência disso no trabalho de parto e parto:

O que eu percebo, quando eu fico na classificação, geralmente, é que, quando elas fazem um pré-natal bem feito, sendo bem instruídas do que acontecer, todo o processo desde que ela entra para ser classificada, que ela tem indicação de internamento, ela entra mais tranquila, ela já sabe de todos os seus direitos, de todos os seus deveres, como vai acontecer o processo. [...] as que são bem instruídas e procuram informação, através de livro, revista, internet, muitas dizem que veem vídeos, elas já chegam se referindo a sinais que só os profissionais usam: 'o meu líquido amniótico', 'já liberei meu tampão mucoso'... eu acho lindo quando elas falam assim. É raro elas virem bem instruídas. O impacto que eu vejo é, quando elas fazem um pré-natal bem feito, a caminhada dela também acontece de uma forma bem mais natural, ela se comporta de modo diferente, a dor dela é bem diferente. [...] As que fazem pré-natal aqui sempre vêm melhor orientadas do que as que fazem no posto. (Entrevistado nº 06)

A gente pega puérperas que não fizeram nenhum pré-natal. Pegamos delas que fazem dois ou três consultas. Dificilmente a gente pega uma que completa o quadro de consultas. É difícil. (Entrevistado nº 01)

A nossa dificuldade em relação ao parto na instituição é falta de um pré-

natal bem feito. Das que tem o pré-natal feito aqui, o que a gente percebe é que há uma facilidade maior, uma integração maior, fica mais à vontade, tem o companheiro que já conhece, que no pré natal eles fazem uma visita antecipada para conhecer, então eles já se sentem acolhidos desde o pré-natal. Então é mais fácil pra gente trabalhar com paciente assim. A mulher já vem consciente, ela não vem impactada. (Entrevistado n° 01)

Quando a mulher faz o pré natal, mesmo no posto ou aqui, é bem diferente quando esse pré natal é bem orientado. Mas a gente percebe, pelo que eu vejo, o cartão do pré natal tem as informações dos exames laboratoriais que são preconizados, tem as datas das consultas, mas existem algumas coisas... ela tem poucas consultas com o obstetra, ela não vem muito apropriada do trabalho de parto, do que ela pode sentir, quais os sinais, se é o momento de vir para o hospital ou não. A gente percebe algumas falhas nesse sentido. [...] muitas relatavam que eram orientadas em relação aos exames, à ultrassonografia, à alimentação, mas ao parto em si, como acontecia, não. Na maioria dos postos de saúde. Aqui é diferente porque a maioria já é pré natal de alto risco [...]. Todas elas tem um quadro associado. Mas as daqui, mesmo com esse quadro, elas chegam com mais informação em relação ao parto. Talvez porque a instituição seja de referência ao parto normal. Mas não era pra ser assim. Mesmo aquela mulher que faz o pré natal lá no interior ou faz aqui, ela tem que chegar com essa informação. E aquela gestante que não faz o pré natal, aí assim, é muito complicado quando a gente recebe. Porque a gente não sabe a idade gestacional, muitas vezes ela não sabe a data da última menstruação. Não tem nenhum exame de ultrassom. Aí a gente recebe ela meio que para garimpar. Vamo pedir uma ultrassom de emergência, quando dá tempo, porque, às vezes, ela já chega com o bebê nascendo. (Entrevistado n° 04)

Quando a mulher faz um pré-natal bem feito, ela colabora muito melhor. Muito melhor. Quando ela vem informada do que é um trabalho de parto, do que é um método não farmacológico, ela é muito mais cooperativa do que a que vem sem pré-natal ou com uma ou duas consultas no cartão. As primíparas⁶⁰ obedecem mais as consultas do cartão. As múltíparas⁶¹ geralmente não fazem o pré-natal direito. Isso é empírico. (Entrevistado n° 12)

Os relatos demonstram que o grande diferencial de um pré-natal está na forma como o acompanhamento é feito e nas informações que são repassadas, pois é a partir disto que a gestante consegue adquirir a segurança para se empoderar de sua gestação e de seu parto. Como foi descrito pelo entrevistado n° 17, "essa segurança vai interferir até na forma de nascer do bebê. Porque a segurança, para a mulher, faz com que ela acredite, se empodere".

Quando as informações não são repassadas, independente do perfil da mulher, há uma maior dificuldade de que a assistência ao trabalho de parto se realize de forma humanizada tendo em vista que o primeiro passo não foi bem executado, que a gestante não está informada sobre o seu poder de escolha e de suas diversas opções.

⁶⁰ Primíparas são mulheres que estão grávidas do primeiro bebê.

⁶¹ Múltíparas são mulheres que estão grávidas mas que já tiveram filhos.

Os profissionais de saúde ressaltam que algumas gestantes se prontificam a buscar informações e garantir o seu empoderamento do parto, principalmente considerando que, atualmente, o acesso à informação está muito mais disponível via internet, tanto em relação às redes sociais e material científico, como aos próprios órgãos de saúde, que dispõem diversos materiais explicativos online, sejam folders, manuais, estatísticas, imagens ou leis, permitindo ao público em geral a apropriação das informações que necessitam em linguagem acessível.

Saliente-se, inclusive, que todas as gestantes que fazem pré-natal na rede pública de saúde devem receber a caderneta da gestante, que contém diversas informações acerca dos exames que devem ser realizados, das mudanças que ocorrem em cada trimestre de gravidez, dos primeiros sinais de parto, do trabalho de parto e de seus direitos (BRASIL, 2014).

Esse perfil, no entanto, não é o mais comum entre as pacientes que frequentam o HDGMM, sendo visto apenas em algumas grávidas mais jovens. Segundo o conhecimento empírico dos profissionais, algo em torno de 10 a 20% das gestantes. Outras obtiveram conhecimento por já ter passado por um parto anterior no hospital após a gestão do Rede Cegonha.

A grande maioria ainda chega sem as informações básicas sobre o que significa um parto humanizado. Destas, o mais comum é saber que tem direito a um acompanhante e que não devem ser tratadas com grosseria (entrevistado nº 05).

Por outro lado, muitas ainda chegam com a ideia de que as intervenções servem para auxiliar no desenvolvimento do trabalho de parto e chegam a pedir que seja realizada a episiotomia ou a manobra de Kristeller, por exemplo (entrevistado nº 06).

Confirma-se, assim, que o pré-natal é decisivo para a alteração dessa realidade.

Com base nas entrevistas, pode-se auferir algumas características em relação ao pré-natal que é realizado no HDGMM e os meios que são utilizados para que as informações e a segurança sejam repassadas. No atendimento inicial do pré-natal, a gestante passa por um acolhimento com uma psicóloga e com uma enfermeira que já escutam suas demandas e também repassam as primeiras informações de como irá transcorrer o pré-natal (entrevistado nº 09).

Em paralelo, existem encontros mensais que são ofertados aos casais grávidos que estão fazendo pré-natal no hospital ou que pretendem ter o parto no

hospital para informar sobre o parto, "como ela vai chegar, como vai ser o atendimento como vai ser o parto, que o acompanhante pode entrar, como ele deve agir. Essa reunião é de integração. Aí nessa reunião participa uma equipe multidisciplinar" (entrevistado nº 03); rodas de conversas diárias com as pacientes que estão na sala de espera, realizadas pelas assistentes sociais; o programa Pai no Parto, que incentiva que o pai participe do parto e que se informe; e a visita guiada⁶² por uma enfermeira, que visa aproximar a gestante e a maternidade, mostrando os setores, os profissionais e os instrumentos a que ela terá acesso no momento do parto.

Quanto às consultas pré-natais, vale citar o trecho seguinte, que demonstra seu conteúdo e reitera o benefício da informação que é repassada:

A gente pega uma paciente que fez o pré-natal aqui, ela muito mais preparada. Porque ela já conhece as normas, as rotinas, tem o curso do pai no parto, que vem o pai e a mãe, assistem as palestras, o pai é treinado, aparece um vídeo eles mostrando o corte do cordão umbilical. Aí nós temos também um acompanhamento no pré-natal que são três módulos, desde a fisiologia, as transformações do corpo da mulher, o segundo já tem mais coisas, o terceiro já é sobre quando ela deve vir pro hospital, quando ela tiver sentindo o que.. Então é uma paciente que já vem bem preparada. É feito durante o pré-natal, nas consultas, ela passa por esses módulos. Aí já sabe o que tem que trazer, que tem direito a um acompanhante, que é de livre escolha, quem vai decidir com quem ela vai ficar é ela, já sabe o momento que ela deve vir pro hospital, é tudo mais fácil (entrevistado nº 16).

Após essa análise geral, importa abordar as ações do componente pré-natal, com base no que se pode averiguar acerca de pontos específicos que serão descritos a seguir.

O acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno é relativo, pois o hospital depende da demanda de grávidas, que geralmente é muito alta, e acaba demorando entre duas semanas a menos de um mês, sendo que o pré-natal de alto risco exige uma temporalidade maior, de consultas semanais. Percebe-se que essa alta demanda decorre da extensão dos serviços a um público maior do que o da regional VI, seja de outras regionais ou de cidades vizinhas, sobrecarregando o hospital (Entrevistado nº 14).

Quanto à realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto

⁶² Embora a visita guiada seja realizada semanalmente e já tenha sido divulgada na Regional VI, além de ser divulgada para as pacientes que fazem pré-natal no hospital, não há uma procura considerável, visto que "tem cerca de 400 partos por mês e as visitas não têm cinco pessoas por semana" (entrevistado nº 14).

risco e acesso aos resultados em tempo oportuno, foi constatado que muitos exames são realizados no hospital, mas ainda existe uma dificuldade em relação à aquisição e manutenção de equipamentos necessários à realização dos exames, como cardiotocografia e ultrassonografia. Para as gestantes que fazem o pré-natal na atenção básica, os cartões de pré-natal normalmente não são preenchidos com todos os exames ou estes ainda não foram recebidos (Entrevistado n° 18).

A vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto é um dos pontos mais citados nas entrevistas, tendo em vista que é considerado um ponto muito importante para que seja humanizado o parto, pois a peregrinação das gestantes aos hospitais é uma questão que interfere diretamente na consecução da humanização da assistência.

Os entrevistados relatam, de um modo geral, que é realizada a vinculação da gestante por meio de um carimbo que é colocado no cartão de pré-natal da gestante. No entanto, aquele carimbo só define para qual hospital a gestante deve se encaminhar inicialmente, não significando que, quando ela chegar, encontrará uma vaga disponível para que seja prontamente internada (Entrevistado n° 15).

A gente ainda está enfrentando um problema com essa questão da vinculação. Porque não é para ela estar perambulando, mas, às vezes, a gente ainda recebe muitas pacientes aqui: 'eu não era para vir pra cá, eu era para ir pra tal canto, mas eu cheguei lá e lá não tinha vaga. E de lá eu já fui para outro canto e também não tem. Aqui já é o terceiro canto'. Ou seja, ainda tem um problema nesse sentido. Precisa melhorar muito essa parte da vinculação (Entrevistado n° 16).

A gente tem trabalhado muito essa questão da vinculação, da rede, de ela saber que tá fazendo o pré-natal no posto de saúde, mas a maternidade que ela tem como referência é o Gonzaguinha de Messejana. De um certo modo, leva essa segurança, mas muitas vezes elas ainda têm uma incerteza porque as maternidades, hoje em dia, têm a superlotação. Aí, às vezes, elas podem estar chegando aqui e não ter vaga. Mas o que a gente tenta trabalhar na vinculação é assegurar. A gente fica com essa mulher e fica tentando vaga em outras maternidades. É o que normalmente acontece aqui (Entrevistado n° 17).

Essa vinculação aqui vem dos postos. Eles botam a maternidade de referência, mas a gente sabe que a gente tem a carência de leitos, então a gente orienta que, mesmo que ela faça o pré-natal e seja referenciada para cá, ela corre o risco de não ter a vaga e ser transferida (Entrevistado n° 09).

A vinculação também é abordada no próximo subitem, figurando como uma das dificuldades enfrentadas por muitas mulheres quando entram em trabalho de parto e não encontram vaga no hospital a que foram vinculadas.

De todo modo, conclui-se que o pré-natal tem influência direta na forma como a mulher vai encarar o seu trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como a assistência que ela terá. A partir do momento em que a mulher passa por um pré-natal de qualidade, em que o profissional de saúde consegue acolher e informar a mulher a ponto de ela criar um sentimento de uma segurança acerca das escolhas que poderá ter que fazer, dos riscos e das possibilidades que estão envolvidos no parto, ela se empodera da sua vida, do seu filho e do seu parto, definindo, desde os primeiros sinais de trabalho de parto, o percurso que ela quer seguir.

Nesse contexto, a mulher já pode interferir diretamente na forma que a assistência do profissional de saúde será dada durante o trabalho de parto e parto, tendo em vista que os entrevistados descrevem reiteradamente que, quando as mulheres se empoderam do seu parto, sabem de suas escolhas e possibilidades, o trabalho de parto é mais tranquilo, a maioria dos profissionais do hospital respeitam suas escolhas e se posicionam apenas como suporte médico-hospitalar, nos moldes que são preconizados pelo Ministério da Saúde.

O pré-natal, portanto, é um ponto chave para que se consiga humanizar o parto, pois, apenas com uma mulher consciente e empoderada de seus direitos, deveres e escolhas é que o profissional de saúde poderá figurar como coadjuvante, ao invés de protagonista do trabalho de parto. Quando a mulher não tem esse conhecimento, não tem como opinar, não tem como participar ativamente.

Aquelas que são informadas, aquelas que são empoderadas, como a gente diz, do que se vai fazer com ela, elas são mais cooperativas. E as leigas, por outro lado, elas não interferem, elas entregam completamente esse poder de parir na mão do profissional. Elas entregam essa responsabilidade (Entrevistado nº 12).

Em contraponto à essa necessidade, a realidade apontada pelos entrevistados revela que o pré-natal ainda costuma ter várias deficiências, desde a periodicidade das consultas e exames até ao repasse das informações necessárias para que a mulher conheça todo o processo do trabalho de parto, as escolhas que ela poderá ter que fazer e as condições que ela possui para facilitar o trabalho de parto. Essas deficiências são direcionadas especialmente aos pré-natais realizados nos postos de saúde, mas considerando, também, em alguns casos, a falta de interesse ou de valorização do pré-natal por parte de algumas mulheres.

Com base na análise do pré-natal, pode-se verificar como as gestantes

constumam ingressar na emergência obstétrica ao apresentarem os primeiros sinais de trabalho de parto. E, nesse contexto, foram verificadas as ações referentes ao trabalho de parto, parto e pós-parto.

6.2.2 A assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto na instituição

A partir do exposto, restou evidenciado que a assistência ao trabalho de parto se inicia desde o pré-natal, com informação e preparação da gestante a respeito dos sinais do trabalho de parto para que ela se sinta segura para procurar o hospital no momento certo e sendo conhecedora de todo o processo que será seguido.

Nesse sentido, passa-se à análise da abordagem dos profissionais de saúde do HDGMM na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, verificando a forma como o hospital e seus profissionais realizam o atendimento, ao mesmo tempo em que será auferida a aplicabilidade das ações estabelecidas pela Rede Cegonha⁶³ que se referem ao incentivo da humanização do parto, elencadas nos componentes "parto e nascimento", "puerpério e atenção integral à saúde da criança" e "sistema logístico".

Quanto às ações do componente "parto e nascimento", serão abordadas: suficiência de leitos obstétricos e neonatais; ambiência das maternidades; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização. No componente "puerpério e atenção integral à saúde da criança", será relatado o incentivo ao aleitamento materno. Das ações do "sistema logístico", serão verificadas: implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais.

⁶³ Foram selecionadas algumas das ações do Rede Cegonha para serem analisadas no presente estudo, com base no foco dado pelos entrevistados e na sua importância para a efetivação da humanização na assistência.

Pode-se iniciar citando um relato resumido de como deveriam ser descritos os primeiros sinais de parto para a gestante, ainda no pré-natal, para que saiba o momento certo de ir para o hospital.

Se tiver apresentado secreção ou muco e contrações de 10 em 10 minutos vem até a Unidade. Se estiver só com dor, espera vir algum sinal. Se essa dor for intensa e achar que não dá para suportar, vai para o hospital. Então, chegou no hospital, se tiver com 2 ou 3 cm, na triagem ela passa pela enfermeira para checar os sinais vitais, depois passa pela enfermeira para avaliar e depois pro médico. O médico avalia e verifica se deve ficar em observação ou ir pra casa. Se entra, fica na sala de observação, faz novos exames, se necessário, é avaliada.. então é demorado o processo até ela ir para o leito ficar acomodado. Então ela é orientada de que pode passar por todo esse processo. Na hora do parto, é orientado de que o acompanhante pode estar ao lado da mulher, segurando na mão (entrevistado n° 01).

Estes primeiros sinais do trabalho de parto⁶⁴ são comumente chamados de pródomos e iniciam o processo que resultará no parto. O primeiro passo é que ela verifique a presença desses sinais que indicam a necessidade, ou não, de ir ao hospital, onde deverá ser acolhida e avaliada.

Com base em alguns recortes das entrevistas, acerca do acolhimento⁶⁵ que é realizado pelos profissionais desde a classificação de risco, pode-se delinear o percurso seguido pela gestante dentro do hospital, o que permite verificar o modo de agir dos profissionais e as condições em que essa assistência é realizada.

No momento em que elas chegam elas fazem o boletim de emergência, o B.E, para serem acolhidas, e, no acolhimento, são vistos os sinais vitais, a pressão, e aí a enfermeira faz a triagem. Verifica o que ela tá sentindo e classifica. Então, ela já recebe essa orientação na classificação. (Entrevistado n° 03)

Se ela já chegar com muita dor ou com sangramento abundante, ela nem fica aqui. Ela já entra e é imediatamente avaliada. Quando ela chega com sinais de parto, "perdi meu tampão", "é meu terceiro filho, segundo filho..", "eu tou com dor nas costas", a gente conversa com ela para saber os horários que isso aconteceu, como ela tá se sentindo. O acolhimento com

⁶⁴ A Caderneta da Gestante, elaborada pelo Ministério da Saúde e distribuída no HDGMM, também elenca "os sinais que indicam o início do trabalho de parto: se a sua barriga endurecer a cada 5 minutos, por 30 segundos ou mais, permanecendo assim por mais de uma hora; se você perder líquido pela vagina, que escorra pelas pernas, molhe a roupa ou a cama (rompimento da bolsa das águas). Neste caso, mesmo que não sinta as contrações você deve ir à maternidade, pois precisa ser avaliado por um profissional" (BRASIL, 2014, p. 22).

⁶⁵ O acolhimento é um termo utilizado pelos órgãos e profissionais de saúde para delinear a forma como o paciente deve ser recebido. O Ministério da Saúde o conceitua como a "recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário" (BRASIL, 2006, p. 35).

classificação de risco não é uma triagem, é um acolhimento. A gente escuta, classifica, e quem vai triar é o médico que vai avaliar. A gente faz aquela ausculta atenciosa. Ouve a queixa e vai vendo se tem alguma necessidade urgente. Se for uma pressão alta, ela não vai ficar muito tempo aqui fora. Ela vai fazer um sumário de urina, um raio X, uma topografia, aí a gente já vai encaminhando. Gestante a termo e que esteja com sangramento abundante, ou placenta descolada, pressão muito alta, e no caso de já chegar em período expulsivo, aí ela entra logo. Se estiver no início, mas tiver sangramento abundante e tenha possibilidade de risco, ela já entra. Não fica esperando. Só fica esperando se tá no pré natal e o médico não gostou de alguma coisa, aí ela aguarda um pouquinho para fazer uma cardiocografia. Imediatamente são casos mais urgentes. (Entrevistado n° 04)

O acolhimento e a classificação de risco⁶⁶ foram implantados no hospital em sistema integral, 24 horas por dia, com a implantação do RC. A partir da classificação realizada por uma enfermeira obstetra, a gestante é triada de acordo com a sua urgência e de pronto já recebe o acolhimento inicial, sendo ouvidas suas queixas.

Só veio a melhorar mesmo. A espera lá fora, antes era por ordem de chegada e isso é muito perigoso. Agora é de acordo com o que elas estão sentindo. Aconteceu pacientes que tiveram seu bebê lá, no meio da rua. Então ficou bem melhor. A enfermeira já classifica o risco. Aí sabe se a paciente pode voltar depois ou se já é pra ir direto ver o médico (Entrevistado n° 02).

O acolhimento deve ser realizado de forma atenciosa, com base no conceito de cuidado já falado no subitem 5.2.2.1, por meio de uma ausculta que já identifique os sintomas da paciente e todas as suas necessidades.

No entanto, a alta demanda do hospital mais uma vez é relatada pelos entrevistados como impedimento para que se realize de forma uniforme essa ausculta mais cuidadosa, que até chega a ser realizada em alguns momentos, mas na maioria das vezes não.

A gente implantou o acolhimento com classificação de risco. A gente percebe que tem umas falhas. Apesar de já ter melhorado. Mas sempre tem enfermeiro obstétrico lá, um técnico de enfermagem. Mas a gente percebe acolhimento como uma coisa diferente. Não é só uma ação técnica, como está acontecendo lá, é uma coisa diferente (entrevistado n° 08).

⁶⁶ A classificação de risco se refere à uma "Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso" (BRASIL, 2006, p. 37).

Ademais, a precariedade das informações no pré-natal dificulta ainda mais esse atendimento, pois existe um espaço curto de tempo para que a gestante seja acolhida e, além disso, receba todas as informações necessárias que já poderiam ter sido repassadas durante todo o pré-natal.

Quando nós não estamos abarrotados de pacientes, a gente explica como funciona essa questão do tempo, porque muitas se queixam dessa questão do tempo, porque não sabem que, até os 5 primeiros centímetros, ela tá ali num processo de organização dinâmica uterina. Quando a gente tem essa condição, a gente oferece cavalinho, bola, pra ela deambular, pro acompanhante ficar. [...] Então, ficam muitas questões a desejar em relação a isso, e que, as vezes, pra gente trabalhar com algumas diretrizes do parto humanizado, a gente fica de mãos atadas. A gente precisa de uma parceira maior do pré natal com esse momento. (Entrevistado n° 04)

Muitas reclamam e dizem que não são bem atendidas. Na sala de parto, que é a sala onde elas são acolhidas para serem internadas, a gente sempre realiza uma roda de conversa com elas, e a gente vê elas muito aflitas, sentindo dor, no desespero, achando que não vão ser atendidas. É comum também, pela falta de orientação delas, quando são avaliadas pelos médicos, quando não têm dilatação, o médico orienta que devem voltar para casa, elas se revoltam, acham que não é para ser assim, acham que têm que ficar, só que o hospital não tem como ficar com elas. A equipe tem que estar preparada para conversar. Saber orientar e esclarecer. E, muitas vezes, nessa correria, e dependendo do profissional, quando não tem paciência, aí não dá a orientação adequada. Acha que eles não têm que falar, que é só olhar pro prontuário. Mas não. Todo mundo pode conversar. Dar orientação. (Entrevistado n° 03)

De todo modo, mesmo quando o hospital está superlotado ou está com falta de material ou espaço que impossibilite o atendimento, a paciente recebe esse atendimento inicial e a enfermeira já explica que não tem vaga e que ela deve se encaminhar para outro hospital ou, se for o caso, que deve voltar para casa e aguardar mais o desenvolvimento do trabalho de parto. Caso já esteja em um estágio mais evoluído do trabalho de parto, com dilatação maior que 5cm ou bolsa rompida, é solicitada a vaga na Central de Leitos para que ela já saia com uma vaga garantida (Entrevistado n° 04).

A suficiência de leitos é um problema que atinge toda a rede pública de saúde do Ceará, sendo uma das questões mais recorrentes nas narrativas. É unânime o entendimento de que a quantidade atual de leitos não permite que todos os pacientes que recorrem ao hospital sejam atendidos confortavelmente. Conforme já relatado, a demanda existente não se limita à Regional VI, abrangendo, também, todas as pacientes que não encontram vaga ou segurança ao se encaminhar aos hospitais a que foram referenciadas.

É reiteradamente alertada a situação que a rede pública de saúde da cidade está passando em relação, principalmente, aos leitos obstétricos, impossibilitando o atendimento digno a todas as pacientes.

Não obstante a dificuldade, os profissionais se posicionam de forma atuante, exarando que tentam atender ao máximo e da melhor forma que encontram, diante às precariedades de espaço e tempo, os pacientes que precisam dos serviços do hospital.

Outro fato que tem contribuído, no último ano, para que o número de atendimentos do HDGMM diminuísse, foi a falta de material. Assim, não havendo o material necessário para a realização dos procedimentos, a necessidade de transferência aumentou, dificultando o acesso das parturientes à assistência.

Dos gonzaguinhas, nós somos o maior. Referência e tudo. Mas as vezes fica superlotado. Aí a gente tem que transferir, encaminhar, para outro hospital, conforme a orientação do médico. A transferência é conforme a disponibilidade de leito para ela. A gente coloca na central de leitos aí é visto uma unidade que tem vaga disponível naquele quadro, em algum momento aparece uma vaga, e aí ela vai. Isso é a transferência. Mas acontece, algumas vezes, delas darem entrada em trabalho de parto e não ter material para realizar o procedimento. Então ela tem que procurar uma outra unidade. Acontece. Aconteceu bastante esse ano. A gente ficava sabendo: "Gente, não tem material hoje". Principalmente para cesariana. Aí a gente encaminha. [...] O hospital sempre procura atender todas as pessoas que dão entrada. Quer façam pré-natal aqui ou não. Que vem do interior ou de outros hospitais. Mas aí quando não tem vaga, aí encaminha para outros hospitais. Às vezes acontece. Principalmente quando tá faltando material. Teve uma época que foi mais constante, mas não é toda semana. Agora tá acontecendo menos. Era o dia. A gente vem, aí diz que não tem material, aí a gente tem que tá lá porque a galera se revoltava. Teve uma época que tava mais comum. Foi esse ano (entrevistado nº 03).

Os pontos críticos que a gente observa aqui é, às vezes, a falta de condição de receber essas pacientes, é um leito que a gente não tem, é material que falta. Já há um ano que eu vejo que piorou bastante. Quase toda semana eu vejo que essa emergência foi fechada, por estar lotada ou por falta de material. A nossa autoclave vive quebrada, a gente depende de outros hospitais para esterilizar material, aí não pode receber paciente porque, se precisar de material para resolver, não tem como resolver e aí a responsabilidade é muito grande. A enfermeira que fica na classificação é que vai acolher essa paciente e dizer para ela e para o familiar dela que a maternidade não tem condições de acolher, que não tem como resolver. Aí a gente orienta que procure outra maternidade. Muitas vezes ela já vem peregrinando por outras maternidades. E questionam: 'eu vou fazer o que?', 'meu filho vai nascer na rua?'. Então ela já chega tensa, por mais que ela tenha se preparado, existe aquela preocupação. Muitas choram e sofrem mesmo. As Marias e os Josés (entrevistado nº 06).

Alguns entrevistados afirmam que existe a peregrinação de gestantes

pelos hospitais, principalmente quando elas ainda não estão em estágios avançados de trabalho de parto, e considerando que a Central de Leitos não costuma ter muitas vagas disponíveis (Entrevistados nº 01, 06, 15 e 19).

A peregrinação pode ocorrer quando está superlotado. Ela tem o primeiro atendimento, mas é direcionada (Entrevistado nº 01).

Se ela tá internada e precisa ser transferida, aí a gente leva no carro do hospital. Se tá na triagem, ela é orientada e vai por conta própria (Entrevistado nº 03).

Essa parte de vaga é um problema. Existe a referência de a gestante vir para cá, mas pode acontecer... tipo, ela entrou em trabalho de parto prematuro e tá faltando alguma coisa, aí a gente vai ter que transferir. Mas o que eu vejo é que tem a responsabilidade. A gente que vai ter que transferir conseguindo a vaga. Geralmente não mandam peregrinar não. Eles têm a responsabilidade de, se a gestante tá perto de ter o bebê, entra e fica esperando a vaga dentro da sala de parto (Entrevistado nº 15).

Com base nisso, constata-se que a disponibilidade de vagas para as gestantes vinculadas ao hospital não é garantida e, muitas vezes, não são encontrados meios de fazer sua transferência para outro hospital ou garantir uma vaga lá, pois a rede pública de saúde, no todo, está superlotada.

Apesar de toda essa dificuldade de vagas, não foram relatados pelos entrevistados casos recentes de gestantes que tenham parido do lado de fora do hospital ou na espera. A classificação, mais uma vez, é citada como fundamental para que isso não aconteça, mesmo em momentos críticos.

Mas, no geral... não aconteceu de ninguém ter um parto no meio da sala de espera não. Por causa da classificação. Mas teve um dia que, por algumas horas, ficou uma parturiente em uma cadeira reclinável, na observação, com um bebê que tinha acabado de nascer. Não é frequente. Aconteceu mais quando estava a MEAC fechada, o Cesar Carls em obra. Quanto tem uma maternidade fechada, é o caos em toda a rede. Foi na época que a MEAC ficou fechada quase um mês por conta de infecção. A gente sofreu muito (entrevistado nº 14).

Após o acolhimento e havendo a disponibilidade de vaga, a internação ocorre na sala de parto, onde os profissionais de saúde passam a participar mais efetivamente do trabalho de parto.

Nesse íterim, os entrevistados narram os procedimentos que costumam ser preconizados pelos profissionais de saúde do hospital, considerando as diretrizes e ações estabelecidas pelo Rede Cegonha. Foram escolhidos relatos que

retratam a visão de alguns dos profissionais acerca da assistência que costuma ser prestada pelos profissionais da sala de parto:

Na sala de parto, quando ela é internada, já tem residente, interno, enfermeiro, técnicos.. Aí a gente deixa à vontade, o parto é realizado na posição que ela escolher. É a escolha da paciente. Tem sala que cabe duas, mas a gente tenta colocar só uma. Aí pode entrar o companheiro, a gente oferece a bola, o cavalinho, o banho de chuveiro.. a massagem é muito importante para a dor. Que o próprio acompanhante pode ficar dando aquelas massagens de conforto. A enfermeira já ensina. Ela faz a primeira vez e depois deixa ele fazendo. A mulher já encosta no marido e é bem melhor pra elas. E alimentação. A gente não deixa elas na dieta zero. A gente tenta oferecer água, suco. O uso da ocitocina não é pra existir. A episio também não. Então tá sendo bem trabalhado isso aqui no gonzaguinha. A gente quase nem vê mais ocitocina e episio. Em caso necessário, eles fazem com todo cuidado. Eles mesmo já estão conscientes do risco e já nem prescrevem. (Entrevistado n° 02)

Na hora do parto a gente percebe que é tranquilo. Que a equipe tá sempre muito presente, dando todas as alternativas, sugerindo as possibilidades de ela ter um parto melhor, realmente humanizado, sempre acompanhada de alguém, normalmente o marido, a mãe ou uma irmã. O que a gente percebe mesmo que é complicado é na hora de chegar. Porque elas chegam muito aflitas, angustiadas, e querem ser imediatamente atendidas, e muitas vezes não dá. Elas têm que aguardar porque tem uma demanda grande e tudo, aí a gente percebe mais dificuldade nesse momento. (Entrevistado n° 03)

Quando ela tá em trabalho de parto, ela fica no leito com acompanhante desde a hora em que ela é admitida. Aí a enfermeira vai lá, enfermeira da sala de parto, faz o teste rápido, pergunta como ela tá, porque a gente tem que fazer uma admissão, e orienta a prática dos exercícios. Dependendo do período clínico do parto que ela estiver, o que ela pode fazer. Que ela pode tomar banho, ficar na bola, no cavalinho, que pode ficar simplesmente andando, ou só sentada, porque nem todas as pacientes conseguem ter uma mobilidade melhor. Mas a gente orienta o que ela pode fazer. Aí ela fica ali durante o trabalho de parto. Tem sempre profissionais que ficam responsáveis por aquela paciente. Porque aqui, como é hospital escola, então, por exemplo, aquele parto é acompanhado por especializanda e preceptora ou pelo interno e o residente. Ou o pessoal da medicina ou da enfermagem que fica. Então essa pessoa que fica, fica fazendo a ausculta, fica colocando a evolução no partograma dela, fica vendo as necessidades dela, e fica sempre comunicando até o momento que o bebê nasce. Quando o bebê nasce, ela fica ali até surgir vaga na enfermaria. Porque, dentro da sala de parto, a gente tem 5 leitos que tem cama PPP, os outros leitos que a gente tem, que são mais 4, eles não são cama PPP, eles são aquela comum. Quando a paciente pari, a gente tenta logo colocar ela na cama mais confortável. Se não tiver vaga, ela fica ali até surgir vaga. Aí na enfermaria ela fica por 24h. Estando tudo bem com ela e com o bebê, ela sai. (Entrevistado n° 04)

Em síntese, são disponibilizados alguns instrumentos para que os profissionais de saúde ofertem às parturientes, como a bola, o cavalinho, a banqueta, o chuveiro, os óleos para massagem, a música, assim como são incentivadas ações que facilitam o desenvolvimento do trabalho de parto, como a liberdade dos

movimentos, a verticalização, a penumbra, a dieta líquida e a presença do acompanhante. De forma suplementar, também é permitida a utilização de métodos farmacológicos, desde que observada a vantajosidade específica para a gestante e para o bebê, como o anestésico tramal e, muito raramente, a anestesia no fim do período expulsivo (entrevistado nº 06).

Percebe-se, portanto, que os profissionais de saúde citam que foram incorporadas muitas das ações definidas no RC. No entanto, em alguns relatos, é explicitado que essas disposições não são seguidas de forma unânime ou uniforme pelos profissionais.

São colocadas algumas, outras a gente encontra dificuldades. Por exemplo, em relação à dieta líquida, tem alguns profissionais que não colocam dieta líquida; os métodos não farmacológicos a gente consegue aplicar; o pele a pele, a amamentação na primeira hora, tem dificuldades em algumas equipes, não é sempre não, porque, na literatura, o que diz para que o contato pele a pele seja eficaz, para servir como método de vínculo, auxiliar na amamentação, ele tem que ser de, no mínimo, uma hora. E aqui, para colocar nos indicadores, basta colocar 5 minutos que já conta como contato pele a pele. É muito difícil um que passe essa uma hora (Entrevistado nº 20).

O trabalho de conscientização e sensibilização dos profissionais, portanto, não está concluído. Faz-se necessária uma atenção contínua na educação e fiscalização dos profissionais acerca dos procedimentos que devem ser seguidos, tanto em situações de trabalho de parto que se desenvolvem em ritmo normal quanto naqueles que têm alguma intercorrência. Entretanto, não tem sido frequente esse acompanhamento. "Eu não vejo um trabalho aqui no hospital que trate da humanização no atendimento. Eu nunca participei" (Entrevistado nº 05).

Nós não temos educação continuada aqui. Que a gente poderia implantar. Inclusive para gente ficar se reciclando. A nossa equipe toda precisa. Num caso de uma emergência... A gente trabalha em uma emergência obstétrica mas, muitas vezes, os profissionais não sabem como atuar em uma emergência. Uma paciente que chega com um sangramento intenso, que você tem que entrar com acesso rápido; um prolapso de cordão... a rapidez que você tem que ter no momento é muito importante para a vida do bebê. Como preparar ela no momento, como deve colocar ela na maca, como encaminhar para o Centro Cirúrgico (Entrevistado nº 06).

Nesse contexto, há uma iniciativa recente do hospital que vem buscando uniformizar um protocolo institucional no que se refere à assistência ao parto para que todos os profissionais sigam o conjunto de procedimentos que são vistos pelo hospital como úteis e necessários, com o objetivo de que o atendimento não

dependa tanto da discricionariedade do profissional.

a gente tá tentando resolver isso fazendo um protocolo institucional de assistência ao parto, que a gente tá fazendo agora. Não está completo. Estão havendo reuniões semanais com a equipe, que tem enfermeira obstetra e obstetra, e a gente vai colocando os pontos críticos com a auditoria externa e a gente tá construindo isso coletivamente. E tá saindo muita coisa interessante. Então eu acho que, daqui pro fim do ano, a gente vai conseguir implantar esse protocolo e modificar muita coisa. Vai ter um atendimento igual independente de ser o profissional médico obstetra ou a enfermeira obstétrica. É para ser o mesmo tipo de atendimento (Entrevistado n° 14).

Reitera-se, nas entrevistas, que a grande maioria dos profissionais são adeptos das práticas de assistência humanizada ao parto, tendo em vista que as gestões do hospital nos últimos anos têm se mantido firmes na conscientização de seus profissionais. Como visto, não são todos. E o motivo apontado para isto é a falta de uma continuidade na educação e na fiscalização da aplicação das diretrizes de humanização (entrevistado n° 04 e 06).

Quanto aos profissionais, eu diria que a grande maioria realiza um atendimento bom. Se tivesse mais gente atendendo, teria mais atenção. Eu já acho que elas conseguem fazer milagre aqui, atender razoavelmente bem. (Entrevistado n° 03)

Rememoram, ainda, que, quando estava em vias de ser implantado e logo após a implantação do RC, houve um maior interesse em prover conhecimento e conscientização aos profissionais, bem como haviam reuniões de cogestão constantes para verificar as condições do hospital, as dificuldades e as conquistas. Entretanto, muitos profissionais ressaltam que o tema não tem sido mais, tão frequentemente, abordado, o que relacionam às novas demandas do hospital e às dificuldades de conseguir os recursos financeiros necessários para a continuidade do trabalho.

O colegiado gestor⁶⁷ não está em funcionamento, embora os profissionais relatem que são colhidos mensalmente os indicadores do Rede Cegonha e

⁶⁷ No que se refere ao colegiado gestor, deve ser esclarecida a sua definição e competência: "em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade,

divulgados no mural da sala de parto. Foi mantida uma reunião mensal de cogestão, na qual são abordadas, no contexto geral do HDGMM, as dificuldades ou mudanças necessárias para a melhoria do hospital. A representante do Ministério da Saúde também permanece fazendo visitas periódicas para verificar as condições do hospital e apoiar alguma ação ou melhoria do Programa, sendo que menos frequentes do que no início (entrevistados nº 14, 15 e 17).

Nesse contexto, os profissionais novos ou que possuem alguma resistência em incorporar a humanização na assistência acabam por não ter o acompanhamento necessário para progredir em seu trabalho e manter a uniformidade do atendimento humanizado. "Não deixa de ter uma situação ou outra de um profissional ou outro que chega mais novo e a gente precisa trabalhar" (entrevistado nº 17).

O fato de os profissionais trabalharem em sistema de plantão também dificulta essa integração e uniformização do serviço, pois não existe uma equipe que possa acompanhar todos os profissionais de saúde e auxiliar na adoção das práticas de humanização da assistência, assim como não tem como fazer com que todos participem das reuniões (entrevistado nº 14 e 17).

De todo modo, alguns profissionais buscam essa integração e qualificação.

As reuniões da RC aconteciam com mais frequência. Mas assim, hoje em dia, a gente tem um grupo que a gente chama grupo de Qualificação Hospitalar. Que é um grupo que tem trabalhado dentro das questões da organização da RC. A gente tem uma série de profissionais que participam dele, desde a ouvidoria, serviço social, psicologia, obstetra, enfermeiro, técnico de enfermagem, o pessoal do SAMI... todos eles participam desse momento, a gente faz as discussões das questões e tenta ver o que é que pode ser trabalhado melhor (entrevistado nº 17).

Percebe-se neste relato, assim como foi verificado em vários outros, que há uma tendência de que a assistência seja aprimorada a partir da utilização das equipes multiprofissionais. A RC preconiza que deve haver o estímulo à equipes horizontais, de modo que todos os profissionais possam contribuir com seus conhecimentos em prol da assistência, trabalhando em conjunto e de forma horizontal. Essa é uma ação que está em desenvolvimento, sendo cada vez mais

utilizada.

O hospital possui profissionais de diversas áreas, como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros técnicos e obstetras, e médicos obstetras, assim como internos e residentes do curso de medicina e de enfermagem. No entanto, para que essas equipes funcionem bem e em harmonia, faz-se necessário um acompanhamento de gestão e a facilitação do diálogo, resultando na horizontalidade do atendimento também em relação ao usuário.

Os profissionais têm que saber dialogar entre si e com os pacientes, além de perceber a contribuição que cada um pode trazer ao atendimento, mesmo que venham de escolas diferentes e tenham abordagens diversas. Essa relação muitas vezes funciona e outras não.

[...] não são todos, porque, como em todos os lugares, têm os que fazem e os que não fazem, os que têm resistência e os que não têm. Mas a maioria faz. E a gente sente, assim, que mesmo que o paciente não pergunte, a gente tem que falar. Porque se a gente não falar numa linguagem que ele entenda, ele não vai perguntar. Às vezes, dizem: "ah, mas o paciente não pergunta nada!" Sim, mas você tá fazendo chegar nele de uma forma que ele entenda e possa perguntar? Às vezes, o vocabulário é tão complicado para ele que ele nem fala, só escuta, balança a cabeça e pronto! (Entrevistado n° 04)

É o mesmo diagnóstico: um trabalho de parto de risco habitual e tem dois profissionais lá, aí pode ter uma competitividade. A gente observa isso. Tanto a enfermeira obstetra como o obstetra podem acompanhar o trabalho de parto vaginal de risco habitual e eles têm duas escolas distintas, são treinados diferentemente. Então, há uma discordância em relação a isso (Entrevistado n° 14).

Vale destacar que a enfermeira obstetra acompanha cerca de 70% dos partos no HDGMM. Nesses casos, o médico obstetra fica de sobreaviso para interferir apenas quando necessária uma intervenção ou avaliação mais complexa (entrevistado n° 17). "A participação das enfermeiras é bem efetiva aqui, elas acompanham o parto de baixo risco e a gente fica de sobreaviso, e isso funciona bem. A grande maioria das equipes tem essa relação boa" (Entrevistado n° 18).

Por outro lado, a relação profissional-paciente foi pauta recorrente nas entrevistas, quando se falava em intervenções, a partir do que se pode apreender que ainda existe uma certa diferenciação hierárquica nessa relação. Ou seja, muitos entrevistados percebem que as pacientes ainda veem os profissionais de saúde, especialmente os médicos, como pessoas de conhecimento inquestionável, que são

detentores do saber e, portanto, que devem ser obedecidos. "Basta o médico dizer que aí.. só se, pra elas, elas entenderem que não é bom, aí diz que não. Mas normalmente quando o médico diz é porque ele sabe o que é que tem que ser feito" (Entrevistado n° 03).

Para o usuário, é Deus no céu e aqui na terra o médico. Eles não dizem nada para o médico. Já enfrentei muitos perrengues, porque o médico não explica pro paciente e o paciente não tira suas dúvidas. Mas com enfermeiro, psicólogo e assistente social eles querem resolver todos os seus assuntos, inclusive clínicos. (Entrevistado n° 05)

Como se pode apreender de alguns entrevistados, ainda existem profissionais que compartilham dessa visão hierárquica, considerando que o seu modo de assistir não deve ser questionado. Esse foi um ponto divergente nas entrevistas, visto que alguns profissionais informavam que já não existia esse tipo de posicionamento e outros ainda o percebiam no cotidiano do hospital.

Aqui, como é um hospital escola, tá bem determinado dessa maneira, aí todas as condutas na sala de parto são baseadas em evidências. Nada é: 'ah, eu faço assim'. Não, é como tem que ser (Entrevistado n° 18).

Em relação aos profissionais, eu vejo que a gente ainda tem muito o que avançar, o que crescer, dessa questão de saber como lidar com o paciente, de saber dizer para ele o que ele tem direito, de saber orientar a ele o que pode e o que não pode, de ter um pouco de sensibilidade com o momento do trabalho de parto da mulher, porque a gente ainda vê muita coisa, assim, caminhando ou muita coisa que é há muitos anos do mesmo jeito. Alguns profissionais que dizem assim: 'eu trabalho assim, eu sou assim'. Mas esse é um trabalho de formiguinha que, eu acho, quem tem condição de fazer isso, aos poucos contamina positivamente quem ainda não faz. Eu procuro sempre fazer e tenho outras colegas que fazem também. Mas é trabalho de formiguinha. Mesmo tendo um tempo que a gente luta com isso, a gente sente... que assim, é um hospital que tem um fluxo muito grande de profissionais, de internos, de residentes... como eles mesmos falam, 'roda muito', então passa um mês aqui, outro ali, e termina que a gente sente que a coisa é muito mecânica. Mas tem muito profissional aqui que se dedica mesmo na causa da humanização (Entrevistado n° 04).

Essa aproximação entre profissionais e pacientes ainda não é consolidada, principalmente pela falta de informações das mulheres. Como tem-se analisado, a falta de conhecimento e, conseqüentemente, de empoderamento, faz com que muitas mulheres permaneçam inconscientes acerca do processo de parto. "A maioria não impõe dificuldade. Até porque ela não sabe do que se trata. A grande maioria não sabe o que é ocitocina, nem que ela produz aquilo no parto" (Entrevistado n° 04).

No entanto, mesmo com essa relação que ainda permanece desigual, principalmente aos olhos da paciente, que foi culturalmente educada para aceitar as definições estabelecidas pelos profissionais de saúde, tem uma questão que é alvo de críticas e insegurança por parte das pacientes: o exame de toque.

Alguns profissionais abordaram o tema espontaneamente ao falar de intervenções, sempre mostrando um certo constrangimento. Não que as mulheres se imponham ou recusem o exame, mas muitas reclamam ou o acompanhante não aceita. Mesmo nos casos em que as próprias pacientes pedem que seja feito o toque em um espaço de tempo menor, diante à ansiedade de saber do desenvolvimento do trabalho de parto, o profissional relata o incômodo em ver a intimidade da paciente ser tantas vezes utilizada como aprendizado.

Existem muitos mitos a respeito do exame de toque, elas falam até: 'eu vou só levar dedada?'. Aí nós dizemos: 'não, o termo não é esse, você vai ser examinada por um exame de toque. O médico ou a enfermeira obstétrica que realizam, é necessário fazer'. [...] é realizado de duas em duas horas ou de três em três. A gente tem sempre estudantes, acadêmicos, residentes, e aí, como é um hospital-escola, ela sempre vai acabar sendo tocada... isso me incomoda. Porque eu estou lá, com a paciente, eu não gosto de ficar invadindo muito a privacidade dela, embora eu informe para ela que aqui é um hospital-escola, que a gente tem os estudantes, que ela vai ficar sendo acompanhada, e que o exame de toque é necessário, mas eu vejo que esse é um dos problemas que a gente encontra no exame (Entrevistado n° 06).

Porque como nós somos um hospital escola, nós vamos ter dez alunos e, às vezes, todos eles querem fazer o treino. Aí é como se elas fossem um livro, eles ficam estudando. E isso me incomoda. Eu me sinto constrangida de entrar e dar um rela. Aí fica aquele rapaz jovem e a moça. Às vezes, o marido nem quer. Mas é porque entram três homens. Eu até entendo. [...] As mulheres, elas merecem respeito. Às vezes é uma usuária de droga, e eles têm mais respeito com ela do que com as outras meninas. Porque eles temem, porque elas são empoderadas (Entrevistado n° 05).

Embora seja facilmente verificada a contribuição que a presença de alunos possui para a melhoria do atendimento, tendo em vista o aumento na quantidade de pessoal para acompanhar as pacientes, o enriquecimento do aprendizado dos alunos e de todos ao seu redor a partir das discussões levantadas por eles, além do incentivo financeiro que resulta na melhoria do hospital, é necessário uma atenção especial quanto à linha tênue entre o acompanhamento da parturiente e o excesso de intervenções.

Partindo para a análise da ambiência⁶⁸ do HDGMM, os profissionais reconhecem que ainda há muito o que fazer, mas que foram constatados alguns progressos nos últimos anos, especialmente após o RC, melhorando a privacidade das parturientes com a separação das salas de parto por cortinas e paredes; com a utilização de equipamentos como bola, banquetas e cavalinho, além da deambulação, para facilitar o trabalho de parto; com a adoção da penumbra e do uso da massagem como método não farmacológico de alívio da dor; e a dieta líquida.

Na contramão, no entanto, foram verificados, além da limitação estrutural e de leitos, a dificuldade em conter o barulho, a ausência de um chuveiro elétrico que possibilite o banho morno, a falta de equipamentos sonar para auscultar o bebê, a falta de manutenção nos equipamentos e, principalmente, a falta de tempo para que os profissionais possam acompanhar continuamente as mesmas pacientes, firmando uma relação de cuidado e segurança.

Em relação à ambiência, outro problema que a gente tem lá, pela grande quantidade de pessoas, é barulho. É uma coisa que a gente tá tendo trabalho lá. É uma coisa que a RC preconiza. Em relação à iluminação, não tem problema. Na sala de parto, a sala de PP é fechada, tem cortina, tem reserva, tem a equipe lotada pra lá. Mas é muito barulhento. A gente tá trabalhando nisso agora (Entrevistado n° 14).

A questão da privacidade delas é um pouco complicado porque, embora sejam quartos PPPs, são cortinas. Então as pessoas entram e saem. Ainda não se fez uma educação com os profissionais para ver essa questão da privacidade, porque fala alto, ri alto, entra a toda hora sem nem pedir licença. A questão da luminosidade. A paciente está na penumbra aí vem alguém e acende a luz. Tá o maior clima, bota a música, com massagem, apaga a luz, deixa só o foco aceso, aí chega alguém pra fazer pergunta besta (Entrevistado n° 14).

A ambiência não é o ideal mas, aqui, pelo menos, os leitos são separados por cortinas, por paredes... tem lugar aí que é todo mundo olhando para todo mundo. Não é o ideal, mas é um meio-termo. (Entrevistado n° 20)

A própria ambiência ela não é muito favorável. Mas eu acho que, hoje em dia, todo mundo busca muito mais um acolhimento dos profissionais do que uma ambiência bonita. De que adianta se eu não sou bem acolhido, bem

⁶⁸ Vale descrever o posicionamento do Ministério da Saúde acerca do conceito de ambiência nas unidades de saúde para esclarecer o que será verificado: "Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde (confira-se: Projeto de saúde) voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente" (BRASIL, 2006, p. 35).

tratado, nem valorizado e respeitado. Aqui, o Gonzaguinha, tem uma política muito voltada a humanização do parto. É trabalhado com os profissionais essa necessidade de se respeitar. Então a gente tenta, na medida do possível, estar fazendo. A gente não tem muita estrutura, mas os profissionais buscam isso, respeitar o direito dessa mulher, o direito do acompanhante, tentar passar as informações para que essa paciente possa sair segura de que pode ir para casa sem ter nenhum risco (Entrevistado nº 17).

A ambiência é um ponto primordial para que a mulher se sinta segura e confortável para se concentrar em seu trabalho de parto. A falta dela, por outro lado, torna o trabalho de parto muito mais difícil, implicando, inclusive, no tempo em que essa mulher vai demorar para parir, na assistência que precisará para isto e na possibilidade de intervenções para acelerar o parto. Assim, "a ambiência inadequada trava o parto. Os hormônios não são liberados e atrapalha o parto" (entrevistado nº 08).

A prática de atenção à saúde baseada em evidências científicas, por sua vez, é uma ação do RC que se refere à utilização de conceitos e instrumentos que sejam demonstradamente eficientes, que tenham base em evidências comprovadas pela ciência. Esse posicionamento passou a ser indicado desde a emissão das Recomendações da OMS, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2000, como descrito no subitem 5.1.1.

Nesse íterim, se enquadram várias ações já citadas, como o uso de procedimentos claramente úteis, a exemplo da massagem e da deambulação; o uso cauteloso de ações que sejam invasivas apenas quando estritamente necessárias; e se excluem práticas que eram utilizadas com base na rotina hospitalar mas que foram demonstradamente consideradas ineficazes ou prejudiciais, já demonstradas no subitem 5.1.3.

Os entrevistados manifestaram que os profissionais de saúde do HDGMM têm adotado a prática baseada em evidências científicas de forma eficaz, de modo que muitos dos procedimentos recomendados já são adotados rotineiramente.

Ela passa o trabalho de parto todo em dieta líquida, mesmo que vá resultar em cesariana. Até porque, hoje em dia, não é mais uma restrição do líquido para uma cesariana. Inclusive a alimentação. Se for uma urgência de obstetria, ela faz a cesariana. O uso da ocitocina aqui só é permitido em bomba de infusão. Nenhum profissional tem autorização de fazer de outra forma. Quando tá num expulsivo que perdeu a dinâmica, aí a gente faz a ocitocina endovenosa, na bomba de infusão. E obrigatoriamente o batimento cardíaco precisa ser avaliado de 10 em 10 min. Episio é, assim, muito difícil. Tem um tempo considerável que eu tou aqui e eu não vi episio

de rotina. Não se faz. Só quando a gente vê que realmente a paciente tem uma resistência no períneo e o bebê tá ali e só não tá nascendo por aquilo. Mas não é prática. O bebê mama assim que nasce. Algumas mães até resistem aí a gente chama a psicologia, conversa com ela. Mas a gente estimula (Entrevistado nº 04).

A gente orienta, durante o trabalho de parto, a ingestão de líquido, a livre deambulação, a participação do acompanhante, antes, durante e depois, o incentivo ao aleitamento materno, o contato pele a pele. Enfim, todas as diretrizes da questão da assistência são feitas. A gente evita o Kristeller, a episiotomia, orienta o parto verticalizado. Ela se exercitam bastante, elas usam o cavalinho, a bola, fazem agachamento, usam o chuveiro. Tudo que podemos ofertar (Entrevistado nº 19).

Contudo, o interesse dos profissionais esbarra, mais algumas vezes, na falta de materiais e equipamentos, que nem sempre são suficientes para a consecução dessas práticas.

por um lado, você quer ter cuidado com o uso da ocitocina, e, por outro, você não tem material suficiente. A ocitocina deve ser usada em bomba de infusão. Necessita um equipo específico para isso, e a farmácia não tem equipo suficiente para as bombas. Aí não uso a ocitocina e a paciente não evolui, aí acaba sendo indicada a cesárea. Então é todo um problema que, às vezes, você acaba desacreditando nessa humanização (Entrevistado nº 06).

Vale citar, ainda, alguns dados do hospital em relação às intervenções que são realizadas.

As intervenções são muito poucas já, então fica difícil estar dizendo como elas se comportam com as intervenções. Tanto é que na ouvidoria a gente quase não tem queixa em relação a isso. Como as enfermeiras daqui são todas obstétricas, e todas são trabalhadas quanto a esse lado, então a gente já trabalha de forma preventiva e não tem muita dificuldade quanto a isso. O uso de ocitocina não chega a 22%, episiotomia é 3%. Em 98% das mulheres são utilizados métodos não farmacológicos. Normalmente quando a gente vai fazer, normalmente a gente explica o que tá acontecendo. A gente sempre trabalha explicando (Entrevistado nº 17).

Essa é uma das ações melhor avaliadas pelos profissionais quanto à implementação, considerando o conhecimento prático que possuem em relação a outros hospitais e os dados de anos anteriores. Foi ratificado que o HDGMM é um hospital que consegue aplicar boa parte das evidências científicas, com a adesão da grande maioria dos profissionais e o incentivo dos gestores.

Reconhecem que nem todas as práticas foram firmemente consolidadas, mas que muito disso repousa na dificuldade de estrutura, tempo e material, o que se tenta compensar ao máximo com o atendimento.

Ademais, alguns profissionais estão participando de encontros semanais que abordam alguns questões relacionadas às práticas de evidências científicas. É realizada uma reunião multiprofissional abordando um tema que esteja em destaque.

Tudo aqui é baseado nas evidências científicas. A gente tem um reunião de creditação que é realizada semanalmente. Para cada vez mais estar sendo feito essa medicina baseada em evidências. Um profissional de cada área, pelo menos um, para poder estar discutindo o que é que é feito de método, aí tem os temas. Aí a gente fala os problemas para poder sanar. O tema agora é asfixia neonatal. Aí o que a gente pode fazer para diminuir o índice de asfixia neonatal no hospital? Aí é feito essa rotina para saber a visão de cada profissional e dentro desse contexto chegar a um ponto comum (Entrevistado nº 12).

O direito ao acompanhante também é uma ação preconizada pelo RC e que se destacou entre as que mais conseguiram se realizar dentro do HDGMM. Percebe-se que o hospital conseguiu incorporar de forma pacífica⁶⁹ a livre escolha do acompanhante por parte da mulher desde o pré-natal até a sua alta, independente de sexo, idade e vínculo. Todos os entrevistados deram ênfase para essa cultura positiva do hospital.

Reiteradamente foi salientado o diferencial do HDGMM na forma de tratar o acompanhante, o que, embora devesse ser natural, pois se trata de direito descrito em lei específica, foi informado que ainda não acontece em muitos hospitais da cidade.

A gente observa um êxito maior no próprio parto, tendo um sucesso no parto vaginal, e aí até no próprio aleitamento materno, aumentando o vínculo dessa mãe com o filho, com a presença do acompanhante. Desde o momento que ela entra, ele também fica junto durante o parto, após o parto, até a alta hospitalar dela. Então a gente tem observado, nesses aspectos, que isso tudo favoreceu mais a união da família e maiores sucessos nos partos realizados (Entrevistado nº 13).

E, quando vai pro alojamento, ela também vai com acompanhante, a visita é aberta, de 08h às 20h, então eu percebo que, hoje, o alojamento é mais tranquilo com essa proximidade da família. E outra coisa que eu percebo, o melhor acompanhante que eu acho é o marido. Porque ele normalmente ajuda... é interessante. Antes eu pensava que não (Entrevistado nº 18).

A crítica que mais comumente é realizada quanto ao acompanhante, no

⁶⁹ Foi citado em uma entrevista apenas uma situação em que se percebeu uma certa dificuldade de que o acompanhante acompanhasse a mulher, em que alguns médicos não querem deixar o pai entrar quando a mulher vai para a cesariana com um bebê que já está em sofrimento ou com parada, apesar de deixar claro que esse não é o posicionamento do hospital e que já está trabalhado isso com os profissionais. "Eles acham que o pai não deve ver reanimação do bebê. Eles acham que isso não é legal" (Entrevistado nº 14).

entanto, é que eles não participam do pré-natal ou possuem um momento para aprender sobre o seu papel no parto. Ora, o acompanhante necessita compreender o que irá acontecer, quais os passos e as escolhas que serão tomadas, para que possa ter condições de participar ativamente desse momento, auxiliar de fato a parturiente e garantir que as decisões dela sejam observadas.

De acordo com os entrevistados, a grande maioria dos acompanhantes não estão preparados para acompanhar o trabalho de parto, seja porque não acompanharam a gestante no pré-natal ou porque não obtiveram informações suficientes neste. Assim, não sabem como funciona o processo de acolhimento e internação e, algumas vezes, acabam atrapalhando a parturiente diante à sua insegurança ou o seu nervosismo (entrevistados nº 01 e 06).

E na hora do parto elas costumam ser colaborativas. Principalmente quando o acompanhante que é colaborativo. Porque tem acompanhante que fica fazendo confusão e atrapalhando. Aí ela fica nervosa. Então depende muito dessa relação (entrevistado nº 03).

E outra coisa que não se trabalha muito no pré natal é a questão da orientação do acompanhante. O acompanhante muitas vezes chega aqui totalmente desacompanhado. Fica achando que tá demorando, ele acha que a mulher vai morrer porque ninguém tá ligando pra ela. Ele acha que aquilo ali tá errado, “o povo fica só entrando aqui, e faz massagem e conversa com ela, entra um, entra outro, e examina, e esse menino não nasce”, porque o negócio dele é o menino nascer (entrevistado nº 04).

Temos um programa chamado: Pai no parto. Ela que escolhe, mas a gente orienta que o pai participe. Então permite que o acompanhante tanto no parto normal como na cesárea e enquanto ela tiver na maternidade (entrevistado nº 09).

Faz-se necessário, portanto, o estímulo a uma maior inserção do acompanhante no pré-natal para que possa ser informado e assegurado minimamente de como ocorre o trabalho de parto, o parto e o pós-parto no hospital, tornando sua presença mais eficiente e proveitosa. Um acompanhante bem informado tem condições de facilitar o processo de parto para a parturiente.

Porque a gente não tem um profissional que faça presença contínua, eles ficam mais ligados na dinâmica de fazer uma medicação, de anotar. Daí a necessidade de a gente preparar o acompanhante para ajudar nesse sentido, para fazer a massagem (entrevistado nº 08).

De todo modo, considerando que muitas vezes faltam informações durante o pré-natal, tanto para a gestante como para o acompanhante, o

acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal objetiva suprir também essa demanda, para alcançar seu objetivo central de acolher integralmente e transmitir a segurança e o cuidado que a gestante necessita para que seu trabalho de parto se desenvolva da forma mais saudável e tranquila possível, embora ainda não seja sempre realizado dessa forma como já foi abordado nesse subitem.

Este é um momento que pode sanar diversas questões ainda não esclarecidas tanto para a gestante como para o acompanhante, de forma que um aprimoramento maior nesse setor pode fazer com que a assistência que será dada em seguida possa transcorrer de forma mais tranquila e eficaz.

Para que isso aconteça, deve ser incentivado e garantido que a enfermeira que faz o acolhimento tenha condições - de tempo, espaço e formação - de fazer o atendimento todo baseado no cuidado, com a ausculta atenciosa, a percepção das dificuldades e necessidades daquelas pessoas e o repasse de todo o conhecimento que seja necessário, e possível naquele momento, para o empoderamento da mulher e o melhor aproveitamento do acompanhante.

Deve-se ter em mente que existe um benefício real para o processo de parto, facilitando a assistência, quando se consegue passar conhecimento e segurança, tanto para a parturiente como para o acompanhante.

Por fim, interessa frisar que o incentivo ao aleitamento materno foi um ponto ressaltado por todos os profissionais como foco atual do hospital, tendo em vista que os gestores pretendem ser integrados ao Programa Hospital Amigo da Criança. O curso de aleitamento foi realizado por todos os profissionais do hospital e o incentivo ocorre desde a primeira hora de nascido, ainda na sala de parto, até a alta da enfermagem, contando, ainda, com o apoio de um lactário, um posto de coleta, o Serviço de Aleitamento Materno ao Trabalhador de saúde e até um grupo no whatsapp para dúvidas posteriores (entrevistado nº 14).

Após esse passeio sobre as diversas questões que envolvem a humanização da assistência, desde o pré-natal até o pós-parto, é imperioso sintetizar e analisar os impactos alcançados pelo programa Rede Cegonha e ressaltar os desafios que ainda são verificados.

6.2.3 Os impactos do Programa Rede Cegonha e os desafios atuais

Com base na descrição realizada nos itens anteriores, são retomados os pontos que representam os principais benefícios percebidos pelos profissionais de saúde, bem como os desafios que ainda persistem na realidade do HDGMM após mais de quatro anos do início da implantação do Programa Rede Cegonha.

De antemão, vale ressaltar que, embora tenham sido verificadas importantes melhorias, são aprofundadas neste subitem as dificuldades percebidas, no intuito de clarear as questões que necessitam de atenção. Destas dificuldades, algumas já foram introduzidas no decorrer do item e outras não.

Ademais, vale salientar que, a partir dos relatos, visualiza-se uma certa diferenciação quanto à satisfação dos profissionais no que se refere ao contexto atual do HDGMM, entre aqueles que estão no hospital há mais tempo e aqueles que são mais jovens e já tiveram sua formação voltada aos preceitos da humanização.

Os profissionais que acompanharam a evolução da assistência ao parto na rede pública de saúde, há pelo menos dez anos, ressaltam uma melhoria significativa na forma que o atendimento é realizado e nos meios utilizados para facilitar o trabalho de parto. Embora retratem que o avanço tem sido demorado, iniciando ainda antes do RC, sem que tenha sanado todas as dificuldades, observa-se um visível otimismo e satisfação frente às condições atuais.

Já os profissionais de saúde que possuem tempo de serviço menor do que dez anos na saúde, se posicionam de forma mais firme ante aos desafios que ainda existem. Apoiam o hospital e a prática realizada por boa parte dos profissionais, mas demonstram uma maior insatisfação por ainda se depararem com problemas básicos que impedem o atendimento devido, como a falta de leitos e de materiais, por exemplo.

Antes de aprofundar esses desafios que ainda são vistos na assistência do HDGMM, é importante ressaltar os impactos positivos que foram percebidos nos últimos anos, após a adesão ao RC, muitos dos quais já foram citados nos itens anteriores, mas que merecem ser devidamente destacados e aprofundados.

Um primeiro ponto foi a implantação do acolhimento com classificação de risco 24 horas. A emergência obstétrica funciona 24 horas e todas as gestantes passam pela classificação de risco. Isso tem impactado diretamente na assistência, pois é levado em consideração o estágio do trabalho de parto em que a gestante

está e os sintomas que ela vem apresentando, diminuindo muito o risco de um caso mais grave não ser atendido prontamente ou de uma mulher parir na sala de espera e sem assistência (entrevistados nº 14 e 15).

Outras melhorias se relacionam à disponibilidade de cursos para gestantes e casais, organizados mensalmente; rodas de conversa diárias com as assistentes sociais; à livre escolha e circulação do acompanhante; à organização do atendimento a partir dos conhecimentos baseados em evidências, embora ainda existam falhas; à definição do papel dos profissionais e o incentivo à equipe multidisciplinar; à compra e à manutenção de alguns equipamentos, mesmo que ainda insuficientes e demorados; à maior participação da enfermeira obstetra no parto, com uma taxa de 70% dos acompanhamentos; à redução no número de cesarianas e, principalmente, de intervenções hospitalares, como o uso da ocitocina, o procedimento de episiotomia, amniotomia ou manobra de Kristeller; à possibilitação da analgesia do parto entre outros (entrevistado nº 17).

Foi relatado, ainda, que a grande maioria dos profissionais passaram a adotar a dieta líquida, à incentivar a liberdade de movimentação, o acolhimento mais afetuoso, o contato pele a pele logo após o parto, a amamentação na primeira hora e os métodos não farmacológicos, que facilitam o trabalho de parto, como massagem, bola, cavalinho, penumbra e música (entrevistados nº 03, 17 e 18).

Essas melhorias foram relacionadas às reuniões e os treinamentos realizados no início da implantação do RC. Entretanto, é salientado que essa educação e conscientização não foi continuada, abrindo margem para que as diretrizes deixassem de ser continuamente aperfeiçoadas, principalmente considerando que existe uma grande rotatividade de profissionais no HDGMM.

A maioria dos profissionais possuem contrato de trabalho temporário ou são celetistas, sendo modificados periodicamente, principalmente "as enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais de laboratório, assistente social, psicólogos" (entrevistado nº 05), o que atrapalha a continuidade do serviço e dificulta a uniformização do atendimento. Não existem cursos ou treinamentos frequentes que possibilitem a esses novos profissionais conhecer mais aprofundadamente e aplicar as diretrizes do RC (entrevistados nº 01 e 07).

Diversos profissionais citaram a representante do Ministério da Saúde que esteve presente na implantação do RC e que mantém visitas periódicas ao hospital como facilitadora e incentivadora, apesar de considerarem que um

acompanhamento mais próximo acerca da implantação das diretrizes e do repasse dos recursos poderiam trazer uma melhoria ainda mais significativa para o HDGMM (entrevistados n^o 13, 16 e 17).

Embora a RC tenha trazido esse dinheiro, eu acho que ela peca por não fiscalizar o dinheiro que ela manda. Ela não cobra como está sendo aplicado o recurso. Aqui, ela nos oportunizou a Casa da Gestante, que ainda não saiu. O dinheiro está lá na Caixa Econômica, os projetos estão prontos, mas ainda não saiu. E uma reforma da unidade, que ainda não saiu. Ela não cobra porque há muito tempo já era para ter saído isso. Mas eu gosto da RC porque ela deu essa possibilidade de a gente organizar o sistema, da definição do papel dos profissionais, a compra de equipamentos e materiais... devo dizer que sempre em processos muitos longos e demorados. [...] Ela mostrou como era possível ser feito, a SMS definiu as reestruturações, a gente tem tentado trabalhar, mas a gente sabe que ainda tem dificuldade com as vinculações. A superlotação, a não aceitação da mulher quanto à vinculação. Em termos de transporte, não existe recurso. O transporte é delas mesmo. Quando ela precisa de transferência, aí sim, é do hospital (entrevistado n^o 17).

A Rede Cegonha sempre manda uns questionários para saber das reclamações do hospital. A gente fala do ambiente, do chuveiro de água morna que não tem, as camas também que às vezes quebram e não tem manutenção. Não consertam (entrevistado n^o 07).

Frise-se que os profissionais em geral não sabem como e quanto é repassado pelo RC, tanto no que se refere ao repasse mensal como para as obras e reformar pendentes.

Quanto aos projetos que ainda deverão ser realizados com o financiamento do Programa Rede Cegonha, resta a construção da casa da gestante, pensadas no intuito de abrigar as mulheres que ainda estão nos pródomos do trabalho de parto ou que já receberam alta, mas estão aguardando a alta do recém-nascido; a estruturação do Centro de Parto Normal, que já está construído há mais de um ano, mas ainda não entrou em funcionamento por falta de equipamentos e mobília, que foram vinculados ao recurso do RC; e a reforma da sala de parto, para adequar melhor às necessidades do parto humanizado, no que se refere à ambiência e quantidade de leitos, que só será realizada após a abertura do CPN para que não paralize o atendimento (entrevistado n^o 14).

Ademais, restou demonstrado que ainda existem diversas outras questões que precisam ser sanadas para que o HDGMM possa seguir de forma fiel as diretrizes e ações estabelecidas pelo RC.

Embora muitas já tenham sido explanadas ao longo do subitem 6.2.2, vale ressaltar aquelas consideradas mais significativas com base nas entrevistas realizadas.

Primeiramente, o problema mais citado nas entrevistas é a quantidade insuficiente de leitos, principalmente os obstétricos, visto que os leitos neonatais, apesar do grande fluxo do hospital, costumam ser suficientes para os recém-nascidos do hospital e para bebês de outros hospitais que precisam de vaga⁷⁰.

O fato é que todas as maternidades estão lotadas, todo mundo sabe disso, não tem vaga para todo mundo ter bebê em Fortaleza. E a gente faz cerca de 20 a 25 partos no Gonzaguinha. O Gonzaguinha só tem número menor que a MEAC aqui no Ceará. É a segunda maternidade com o maior número de partos. A gente faz muito parto e continua lotado (entrevistado n° 14).

Os profissionais reconhecem que este não é um problema exclusivo do HDGMM, mas de toda a rede pública de saúde de Fortaleza. Isto impacta as mulheres, por não terem a segurança de que encontrarão uma vaga para parir com a devida assistência, e os profissionais de saúde, por se verem impossibilitados de garantir o leito para que aquela paciente receba o atendimento devido.

Nesse sentido, vale citar o seguinte relato, que retrata um sentimento que foi repetido por vários outros entrevistados: "a gente sofre em ter que colocar uma paciente, que pariu, na cadeira. Pra poder acolher outra que tá chegando para parir. A gente sofre com paciente que está em processo de abortamento, tá com dor e tem que ficar numa maca dura" (entrevistado n° 06).

Essa insuficiência de leitos poderá ser diminuída quando o CPN estiver funcionando e a sala de parto for reformada, bem como com a manutenção de leitos que não estão sendo utilizados: "nós temos duas enfermarias desativadas há muito tempo. Uma por causa do banheiro, que não ajeita" (entrevistado n° 07).

Existem, ainda, outras problemáticas que foram apontadas por alguns profissionais, no que se refere à insuficiência de leitos, tendo em vista o tempo de hospitalização dos pacientes, visto que "a demora na alta do paciente também gera

⁷⁰ Embora a UTI neonatal tenha momentos de congestionamento e que falte vagas, esse não é o resultado mais comum como pode-se ver: "A gente 10 leitos de UTI, 13 de médio e 3 de canguru. Inclusive, a gente presta assistência à central de leitos. Além dos bebês daqui, que não são poucos. A gente tem uma demanda de 450 bebês/mês. Dos 400 ou 450, cerca de 100 ou 150 vão para as unidades, se internam. Uma média de 25% dos bebês vão para a UTI ou berçário. Esses leitos são suficientes para cá e a gente pega bebês de fora" (entrevistado n° 15).

uma demora para quem quer se admitido, porque demora a vagar" (entrevistado nº 05).

As causas que mais foram citadas como propiciadoras desse aumento do tempo de hospitalização foram: mães que ainda aguardam a alta de seus bebês; mulheres com complicações que ficam internadas para tratar doenças ginecológicas; e mulheres que precisam ser transferidas para receber o atendimento especializado, por motivos que não podem ser resolvidos no hospital, e permanecem por dias aguardando uma vaga em outro hospital, como foi destacado nos relatos a seguir.

Em Fortaleza não existe suficiência de leitos obstétricos. Tivemos até audiência pública em abril. Justamente por superlotação de maternidades. Acho que a prefeitura não entende que exista insuficiência de leitos. Parece que, eles mostram os dados, é como se o hospital estivesse internando paciente por mais tempo que o necessário. Eles esperam que uma gestante de parto normal saia em 24 horas, que um cesariano saia em 48 horas. [...] Se for um parto normal, e não há um problema imediato com a mãe e com o bebê, em 24 horas é para eles terem alta. Mesmo assim, a gente termina ficando com uma média de permanência maior porque tem algumas doenças que terminam fazendo com que nossa média aumente. Eles checaram que o nosso hospital está com uma média de 36 horas de internação. Sendo que a gente trata de sífilis, que são dez dias de tratamento, que são vários, tanto bebê como a mãe. E quando o bebê tá internado, também está a mãe, porque a gente não tem casa da gestante, aí é mais um leito ocupado. Temos gestantes que são internadas em leitos obstétricos, porque nós não temos leitos ginecológicos. Temos também as complicações cirúrgicas. Eu não acho nem que aumentou esse volume de parto. Eu acho que aumentou o tempo de hospitalização. Aí acaba faltando vaga. Temos leitos suficientes, mas as mulheres e os bebês passam mais tempo. Hoje, os bebês passam 48 horas antes eram 12 horas se tivesse tudo normal. Uma deficiência em determinado exame, que não é realizado todos os dias, e só pode sair quando realizar o exame, então ocupa mais o leito. Hoje, na sala de parto, tinha mais pós-parto do que mulheres em trabalho de parto (entrevistado nº 14).

Porque nós não somos só uma sala de parto, não é só o centro obstétrico, a gente tem curetagem, abortamento, então é tudo. O paciente passa mal no alojamento, aí vem para a nossa unidade (entrevistado nº 07).

Para tentar amenizar essa situação, por vezes os profissionais se mobilizam para "sair todo mundo para dar alta nos pacientes que, às vezes, tá faltando só um parecer. Aí a gente pode ligar pro colega, perguntar e resolver o problema daquela paciente" (entrevistado nº 14) ou agilizar algum exame que esteja pendente para a liberação da mãe ou do bebê (entrevistado nº 05).

Vê-se que são vários os fatos que inteferem na disponibilização de leitos. Ao mesmo tempo que isto torna mais complexa a resolução do problema, revela a

possibilidade de serem buscadas estratégias que consigam solucionar um problema por vez, melhorando progressivamente a organização dos leitos.

Embora o aumento na quantidade de leitos obstétricos trouxesse um maior conforto para os hospitais, a análise de estratégias que viabilizassem a diminuição do tempo de hospitalização e a disponibilização dos leitos que já existem, mas que estão aguardando equipamentos ou manutenção, otimizaria a capacidade de atendimento do hospital.

A suficiência de leitos perpassa, ainda, por uma outra dificuldade: a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, que é realizada pela Central de Leitos na rede pública de saúde do Ceará. A regulação serve para gerenciar a utilização dos leitos de modo que as pacientes que estejam precisando de vagas sejam encaminhadas para os hospitais que tenham a vaga que ele necessita.

De antemão, é importante esclarecer que a regulação de leitos não resolve a insuficiência de leitos obstétricos e neonatais, mas organiza os leitos existentes para que atendam, com maior eficiência e celeridade, um maior número de pacientes.

Com base nas entrevistas, restou claro que a Central de Leitos ainda não conseguiu atingir o seu objetivo e que os entrevistados não têm um entendimento pacífico acerca dos motivos que dificultam a eficiência desse serviço.

Alguns afirmam que a Central de Leitos não responde às solicitações, outros encontram algumas searas em que ela atua melhor e outros consideram que a dificuldade está na forma como os médicos lidam com a regulação informal de vagas. Nesse sentido, vale citar alguns relatos que contextualizam o impasse.

Em relação à regulação, a gente tenta regular as pacientes que têm bebê e não tem alojamento conjunto. Não conseguimos porque todas as maternidades estão na mesma situação. Quando é um paciente grave, que não é nosso perfil, a regulação ajuda demais. Realmente eles movem um mundo para transferir uma gestante ou puérpera que tenha risco de morte e não sei ao nosso perfil. A gente não tem uti materna. Mas nos problemas corriqueiros, eles poucos podem ajudar. Por falta de leito mesmo. Não é por falta de vontade. Eles tentam trabalhar no que eles podem (entrevistado n° 14).

É difícil essa parte de transferência. A Central de Leitos não é atuante, que a gente precise e tenha. Eu acho que, assim, se tivesse uma organização melhor, que realmente viesse bebê de baixo risco pra cá ou bebês que possam nascer aqui, e essa mãe que precise de vaga de UTI fosse para o

hospital que deveria... é realmente uma falta de comunicação, de organização do serviço (entrevistado n° 15).

Eu adoro Central de Regulação de Leitos. Eu acho que elas têm tudo para dar certo. Acho que os profissionais, dentro das maternidades, é que muitas vezes acabam atrapalhando. Quando liga para um colega em outro hospital e pede vaga, e ele dá, e a quando a Central de Leitos liga diz que não tem. Acontece muito isso. Como funciona se dá a vaga pelo celular mas não diz para a central de leitos (entrevistado n° 17).

eu não vejo isso funcionar adequadamente. Raramente eu vi as pacientes que a gente coloca na central receber um telefonema de volta dizendo que conseguiu a vaga. A gente ainda consegue muita vaga porque liga e pede ao colega (entrevistado n° 18).

Quando a gente coloca uma paciente na Central de Leitos a gente espera uma resposta, e essa resposta nunca vem. Tem pacientes que passam dias. Por exemplo, uma paciente que interna aqui por um problema clínico, que não é obstetria, uma infecção urinária. Tem que ser transferida via Central mas a resposta não vem. Aí só se tiver um médico nosso que esteja de plantão lá e, por amizade, faz a comunicação. Mas, via central, é difícil receber uma resposta (entrevistado n° 20).

Resta claro que se faz necessária uma melhor regulação dos leitos e a otimização do tempo de hospitalização, tendo em vista que a espera por um exame ou um parecer pode impedir uma outra paciente de ter a assistência necessária em seu trabalho de parto, parto ou pós-parto.

Embora a análise do que realmente acontece na regulação de leitos exija uma pesquisa individualizada para averiguar as falhas que a compõem, o fato é que a dificuldade na regulação impacta diretamente no melhor aproveitamento dos leitos, no número de atendimentos realizados e, conseqüentemente, na saúde das pacientes.

Aí a paciente fica semanas aqui, ocupando leito, com uma coisa que não vai ser resolvida aqui e sem conseguir transferir para resolver. E muitas se chateiam, com razão, reclamam da alimentação ineficaz, que é outro problema. O hospital tá passando por uma contingência de tudo e falta alimento mesmo, pras pacientes e pros profissionais, e isso é um problema que maltrata todo mundo (entrevistado n° 06).

O último relato já introduz as outras duas questões que serem destacadas: a escassez de insumos e equipamentos e a dificuldade de conseguir transferência para pacientes que não têm vagas ou que não fazem parte do público alvo do hospital.

Quanto à escassez de insumos e equipamentos, houveram diversos relatos que foram apontando a necessidade de uma maior organização, manutenção

e liberação de alguns insumos e equipamentos, visto que comprometem diretamente a possibilidade de atendimento das pacientes.

No que se refere aos insumos que têm faltado ultimamente, foi destacada a precariedade da alimentação, tanto dos profissionais quanto dos pacientes; de medicamentos; de material cirúrgico esterilizado; e até insumos mais básicos como colchão, luva e gaze, por exemplo. De acordo com os relatos, essa precariedade não é cotidiana, existindo períodos em que há uma maior incidência. No entanto, está mais notável no último ano, sendo perceptível o impacto da diminuição de repasse para o hospital (entrevistados nº 05, 15 e 20).

A falta de muitos materiais, principalmente os cirúrgicos, também está relacionada à falta de manutenção ou troca dos equipamentos de autoclave, que são responsáveis pela esterilização dos materiais, ressaltado por vários profissionais, como é exemplificado abaixo.

Estamos há quase um ano com o autoclave quebrado, que é a máquina onde a gente faz a esterilização do material. Então, hoje, nós não tínhamos material para fazer o parto cesáreo. E tem dia que a gente chega aqui na sala de parto e não tem material para fazer parto normal. Porque o equipamento é quebrado e todos os dias é colocado todo o material em uma ambulância, na ambulância daqui, única, e é levado para o Hospital da Mulher ou outro hospital, para esterilizar e vir, só que eles priorizam o deles. Então eles esterilizam o deles e, só depois, que vem para cá. Tem dia que chega duas horas da tarde (Entrevistado nº 05).

A gente não retorna paciente. A não ser quando tem um problema estrutural grave, sério, como a gente apresentou no começo do ano. A gente tava com quebra de todas autoclaves. A gente tinha duas, uma já tava quebrada há mil anos e a outra quebrou em janeiro. O que esteriliza todo o material de cirurgia e de parto normal também. No parto normal de vez em quando vai precisar... nem que seja da tesoura para cortar o cordão umbilical, a gente vai precisar de material estéril. A gente teve vários problemas por conta disso. A nossa demanda é alta, a gente tinha que esterilizar fora e, às vezes, não chegava material em tempo hábil. A gente gastava antes de chegar o próximo. Aí teve algumas vezes que a gente teve que fechar a sala de parto por falta de condição de atendimento. Não está resolvido completamente. Essa mesma autoclave, era para ter sido comprada outra, não funciona adequadamente. Funciona dois ou três dias e aí para. Mas, pelo menos, funciona dois ou três dias aí para um, aí conserta. Aí funciona mais dois outros dias. E ainda estamos esperando uma, que foi prometida para substituir a que esta quebrada há mil anos que não tem mais reparo (Entrevistado nº 14).

Além da autoclave, existem outros equipamentos que estão precisando de manutenção, como aparelhos de ultrassonografia e cardiocardiografia, ou que não têm em quantidade suficiente e acabam impossibilitando ou dificultando muito os atendimentos, como aparelhos de ecocardiograma, monitores e bombas de seringa. Os aparelhos sonar são os mais citados, pois se enquadram tanto em qualidade

como em quantidade, obrigando os profissionais a dispor dos seus particulares. "O sonar, para auscultar o bebê, a gente tem que trazer o nosso porque aqui não tem. Quando tem é chiando, que a gente escuta mais o chiado" (entrevistado nº 20). Ademais, faltam os equipamentos para o CPN, que possibilitarão uma mudança considerável na assistência prestada no HDGMM.

Temos alguns problemas estruturais, que se busca sempre que sejam resolvidos, mas nem sempre são simples de resolver porque precisam de financiamento. Estrutura física mesmo, falta de alguns equipamentos. A gente tá tentando comprar os sonares para ouvir os BCFs. A gente tá tentando comprar faz tempo e não estamos conseguindo. Esse ano não foi permitido compra (Entrevistado nº 14).

Essa deficiência na quantidade e qualidade dos equipamentos que não foram supridos com os repasses do RC deixam os profissionais desguarnecidos e inseguros quanto aos procedimentos que terão que se responsabilizar a fazer. Isto interfere diretamente na tomada de suas decisões e, conseqüentemente, nas intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, pois "se você não consegue avaliar bem a gestante e o feto, você fica receoso de levar a paciente para o parto normal" (entrevistado nº 18).

Eu vejo na humanização duas questões importantes: o conforto e a segurança técnica. O conforto inclui a presença do acompanhante, a ambiência, uma música, a privacidade. E a segurança técnica tá na capacitação da equipe para que, quando for necessária uma intervenção, ter segurança para fazer. Então, mesmo cirurgias estão envolvidos nessa questão da humanização (Entrevistado nº 08).

Mesmo com as dificuldades, a gestão do HDGMM é citada por muitos profissionais como incentivadora da aplicação das diretrizes do RC. "A gente não consegue alcançar a perfeição, mas melhorar muita coisa com interesse da gestão local. Aqui teve muito interesse, era uma prioridade. Então, as coisas funcionam" (entrevistado nº 18). É relatada a facilidade de acesso tanto aos diretores como aos coordenadores de setor, embora algumas vezes a resolução do problema esteja além do seu alcance (entrevistado nº 04).

Nesse sentido, vale lembrar que a gestão do HDGMM, juntamente com um grupo de profissionais do hospital e uma auditoria externa, está desenvolvendo um protocolo institucional que visa uniformizar e esclarecer para todos os profissionais do hospital como é o atendimento que o HDGMM preconiza e que deve ser seguido, uniformizando a assistência com base nas diretrizes do RC (entrevistado nº 14).

A implantação desse protocolo poderá elevar bem mais a qualidade do atendimento no hospital, caso sejam incorporados os instrumentos necessários para a sua consecução, no que se refere a pessoal, equipamentos e insumos, e haja a divulgação, o incentivo e o acompanhamento do atendimento dos profissionais de saúde.

No que se refere à falta de informações que ainda persiste no pré-natal, conforme foi constatado no subitem 6.2.1, e que prejudica o desenvolvimento da assistência ao parto, há um outro projeto da gestão do HDGMM, mas que ainda está em análise, que é a elaboração do plano de parto para as mulheres que são vinculadas no pré-natal ao HDGMM.

[...] a gente tava querendo montar uma comissão, apesar de não ser a função do hospital, para tentar fazer um plano de parto para essas parturientes que vão ter bebê lá. Então muitas delas, até por desconhecimento, não sabem nem o que acontece durante o parto. [...] Tenho certeza de que nós precisamos melhorar o acesso à informação dessas pacientes para fazer esse plano de parto. Enquanto não tiver a rotina de fazer plano de parto, elas não vão ter conhecimento do que elas querem e do que elas não querem. Na hora da dor e do desespero, todo mundo vai querer a resolução do problema de imediato. Elas não têm conhecimento, não sabem quanto tempo dura o parto, não sabem quando devem procurar o hospital, às vezes procuram o hospital muito cedo, e isso acaba gerando um número maior de problemas para elas, porque, quanto mais cedo elas chegam no hospital, maior o número de intervenções. [...] Isso é para ser feito pelo PSF mas a gente tá pensando em como a gente pode fazer também (entrevistado nº 14).

Em suma, os profissionais relatam melhorias importantes, que ocorreram principalmente no início da implantação do programa, e dificuldades significativas, que passaram a crescer mais recentemente, tendo em vista a dificuldade burocrática e a diminuição no repasse financeiro (entrevistado nº 05, 09 e 14).

De todo modo, relatam a busca constante por tentar suprir as demandas com as condições que possuem: "a gente vive dificuldade. A gente tem as condições básicas de trabalhar. Mas temos dificuldades. Quando não tem, a gente tenta conseguir" (entrevistado nº 01).

Nesse sentido, pode-se perceber, com o que fora descrito até então e na forma como os entrevistados se comportavam frente às perguntas, que há uma relação direta entre as dificuldades estruturais e materiais relatadas e o comportamento dos profissionais frente à assistência que prestam.

O fato de não possuírem todas as ferramentas necessárias para o atendimento ideal faz com que muitos se esforcem para diminuir o impacto dessas falhas para a paciente, mas também sobrecarrega seu trabalho e a sua disposição de trabalho.

Muitas vezes, a gente percebe os hospitais superlotados, com os profissionais sobrecarregados, aí, na correria para acolher essa mulher que está em trabalho em parto, pode ser que ela não tenha a atenção que ela deveria ter. Algumas vezes ela não é atendida logo, como ela gostaria. (Entrevistado nº 03)

A questão acaba retornando para a necessidade de um maior investimento público na rede pública de saúde⁷¹. É necessário o repasse financeiro para a compra de materiais e equipamentos, a reforma e manutenção da estrutura, além do aumento na quantidade e na regulação de leitos. "A quantidade de leitos para a demanda é o gargalo. Se houver uma ampliação de leitos, de rede e de pessoal, não tenha dúvidas de que melhora" (entrevistado nº 11).

Com a disponibilização das condições de trabalho e com o incentivo às práticas de assistência humanizada, por meio de educação continuada e acompanhamento, fica claro que o serviço pode alcançar as diretrizes preconizadas pelo RC, resultar em uma mudança na forma como as gestantes são atendidas e, conseqüentemente, conscientizá-las acerca do seu corpo e do seu parto.

Eu acredito que o pré-natal e o parto, nessa junção de participação e aproximação, de se sentir segura em ter o local certo onde vai ter o filho, traz essa segurança maior para a mulher, a ponto de ela não estar muito preocupada com o tipo de parto. Saber que, quando ela chegar na maternidade, o profissional que estará lá vai saber muito bem identificar qual o melhor parto para ela no momento (entrevistado nº 17).

Embora ainda faltem muitas ações do Programa Rede Cegonha a serem completamente implantadas, deve-se considerar as muitas melhorias que já foram viabilizadas; os projetos que estão em curso e que poderão modificar a realidade da assistência; e o trabalho diário de muitos profissionais de saúde do HDGMM que buscam acolher da forma mais humanizada possível as pacientes e propagar essa prática para os demais.

⁷¹ Contextualizando a realidade ora demonstrada com o momento político atual, vale ressaltar que está em discussão a votação da PEC 241, que versa sobre um novo regime fiscal que congela gastos públicos, corrigidos apenas pela inflação, pelo prazo de até 20 anos. Nesse ínterim, caso seja aprovada, os recursos destinados à saúde serão ainda mais restringidos, diminuindo as chances de que haja uma melhora real na contínua implantação do Programa Rede Cegonha.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a intenção de pesquisar a dimensão das Políticas Públicas frente à humanização do procedimento do parto como questão de saúde pública, esta dissertação teve sua metodologia direcionada à consecução dos seguintes objetivos: verificar o procedimento do parto e as políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da mulher e do recém-nascido no Brasil; identificar os impactos da implantação do Programa Rede Cegonha no Ceará no que tange às condutas médicas e hospitalares; e analisar se o Programa Rede Cegonha tem influenciado as mulheres, no que se refere a uma maior conscientização sobre o parto humanizado.

Nesse sentido, auferiu-se que o procedimento de parto se modificou historicamente. Antes do desenvolvimento científico da obstetrícia, que ocorreu por volta dos séculos XVII e XVIII, o parto se realizava de forma natural, sem intervenções médicas e com o auxílio de parteiras. Estas possuíam apenas o conhecimento prático e o aprendido com as demais parteiras.

Progressivamente, a assistência ao parto foi se vinculando cada vez mais ao hospital e ao acompanhamento médico, sendo desenvolvidas diversas técnicas de intervenção durante o trabalho de parto e parto, desde o fórceps até a cirurgia cesariana. Esse movimento passou a ser contestado já no século XX, principalmente na Europa, momento em que alguns estudiosos começaram a avaliar os impactos dessas intervenções na saúde da mulher e do recém-nascido, além das consequências para o desenvolvimento do processo de parturição. A Organização Mundial de Saúde compilou um estudo baseado na análise das evidências empíricas para recomendar as práticas que deveriam, ou não, ser utilizadas, publicado ainda nos anos 1990.

No Brasil, no entanto, mesmo com as recomendações da OMS publicadas pelo Ministério da Saúde, a diminuição da medicalização do parto encontrou resistência, fazendo com que o país venha se mantendo por décadas como um dos países com maior taxa de cirurgia cesariana por número de partos totais.

Embora tenha sido constatada que essa realidade resulta de diversos fatores, mas especialmente das condutas arraigadas na rotina hospitalar, vem se buscando uma mudança progressiva dessa problemática, a partir da incorporação

de técnicas de humanização do parto nos hospitais públicos e da divulgação de conhecimentos, tanto para os médicos como para as parturientes e suas famílias.

Humanização do parto, portanto, embora não constitua um conceito objetivo, supõe a reestruturação do sistema de saúde para que as tradições institucionalizadas possam ser reanalisadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo, dependendo diretamente das práticas adotadas no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto pelos profissionais de saúde que assistem a mulher.

Para isso, diversas políticas públicas passaram a abordar o tema, desde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNPH), em 2000, até o mais recente, o Programa Rede Cegonha, elaborado em 2011.

Conforme visto na composição do Rede Cegonha, suas diretrizes e ações remetem a diversas estratégias as quais, sendo implantadas, resultariam em uma mudança significativa na assistência ao parto, possibilitando a humanização em toda sua extensão e, conseqüentemente, o empoderamento da mulher.

Com o intuito de verificar os impactos de sua implantação nas condutas médicas e hospitalares, se procedeu à pesquisa de campo no HDGMM, realizada por meio de observação simples, não participante, e da entrevista semi-estruturada com vinte profissionais da saúde que lidam cotidianamente com grávidas, parturientes e mães.

A partir das informações colhidas nas entrevistas e na observação do ambiente, averiguou-se que, embora o HDGMM seja considerado pelos profissionais de saúde como um dos hospitais que mais aproximam suas práticas das ações preconizadas pelo Programa Rede Cegonha, a assistência ainda possui falhas bastante visíveis quanto ao processo de humanização.

Percebe-se claramente que a assistência teve melhorias após a adesão do hospital ao Rede Cegonha, embora muitas ações não sejam colocadas em prática enquanto outras sejam colocadas apenas parcialmente. Os entrevistados indicam, como um dos principais entraves à consecução da humanização, a falta de recursos financeiros para prover mudanças estruturais, comprar e manter equipamentos e insumos, além de garantir educação continuada aos profissionais que estejam em contato com as pacientes para que se adequem às determinações do Ministério da Saúde entre outras.

As condutas hospitalares melhoraram. Os gestores do HDGMM são citados como influenciadores dos demais profissionais de saúde para que adequem

suas condutas àquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde, especialmente as que constam no Programa Rede Cegonha.

As intervenções hospitalares diminuíram significativamente, tendo em vista que procedimentos como episiotomia, manobra de Kristeller e amniotomia foram praticamente extintos, sendo realizados apenas em situações excepcionais. O uso de ocitocina também foi bastante reduzido, usado apenas quando demonstradamente necessário e por meio de bomba de infusão, equipamento que controla melhor seus efeitos.

O número de cesarianas ainda permanece bem acima da média de 15% (quinze por cento) estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, sendo realizada em aproximadamente 45% (quarenta e cinco por cento) dos partos do hospital. Deve-se considerar, no entanto, que o HDGMM atende pré-natais de alto risco e muitas das grávidas vinculadas ao hospital possuem complicações gestacionais, que resultam mais vezes em parto cesáreo do que as gestações de risco habitual ou baixo risco.

As condutas médicas ainda não são uniformes. Porém, os relatos indicam que a maioria dos profissionais já adequaram suas condutas aos preceitos de humanização. Ou seja, muitos absorveram conhecimentos acerca das técnicas e procedimentos que humanizam a assistência e, sempre que podem, utilizam com as pacientes. Essa conduta não é mais recorrente tendo em vista que a demanda do hospital é maior do que a sua capacidade de atendimento, impossibilitando os profissionais de dedicarem maior tempo, espaço e cuidado para cada paciente.

Por fim, no que toca à conscientização das mulheres acerca da humanização do parto, os entrevistados foram unânimes em registrar a insuficiência dessa conscientização. As gestantes, em regra, não possuem conhecimento prévio acerca do assunto.

Aquelas que fazem o pré-natal no hospital, normalmente adquirem mais conhecimento nessa ocasião, por meio das consultas ambulatoriais e dos grupos mensais voltados às grávidas e seus acompanhantes. O atendimento no hospital ainda disponibiliza grupos formados pelas assistente sociais, nas salas de espera, para abordar direitos e dúvidas das gestantes, o encontro com a psicóloga e a visita guiada à maternidade.

No entanto, mesmo para estas, as falas dos profissionais demonstram sempre um consentimento geral, um conformismo com todos os direcionamentos

que sejam dados pelos profissionais, sem que haja um real empoderamento dessas mulheres. As pacientes, em regra, não questionam as condutas por desconhecerem o processo do parto e das intervenções necessárias.

Para aquelas que não fazem o pré-natal no hospital, a situação é ainda mais alarmante. A imensa maioria desconhece até mesmo as informações mais básicas. Não sabem identificar os sinais de parto ou o que devem fazer inicialmente, quando devem ir ao hospital e o que poderá acontecer quando chegar. Normalmente, sabem apenas do direito ao acompanhante e que não devem ser mal-tratadas, apesar de não conhecerem a amplitude desses direitos.

A informação às gestantes é disponibilizada pela Caderneta da Gestante, que todas recebem no início do pré-natal na rede pública de saúde, e deve ser aprofundada durante as consultas ambulatoriais no pré-natal. Este instrumento tem potencial para influenciar diretamente o empoderamento, ou não, das mulheres. Ademais, o acolhimento no trabalho de parto também pode melhorar muito a forma como a mulher irá lidar com o parto, a partir de uma assistência cuidadosa e que transmita segurança e informação.

Considera-se, assim, que as políticas públicas têm abordado cada vez mais diretrizes relacionadas à humanização no parto e que a implantação dessas políticas públicas tem interferido na realidade das condutas médicas e hospitalares, embora ainda estejam distantes de alcançar os resultados pretendidos.

Certo é que a melhoria na assistência ao parto diminui a quantidade de intervenções médicas, resultando em um menor custo hospitalar antes, durante e após o parto; garante mais saúde e qualidade de vida à mulher, que terá, inclusive, melhores condições de cuidar de si e do seu filho; assegura um melhor desenvolvimento do recém-nascido, que nasce no tempo fisiologicamente seguro e com o devido cuidado inicial, que comprovadamente interfere em toda a sua vida; e preserva a sociedade em geral, com um acolhimento humanizado a todos os seus integrantes, demonstrando a atenção com que são tratados e instigando o empoderamento e a informação.

Assim, é essencial que as políticas públicas de atenção à humanização desta assistência sejam cada vez mais priorizadas, com o direcionamento dos recursos e da fiscalização necessários para a sua consecução.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**. São Paulo. v.13, n.3, p.16-29, jun. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**. São Paulo. v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo. v.10, n. 3, p. 549-560, maio 2005.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARRETO, Marta Oliveira. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste**. 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15223/1/2013_MartaOliveiraBarreto.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo. v. 10, n. 3, p. 561-571, set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: [s.n], 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília:[s.n], 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília:[s.n], 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. 3 ed. Brasília: [s.n], 2006.

_____. **Mortalidade materna por complicações na gravidez, parto e puerpério cai 56%**. Brasília:[s.n], 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2010/12/mortalidade-materna-por-complicacoes-na-gravidez-parto-e-puerperio-cai-56>>. Acesso em: 05 maio 2015.

_____. **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). Brasília, 2010.

_____. 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, 2011.

_____. PORTAL BRASIL. Ministério da Saúde. **Ceará vai receber R\$ 229,3 milhões para ações da Rede Cegonha.** Brasília: [s.n], 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/06/ceara-vai-receber-r-229-3-milhoes-para-acoes-da-rede-cegonha>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. PORTAL BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha reduz mortalidade materna em 21% no 1o ano do programa, diz Saúde.** Brasília: [s.n], 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21-no-1o-ano-do-programa-diz-saude>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher.** Brasília: [s.n], 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher/272-mais-sobre-saude-da-mulher>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha.** Brasília: [s.n], 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** 2 ed. Brasília: [s.n], 2014.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo. v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. de S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público,** Brasília. v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CASTRO, J. C. de; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstetras envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** São Paulo. v.13, n.6, p.960-967, nov./dez. 2005,.

CAVALCANTI, P. C. da S.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; VASCONCELOS, A. L. R. de.; GUERRERO, A. V. P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. v. 23, n.4, p.1297-1316, out. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. **Conselho Nacional de Secretarias de Saúde.** Rio de Janeiro. v.9, n.1,

p.10-19, maio 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/servicos/todas-noticias/45-ultimas/1642-rede-cegonha-praticas-discursivas-e-redes-de-dialogo-por-ricardo-burg-ceccim-e-felipe-cavalcanti>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Orgs.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Edelstein, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Org.). **Parto Natural**. São Paulo: Coren-SP, 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**. Chicago. v.75, n.1, p. 5-23, out. 2001. Disponível em: <<http://davis-floyd.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

DESLANDES, S. F. Análise de discurso sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.9, n. 1, p. 7-14, ago. 2004.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. de A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**. São Paulo. v.13, n.1, p. 641-649, ago.2009.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os Direitos Humanos**: limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto. 2001. 264f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/34010137_Entre_a_tcnica_e_os_direitos_humanos__possibilidades_e_limites_da_humanizao_da_assitncia_ao_parto>. Acesso em: 05 maio 2015.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.10, n.3, p.627-637, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

FORTALEZA. Direitos Humanos. Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos. **Prefeitura de Fortaleza lança Campanha de Incentivo ao Parto Normal e Humanizado**. 2014. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/direitos-humanos/prefeitura-de-fortaleza-lanca-campanha-de-incentivo-ao-parto-normal-e>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. 2013.58f. Monografia (Especialização). Curso de Gestão Pública- Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

GOMES, G. V. **Avaliação do Programa Rede Cegonha numa maternidade pública do nordeste brasileiro**. 2016. 148f. Dissertação (Mestrado). Curso de

Serviço Social, Trabalho e Questão Social -Centro de Estudos Sociais Aplicados. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis. v.15, n.1, p.12-26, jan./mar. 2006.

HEIDEMANN, F. G. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 2.ed.Brasília: [s.n],2010.

LEBOYER, F. **Nascer Sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

LIGIERA, W. R. Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. **Revista Ibero-Americana de Direito Público**. Rio de Janeiro. v.5, n.20, p. 410-427, out./dez. 2005.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petropolis, RJ: Vozes, 2003.

MAGALHÃES, F. de. A Obstetrícia e a Gynecologia no Brasil. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro. v.16, n.3, p.326-343, ago.1922.

MATEI, E. M. et al. Parto Humanizado: um direito a ser respeitado. **Saúde Materno Infantil**. São Paulo, v.9, n.2, p.16-26, abr./jun. 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista de Estudos Feministas**. São Paulo.v.8,n. 2, p.9-43, out.,2000,. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917/11167>>. Acesso em: 08 set. 2015.

OLIVEIRA, M. C. S. de. **A humanização do parto: um estudo etnográfico em uma maternidade municipal de Fortaleza**. 2007. 105f. Dissertação (Mestrado) - Curso em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=168941>. Acesso em: 05 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS- contribuições para o debate**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

OSTERNE, M. do S. F. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina**. Fortaleza: EdUECE, 2001.

_____. **Violência nas relações de gênero e cidadania feminina.** Fortaleza: EdUECE, 2008.

OSTERNE, M. do S. F.; SILVEIRA, C. M. H. Relações de gênero: uma construção cultural que persiste ao longo da história. **Revista O público e o privado.** Rio de Janeiro. v.2, n.19, p. 101-121, set.2012.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde.** São Paulo, v.12, n.2, p.109-114, out.2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.16, n.11, p. 541-548, set.2011.

PISCITELLI, A. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: COSTA, C. de L.; SCHMIDT, S. P. (Orgs.). **Poéticas e Políticas Feministas.** Florianópolis: Mulheres, 2004.

PRIORE, M. D. **Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A. C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **Revista O Mundo da Saúde.** São Paulo. v.33, n.1, p.80-88, ago.2009

REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Org.). **Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica.** São Paulo: Rede Parto do Princípio, 2014.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Org.). **Violência Obstétrica: parirás com dor.** Brasília: [s.n], 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres: notas sobre a "economia política" do sexo.** Recife: SOS Corpo, 1993. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/1919>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

SANTOS, J. B. F. dos et al. Parteiras Cearenses: História e memória do ofício de fazer o parto. In: SANTOS, João Bosco Feitosa dos. **Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões.** Fortaleza: EdUece, 2008.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública.** São Paulo. v.20, n.5,p.1281-1289, out.2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SILVANI, C. M. B. **Parto Humanizado**: uma revisão bibliográfica. 20f. (Especialização) - Curso em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**. Santa Catarina. v. 10, n.2, p. 415-427,,jul. 2002.

VIEIRA, E. M. História, política, conceitos: A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

APÉNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista para os Profissionais de Saúde e gestores do Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana.

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade:

Profissão:

Cargo:

Vínculo empregatício:

Tempo de serviço na saúde:

Tempo de serviço no cargo:

PERGUNTAS:

- 1) Quais os impactos que são percebidos na mulher e no recém-nascido quando ocorre o acompanhamento pré-natal e o parto na instituição?
- 2) Quais os pontos críticos da assistência materno-infantil no hospital?
- 3) Como as pacientes se comportam frente às intervenções hospitalares no parto?
- 4) Que tipo de conhecimento as pacientes possuem sobre a humanização do parto?
- 5) Como foi realizada a implantação do Rede Cegonha no hospital? Foram realizadas obras, compras de materiais ou serviços devido a implantação do programa? Quais?
- 6) Quais as diretrizes do Rede Cegonha que são colocadas em prática no hospital? Em que proporção elas são observadas?
- 7) Quais ações do componente "pré-natal" estão sendo satisfeitas (acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites)? Como a Rede Cegonha influenciou nesse quadro?

8) Quais ações do componente "parto e nascimento" estão sendo satisfeitas (suficiência de leitos obstétricos e neonatais - UTI, UCI e Canguru; ambiência das maternidades; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização)? Como a Rede Cegonha influenciou nesse quadro?

9) Quais ações do componente "puerpério e atenção integral à saúde da criança" estão sendo satisfeitas (promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos)? Como a Rede Cegonha influenciou nesse quadro?

10) Quais ações do componente "sistema logístico": transporte sanitário e regulação estão sendo satisfeitas (implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial)? Como a Rede Cegonha influenciou nesse quadro?

11) Quais setores do hospital participam das reuniões referentes ao Rede Cegonha? Como elas acontecem e qual o seu conteúdo?

12) Quais as dificuldades que você observou após a implantação do Programa?

13) Existem projetos em curso para ampliar a abrangência do programa no hospital?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “POLÍTICAS PÚBLICAS, MULHER E PARTO: UM ESTUDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO, COM ÊNFASE NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NO CEARÁ”, que tem como objetivo pesquisar a dimensão do dever das Políticas Públicas frente ao procedimento do parto como questão de saúde pública, que terá como base a entrevista acerca da implementação do Programa Rede Cegonha no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana. Será aplicada entrevista para tal.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto, que poderá ser entregue posteriormente se o (a) Sr. (a) desejar. O participante poderá de imediato deixar de responder à entrevista. Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá favorecer ao pesquisador uma reflexão sobre o tema, possibilitando-o a adquirir uma postura mais complacente no cotidiano de sua atuação no serviço de atendimento às grávidas, parturientes e mães. A entrevista será gravada mas todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a pesquisadora: Nyanne Araújo Rios da Luz, telefone: (085) 996050111, email: n@daluz.net.br; e com a orientadora Dr.^a Maria do Socorro Ferreira Osterne, telefone: (085) 991042422, email: socorro.osterne@uece.br.

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (085) 31019890; endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza- Ceará.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do (a) pesquisador (a).

Eu,

_____ ,
tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE C - Relatório Iconográfico

Foto 01 - Entrada da Emergência do HDGMM

Fonte: retirada pela autora.

Foto 02 - Corredor de acesso às salas de exame e consultórios médicos

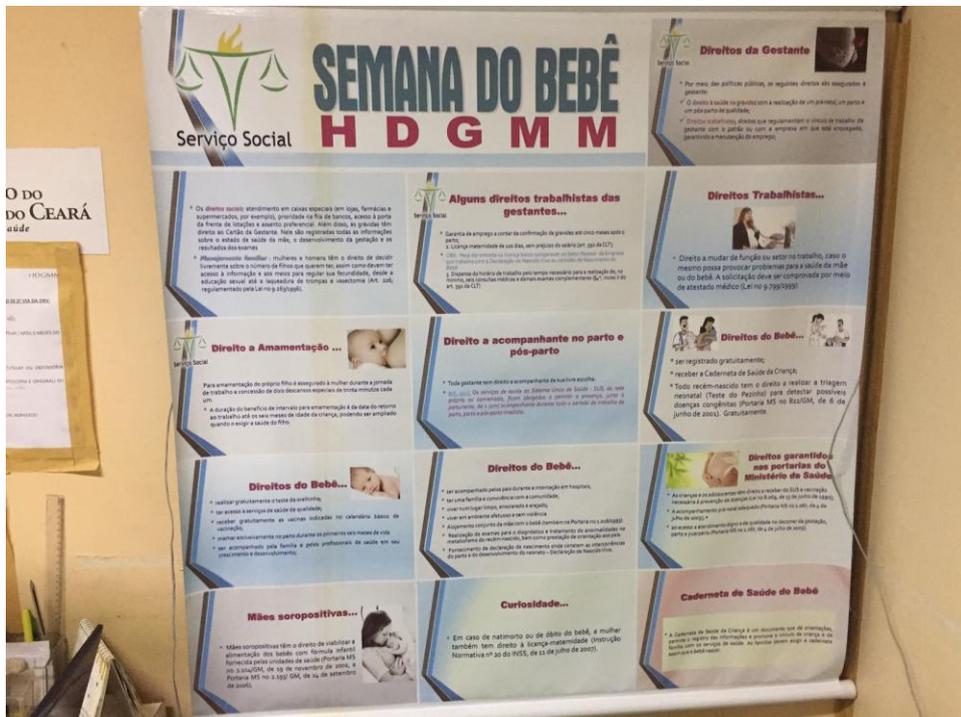
Fonte: retirada pela autora.

Foto 03 - Sala da assistência social



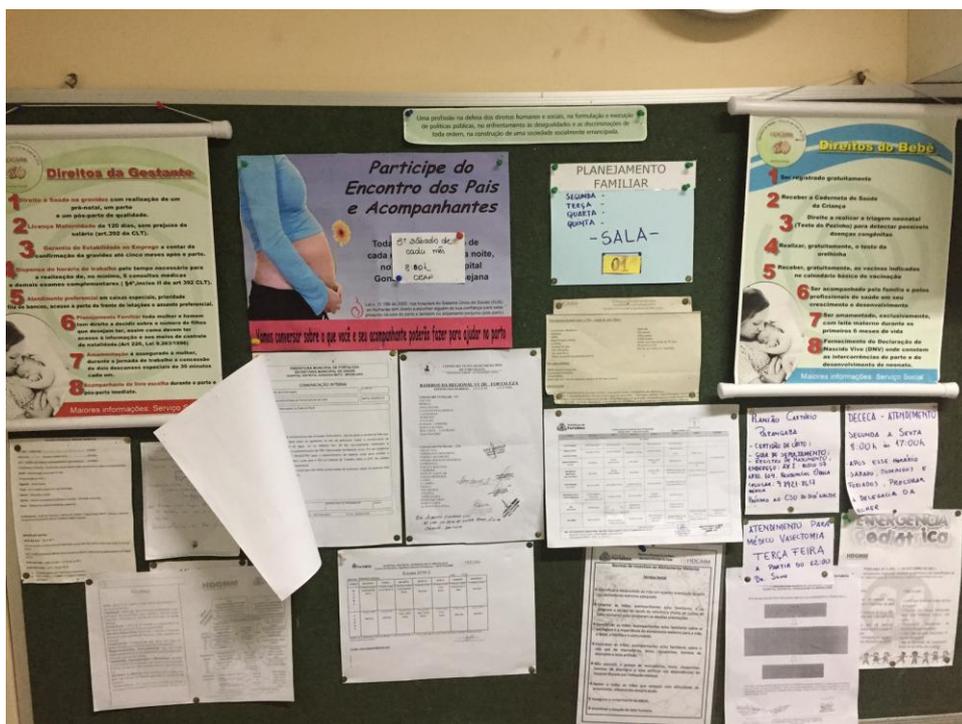
Fonte: retirada pela autora.

Foto 04 - Material educativo da sala de assistência social



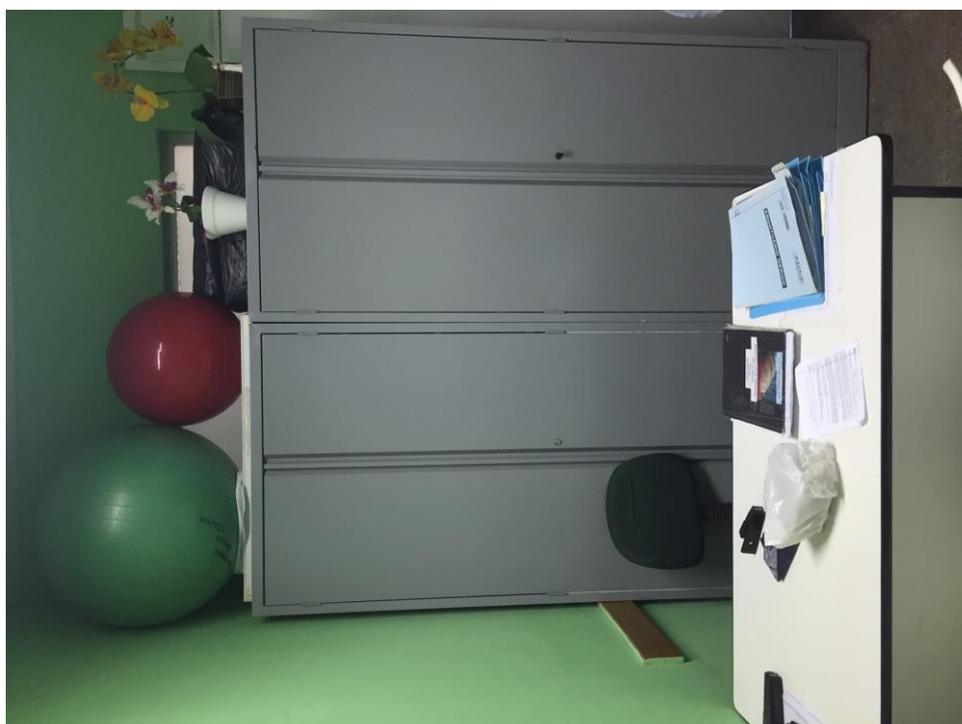
Fonte: retirada pela autora.

Foto 05 - Informativos da sala de Assistência Social



Fonte: retirada pela autora.

Foto 06 - Consultório Médico



Fonte: retirada pela autora.

Foto 07 - Consultório Médico

Fonte: retirada pela autora.

Foto 08 - Sala de Acolhimento

Fonte: retirada pela autora.

Foto 09 - Balcão de Atendimento da Sala de Parto



Fonte: retirada pela autora.

Foto 10 - Sala de Pré-parto e Parto



Fonte: retirada pela autora.

Foto 11 - Berçário integrado à Sala de Parto



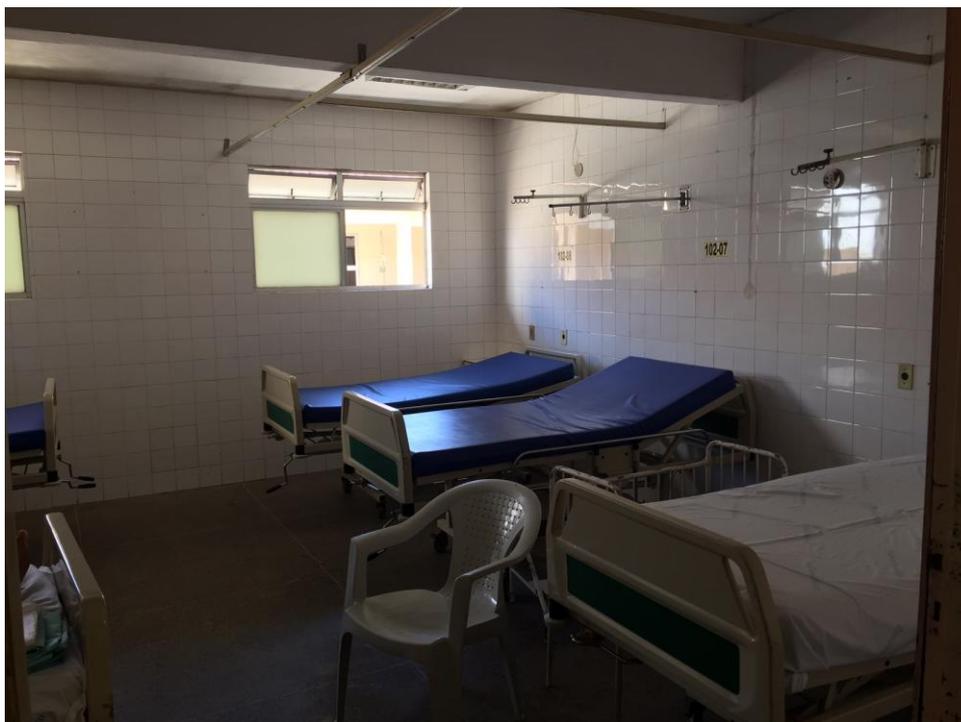
Fonte: retirada pela autora.

Foto 12 - Área da TV para espera e descanso



Fonte: retirada pela autora.

Foto 13 - Alojamento Conjunto



Fonte: retirada pela autora.

Foto 14 - Alojamento Conjunto



Fonte: retirada pela autora.

Foto 15 - UTI neo-natal



Fonte: retirada pela autora.

Foto 16 - Sala de Recuperação do Centro Cirúrgico



Fonte: retirada pela autora.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS, MULHER E PARTO: UM ESTUDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO, COM ÊNFASE NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA NO CEARÁ

Pesquisador: NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56083416.5.0000.5534

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.641.245

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo com vistas avaliação das políticas públicas implantadas destinadas atenção da saúde da mulher na gravidez e parto. O Programa Rede Cegonha, lançado pelo Governo Federal em 2011, marca o posicionamento da União no que tange à viabilização de políticas públicas que possam trazer efetiva mudança no cenário nacional atual. O Campo de Pesquisa será uma instituição abrangida pelo Rede Cegonha, da rede pública do município de Fortaleza, estado do Ceará. Os participantes da pesquisa serão 20 participantes da equipe multiprofissional que atuam nos setores de ambulatório, sala de parto, alojamento conjunto e unidade neo-natal. Dados serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada e organizados a partir da leitura e compilação dos documentos e entrevistas resultantes da pesquisa de campo no hospital e a recorrência das informações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Pesquisar a dimensão do dever das Políticas Públicas frente ao procedimento de humanização parto como questão de saúde pública.

Objetivo Secundário:

a) Analisar, historicamente, a Política Pública de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido no

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

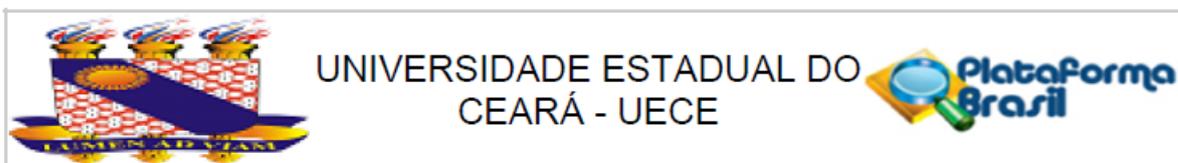
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.641.245

Brasil.b) Identificar os impactos do procedimento de parto na vida da mãe, do bebê e da família com base na medicalização e na humanização do parto.c) Elencar as diretrizes e a operacionalização das Políticas Públicas direcionadas à saúde da mulher, especialmente no tocante ao parto.d) Perceber os impactos da implantação do Programa Rede Cegonha no Ceará no que tange as condutas médicas e hospitalares.e) Analisar se o Programa Rede Cegonha tem influenciado as mulheres no que se refere a uma maior conscientização sobre o parto humanizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ocorre o risco do pesquisador não ser bem acolhido pelo público participante, e assim ter dificuldade na coleta dos dados. Em relação aos riscos ao profissional que será entrevistado, este pode se sentir emocionalmente abalado devido ao teor das perguntas, bem como constrangido e incomodado ao responder sobre como percebe a prática dos profissionais no serviço de atendimento a grávidas, parturientes e mães. O participante pode de imediato deixar de responder o questionário, e caso queira, pode procurar o setor de psicologia para atendê-lo e orientá-lo.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá favorecer ao pesquisador uma reflexão sobre o tema, possibilitando-o a adquirir uma postura mais complacente no cotidiano de sua atuação no serviço de atendimento. Além disto, os benefícios podem ser relacionados à avaliação do Programa Rede Cegonha bem como da intervenção do Estado nos sistemas de saúde brasileiros. A partir da presente pesquisa, será facilitada a análise dos resultados do Programa e, conseqüentemente, das formas em que este pode ser otimizado.

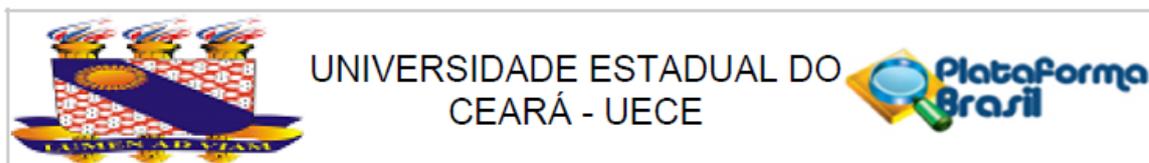
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, factível, com possibilidade de fornecer informações para implementação de novas políticas públicas para atenção da mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.641.245

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_679464.pdf	26/06/2016 21:05:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA.docx	26/06/2016 21:05:05	NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/06/2016 18:27:28	NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.docx	21/06/2016 12:41:18	NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/06/2016 12:40:55	NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuencia.pdf	10/05/2016 19:12:54	NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/03/2016 01:37:33	NAYANNE ARAUJO RIOS DA LUZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Julho de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE

lícia Militar: 190
le Bombeiros: 193
150
iscantes: 100
997

ha
res
st/



Caderneta da Gestante

Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com a **Rede Cegonha**, uma ação de saúde do SUS que fortalece os direitos das mulheres e das crianças.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anotarà nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e escreverá o resultado das consultas, dos exames, das vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, coisas que queira dizer para seu bebê e colar fotografias.

Um pré-natal bem acompanhado resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e traga-a sempre com você. Ela será uma grande amiga e conselheira.

Unidade de Saúde do pré-natal: _____

2ª edição
Brasília – DF
2014

governo
ederal

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

Conheça seus direitos:

Direitos trabalhistas:

- Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por "justa causa".
- Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou à saúde do bebê. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função.
- Receber DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando esta declaração à sua chefia, você terá a falta justificada no trabalho.
- Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê.

Além disso, tem os direitos sociais:

- Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com bebê no colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu. Não viaje em pé! No ônibus você pode sair pela porta da frente.
- Se a sua família é beneficiária do Bolsa Família, você tem direito ao benefício variável extra na gravidez e durante a amamentação.

Entrega em adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

Se você for estudante, também tem seus direitos garantidos:

- A Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar.
- A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.

- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.
- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.

Direitos nos serviços de saúde:

- Ser atendida com respeito e dignidade pela equipe, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende.
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

Lei da vinculação para o parto:

- Lei Federal nº 11.340/2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

GESTANTE E BEBÊ SEMPRE TÊM O DIREITO A VAGA!

- Para o parto você deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

Lei do direito a acompanhante no parto:

- Lei Federal nº 11.108/2005, que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido por você, podendo ser homem ou mulher.

Violências na gravidez:

- Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas e desejar ajuda do serviço de saúde, converse com o profissional que a está atendendo. Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie.



A descoberta da gravidez!

A gravidez é um período de grandes transformações para a mulher, para seu(sua) parceiro(a) e toda a família. São vivências intensas e por vezes sentimentos contraditórios, momentos de dúvidas, de ansiedade, especialmente se você for adolescente. Você pode estar sonhando com esse momento há muito tempo ou talvez tenha sido surpreendida por uma gravidez inesperada.

Mesmo quando a gravidez é planejada, você precisará de um tempo para se adaptar a essa nova etapa da vida.

Agora seu bebê está a caminho e vocês dois vão passar muito tempo juntos. Ao longo desses nove meses seu corpo vai se modificar lentamente, se preparando para o parto e a maternidade. Enquanto o bebê se desenvolve, você também cresce como mulher. A gravidez lhe dará confiança e força para o parto e para cuidar do bebê.

*Estar grávida é
ter uma companhia dentro da própria pele*

Os 3 primeiros meses de gestação

1º trimestre - de 0 a 13 semanas

Neste início ocorre a adaptação de seu corpo e de seus sentimentos, trazendo sensações ora de prazer, ora de desconforto. Faz parte desse momento a oscilação entre a aceitação e a recusa da gravidez. Fique tranquila, o sentimento de não querer a gravidez pode acontecer e não causará danos ao bebê.

Você vai perceber o aumento dos seios, também pode sentir mais sono, mais fome, enjoos e até ficar mais cansada. Não se preocupe, tudo isso é comum! São as adaptações necessárias da gravidez.

É importante alimentar-se de maneira saudável, não ingerir bebida alcoólica nem fumar ou usar drogas. Nestes casos, peça ajuda ao profissional de saúde.

A gravidez não causa cárie, mas as gengivas podem ficar mais sensíveis e ser facilmente irritadas pela placa bacteriana. Capriche na higiene bucal (utilize escova, pasta e fio dental), mantenha uma alimentação saudável, controle a quantidade de açúcares e faça acompanhamento durante o pré-natal com um dentista.

Durante as consultas você receberá orientações importantes para o cuidado com a saúde sua e de seu bebê. Uma boa higiene bucal da mãe cria um bom hábito de higiene na criança.

Você deve comparecer mensalmente às consultas do pré-natal e fazer todos os exames solicitados. Aproveite para falar de suas preocupações e sentimentos.

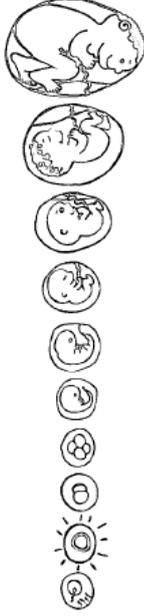
Convide seu parceiro/pai do

bebê a participar das consultas de pré-natal, caso seja de sua vontade. Pode ser um bom momento para fortalecer a relação de vocês e dele com o bebê.

É também uma boa oportunidade para ele se cuidar.

Se o pai for adolescente, tem os mesmos direitos de um pai adulto com relação a seu filho.

Como seu bebê está se formando?



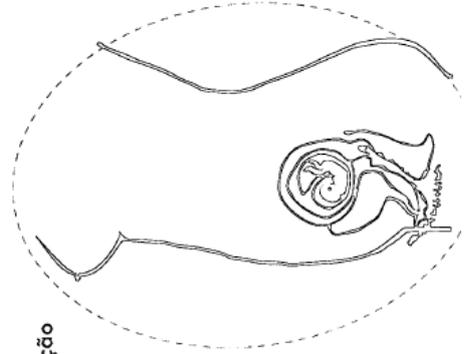
Seu bebê foi gerado a partir do encontro do espermatozoide do homem com o óvulo da mulher.

Com 4 semanas ele é do tamanho de um grão de arroz, seu coração começa a bater e aparecem pequenos brotos que serão depois os braços e as pernas.

• Ao final de 8 semanas já estão se formando os dedos, as mãos, as orelhas e os órgãos internos. Ele é do tamanho de uma ervilha e pesa mais ou menos 7 gramas.

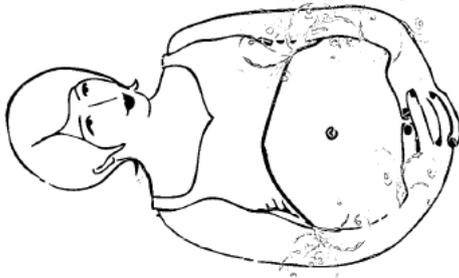
• De 9 a 12 semanas (durante o 3º mês) seu rosto já está quase todo formado e os olhos já têm as pálpebras. Inicia-se o funcionamento do cérebro, e ele já se movimenta e mexe os braços e as pernas. Já se formou o cordão umbilical, que liga o bebê à placenta.

Ao final do 3º mês o coração já pode ser ouvido durante a consulta de pré-natal.



Você deve comparecer mensalmente às consultas de pré-natal e fazer todos os exames solicitados. Aproveite para falar de suas preocupações e sentimentos.

Do 4º ao 6º mês 2º trimestre - de 14 a 26 semanas



Neste segundo trimestre seu corpo e sua emotividade crescem. Você começa a perceber os primeiros movimentos dentro de sua barriga, que confirmam que seu bebê está bem pertinho de você. Isso pode trazer uma sensação muito boa, que fortalecerá sua ligação com seu filho.

É um período de grande bem-estar. Aproveite!

Nessa época seu corpo vai mudar muito rápido, com crescimento da barriga e alterações nos seios e nos quadris. As sensações iniciais de desconforto desaparecem, dando lugar a sentimentos de plenitude e muita disposição, e sua barriga vai ser notada pelas pessoas.

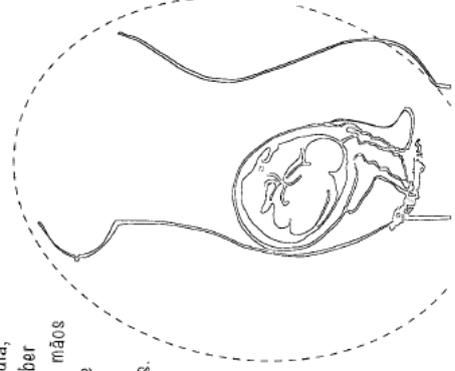
Dica: você pode ficar ansiosa para saber o sexo de seu bebê. Tenha calma, principalmente se você tem alguma preferência de sexo. Pense que a surpresa de quem vai chegar poderá ser maior se você ainda não souber se é menina ou menino.

Você pode e deve fazer tratamento odontológico durante a gravidez. É seguro para você e protegerá seu bebê contra infecções e outros problemas. Este é o período mais adequado para a realização dos procedimentos.

Enquanto isso, dentro de sua barriga...

- Entre 13 e 14 semanas iniciam-se os movimentos respiratórios e das mãozinhas.
- Entre 15 e 16 semanas a pele, ainda transparente, começa a se engrossar. O bebê já tem cílios e sobrancelhas e seus movimentos começam a ser percebidos. O coração bate muito mais rápido do que o seu.
- Entre 17 e 18 semanas ele pode medir de 17 cm a 20 cm e pesar de 200 gramas a 250 gramas. Já consegue sugar, engolir e piscar. Ele pode soluçar, o que é normal.
- Entre 20 e 24 semanas ele mede em torno de 26 cm e seu peso médio é de 500 gramas. Os movimentos ficam mais intensos e você os percebe bem. Há momentos em que ele está dormindo e momentos em que fica acordado. Todo o seu organismo está funcionando em harmonia. Ele se alimenta por meio do cordão umbilical e da placenta.

Dica: Em alguns momentos do dia, procure ficar mais tranquila para perceber as sensações de seu corpo. Coloque as mãos na barriga, feche os olhos e sinta o que está acontecendo. Isso pode lhe trazer confiança e diminuir suas preocupações.



Veja na última página os sinais de alerta. Na dúvida, procure o serviço de saúde.

7º ao 9º mês - É hora de fazer o ninho!

Último trimestre - de 27 a 40/41 semanas

O final da gestação é o momento em que tanto você quanto seu bebê se preparam para uma grande mudança. O bebê tem menos espaço dentro de sua barriga, o que dá a sensação de peso e desconforto. Você pode sentir menos sono.

Seu corpo está se preparando para o parto e para acolher quem vai chegar.

Seu útero pode ficar durinho por instantes, mas você não sentirá dor, apenas uma leve sensação de endurecimento.

Poderá sair de seu peito um líquido amarelado, chamado colostro, que vai alimentar seu bebê nos primeiros dias de vida.

Essa é uma época de ansiedade com o parto. O medo do desconhecido é natural. Procure conversar com quem possa lhe passar confiança e deixá-la mais tranquila.

Observar os movimentos do bebê é uma forma de saber se ele está bem. Algumas vezes, no final da gravidez, pode ser mais difícil você perceber esses movimentos. Quando tiver dúvida, faça o seguinte exercício: coma alguma coisa, deite de seu lado esquerdo por meia hora em um ambiente tranquilo, coloque a mão na barriga e marque no quadrinho abaixo cada vez que o bebê se mexer. Em caso de dúvida ou se ele se mexer menos que 3 vezes em cada período de meia hora, procure o serviço de saúde. Não se preocupe se em algum período ele não se mexer, pois pode estar dormindo. Neste caso, repita o exercício depois de uma hora.

Preparando para nascer...

Nos últimos três meses da gestação a maioria dos bebês se coloca de cabeça para baixo. Ele tem o próprio ritmo de dormir e acordar e começa a dar sinais de querer nascer, com o surgimento das primeiras contrações.

De 27 a 30 semanas ele pode pesar 1 kg e medir cerca de 32 cm. Já percebe a luz fora do útero, abre e fecha os olhos. Escuta e identifica vários sons, como vozes e músicas, e pode se assustar com barulhos altos e repentinos. O espaço dentro do útero vai ficar cada vez mais apertado. Com 32 semanas já pesa 2 kg.

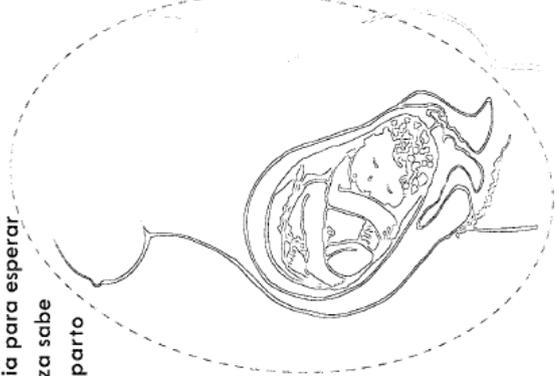
Sua pele fica coberta por um tipo de creme branco, o vernix, que traz proteção e ajudará a se deslizar pelo canal do parto.

Ele já está todo formado, mas não está maduro.

Falta pouco... É preciso ter paciência para esperar o tempo certo de nascer. A natureza sabe o melhor momento! Antecipar o parto sem necessidade é prejudicial para você e seu bebê.

Prematuro

Se o seu bebê chegar antes da hora e precisar de cuidados especiais, você tem direito a ficar perto dele no hospital, como acompanhante, durante todo o tempo.





Receita para uma gravidez saudável!

Como está sua alimentação?

Durante a gestação, procure ter uma alimentação saudável e diversificada, rica em frutas, verduras, proteínas e carboidratos integrais, ferro e cálcio. Isso é importante para seu bem-estar e para a formação e o crescimento adequado do bebê.

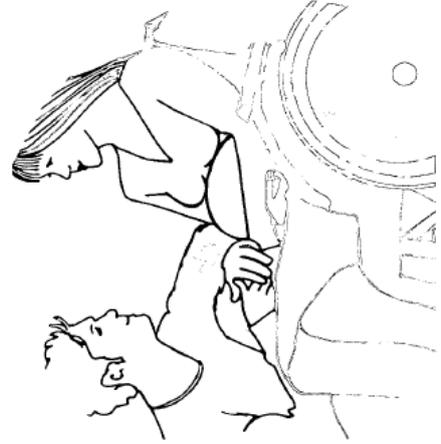
Dez passos para que sua alimentação seja saudável:

- 1) Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba muita água. Evite comer doce como sobremesa.
- 2) Dê preferência aos alimentos em sua forma mais natural. As farinhas integrais, além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
- 3) Arroz com feijão faz muito bem para a saúde. É um prato brasileiro, com uma combinação equilibrada de nutrientes.
- 4) É importante incluir na alimentação leite e derivados, e uma porção de carne, peixe ou ovos. Retire a pele e a gordura da carne antes da preparação, tornando este alimento mais saudável!
- 5) Diminua o consumo de gorduras; consuma, no máximo, uma colher (sopa) de óleos vegetais ou azeite ou 1/2 colher (sopa) de manteiga ou margarina por dia. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.



- 6) Coma todos os dias legumes, verduras e frutas da época.
- 7) Evite refrigerantes e sucos industrializados, chocolates, doces, biscoitos recheados e outras guloseimas em seu dia a dia.
- 8) Diminua a quantidade de sal na comida e retire o salzeiro da mesa. Faça o mesmo com o açúcar!
- 9) Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma diariamente alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto com esses alimentos fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão e outras.
- 10) Todos esses cuidados ajudarão você a manter a saúde e o ganho de peso dentro de limites saudáveis. Pratique alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Além desses cuidados, é recomendável durante a gestação e até o 3º mês após o parto o uso de sulfato ferroso, que é distribuído nas Unidades Básicas de Saúde.



Mantendo uma alimentação saudável, seu ganho de peso será adequado.



Dicas importantes

- É recomendável tomar um pouco de sol durante o início da manhã ou o final da tarde, inclusive nas mamas. Lembre-se de usar boné ou chapéu e protetor solar no rosto, para evitar manchas de pele.
- Evite descolorantes, tinturas de cabelo, alisantes e onduladores que contêm amônia e outros componentes que podem fazer mal ao bebê.
- Você deve sair de ambientes onde haja fumantes, em qualquer fase da gravidez. Respirar a fumaça com frequência pode afetar o bebê.

Exercícios

- **Caminhadas** ajudam a melhorar a circulação do sangue, aumentar a disposição e a sensação de bem-estar. Se não houver contra indicação, deve ser mantida do início ao fim da gravidez.
- Procure fazer atividades físicas leves e prazerosas.
- Exercite a respiração: respire lenta e profundamente, várias vezes ao dia. Isso pode ajudar em momentos de desconforto e inquietude.

Sono

- Procure dormir 8 horas por noite.
- Repouse alguns minutos durante o dia.
- Eleve as pernas quando estiver sentada ou deitada.
- Caso tenha muito sono, procure repousar mais.
- **Deite-se preferencialmente do lado esquerdo, com um travesseiro entre as pernas. Esta posição facilita a passagem de oxigênio para o bebê.**

Sexo na gestação

Quanto a seu desejo sexual:

Desejo e disposição sexual podem mudar na gravidez. Há mulheres que têm menos vontade e outras que têm mais vontade do que antes. Isso pode acontecer para o homem também. Ter relações sexuais não machuca o bebê, é saudável e pode dar muito prazer. O que realmente importa é que seja respeitada sua vontade de ter relação ou não. Converse com seu parceiro sobre isso. Evite posição que cause desconforto. Durante o orgasmo é comum a barriga ficar dura, não se preocupe. Se sentir desejo, relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê.

Atenção: Se notar presença de sangramento ou saída de líquido diferente, evite atividade sexual e procure a Unidade de Saúde.



Pergunte à sua mãe ou a uma mulher mais experiente como elas se cuidavam na gravidez e após o parto. Anote aqui dicas e conselhos que achou importantes:



Compartilhe essas dicas
com o profissional de Saúde



Atenção para algumas situações e sintomas especiais:

- * **A gengivite** (sangramento da gengiva) pode ocorrer mais facilmente durante a gestação, por causa da variação dos níveis hormonais. Por isso, adote um hábito diário de cuidados com sua saúde bucal. Utilize fio dental diariamente e uma escova de dente macia com creme dental.
- * **Enjoo e vômitos** são comuns nos primeiros meses de gravidez. Evite ficar muito tempo sem se alimentar e escolha alimentos mais secos (bolachas de água e sal, pão) ou frutas, de acordo com seu desejo. Caso vomite, faça apenas bochecho com água e aguarde meia hora para escovar os dentes.
- * **Azia e queimação** evite beber líquidos junto com a refeição e se deitar após as principais refeições. Como mais vezes e em menor quantidade de cada vez.
- * **Cãibras e formigamentos nas pernas** podem acontecer na gestação. Modere a atividade física, tome muita água, suco de frutas e coma bananas, que são ricas em potássio. Você pode também aquecer e massagear as pernas.
- * **As varizes nas pernas** são causadas por problemas de circulação e dilatação das veias. Não fique muito tempo em pé ou sentada. A cada 2 horas procure ficar com as pernas levantadas. Você pode também usar meias elásticas, calçados e roupas soltas confortáveis.
- * **Dor na coluna e dor na barriga** podem aparecer, principalmente no final da gravidez. Evite carregar peso e diminua o serviço doméstico, como lavar roupa e limpar o chão. Você pode também se espreguiçar para esticar a coluna.

- * **Intestino preso** é comum na gravidez. É recomendável comer alimentos integrais ricos em fibras (pão e arroz integrais, granola, linhaça), folhas verdes – alface, couve, taioba, bertalha, ora-pro-nobis, mostarda, serralha, beidroega – e frutas, como mamão, laranja com o bagaço, ameixa preta, tamarindo. Evite queijos, farinhas brancas (não integrais) e frutas como caju e goiaba. Você deve também beber muita água e fazer atividade física regularmente. Dica importante: quando sentir vontade de ir ao banheiro, não espere.
- * Se tiver **hemorroidas** (varizes na região anal, que podem sangrar), faça banhos de assento com água morna. Evite usar papel higiênico. Dê preferência à água com sabão e enxugue sempre com uma toalha macia. Fale sobre isso na consulta pré-natal.
- * **É comum sentir mais vontade de urinar** no início e no final da gestação. Se você sentir dor ou queimação na hora de fazer xixi, pode ser uma infecção urinária. Neste caso, procure a Unidade de Saúde.
- * **O aumento da secreção vaginal (corrimento)** é comum na gestação. Se houver outras características, como coceira, ardor, cheiro forte, cor estranha, procure a Unidade de Saúde, pois pode tratar-se de uma doença sexualmente transmissível. Use roupas mais ventiladas e frescas.
- * A qualquer sinal de febre, manchas pelo corpo, sintomas de gripe, inguês, vômito, diarreia, procure o serviço de saúde mais próximo.
- * Doenças infectocontagiosas podem ser transmitidas pelo ar (tuberculose, rubéola, gripe e outras). **Evite locais fechados**, com alta concentração de pessoas, e contato com gatos.



Você sabia?

- O desejo de comer coisas estranhas é comum na gravidez. Não há risco de o bebê nascer com problemas caso você passe vontade.
- A mulher grávida não precisa comer por dois.
- Dormir de bruços não machuca o bebê, mas dormir sobre o lado esquerdo é melhor.
- **A mulher que fez uma cesariana pode ter parto normal na gravidez seguinte.**
- A mulher pode lavar a cabeça desde o primeiro dia após o parto.
- O bebê não provoca rachaduras no peito da mãe quando arrota sobre ele.
- A mulher grávida pode fazer tratamento odontológico.

Diabete, pressão alta, anemia e infecção urinária são doenças que a mulher pode ter antes de engravidar ou desenvolver durante a gravidez. Caso a mulher tenha essas e outras doenças consideradas de risco, ela precisará de cuidados especiais.

Agora vamos conversar sobre o acompanhamento do pré-natal.

As consultas e os grupos de gestantes são realizados tanto por médicos(as) quanto por enfermeiros(as). É importante que todos os profissionais façam parte deste cuidado como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, dentista e outros.

Toda gestante tem direito a consultas e exames pelo SUS. A cada consulta o profissional irá:

1. perguntar como está se sentindo, como passou o mês e ouvir suas dúvidas e impressões sobre esse momento – é interessante você anotá-las no final desta caderneta para não se esquecer na próxima consulta;
2. fazer o exame clínico e
 - verificar seu peso e pressão arterial,
 - observar se há sinais de anemia ou inchaço,
 - medir o tamanho de sua barriga,
 - ouvir as batidas do coração do bebê;
3. solicitar e avaliar o resultado dos exames;
4. verificar as vacinas do pré-natal;
5. prescrever tratamentos, se necessário;
6. orientar quanto às questões da gravidez e do parto.

Algumas mulheres podem apresentar complicações – são situações que precisam de acompanhamento especializado, identificadas durante o pré-natal. Neste caso, você será encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, mas continuará tendo o acompanhamento dos profissionais que iniciaram seu pré-natal.

É importante participar do grupo de gestantes, no qual você poderá trocar experiências com outras gestantes e com os profissionais de saúde.

Conheça os principais exames e as vacinas que você deve realizar durante o pré-natal:

- **Tipagem sanguínea e fator Rh** – identifica seu tipo de sangue. Se a gestante tem Rh negativo e o pai do bebê tem Rh positivo, ela deve fazer um outro exame durante o pré-natal, o Coombs Indireto. Após o nascimento, caso o bebê tenha Rh positivo, a mulher deverá tomar uma vacina em até 3 dias após o parto, para evitar problemas na próxima gestação. Você tem direito a essa vacina pelo SUS.
- **Hemograma** – identifica problemas como, por exemplo, anemia (falta de ferro no sangue), que é comum na gravidez e deve ser tratada.
- **Eletroforese de hemoglobina** – identifica a doença falciforme ou a talassemia, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez.
- **Glicemia** – mede a quantidade de açúcar no sangue. Se estiver alta, pode indicar diabetes, que deve ser cuidada com dieta, atividade física e uso de medicamentos.
- **Exame de urina e urocultura** – identificam a presença de infecção urinária, que deve ser tratada ainda durante o pré-natal.
- **Exame preventivo de câncer de colo de útero** – este exame precisa ser realizado periodicamente por todas as mulheres, de acordo com a necessidade. Procure saber se você tem a necessidade de fazê-lo durante o pré-natal.
- **Teste rápido de sífilis e VDRL** – identificam a sífilis, doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o bebê durante a gravidez. Em caso de teste positivo, a gestante e seu parceiro devem ser tratados o mais rápido possível. O tratamento da sífilis é simples e eficaz. Pela Rede Cegonha você tem direito ao teste rápido de sífilis no início do pré-natal.

• **Testes de HIV** – identificam o vírus causador da aids, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de a mulher e seu bebê ficarem saudáveis. Pela Rede Cegonha você tem direito ao teste rápido de HIV no início do pré-natal.

• **Teste de malária** – deve ser realizado em todas as gestantes da Região Amazônica, quer apresentem sintomas ou não.

• **Testes para hepatite B (HBsAg)** – identificam o vírus da hepatite B, que pode passar da mãe para o bebê durante a gravidez. Caso você tenha o vírus, seu bebê poderá ser protegido se receber a vacina e a imunoglobulina para hepatite B nas primeiras 12 horas após o parto. Pela Rede Cegonha você tem direito ao teste rápido de hepatite B no início do pré-natal.

• **Teste rápido para hepatite C (anti-HCV)** – identifica o contato prévio com o vírus da hepatite C, que deve ser confirmado por um outro exame (HCV-RNA).

• **Exames para o pai** – todos os homens adultos, jovens e adolescentes que participam do pré-natal têm direito a realizar exames para sífilis (teste rápido e VDRL), anti-HIV (teste rápido), hepatites virais B e C (testes rápidos), tipo sanguíneo e fator Rh, hemograma, lipidograma, glicose e eletroforese de hemoglobina.

• **Vacina antitetânica (dT)** – protege contra o tétano no bebê e em você. Se você nunca foi vacinada, deve iniciar a vacinação o mais precocemente possível. Se já é vacinada e a última dose foi há mais de 5 anos, deve tomar um reforço.

• **Vacina contra a hepatite B** – caso você não seja vacinada, deve tomar 3 doses para ficar protegida.

• **Vacina contra gripe (influenza)** – recomenda-se para toda gestante durante a campanha de vacinação.

O parto está cada dia mais perto!

Sugestões práticas

Você conseguiu organizar as roupas e as fraldas de que seu bebê vai precisar? Se tiver dificuldades com o enxoval, peça orientações na Unidade de Saúde sobre locais de apoio para esse fim em seu município.

Peça a seu(sua) acompanhante(a) ou alguém próximo de você para ajudá-la nas seguintes tarefas:

Organizar documentos para levar no momento do parto e para entrar com a licença-maternidade.
Fazer a lista de telefones úteis. Comprar mantimentos para quando vocês chegarem da maternidade.

Colocar na sacola o que vocês vão levar:

- roupas e fraldas para o bebê, roupas para você, absorventes, casaco ou manta para seu acompanhante durante a noite, produtos de higiene pessoal;
- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- esta caderneta e a **Caderneta de Saúde, se for adolescente;**
- cartão do SUS, se possuir.

Se você é estudante, já solicitou o atestado para o afastamento de suas atividades escolares?

Se você tem outros filhos, quem ficará com eles enquanto estiver na maternidade?

Você já escolheu quem será seu acompanhante?

Nome e endereço da maternidade de referência:

(Procure essa informação na Unidade de Saúde.)

Você já visitou a maternidade?

Conhecer a maternidade pode deixar você mais confiante e tranquila no momento do parto.

Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda

- = - Mancha branca ativa
- O - Mancha branca inativa
- A - Ausente
- Ae - Abrasão/erosão
- Am - Amálgama
- Ca - Lesão cavitada ativa
- Cl - Lesão cavitada inativa
- E - Extraído
- H - Higiêdo
- M - Restauração metálica
- PF - Prótese fixa
- RE - Restauração estética
- SP - Selamento provisório
- T - Traumatismo
- X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):

Tratamento realizado (para o cirurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o cirurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (sim/não)
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /

Seu útero já está se preparando para o parto.

Perto da data do parto você poderá sentir sua barriga endurecer, como contrações que não duram muito tempo. Antes de pensar em sair para o hospital, tome um banho, repouse e veja se essas contrações continuam fortes e regulares. Pode ser que ainda não seja o trabalho de parto, mas só um treino. Dias antes do parto poderá sair por sua vagina um muco grosso amarelado, como uma clara de ovo, com rajadas de sangue, o tampão mucoso. Este é um sinal de que o parto está próximo.

Como identificar o trabalho de parto

O trabalho de parto pode durar em média de 8 a 12 horas. O medo e o estresse podem prolongar esse período; sentir-se tranquila e confiante pode ajudar a diminuí-lo. Portanto, não se apavore quando surgirem os primeiros sinais; você terá tempo suficiente para se organizar e chegar ao local do parto.

Sinais que indicam o início do trabalho de parto:

- Se a sua barriga endurecer a cada 5 minutos, por 30 segundos ou mais, permanecendo assim por mais de uma hora.
- Se você perder líquido pela vagina, que escorra pelas pernas, molhe a roupa ou a cama (rompimento da bolsa das águas). Neste caso, mesmo que não sinta as contrações, você deve ir à maternidade, pois precisa ser avaliada por um profissional.

O que vai acontecer quando você e seu acompanhante chegarem à maternidade?

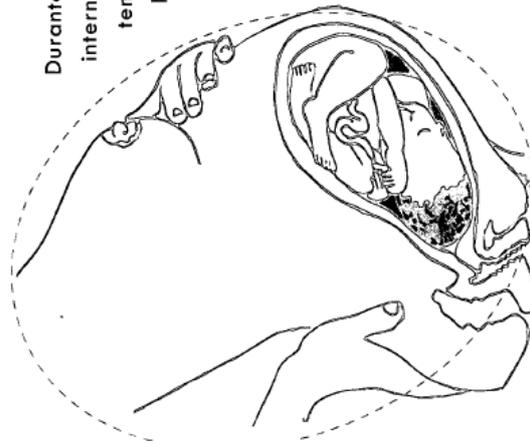
Vocês serão acolhidos e você será examinada por um(a) profissional de saúde, que irá:

- ouvir sua história e dar informações sobre o parto;
- medir sua barriga e as contrações do útero;
- verificar a pressão arterial e escutar o coração do bebê;
- fazer um toque vaginal para ver se já começou a dilatação (abertura) do colo de seu útero para o bebê passar e confirmar se você está em trabalho de parto;
- combinar com você os próximos passos.

Parto e nascimento: experiências que fortalecem a mulher e o bebê.

O parto é um momento de grande intensidade, uma vivência que marca para sempre a vida de uma mulher. É a preparação natural para a maternidade. Você terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem fortalecê-la enquanto mulher e mãe.

As contrações do trabalho de parto são como uma mensagem para estimular seu bebê para a vida. Portanto, mesmo que seu parto tenha que ser uma cesariana, é importante para você e seu bebê passar pelo trabalho de parto. Para o bebê o trabalho de parto é um amadurecimento dos pulmões e do sistema de defesa natural do organismo.



Durante todo o período de internação para o parto você tem o direito, garantido por lei, a um acompanhante de sua escolha. Alguns serviços de saúde contam com a presença de doulas, mulheres preparadas para lhe dar apoio e ajudar no que for preciso.

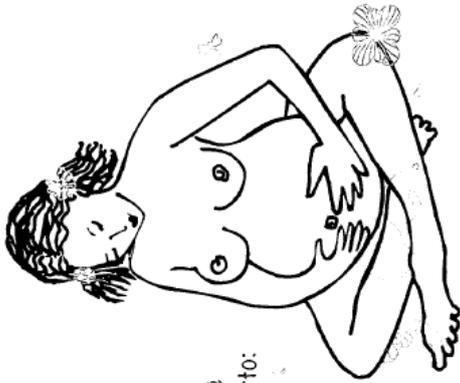
Trabalho de parto

Algumas coisas que você deve saber para ter um bom parto:

Você tem direito a um ambiente sossegado, privativo, arejado, sem ruídos, só para você e seu acompanhante, durante o trabalho de parto e o parto. É fundamental que você seja apoiada por pessoas que lhe tragam ânimo e confiança!

Existem vários procedimentos que não devem ser realizados de rotina, mas apenas em algumas situações, como, por exemplo:

- **Lavagem intestinal** – é desagradável e desnecessária; durante o trabalho de parto você esvaziará seu intestino naturalmente.
- **Raspagem dos pelos íntimos** – não é preciso fazer; nem em casa, nem quando chegar à maternidade. Seus pelos são uma proteção natural para a vagina.
- **Romper a bolsa das águas** – o rompimento artificial da bolsa aumenta os riscos de infecção e problemas com o cordão umbilical do bebê.
- **Soro com ocitocina** – torna as contrações mais incômodas e dificulta sua movimentação.
- **Episiotomia** – é um pique na vagina; pode causar dor e desconforto após o parto e aumentar os riscos de infecção.



O que você pode fazer para favorecer seu parto

Você pode mudar de posição, buscando maior conforto em cada momento: sentada, deitada de lado, ajoelhada, de cócoras, sentada na bola ou no banquinho, de quatro, de pé e caminhando. Estas posições podem aliviar a dor.

- **Caminhar e movimentar-se** pode diminuir o tempo do parto.
- **Tomar banho de chuveiro ou banheira** é um ótimo método para aliviar a dor.
- **Beber água e comer alimentos leves** dão mais força e energia para você e seu bebê.
- **Respirar profundamente**, no ritmo da contração, facilita a abertura e a saída do bebê.



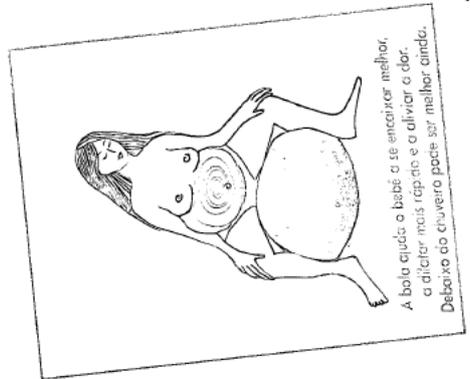
Algumas posições e massagens ajudam a aliviar a dor. Experimente!

Posições de parto



Fazer apoio da mão esquerda convenientemente para evitar a dor forte no período final do parto.

Deitar no algodão molhado que podem ajudar no trabalho de parto. Por exemplo, ouvir música.



A bola ajuda o bebê a se encaixar melhor. A dilatação mais rápida e a alívio a dor. Deixar o chuveiro para ser melhor ainda.

O parto

O parto é uma grande experiência para a mulher e o bebê, e também para o pai. Pode ser um momento de grande prazer: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser.

Você deve ter ouvido falar várias coisas sobre a dor do parto. É importante saber que essa dor varia de intensidade de mulher para mulher e se torna maior se a mulher está tensa e com medo.

Você está acostumada a ver as mulheres deitadas para o parto, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para favorecer a saída do bebê: o canal de parto fica mais curto, a abertura da vagina fica maior e a circulação de oxigênio para o bebê é melhor. Experimente e encontre a posição mais adequada para você.



O primeiro encontro: o nascimento

Este é um momento único em sua vida e na vida de seu bebê. O primeiro encontro ainda no ambiente do parto é fundamental para a formação do apego. Se ele nascer bem, você deve ser a primeira pessoa a pegá-lo e acariciá-lo. Este contato imediato, pele a pele, é necessário para a imunidade do bebê, para a sensação de segurança e de que ele é bem-vindo à vida. Afinal, ele também espera como você por este encontro.

Incentive o pai do bebê a ficar junto de vocês. Será um momento inesquecível para ele também.

Registre aqui suas impressões sobre o parto e suas emoções quando viu seu bebê pela primeira vez.



A cesárea

A cesárea pode ser importante e necessária para salvar a vida da mulher e da criança. Não deve ser, porém, uma opção de parto e sim uma indicação médica, como no caso de o bebê estar atravessado ou em sofrimento, quando o cordão ou a placenta está fora do lugar e impedindo a saída da criança, quando a mãe sofre de uma doença grave, entre outras razões. Cesariana é uma cirurgia de grande porte que pode apresentar riscos para a mulher e para o bebê se for realizada sem a necessidade.

Comparação entre a cesárea e o parto normal

Cesárea

Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia.

Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.

Mayor risco de complicações na próxima gravidez.

Para o bebê:

Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado.

Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta.

Parto normal

Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto.

Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento.

Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil.

Para o bebê:

Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe.

O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.

(Este espaço é para o profissional de saúde anotar os dados de seu parto.)

Tipo de parto: normal cesárea

Motivo da cesárea: sim não

Episiotomia: sim não

Sangramento: normal aumentado

Intercorrências no parto:

Medicamentos usados:



Olhe quem chegou!

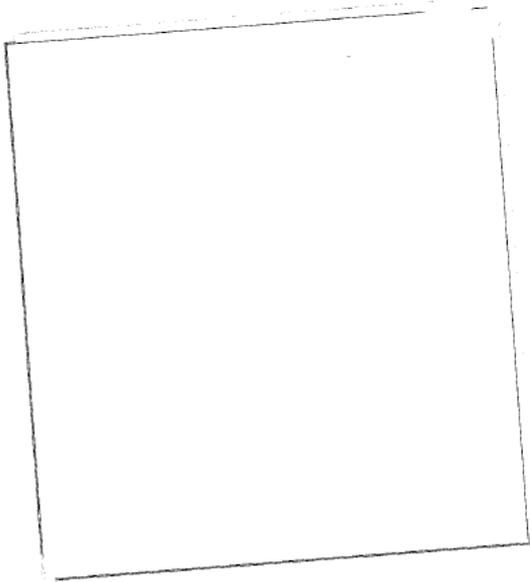
Nome:

Filho de _____ e _____

Data de nascimento:

Nasceu em (cidade/Estado):

Profissionais de saúde que cuidaram de você
e de seu bebê:



Carimbe aqui
o pezinho do neném.

Este carimbo é apenas uma digital, não é o teste do pezinho.
Este teste, assim como o teste da orelhinha e do olhinho, deve ser feito
após o nascimento, na maternidade ou na Unidade Básica de Saúde.
Todos eles são muito importantes para a saúde de seu(sua) filho(a).

Certidão de Nascimento: seu filho ou sua filha é um(a) cidadão(ã) brasileiro(a).

Com o Registro de Nascimento, seu(sua) filho(a) será um indivíduo, com o próprio nome, sobrenome, o nome da mãe, do pai e dos avós e estará escrito que ele(ela) nasceu no Brasil. Ser um(a) cidadão(ã) brasileiro(a) dará a ele(ela) muitos direitos: atendimento à saúde, creche, matrícula escolar, o recebimento dos benefícios dos programas sociais e muitos outros.

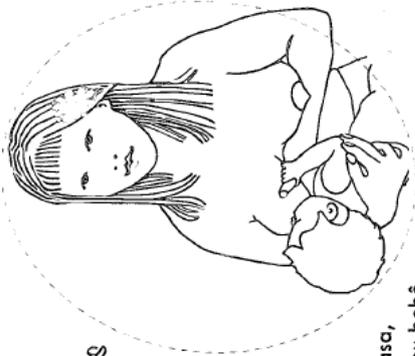
Tirar o Registro Civil de Nascimento é obrigatório e ninguém precisa pagar pela primeira via, é gratuita.

Procure o cartório de registro civil do lugar onde seu(sua) filho(a) nasceu ou onde você mora. Algumas maternidades oferecem esse serviço.

Como tirar a Certidão de Nascimento:

- A certidão deve ser feita logo após o nascimento da criança, no hospital onde ela nasceu, se houver uma unidade de cartório no local.
- Caso não tenha serviço de cartório na maternidade, os pais ou responsáveis devem ir ao cartório mais próximo, levando os próprios documentos e a Declaração de Nascido Vivo (DNV) entregue pelo hospital.
- Se o pai não puder ir registrar o filho, a mãe pode providenciar a Certidão de Nascimento sozinha, levando a Certidão de Casamento ou uma declaração do pai com firma reconhecida em cartório.

Obs.: ◦ Se a mãe não tiver esta declaração do pai ou se o pai for desconhecido, ela poderá tirar a Certidão de Nascimento apenas em seu nome.
Depois o pai deverá comparecer ao cartório para registrar a paternidade, espontaneamente ou em cumprimento de determinação judicial.
◦ Se os pais não tiverem o próprio Registro Civil de Nascimento, devem primeiro providenciar os seus para depois registrar a criança.
◦ Se a criança nascer fora do hospital e não tiver a DNV, será preciso procurar o cartório com duas testemunhas que confirmem a gestação e o parto.
◦ Se os pais forem menores de 18 anos, os avós ou os responsáveis também deverão comparecer ao cartório.
◦ Se a mãe for indígena, apresentar também o RANI a fim de orientar o cartório a realizar corretamente o registro da criança.



Os primeiros cuidados de uma nova vida em família

A chegada do bebê desperta sentimentos variados. Todos que vivem em torno dele terão a necessidade de se adaptar.

Depois que chegar em casa, procure descansar sempre que seu bebê estiver dormindo. Nos primeiros dias de vida as crianças trocam o dia pela noite; portanto, aproveite para dormir mesmo durante o dia. Deixe que o pai/companheiro, os avós, as tias e outras pessoas próximas ajudem no cuidado com o bebê e nas atividades domésticas.

Recado para o parceiro/pai: seu apoio é fundamental para o sucesso da amamentação.

Dica: Sempre que você ou outra pessoa for pegar seu bebê, deve antes lavar as mãos com água e sabão. Na hora de amamentar, procure um lugar tranquilo e evite ambientes com muita gente e barulho.

Aproveite esse momento para ler a "Caderneta da Criança", que você recebeu na saída do hospital. Ela tem muitas dicas e orientações sobre os cuidados com seu bebê.

• É importante uma alimentação saudável e variada e beber muita água, para favorecer sua recuperação e a amamentação. Alimente-se 5 ou 6 vezes por dia. Evite alimentos gordurosos, café, chá preto, refrigerantes, chocolate e produtos com corantes e adoçantes, e comidas muito temperadas. Observe se algum alimento provocou cólicas no bebê. Evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas. Desta forma você estará protegendo você e seu(sua) filho(a).

• Para curar o umbigo use apenas álcool 70%.

Puerpério: você também precisa de cuidados.

Se o parto foi normal

Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), mantenha a cicatriz bem limpa, lavando-a com sabonete durante o banho ou após fazer suas necessidades, e secando bem o local. A região está cicatrizando e pode ficar dolorida. Não se preocupe, os pontos vão cair sozinhos.

Se o seu bebê nasceu de cesariana

Mantenha a cicatriz bem limpa, lavando com sabonete durante o banho e secando-a bem. Os pontos deverão ser retirados de 8 a 10 dias, na Unidade de Saúde.

- Seu útero estará voltando ao tamanho normal. Por isso é comum ter cólicas, que, às vezes, aumentam durante a amamentação. Por mais ou menos um mês você vai perceber uma secreção que sai pela vagina, que no início é como um sangramento e depois vai diminuindo e clareando gradativamente.
- Se você tiver dor na parte de baixo da barriga, sangramento vaginal com cheiro desagradável e febre, procure rapidamente uma Unidade de Saúde. Você pode estar com uma infecção e deve tratá-la.
- Se você teve pressão alta, diabetes ou outro problema na gestação ou no parto, os cuidados devem continuar após o nascimento do bebê. Você receberá a visita do agente comunitário de saúde (ACS) nesse período. Conte com ele para apoiá-la no que for preciso.

Fortes emoções

Você, que passou pelas transformações da gestação e do parto, poderá se sentir frágil e insegura em alguns momentos. Se esses sentimentos aparecerem, lembre-se de que esta fase é passageira e que logo você e seu bebê estarão mais confortáveis nesta nova vida.

O apoio do(a) parceiro(a), de sua família ou das pessoas amigas é fundamental. Algumas mulheres ficam mais tristes, têm crises de choro e dificuldade para dormir, cuidar delas mesmas ou do bebê.

Se isso acontecer com você, peça ajuda a alguém de sua família. Se os sintomas não se resolverem ou se tornarem muito intensos, você deverá ir à Unidade de Saúde para uma avaliação.

Consulta pós-parto

Você e seu bebê devem retornar à Unidade de Saúde na primeira semana após o parto. Sempre que possível, esteja acompanhada do pai do bebê ou do(a) parceiro(a).

O atendimento nesse período é importante para:

- saber como está a saúde sua e de seu bebê;
- avaliar a amamentação e o sangramento vaginal;
- observar a cicatrização e retirar pontos, se necessário;
- examinar seu bebê, vacinar e realizar o teste do pezinho;
- ajudar a tirar dúvidas suas e de sua família, sobre qualquer questão em relação à sua saúde e a saúde de seu bebê;
- discutir se deseja ou não uma nova gravidez e sobre os métodos anticoncepcionais.

O planejamento familiar

Logo após o parto, você e seu parceiro estarão envolvidos com os cuidados intensivos com o bebê, muitas vezes sobrando pouco tempo para vocês dois a sós. As relações sexuais deverão aguardar em média 40 dias, tempo para seu organismo se recuperar. Independentemente do tipo de parto, é comum a vagina ficar ressecada e poderá haver certo desconforto na relação sexual. Esta situação é passageira e tudo voltará a ser como antes.

Existem muitos métodos de evitar filhos, sendo alguns mais indicados durante o período de amamentação. É direito das mulheres e dos homens conhecerem todos os métodos e suas indicações para uma escolha mais apropriada. Por isso você deve ir, de preferência com seu companheiro, à consulta de puerpério, para que vocês, junto com o profissional de saúde, possam escolher o método mais adequado nessa fase.

É importante saber que a amamentação exclusiva já oferece proteção contra uma nova gravidez até 5 meses após o parto, se a menstruação não descer e o intervalo entre as mamadas for menor que 5 horas.

O método que vocês escolherem (DIU, pílula, camisinha, diafragma, injeção) deverá ser disponibilizado pelo SUS. No caso do método definitivo para a mulher (laqueadura), é preciso ter, no mínimo, dois filhos ou mais de 25 anos e esperar pelo menos 2 meses após o parto. A cirurgia do homem, vasectomia, também é um direito garantido pelo SUS. Discuta com seu parceiro também esta possibilidade. É uma cirurgia mais simples que a ligadura de trompas.

A escolha de um método definitivo deve ser uma decisão muito amadurecida, pois é irreversível.

Orienta-se com a equipe de saúde sobre retomar as atividades físicas. Evite carregar peso.



Amamentação

Amamentando, você dá a seu bebê uma melhor qualidade de vida.

Ao amamentar, além de alimentar o bebê, você transmite amor, carinho e segurança, que são fundamentais para seu desenvolvimento e para sua relação com ele. Todo leite materno é forte, nutritivo e protege contra várias doenças. O colostro é o primeiro leite, tem cor amarelada e é ideal para proteger o bebê nos primeiros dias.

Dica: Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você terá. Não coloque horário ou tempo certo para cada mamada; **seu bebê sabe quando e quanto necessita mamar.** Deixe o bebê mamar até esvaziar uma mama, antes de passar para a outra. Caso não esvazie um peito numa mamada, retorne ao mesmo peito na mamada seguinte. Amamentando toda vez que seu bebê tiver fome, ele não precisará tomar chá, suco, água ou outro leite nos primeiros seis meses de vida.

Para que o bebê sugue bem o leite, encontre uma posição em que ele fique tranquilo e você relaxada e confortável. Você pode amamentar deitada, sentada ou em qualquer posição boa para os dois.

Vantagens da amamentação

Para o bebê:

- É mais nutritiva e protege contra doenças, como infecção, alergias, asma, desnutrição.
- O bebê recebe carinho e se sente protegido enquanto mama.
- Previne problemas dentários e respiratórios.



Para a mãe:

- Ajuda o útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente.
- Reduz o risco de hemorragia e anemia após o parto.
- Favorece maior contato entre você e seu bebê.
- Ajuda na redução mais rápida de seu peso.
- Reduz o risco de câncer de mama no futuro.
- É mais econômica e higiênica: você só precisa lavar as mãos, na temperatura certa, e não se estraga.

Consulta de puerpério

Temperatura	Lóquios
Pressão arterial	Cicatriz cirúrgica (no caso de cesariana)
Peso	Vínculo/estado emocional
Eliminações intestinais	Amamentação
Eliminações vesicais	Exame de mamas (queixas)
Períneo	Planejamento reprodutivo

Algumas dicas para o sucesso da amamentação:

- **O bebê deve pegar bem o peito**, abocanhando a aréola (parte escura em volta do bico). Não dê chupetas para seu bebê, pois pode atrapalhar a pega e a sucção do leite.
- **Lave seu peito só com água**; não passe sabonete nem pomada nas mamas. Fique sempre com o sutiã seco.
- **Em caso de rachaduras nos mamilos**, observe se a pega está correta e tente mudar a posição de o bebê mamar.
- **É bom tomar sol nas mamas**, de manhã ou à tarde. Aproveite para **dar um banho de sol em seu bebê também**. Ele deve ficar sem a roupinha, para que o sol bata diretamente em sua pele.

• **Em caso de mamas muito cheias ou endurecidas**, é necessário retirar o excesso de leite, o que promoverá alívio para você e facilitará a pega pelo bebê. Peça orientação ao profissional de saúde.

Se você produz mais leite do que seu bebê mama, pode ser uma doadora de leite materno. Verifique na Unidade de Saúde se há posto de coleta ou banco de leite perto de sua casa e como você pode doar.

- **Em caso de problemas com a amamentação**, procure orientação com os profissionais da Unidade de Saúde, no Banco de Leite ou no posto de coleta mais próximo.

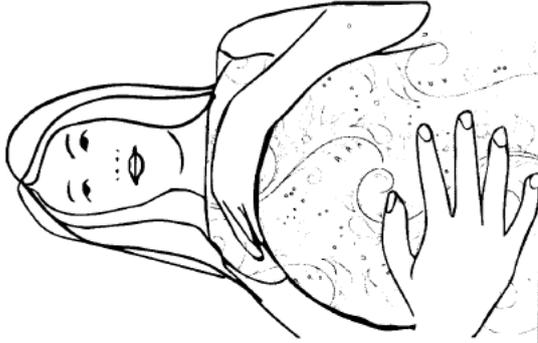


ATENÇÃO!

Se você sofrer qualquer tipo de violência, procure ajuda: **ligue para 180** – Central de Atendimento à Mulher. A ligação é gratuita de qualquer lugar do Brasil.

Caso você não esteja conseguindo atendimento ou recebeu algum tipo de cobrança nos serviços do SUS, denuncie: **ligue para 136** – Ouvidoria.

A ligação é gratuita de qualquer lugar do Brasil.



2014 – Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 2ª edição – 2014 – 1.780.000 exemplares.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres – SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, torre II, Ed. Premium, sala 17, térreo,
CEP 70070-600 – Brasília/DF – tel. (61) 3313-9101 – site: www.saude.gov.br – e-mail: saudemulher@saude.gov.br

Elaboração, concepção, diagramação e ilustrações:

Bia Fioratti

Organização:

DNPS/SAS/MS – Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres

Colaboração:

Gláucia Cecimbara

Finalização e revisão:

Sidrac Demomênes e Luiz Teodoro de Souza

Apelo:

DAPS/SAS/MS – Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Coordenação-Geral de Saúde dos Adolescentes e Jovens; DAET/SAS/MS – Área Técnica de Saúde do Homem; DAB/SAS/MS – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Coordenação-Geral de Gestão de Atenção Básica; DST-AIDS/SVS/MS – Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde; DVDI/SVS/MS – Coordenação-Geral do Programa Nacional de Inatividades – COPNI, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária, Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde; DAHU/SAS/MS – Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados.

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CCDI

OS 0650/2014

Impresso no Brasil / Printed in Brazil.



Sinais de alerta – procure o serviço de saúde se:

- a pressão estiver alta;
- sentir dores fortes de cabeça, com a visão embaralhada ou enxergando estrelinhas;
- o bebê parar de se mexer por mais de 12 horas;
- tiver sangramento ou perda de líquido (água) pela vagina;
- tiver um corrimento escuro (marrom ou preto);
- apresentar muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar;
- tiver dor ou ardor ao urinar;
- houver sangramento, mesmo sem dor;
- tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes – se a bolsa das águas se romper antes de começarem as contrações, preste atenção na cor e no cheiro do líquido. Esta é uma informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la.

Tempo aproximado de gravidez

meses	semanas	meses	semanas
1º mês	4 semanas e meia	5º mês	22 semanas e meia
2º mês	9 semanas	6º mês	27 semanas
3º mês	13 semanas e meia	7º mês	31 semanas e meia
4º mês	18 semanas	8º mês	36 semanas
		9º mês	40 semanas e meia

Compareça às últimas consultas!

Não existe alta do pré-natal; ele só acabará quando o bebê nascer. Mesmo após ser encaminhada para realizar pré-natal de alto risco em um serviço especializado, é importante que você seja acompanhada também pela equipe da Unidade Básica de Saúde que iniciou seu atendimento.

Agendamento do pré-natal

1ª consulta	/ /	Data	Profissional
2ª consulta	/ /	Data	Profissional
3ª consulta	/ /	Data	Profissional
4ª consulta	/ /	Data	Profissional
5ª consulta	/ /	Data	Profissional
6ª consulta	/ /	Data	Profissional
7ª consulta	/ /	Data	Profissional
8ª consulta	/ /	Data	Profissional
9ª consulta	/ /	Data	Profissional
10ª consulta	/ /	Data	Profissional
11ª consulta	/ /	Data	Profissional
Consulta odontológica	/ /	Data	Profissional