

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ-UNIVALI

KARINA DA SILVA TARNOWSKI

**O ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO: AVALIAÇÃO
SEGUNDO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E
NASCIMENTO NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES**

**ITAJAÍ
2005**

KARINA DA SILVA TARNOWSKI

**O ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO: AVALIAÇÃO
SEGUNDO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL
E NASCIMENTO NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do
Trabalho - área de concentração: Saúde da
Família para obtenção do título de Mestre,
sob orientação da: Prof^a. Doutora Elisete
Navas Sanches Prospéro e Co-orientador
Prof. Dr. Henri Sauker

ITAJAÍ

2005

KARINA DA SILVA TARNOWSKI

O ATENDIMENTO AO PARTO E NASCIMENTO: AVALIAÇÃO
SEGUNDO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL
E NASCIMENTO NA PERCEPÇÃO DAS MULHERES

Folha que está com Ana Bonilha

Prof^a. Dr^a. Elisete Navas Sanches Próspero
UNIVALI-CCS de Itajaí
Orientadora

Prof. Dr. Henri Sauker
UNIVALI-CCS de Itajaí

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Lourenze Bonilha
UFRGS- Porto Alegre-RS
Membro

Prof^a. Dr^a. Ingrid Elsen
UNIVALI – CCS
Membro

Prof. Dr. Julian Borba
UNIVALI – CCJ
Membro

AGRADECIMENTOS

Bom, aqui quero ter o direito de ser informal, sem citações!

Vocês conseguiram deixar um pouquinho de seus conhecimentos comigo. Na construção de cada pedaço desse trabalho, nos momentos exaltantes de leitura e escrita, onde um a um permeava meus pensamentos... a linda história da Grécia Antiga, lembrada junto a história do parto, nosso querido Prof. Cutolo.

As políticas de saúde, o incansável SUS... O tão amedrontador de perguntas Caetano não Veloso mas para sempre Caetano.

As turbulentas aulas da Profa. Glades Benito, que com certeza provocaram incertezas turbulentas, capazes de fazer com que sempre continuemos na busca pelo melhor.

A Profa. Águida, por sua dedicação e serenidade com que conduzia as “tagarelas das alunas reclamonas”, os papos de corredor, os atrasados, os celulares... quem sabe no doutorado a gente melhora!

A Profa. Iolanda por ter provocado, sentimentos de que podemos melhorar o nosso olhar sob a vida das pessoas e principalmente sob nós mesmos.

A Profa. Ingrid, por nos fazer refletir, e perceber que nossas famílias “são normais”!

A Profa. Rosita, saudosa aula sobre Paulo Freire.

Os Professores Henri e Sandré, pela possibilidade de nos fazer olhar por dimensões diferentes. Ao Prof. Henri, agradeço ainda a paciência e a co-orientação na realização deste trabalho.

A minha orientadora, Profa. Elisete, pela sublime condução das aulas. E em especial, é claro, agradeço pela paciência, pelas trocas de conhecimentos e vivências, sentimentos, choros, risos, por acreditar em mim, Obrigada!

Ao meu companheiro, por ter vivenciado todos os momentos dessa caminhada, as aulas, os trabalhos de aula, o cuidado com nossa filha. Por ter compreendido meus sentimentos, os choros, os risos, o cansaço, o mau humor... Pelas noites em que ficou acordado digitando este trabalho, com precisão e capricho, com paciência e bom humor, Obrigada!

À minha amada filha, pelo tempo que não pude ficar com ela em função das aulas e a dissertação de mestrado. Pelo seu sorriso e a sua alegria contagiantes que transforma nossas vidas.

À minha mãe, por ter pensado que viria para Itajaí caminhar na praia e ficou dias e noites por horas intermináveis me dando apoio, compartilhando seus conhecimentos, o bom humor, a paciência... obrigada MÃE!

A minha sogra, meu sogro, minha cunhada e meus sobrinhos pela compreensão, por ter cuidado da Natália com amor e carinho, para que pudesse estudar.

Aos meus queridos amigos e colegas de trabalho por ter compartilhado toda a minha trajetória, por terem me substituído com dedicação e compreensão nas horas ausentes em nosso trabalho.

A todos os amigos por meu “sumiço”, que sendo amigos souberam me compreender.

A querida Daniela, pelo apoio emocional, pelo carinho, por despertar sentimentos não percebidos, reflexões...! Obrigada!

As mulheres que participaram do Estudo, agradeço pela disponibilidade e acolhimento, por terem contribuído de forma tão significativa, expondo seus sentimentos e suas percepções.

Aos profissionais do Núcleo de Atendimento a Mulher (NAM), pela colaboração significativa nesta pesquisa.

Agradeço também, a UNIVALI por ter possibilitado cursar o Mestrado.

MENSAGEM

“Até que ponto me estimularam, ou mesmo me permitiram encontrar significações pessoais, através de um olhar sensível e sensibilizado?

Qual o meu jeito de olhar? Só vejo o utilitário, olhar prático, objetivo, frio? Só vejo e analiso pelo gosto, não gosto? Ou pelo bonito ou feio? Serve para mim ou não? Fantasio este olhar com lentes cor-de-rosa? Olhar de Polyana? Olhar de piedade ou de inveja do que não é igual a mim? Em que “fôrmas” me amarraram para ver Arte? A “fôrma” da cópia da realidade ou da expressão? E de que expressão? De que beleza? reprodução ou representação?

Cortar o cordão umbilical desta “fôrma” é tirar as amarras de um olhar comum. E assim como o ar do mundo enche os pulmões e provoca o choro e a entrada num ritmo de vida, as cores, as formas, as texturas, o espaço do mundo enchem os olhos de um jeito novo de olhar o já visto. Ansiedade, medo, desequilíbrio, espanto, admiração, recheiam o novo olhar que se exercita conscientemente na busca de novos ângulos... Olhar-pensante é percepção cognoscitiva. Percepção que vai além dos dados sensoriais. O olhar pensa, é visão feita interrogação... Olhar-pensante curioso diante do mundo, que transcende as aparências e procura o que está por trás... Aprender a ver é perceber diferenças.”

(WEFFORT, 1996, p.20-21).

RESUMO

O desenvolvimento da obstetrícia ocorreu em diferentes contextos, acompanhando períodos históricos que levaram o parto a compreensão do parto de um evento natural e fisiológico a concepção patológica. Embora o parto tenha perdido o seu caráter natural, não deve ser considerado apenas um evento biológico, e sim, também, um evento social e humanitário. Em toda organização hospitalar que atende ao parto, é de fundamental importância à realização de avaliações que objetivem o acompanhamento da qualidade da atenção prestada as mulheres, auxiliando na análise das necessidades de planejar as prioridades e intervenções, contribuindo para a implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Com o objetivo de avaliar qual a realidade da atenção dada ao parto nos hospitais da Região da AMFRI, dentro da perspectiva do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde e a percepção das mulheres, foi aplicado instrumento de coleta de dados em cinco Hospitais que prestam atendimento ao parto, e realizada 20 entrevistas com mulheres que tiveram partos nos mesmos hospitais, buscando levantar as variáveis de estrutura, processo e resultado do atendimento. Os dados foram processados através da utilização da análise de agrupamento (*Clyster Analysis*), permitindo o agrupamento dos Hospitais, segundo sua similaridade em função das variáveis levantadas. No entanto, os dados demonstram que nos Hospitais da Região da AMFRI, encontra-se uma deficiência da estrutura física, de recursos humanos, da organização e registros dos procedimentos, dos procedimentos de atendimento ao parto, da atenção humanizada e principalmente da inter-relação entre os profissionais e as mulheres em trabalho de parto.

Palavras Chaves: Métodos de avaliação, Serviços de Saúde, Humanização do Parto, Adequação de Programas.

ABSTRACT

The development of obstetrics took place in different contexts, together with different historical periods that led delivery to be understood as a natural and physiological fact instead of a pathological point of view. However delivery has lost its natural character, it should not be consider just as a biological event, but also as a social and humanitarian event. In all hospital organization that gives takes to delivery, it is extremely important to make evaluations that lead to the attention quality given to the women, helping to analyze the things you need, to plan the priorities and interventions, making a contribution to the implementation of the Born and Delivery Humanization Program. With the object to evaluate was the attention given to the delivery in hospitals of the AMFRI region, within the prevision of the Born and Delivery Humanization Program of the Governmental Health Department, it was applied a way to collect data from five Hospitals that give attendance to the delivery, and the interview to 20 female patients of the SUS, that had deliveries in those hospitals, searching the variables of attendance structure, process and results. The information was processed using the Clyster Analisis, allowing the clyster of hospitals, according to their similar variables. However, the data showed that the AMFRI hospitals, had problems in their physical structure, human resources, organization and proceeding recordings, delivery attendance proceeding, human attendance and mainly the relationship between the profesionales and women.

Key-words: Evaluation Methods; Health Services; Delivery Humanization; Adequação of Programs.

ÍNDICE

LISTA DE GRÁFICOS	xi
ABREVIACÕES.....	xii
CAPÍTULO I	13
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ATENDIMENTO AO PARTO	17
2.2. ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL	25
2.3. CONTEXTUALIZANDO A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO.....	28
2.4. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER	37
2.5. RESGATANDO A HUMANIZAÇÃO DO PARTO	45
2.6. A PROPOSTA DE DONABEDIAN: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO COMO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	50
2.6.1. Estrutura, segundo Donabedian (1984).	57
2.6.2. Processo, segundo Donabedian (1984).....	58
2.6.3. Resultado, segundo Donabedian (1984).....	59
CAPÍTULO III	61
3. METODOLOGIA	61
3.1. IDENTIFICAÇÃO.....	61
3.1.1. Local de estudo.....	62
3.1.2. População de Estudo.....	62
3.1.3. Aspectos Éticos	63
3.2. ETAPAS DA PESQUISA	63
3.2.1. Primeira etapa referente ao estudo da estrutura e processo no atendimento ao parto: instrumento; coleta de dados; variáveis do estudo; análise dos dados.	63
3.2.1.1 Instrumentos de Coleta de Dados.....	63
3.2.1.2. A coleta dos dados nos Hospitais.....	64
3.2.1.3. Variáveis do Estudo	65
3.2.1.3.1 Estrutura Física/Equipamentos	65
3.2.1.3.2 Processo de atendimento ao parto.....	66
3.2.2 Segunda etapa referente à percepção das mulheres com o atendimento: instrumento de coleta de dados; pré-processamento dos dados; coleta de dados; categorias; análise dos dados.....	67

3.2.2.1 Instrumento e coleta de dados	67
3.2.2.2 Pré-processamento dos dados	68
3.3 Análise dos dados.....	71
CAPÍTULO IV.....	73
4. INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	73
4.1. CATEGORIA 1 – ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO.....	73
4.2. CATEGORIA 2 – PROCESSO DE ATENDIMENTO AO PARTO.....	82
4.3. Categoria 3 - INTER-RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E AS MULHERES EM PROCESSO DE PARTO	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS	128
ANEXO.....	142
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	142
ANEXO II - Autorização da 17ª Regional de Saúde	143
ANEXO III - instrumento de coleta de dados (Questionário).....	144
ANEXO IV - instrumento de coleta de dados (Entrevista não estruturada)	151
ANEXO V - Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.....	152
ANEXO VI - Princípios Gerais e Condições para a Adequada Assistência ao Parto, a humanização da assistência obstétrica (Portaria 569. GM/MS).....	161
ANEXO VII - dez passos para o sucesso do aleitamento materno	163
ANEXO VIII - Lei n.º 7.496/86.....	164
ANEXO IX - Portarias nº. 2.815/98 e 163/98.....	167
ANEXO X - Portarias nº. 572/2000	176

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Cluster</i> dos Hospitais que prestam atendimento parto, segundo as variáveis de Estrutura Física – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.....	74
Gráfico 2. <i>Cluster</i> dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de Recursos Humanos – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.....	77
Gráfico 3. <i>Cluster</i> dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de Organização e registro dos procedimentos realizados pelos hospitais – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.....	83
Gráfico 4. <i>Cluster</i> dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de procedimentos de atendimento ao parto realizados pelos hospitais – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.....	87
Gráfico 5. <i>Cluster</i> dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de atenção humanizada durante o processo de parto realizados pelos Hospitais – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.....	96

ABREVIACÕES

AIH	: Autorização de Internação Hospitalar
AMFRI	: Associação dos Municpios da Foz do Rio Itajaí-Açu
CFM	: Conselho Federal de Medicina
COFEN	: Conselho Federal de Enfermagem
EUA	: Estados Unidos da América
FEBRASGO	: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
GM	: Gabinete do Ministro
INAN	: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	: Ministério da Saúde
OMS	: Organização Mundial de Saúde
PAISM	: Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	: Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PHS	: Programa Humaniza SUS
PKU	: Phenylketonria
PNIAM	: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	: Programa Saúde da Família
RN	: Recém Nascido
SUS	: Sistema nico de Saúde
T4	: Tirotoquina
UNICEF	: Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	: World Health Organization

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

A historicidade da atenção ao parto teve início quando as próprias mulheres começaram a se auxiliar, dando início a um processo de acumulação do saber sobre a parturição. Esse saber era disseminado entre as mulheres que desempenhavam a função de parteira pertencente à determinada rede ou comunidade, não existindo uma forma sistemática para acumular o saber adquirido através da prática vivenciada (MELO, 1983).

O desenvolvimento da obstetrícia se deu em diferentes contextos e acompanhou períodos históricos que levaram o parto de um evento natural e fisiológico à concepção patológica. Apesar de ter perdido o seu caráter natural, o parto não é considerado somente um evento biológico, ele representa também, um evento social . Tanto a gravidez quanto o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias, são integrantes da importante transição do *status* de “mulher” para o de “mãe”. Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois sendo um evento biossocial é cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES; SANTOS; LEAL; 2004).

No Brasil, o atendimento ao parto é predominantemente hospitalar e o modelo de atenção vigente é denominado médico ou tecnológico, onde a gestante é tratada como paciente, o parto realizado com uma série de intervenções, e o médico é o principal responsável pelo atendimento. Na ausência de complicações, o atendimento ao parto pode ser feito por um médico geral ou por enfermeiro(a) obstetra. A partir do ano de 1999, o Ministério da Saúde autorizou o pagamento do parto realizado por enfermeira obstetra (BRASIL, 2001d).

Nas últimas décadas, críticas ao modelo brasileiro de atenção ao parto, têm sido observadas. Recentemente, o próprio Ministério da Saúde, publicou portarias favoráveis à modificação da forma tecnocrática de assistir a mulher no pré-natal e no parto. Denominado de Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, vários serviços buscam a

implantação de uma atenção menos intervencionista, baseada em uma participação ativa da mulher no processo, com maior ênfase nos aspectos sociais e emocionais da parturição, incorporando a possibilidade da presença de um acompanhante familiar na rotina do atendimento ao parto.

Existem poucos trabalhos científicos que avaliem a implantação dessas práticas e a percepção dos usuários em relação a elas. A produção científica nacional necessita ser ampliada, contribuindo para a implantação de serviços de atenção ao parto que privilegiem condutas menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de propiciar a vivência do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras (DOMINGUES; SANTOS e LEAL, 2004).

É de fundamental importância para uma organização hospitalar que atende ao parto, a realização de avaliações que visem o monitoramento da qualidade da atenção prestada às mulheres, possibilitando auxiliar na análise das necessidades de planejamento das prioridades e intervenções, e ainda, contribuir para a implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Portanto, com a intenção de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção ao parto, o trabalho aqui apresentado, buscou através dos indicadores de estrutura, processo e resultado, como o proposto por Donabedian (1984), avaliar a qualidade da atenção ao parto nos cinco Hospitais de referência da Região da AMFRI – Itajaí - SC, de acordo com a portaria 569 do Ministério da Saúde, dentro de uma perspectiva humanizada.

Com o intuito de alcançar os objetivos, o trabalho foi estruturado da seguinte forma:

O primeiro Capítulo (Capítulo I), apresenta a proposta de trabalho, as justificativas, os objetivos gerais e específicos.

No Capítulo 2, realizou-se o levantamento e estudo bibliográfico dos temas que fundamentaram o trabalho (Marco Teórico), contemplando os assuntos referentes à trajetória histórica geral da atenção ao parto; a atenção ao parto no Brasil; a institucionalização e medicalização do parto; políticas públicas e a saúde da mulher; resgatando a humanização do parto; dificuldades e sentimentos pertinentes ao trabalho de parto (dor, medo e solidão) e a

relação de poder, sendo a metodologia da avaliação da qualidade em saúde proposta por Donabedian (1984).

O Capítulo 3, apresenta a metodologia utilizada na pesquisa, no qual foram aplicados instrumentos de coletas de dados (questionários), com o objetivo de levantar as variáveis de **estrutura** e **processo**. Foram realizadas entrevistas não-estruturadas com mulheres que tiveram partos nos referidos hospitais, buscando assim, avaliar o **resultado**. Para a avaliação do resultado, foi empregada uma técnica de pesquisa qualitativa, em que através das falas das mulheres, buscou-se identificar a percepção das mesmas com a atenção recebida das instituições, durante toda a internação hospitalar. Os dados coletados (de estrutura, processo e resultado) foram pré-processados (organizados, classificados e categorizados) e processados por um software estatístico.

No último capítulo (Capítulo 4), os resultados gerados pelo software estatístico, através de gráficos e relatos (falas das mulheres), foram interpretados e analisados com base na literatura referente ao tema.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção prestada às mulheres internadas em trabalho de parto, nas maternidades da Região da AMFRI, de acordo com a Portaria 569, que trata do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (2000c).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as variáveis de estrutura dos locais de atendimento ao parto, de acordo com a estrutura física, equipamentos e recursos humanos.
- Analisar as variáveis de processo dos locais de atendimento ao parto, de acordo com as atividades realizadas pelos provedores do atendimento, tanto diagnósticas como terapêuticas e de reabilitação.
- Relacionar as variáveis de estrutura, de processo e de resultado, segundo a percepção das usuárias no atendimento ao parto.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ATENDIMENTO AO PARTO

É fundamental entender a contextualização histórica da evolução da atenção à saúde da mulher, principalmente no que se refere à evolução do cuidado ao parto e nascimento.

Ao se analisar este processo histórico desde a Antiguidade até os dias atuais, observa-se que grande parte dos rituais da obstetrícia são também formas de transmitir os valores básicos da sociedade para a mulher que dá a luz. Dentre ele, estão: a impotência feminina em face do sistema patriarcal, a “deficiência” de seu corpo feminino, a necessidade da medicina para controlar seus processos naturais, a sua dependência da ciência e da tecnologia, e a superioridade das instituições e das máquinas sobre as crenças e os significados individuais (DAVIS-FLOYD,1998).

A ocorrência do parto em seres humanos sempre evocou sentimentos de simpatia e apreensão e desses sentimentos, surgiram os primeiros esforços na arte de partejar (TOWSEND, 1952).

“Em princípio, a mulher pariu isoladamente, sem o mínimo de atenção e cuidados. A gravidez e a capacidade reprodutora feminina não eram fenômenos de interesse da coletividade. A historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam, e iniciam um processo de acumulação do saber sobre a parturição” (MELO, 1983, p.53).

Já nas antigas civilizações (egípcios, persas, hindus, hebreus, gregos e romanos) era desenvolvida a prática médica vinculada aos desígnios divinos. Assim, cultos aos mais variados deuses, eram invocados para o auxílio do parto e aos aspectos relacionados à pré - e pós-concepção.

O primeiro programa formal de treinamento de parteiras, que se tem registro foi iniciado por Hipócrates no século V aC. Contudo, as mulheres eram proibidas de frequentar aulas de medicina, mas eram audaciosas para que pudessem conseguir algum espaço para as suas atitudes. A exemplo disto, é a história de uma parteira grega de nome Agnodike, que se disfarçou de homem para conseguir ingressar na escola médica conduzida por Hierophilus, no Egito. De volta a Atenas ela obteve o reconhecimento como um bom obstetra, mas foi conduzida a julgamento quando o seu sexo foi descoberto. Sua absolvição foi baseada no testemunho de mulheres atenienses. Baseado no trabalho desta mulher Hierophilus escreveu o que é considerado o primeiro livro de anatomia dirigido às parteiras (WITHERS, 1979).

Também da Grécia, Sorano de Éfeso (98 dC. – 138 dC.), seguidor da Escola da Alexandria exerceu a obstetrícia em Roma. Foi considerado por alguns o maior parteiro da Antiguidade, escrevendo um tratado para as parteiras. Por quatorze séculos este livro permaneceu como a única fonte de referência na profissão (SANTOS, 2002).

Até esta época o útero era considerado um animal (TOWNSEND, 1952), e foi nesta sociedade que Sorano pode fazer uma descrição do útero e seus anexos. Ele definiu anatomicamente a posição do feto no abdome materno. Ensinou as parteiras o exame vaginal, foi o primeiro a descrever a versão podálica e os sinais e sintomas do trabalho de parto, assim como descreveu a rotina da atenção ao parto normal e definiu as causas dos partos complicados. Para isto, Sorano elaborou um método de propedêutica clínica bastante avançado para a época, fez uso da inspeção, palpação, percussão, toque vaginal e dissecação humana (SANTOS, 2002).

O trabalho de Sorano trouxe mais carinho e delicadeza para assistência a parturiente da época. Desaconselhou o uso precipitado de medicamentos para acelerar o parto, bem como o uso da força para extração do bebê em trabalho de parto demorado (TOWNSEND, 1952). Sorano também declarou que as parteiras deveriam ser instruídas, letradas, para poder compreender a arte através da teoria, porém as mulheres ainda continuaram proibidas de assistir as aulas de anatomia, fisiologia e medicina (ROOKS, 1997). Durante muito tempo, o trabalho de Sorano foi ofuscado, e somente em meados do século XVII é que foi resgatado por Galeno (SANTOS, 2002).

Galeno que surgiu na Ásia Menor em 130 dC., e oito anos antes da morte de Sorano, deixou um acervo de aproximadamente 400 trabalhos. No entanto, os conhecimentos de Galeno não tinham embasamento específico, tendo em vista que não escreveu nada especificamente sobre a obstetrícia, nunca dissecou uma mulher, tendo um conhecimento incorreto sobre a anatomia feminina e considerava o útero como um órgão duplo (SANTOS, 2002).

Porém, o trabalho de Galeno era considerado o mais atualizado da época. O catolicismo foi adotado como religião oficial quando em 328 o centro de interesse migra de Roma para Bizâncio que passa a se chamar Constantinopla. Nesta época o gênio Hipócrates era esquecido, os trabalhos de Sorano, seguidor de Hipócrates postos de lado, Galeno adotado pela Igreja, teve seu trabalho valorizado a ponto de ser considerado, simplesmente sacrossanto (TOWSEND, 1952).

Os filósofos Sorano e Galeno, com certeza contribuíram para a formação do conhecimento sobre o parto, contudo, as mulheres em trabalho de parto, desde sempre, têm sido ajudadas por outras mulheres, sejam elas de seus ambientes mais próximos (parentes, vizinhas ou amigas), ou reconhecidas pela sua experiência ou competência (parteiras escolhidas ou eleitas pela comunidade) (ROOKS, 1997).

A prova disto é citada por Santos (2002), que “a profissão de parteira, comprovada entre os Hebreus referida diversas vezes no Antigo Testamento, é seguramente um dos mais velhos ofícios do mundo”. Assim sendo, a função de parteira, embora às vezes desempenhada junto às mulheres de sua própria família e sua comunidade, tornou-se para algumas fontes de subsistência, para outras mulheres, uma função complementar aos afazeres domésticos.

Nenhuma competência especial, em matéria de medicina, era exigida para o exercício da profissão de parteira. Exigia-se naturalmente, que esta fosse irrepreensível no plano dos costumes. Tratava-se freqüentemente de uma mulher com experiência, isto é, com uma certa idade e mãe de numerosos filhos, pois era preciso que ela tivesse conhecido na “própria carne”, as dores do parto. Em muitos casos era viúva, podendo, assim, estar disponível; era robusta, gozava de excelente saúde, para poder deslocar-se pelas estradas independente das condições climáticas, tanto de noite como de dia, sendo ainda capaz de suportar as noites de espera. Devia ostentar um mínimo de higiene, ter unhas aparadas e não ter anéis nos dedos

enquanto trabalhava. Mantinha o sangue-frio em todas as circunstâncias, inspirava confiança, era conhecida por sua reputação e sabia usar as palavras adequadas para consolar e reconfortar (BARBAUT, 1990).

No ano de 1452, a profissão de parteira foi regulamentada pela primeira vez na Europa, em Regensburg, Alemanha. Essa regulamentação definiu a parteira como uma profissão de direitos iguais a qualquer outro artesão que adote códigos profissionais. Rapidamente esta lei foi modificada e adotada em outras cidades. Em 1480, o estado de Wurttemberg incluiu instruções sobre como a parteira poderia realizar a operação cesariana em mulheres vivas. Antes desta regulamentação a cesariana só era realizada em mulheres mortas. Registros históricos indicam a sobrevivência de muitas mulheres e crianças submetidas por parteiras a operação cesariana (SCHEUERMANN, 1995).

A parteira muitas vezes desempenhava um papel central numa rede comunitária de uma aldeia, despertando o interesse da Igreja Católica (SEACOME, 1985). Esta, por seu poder ideológico de dominação das consciências, desconfiava destas mulheres que tinham o privilégio de penetrar nos lares e de influenciar as mentalidades, tentou controlar a profissão e as suas práticas. Assim, a parteira passou a ser de modo imperativo ligada a religião católica, apostólica e romana e estar juramentada pelo padre, para ser capaz, em casos da vida do nascituro estar em perigo, de executar atividades para assegurar o batismo.

Apesar da profissão de parteira ter sido regulamentada pela Igreja, não lhes garantia nenhuma segurança sob as penalidades legais da Santa Inquisição, ao contrário: essa regulamentação tinha o objetivo de controlar as atividades assistenciais. As parteiras utilizavam em seus procedimentos de rotina, ervas medicinais, muitas poções e rezas para assistir a parturiente, causando muitas suspeitas aos padres, que freqüentemente acusavam estas parteiras de bruxaria. Se uma criança morria no parto, a parteira era acusada de bruxaria (DEVRIES, 1992).

Assim, aproximadamente 6.000 pessoas foram executadas como feiticeiras entre os anos de 1450 e meados de 1700, 80% destas pessoas eram mulheres e destas 50% parteiras. O medo de serem acusadas de feiticeiras fez com que muitas parteiras trabalhassem na clandestinidade, dificultando ainda mais o avanço da profissão (SCHEUERMANN, 1995).

A arte de partejar, acumulada pelas parteiras durante séculos, transformou-se numa poderosa arma contra elas próprias durante quatro séculos de inquisição (SANTOS, 2002). Ainda que a profissão de parteira estivesse regulada pela Igreja, na Europa, até aproximadamente o ano 1550, as parteiras eram as únicas profissionais a assistir ao parto. Estas profissionais conduziam o parto auxiliado por outras mulheres. Essas parteiras aprenderam seu ofício observando e ajudando suas vizinhas ou assistindo o trabalho de outra parteira, elas aprendiam por tentativa e erro, ganhando experiência a cada parto, gradualmente desenvolvendo métodos efetivos de suporte a estas mulheres, facilitando, desta forma, o parto (ROOKS, 1997).

Neste universo o homem não era convidado a participar dos rituais que envolviam o parto, assim, era excluído tanto da sala de parto quanto dos dias subsequentes a ele. O recinto onde ocorria o parto era reservado ao descanso e a recuperação da puérpera e para os rituais femininos que envolviam o parto e o nascimento (TOWSEND, 1952).

Como a figura masculina não era bem vinda e bem vista para atuar nos partos, logo um cirurgião, só era chamado em casos extremos de dificuldade. Assim, as parteiras e os cirurgiões tinham experiências extremamente diferentes com o nascimento. Nas suas carreiras, as parteiras presenciavam centenas de partos bem sucedidos, enquanto os médicos só viam as complicações mais graves que resultavam, na maioria das vezes na morte do bebê ou da mãe, e muitas vezes de ambos.

Sendo assim, apesar da experiência inigualável entre esses dois profissionais, a profissão de parteira ia perdendo seu espaço quando a medicina, em torno do final da Idade Média, inicia o desenvolvimento de seu próprio corpo de conhecimentos, preservado em Latim, logo inacessível às parteiras. A medicina tornava-se uma profissão intimamente ligada ao contexto das universidades, que foram fundadas em torno dos séculos XII e XIII (MELO, 1983).

Mesmo com a formação do seu corpo de conhecimento, à medicina somente interessava a cura das doenças. Sendo assim, a gravidez e o parto foram excluídos dos currículos médicos, por não serem assim considerados. Existia ainda toda uma dificuldade de relacionamento entre médicos e parteiras, pois os médicos evitavam o contato com as parteiras por pertencerem, estas, as classes sociais mais baixas e as parteiras, por sua vez,

reservavam as enfermarias dos hospitais para os procedimentos médicos, nunca levando uma parturiente normal para esse ambiente (ROUSH, 1979).

Sendo assim, o conhecimento médico sobre gestação e parto continuava a ser somente teórico e ainda moldado pela religião e o conhecimento das parteiras, apesar de mais acurado, continuava sem nenhuma forma sistemática para acumular suas experiências e conhecimentos individuais (ROOKS, 1997).

Embora as parteiras tenham conseguido seu papel histórico de atendente primária no nascimento, os barbeiros-cirurgiões foram gradativamente ganhando espaço no atendimento às parturientes (TOWSEND, 1952). Segundo Santos (2002), a pedra fundamental de uma ciência obstétrica voltada para a patologia, se deve principalmente ao fato da atuação dos cirurgiões nos casos complicados. Isso lhes assegurava uma vantagem sobre as parteiras, essa aparente competição levou os médicos-cirurgiões a se autopromoverem, pois caso o processo da gravidez e do nascimento fosse reconhecido por todas as mulheres como um ato fisiológico, os serviços desses profissionais não seriam requisitados. Mas, no entanto, se a gravidez e o parto fossem considerados como situações de risco, patológicas, então os seus préstimos passariam a ter um valor diferenciado.

Assim, novas maneiras de assistir ao parto foram surgindo, como o parto na posição horizontal possivelmente advogada por Guillemeau em 1658, posição esta que levou ao emprego da cama como local para o parto, sob a argumentação de que seria mais confortável para a mulher e mais adequada para o médico.

Em meados do século XVIII, na Inglaterra, surge um novo profissional apelidado de homem-parteira. Este profissional atuava, no lugar, antes reservado às parteiras na atenção ao parto normal, dando origem ao que se costuma denominar de “revolução na obstetrícia” (WILSON, 1995).

No ano de 1760, em Londres, William Smellie, professor influente, primeiro catedrático em Obstetrícia e Anatomia da Universidade da Pensilvânia, produziu uma descrição detalhada da anatomia e função placentária. Várias instituições surgiram nesta época em Londres, incluindo maternidades (4 entre 1749 e 1767), e o ensino sistemático voltado à formação dos homens-parteiras (liderado por Smellie, que ensinou

aproximadamente 900 alunos do sexo masculino entre 1740 e 1750). Algumas destas iniciativas obtiveram eco no interior, o que facilitou a disseminação da nova profissão (WILSON, 1995).

De acordo com Foucault (1991), os primeiros hospitais datam do final do século XVIII. Antes deste século, os hospitais serviam para separar os enfermos da sociedade, para esperar a morte, não havendo quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o doente. A formação médica por sua vez, não incluía atividade hospitalar. Após essa fase, passou a ser uma atividade rotineira, com visita e evolução hospitalar dos pacientes, realizadas por médicos, cujo trabalho era observar o comportamento dos doentes e tentar auxiliar no processo de cura. Estes profissionais, agora dotados com novos conhecimentos e novas tecnologias, criticavam o trabalho das parteiras tradicionais, e estas por sua vez criticavam as condutas intervencionistas e a violação do trabalho por elas desenvolvido.

Embora esta polêmica que permeou em meados do século XVIII não tenha ganhado força, no final do século os homens-parteiras haviam conseguido um lugar cativo na atenção ao parto e nascimento, principalmente sobre as mulheres urbanas e de classe social mais elevada, esta prática era considerada uma área das mais lucrativas (WILSON, 1995). Assim, com a crescente influência masculina num terreno historicamente controlado pelas mulheres, as parteiras observaram um declínio no que tange ao respeito, poder e reconhecimento de seu trabalho por parte da população (SANTOS, 2002).

Desta forma, as formulações da prática de saúde se constituíram em momentos distintos que de acordo com Mandú (2002), podem ser classificadas em, pelo menos, três grandes fases: projeto higienista/eugenista – do qual fazia parte a maternidade e sexualidade, do final do século XIX a meados do século XX; a da reprodução como constituinte do projeto médico, do final da fase anterior à década de 70; a da saúde, sexualidade e reprodução como constituintes dos direitos sociais, abrangendo, particularmente, as décadas de 80 e 90.

Para Mandú (2002), o século XX foi marcado por ocorrências expressivas de mudanças na interpretação e efetivação de direitos em saúde, nos padrões de saúde-doença, nos conhecimentos médicos, nos modelos e práticas assistenciais. Surgiram novas construções técnico-científicas, serviços, medidas e ações públicas e privadas em saúde, intermediados por

lutas sociais em prol de condições mais dignas de vida e políticas públicas favoráveis. Neste século as sociedades ousaram pensar a saúde com uma intencionalidade prática.

Essas mudanças levaram a denominação do sistema médico, que incluem significativas inclusões tecnológicas no cuidado à vida humana relativas a instrumentos e meios diagnósticos, controle e tratamento da saúde, processos normativos, relacionais, saberes e sistemas organizacionais de cuidados, através de práticas denominadas comumente de saúde pública e assistência médica (SINGER, 1988; IYDA 1994; MERHY, 1997).

Mandú (2002), refere que nesse contexto, desenha-se um campo de atuação político-social voltado à atenção a necessidades nas esferas da reprodução e sexualidade. No cuidado a essas dimensões da vida humana, são construídas tecnologias diversas, em dados modelos organizacionais, a partir de necessidades e possibilidades identificadas e valorizadas no interior de processos sociais e políticos em curso no país. Essas construções circunscrevem: à construção social do papel materno no cuidado da saúde dos filhos, à adequação de certos padrões de comportamento sexual; ao controle quantitativo da procriação; ao cuidado médico com a gravidez, parto e puerpério e funcionalidade do sistema reprodutivo/sexual; à ampliação de direitos nessas esferas.

Além de toda esta complexidade, marcadas nesse período histórico do século XX, voltadas à saúde da mulher, surgem movimentos organizacionais e não-organizacionais estimulando iniciativas com o objetivo de resgatar o parto como evento existencial e sócio-cultural, com vistas ao nascimento humanizado.

2.2. ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

Se a atenção ao parto nos primeiros três séculos nos países europeus e nos EUA, ainda não era compreendida e passava por momentos de transição e formação, como seria o atendimento obstétrico no Brasil?

Os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pelos índios brasileiros no século XVI, em relação ao cuidado com os doentes eram reservados ao intermediário entre os homens e os deuses, o pajé, o feiticeiro ou sacerdote. Para os indígenas a concepção sobre saúde-doença era fundamentada na magia, na mística e no empirismo (CASTILHO, 2000).

Priori (1997 p.10), refere que em 1640, foi descrito pela primeira vez sobre o parto dos “nativos” que aqui habitavam:

“As mulheres tem estatura média, membros bem torneados e não são feias. Casam cedo, são muito fortes, têm seus filhos fáceis, levantam-se cedo e vão banhar-se no rio, sem auxilio de ninguém (...) andam nuas, sem nenhuma cobertura, com tanta inocência, como têm de mostrar o rosto”.

Raminelli apud Priori (1997, p.12-13), relata o nascimento de um *tupinambá*:

“contava com todas as mulheres da tribo. O pai tinha uma participação importante, pois, nos partos complicados, era ele que comprimia o ventre da esposa para apressar o nascimento; além do que as crianças do sexo masculino tinham o cordão umbilical cortado pelo pai, que para isso recorria aos próprios dentes ou pedras afiadas. As meninas, estas recebiam os primeiros cuidados da mãe”.

O fenômeno biológico do parto acontece no mundo todo desde que os seres humanos começaram a habilitá-lo, sendo as práticas do nascimento exercidas conforme as concepções culturais, históricas e geográficas específicas. Segundo Helman (1994), os antropólogos relatam diferenças evidentes sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos e os chamam de sistema de crenças herdados da cultura do nascimento. Eles representam mais do que um simples evento biológico, sendo também eventos sociais – a passagem do status social de “mulher” para o de “mãe” (principalmente do primeiro parto).

No Brasil, então, o parto também sofreu influência que veio culminar na mudança de hábitos e costumes modificando de certa forma o modo de assistir as mulheres no momento do nascimento de seus filhos. Com a colonização, a assistência à saúde ganha novos executores: são os físicos, os cirurgiões-barbeiros, os que tinham entendimento, até o final do século XVIII, eram raros os médicos no Brasil. Efetivamente, as mudanças se deram, quando os colonizadores portugueses, aqui se instalaram, em especial com a vinda de Dom João VI ao Brasil colônia, em 1808, levando a medicina artesanal local a adotar métodos e condutas européias. A assistência ao parto, atribuição de “curiosas e comadres”, ganhou foros de cidadania e passou a ser encarado como atividade médica (HELMAN, 1994).

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, foram criados os cursos de medicina e cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro, marcando o processo de institucionalização da medicina no país. As práticas de cuidado para com as pessoas doentes passaram a ser executadas pelas profissões estruturadas e reconhecidas pelo Estado, com normas que regulam a formação e o exercício profissional (CASTILHO, 2000).

O primeiro curso de obstetrícia surgiu em 1818, tinha cunho meramente especulativo e teórico, já que não havia uma enfermaria com gestantes e parturientes suficientes para as aulas práticas. Nesta época eram as religiosas responsáveis pela administração dos recentes hospitais, e o parto era visto como uma falta de pudor. Sendo assim, as mulheres sentiam-se constrangidas em exporem suas partes íntimas a outros homens, fora do âmbito domiciliar (KRUNO, 2004).

Em 1832, as academias transformaram-se em escolas ou faculdades de medicina e tinham autorização para conceder títulos de Doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira.

“As primeiras medidas das escolas foram para legalizar o ensino e a profissão, buscando impor um reconhecimento social e uma valorização do seu saber às custas da perseguição dos demais exercentes das ações de saúde consideradas charlatães, indignos e incapazes de exercer a arte de curar. As escolas médico-cirúrgicas transformadas em faculdades, institucionalizaram também o ensino da farmácia e da arte de partejar, além de tomar a cirurgia como parte integrante da medicina, que passa a ter duas especialidade básicas (...). Aos médicos coube o direito de exercer todos os ramos da arte de curar (Art. nº 12 da Lei 03/10/1832), as parteiras diplomadas foi delegado o direito de partejar e os farmacêuticos o de ter a

botica e mexer com os medicamentos. A institucionalização da prática das parteiras lhes retira a autonomia e a vinculação com comunidades, transformando-as em uma profissão auxiliar, subordinada as regras emitidas pelas escolas médicas que normatizam o exercício profissional das três profissões, bem como emitem e validam diplomas” (PIRES, 1989, p. 96-108).

Desta forma, em 1847 é criada a Maternidade da Santa Casa de Misericórdia, onde foi criada uma enfermaria destinada para partos. Apesar da criação de algumas maternidades, Fernando de Magalhães afirmou na comemoração dos 100 anos de independência, que não tinha o que se comemorar no que diz respeito à situação científica da Ginecologia e da Obstetrícia no Brasil. Os alunos repetiam-se uns aos outros em suas teses de doutoramento, levando a uma monótona repetição de assuntos por vários estudantes de turmas sucessivas. O ensino prático veio somente após 30 anos, em local inapropriado o que refletiu negativamente sobre o ensino que se mantinha. Assim, desde o seu nascimento, a obstetrícia não teve prestígio profissional, os professores não deixaram discípulos e não criaram escolas (SANTOS, 2002).

Na Bahia o ensino teórico foi entregue a professores sem destaque e a atividade prática teve maior peso. Os mestres eram reconhecidos por toda a comunidade, conseguiram inaugurar a Maternidade da Bahia, considerada a melhor do Brasil.

Sendo esta a origem da obstetrícia no Brasil, 100 anos depois, ainda havia muita diferença. Em todo país, só existiam 10 (dez) maternidades, havendo cerca de 400 (quatrocentos) leitos destinadas as mulheres em parturição (SANTOS, 2002).

Desta forma, a obstetrícia moderna no Brasil passa a ser entendida como:

“parte da medicina que estuda os fenômenos da reprodução na mulher. Ocupa-se, assim, com a gestação, o parto e o puerpério, investigando-lhes a fisiologia, a patologia e os acidentes, e dita as regras da assistência em circunstâncias normais e sob condição anômalas. Os cuidados que se dispensam à mulher pejada e ao produto durante o ciclo gravídico-puerperal, constituem a prática da obstetrícia, aperfeiçoada pela experiência e constantemente a aprimorar-se com os conhecimentos teóricos que a pesquisa, a clínica e a observação sugerem.” (MAGALHÃES, 1922 apud SANTOS, 2002)

Mesmo com a estruturação dos cursos de medicina ainda existia muita resistência por parte das mulheres em aderir ao atendimento hospitalar. Sendo assim, a classe médica iniciou seus esforços no sentido de conquistar a confiança das mulheres, através da divulgação de uma imagem de força e sabedoria a respeito da psicologia feminina, bem como do conhecimento débil sobre a anatomia e fisiologia da mulher. Como seus argumentos não foram suficientes para vencer os recatos femininos, o governo implantou uma Lei a fim de incentivar as internações e ao mesmo tempo fazer um controle mais apurado de sua população em termos estatísticos. Essa Lei consistia em apresentar todo recém-nascido, de mãe pobre ou rica, ao subdelegado do distrito a fim de cadastrá-lo, emitindo um registro, ou o que hoje chamaríamos de declaração de nascido vivo. As mulheres pobres passaram a parir nas instituições para facilitar o processo de registro (KRUNO 2004).

2.3. CONTEXTUALIZANDO A INSTITUCIONALIZAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

Como vimos anteriormente, a história do parto se deu em diferentes contextos, envolvendo processos culturais, sociais, econômicos e políticos. Modificou o evento biológico natural e cultural do parto, antes pertencente ao âmbito da normalidade, para a ótica patológica. Gerou conflitos entre categorias profissionais na busca pelo espaço de trabalho e pelo domínio das atividades que o parto institucionalizado trouxe.

Muitas mudanças levaram a condicionar o foco da atenção dada ao parto do fisiológico para o patológico, contribuindo para a sua institucionalização. Santos (2002), cita que o desenvolvimento de técnicas obstétricas forneceu aos cirurgiões a porta de entrada para o campo da medicina. Durante o período de rápido crescimento econômico, iniciado no século XVII, a sociedade ocidental substituiu o valor concedido ao organismo humano pelo valor dado às máquinas. Alguns pensadores como Descartes, Bacon, Hobbes e outros, desenvolveram e disseminaram uma filosofia que assume um universo mecanicista e seguidor de leis previsíveis, que os diferenciavam das teorias medievais e que tornava possível seu atendimento através da ciência e seu domínio através da tecnologia. Davis-Floyd (1992), acrescenta que como resultado desta mudança na base filosófica a natureza, a sociedade e o

organismo humano rapidamente começaram a ser vistos como partes “atomizadas e intercambiáveis”, que podem ser reparadas ou trocadas a partir do exterior.

A transição do parto domiciliar para o parto hospitalar durou apenas duas gerações. O nascimento passou de um evento familiar e natural para um procedimento médico. As mulheres transformaram-se em pacientes, e o cuidado do recém-nascido uma nova especialidade (ROTHMAN, 1982). Esta transferência do local do nascimento citado por Gualda (1993), teve como resultado uma substituição de rituais no que diz respeito ao Processo de Nascimento. Os aparatos tecnológicos para o controle de trabalho de parto e parto, distanciaram cada vez mais a mulher do processo de parir, incrementando o rito hospitalar, onde as crenças e valores que fazem parte de sua cultura, não fossem respeitados.

A explicação dada a este período rápido de transição tem sido explicada pela introdução de técnicas anestésicas, pelo descobrimento das causas das doenças, pela teoria dos germes, a introdução da assepsia, entre outros. Santos (2002) relata, que a institucionalização do parto, passa também pelo entendimento do próprio processo de urbanização ocorrido na época. A transformação do sistema econômico, no final do século XIX, trouxe uma maior divisão do trabalho, especialização e um novo ritmo ditado pelas fábricas e pelos escritórios. A reestruturação econômica e a especialização também contribuíram para transformar a estrutura social. Com a crescente distinção entre proprietários e trabalhadores, desenvolveu-se a burocracia com os escriturários e contadores, assim como outros prestadores de serviço. Com isto expandiu-se a classe média que com o poder de compra, preferência por local de moradia e atitudes voltadas, a urbanização produziu rapidamente uma mudança na geografia social das cidades. Assim, mudanças no estilo de vida eram estabelecidas em resposta a estas alterações. Os principais resultados dessas mudanças foram uma estratificação crescente, segregação sócio-econômica e étnica, e uma mudança na direção de uma interação social impessoal e racional.

Em relação ao poder ideológico dominante relacionado ao modelo biomédico, Capra (1996) afirma que somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. A tendência para manter-se saudável não é comunicada, não sendo valorizada a confiança do indivíduo no seu próprio organismo.

As demandas da industrialização e da urbanização trouxeram a racionalização do dia-a-dia, e a separação geográfica entre a residência e local de trabalho, tornou gradativamente mais difícil para a família desempenhar papéis tradicionais (PRED, 1981).

Estas mudanças levaram a isolar a família nuclear de sua tradicional rede de apoio, de forma que parentes mais próximos que até então eram partes integrantes, em conjunto com amigas desta rede, foram afastados pela nova vida nas cidades grandes. Essas mudanças na estrutura e papel da família, em conjunto com o crescente número de indivíduos que viviam inteiramente sós nas cidades, induziram inicialmente, um aumento na demanda de cuidados médicos profissionais. Este fato ocasionou o aumento de escolas médicas, o que levou a formação de profissionais médicos com conhecimentos e habilidades inadequadas. Essas mudanças na conjuntura social e econômica, contribuíram para que a qualidade da atenção obstétrica prestada na época se tornasse ruim, admitindo-se o fato de que uma reforma imediata na educação médica se fazia necessária, para elevá-las ao nível das escolas européias, em particular as germânicas. As mulheres que optavam em parir nos hospitais eram denominadas de “**clinical material**” e a demanda crescente de alunos de medicina exigia um maior número de mulheres para que pudessem praticar as atividades de ensino (SANTOS, 2002).

As mulheres utilizadas como ferramentas de ensino, em troca tinham atendimento gratuito das maternidades. Porém, na medida em que as intervenções médicas iam aumentando como, por exemplo, o uso rotineiro de fórceps e clorofórmio, particularmente perigosos, o risco de mortes dessas mulheres aumentava na mesma proporção (SANTOS, 2002).

Em 1910, o relatório Flexner Report disseminou a regulamentação rigorosa do ensino médico, levando ao fechamento de muitas escolas de medicina. De acordo com Brown (1979) apud Santos (2002 p.35), a contribuição da regulamentação rigorosa do ensino médico levou o “público a aceitar a medicina científica e, mais importante, educar as mulheres e os homens de classe dominante a financiar pesquisas científicas na área médica”.

Segundo Ros (2000, p.32), após a publicação do Relatório Flexener consolida-se a hegemonia de um modelo, onde o atendimento é centrado no hospital, baseado, em “uma lógica biologicista, com uma concepção mecanicista e fragmentada do corpo humano”.

Santos (2002) cita que as maternidades tornaram-se laboratórios, locais para o teste de novas tecnologias. A clientela dessas maternidades era composta por mulheres de baixo-nível sócio-econômico, solteiras e, portanto, com menos poder de reivindicação de seus direitos, submetendo-se a posição de serem tratadas apenas como casos.

Com as inovações tecnológicas da época, novas condutas foram adotadas com a institucionalização do parto. Novas rotinas foram escritas e novos modelos foram propostos, surge a relação do parto com a febre puerperal, e também uma rotina para prevenir a doença.

Os médicos assumiram que a origem da doença encontrava-se no próprio ambiente hospitalar, mas responsabilizavam as pacientes pela infecção e que deveriam ser tratadas como portadoras de germes e que poderiam conduzir a própria morte. As pacientes oriundas de bairros pobres tinham suas roupas confiscadas e as cabeças raspadas, por terem roupas sujas e parasitadas por piolhos. O enema, prática antiga, tornou-se rotina devido ao medo que o esvaziamento intestinal na hora do parto aumentasse o risco de infecções (SANTOS, 2002).

Cabe ressaltar o que Wertz (1989a p. 137), relata sobre a rotina implementada por William Goodell na Filadélfia e professor de doenças das mulheres na Universidade da Pensilvânia, em 1874, com o objetivo de prevenir a febre puerperal:

“Quando a paciente ingressa no hospital, alguns dias ou semanas antes do parto, é oferecido pequenas doses de quinino, na época um tipo de profilaxia para qualquer propósito (amplo espectro). Cada mulher recebia drogas para constipação intestinal, dores de cabeça e sonolência. Quando iniciava o trabalho de parto, cada uma recebia laxantes e banho. O médico, então, rompia o saco amniótico, aplicava o fórcepe para acelerar o processo, fornecia ergo¹ após o desprendimento da cabeça, e acelerava a saída da placenta. Após o corte do cordão e novo banho, fornecia-se morfina de hora em hora e mantinha-se o uso de quinino até os ouvidos zumbirem”.

Essas medidas rigorosamente introduzidas e talvez necessárias na época para controlar a febre puerperal, contribuíram também para que a sociedade percebesse a gravidez, parto e o nascimento como processos com alto potencial patológico e que alguma forma de cuidado especial ou tratamento era necessário para evitar a morte de mulheres e suas crianças (SANTOS, 2002).

A partir de 1900, no Sloane Maternity Hospital em Nova York, outra rotina é implementada, também citada por Wertz:

“Cada paciente do Sloane recebia um enema logo após a admissão e a partir daí uma ducha vaginal com mercúrio, o anti-séptico favorito. As enfermeiras lavavam os cabelos das pacientes com querosene, éter e amônia, os mamilos e o umbigo com éter; raspavam os pelos pubianos das mulheres pobres e cortavam com tesoura os pelos das mulheres mais ricas, assumindo que as pobres eram mais contaminadas. O enema era repetido a cada 12 horas e continuavam a aplicar a ducha vaginal durante e após o parto com soro fisiológico acrescido de uísque ou mercúrio (WERTZ, 1989, p.139).

Em torno de 1920 a sociedade americana começa a demonstrar mudanças na forma de pensar o parto. Surge a figura de DeLee, obstetra de Chicago que exerceu uma influência marcante sobre o ensino e sobre o pensamento dos obstetras. Institui a episiotomia, a episiorrafia, o fórcepe profilático, sendo estes considerados como uma das suas maiores contribuições para a obstetrícia. O modelo de atenção de DeLee propunha: a infusão de morfina e escopolamina (provoca amnésia anterógrada) durante o primeiro estágio do trabalho de parto, episiotomia, alocação do fórcepe, injeção de derivados de ergo e ocitocina para a prevenção da hemorragia pós-parto, extração manual da placenta, episiorrafia, infusão de mais morfina e escopolamina com o intuito de abolir, tanto quanto possível a memória do parto (SANTOS, 2002).

O trabalho de DeLee representava um “olhar” preventivo e a melhor das intenções dos obstetras da época, tendo grande influência sobre os partos hospitalares. Contudo, a proposta de DeLee não obteve sucesso em outros países, particularmente na Europa, onde a maioria dos partos era domiciliar e atendido por parteiras, e onde se observava uma incidência baixa de lacerações perineais (WERTZ; WERTZ, 1989).

Por volta de 1930, as propostas de DeLee tornaram-se rotinas na maioria dos hospitais, influenciando algumas gerações de obstetras. Ainda em 1973, nos EUA, se discutia a aplicação do fórcepe profilático, buscando-se justificativas científicas para a sua aplicabilidade (NISWANDER; GORDAN, 1973).

¹ Ergo metil-ergonovina: uterogênico potente. Hoje com indicações muito reduzidas (SANTOS, 2002)

A nova filosofia médica consolidada pela organização do trabalho, pelo controle do espaço de trabalho, forma assim nova elite profissional. Talvez pensassem que a institucionalização do parto trouxesse prestígio e poder. A conveniência que os obstetras vinham desenvolvendo suas atividades nos hospitais, por não encontrarem espaço para atuação no domicílio, também pode ser considerada um outro fator contribuinte para a institucionalização do parto (SANTOS, 2002).

Segundo Wertz (1989), com o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e tratamento, os obstetras passam a valorizar a origem biológica da doença e das complicações do parto. Estes fatores levaram ao esquecimento das causas sociais, culturais e psicológicas das complicações ou doenças da gravidez; o que conduziu ao pensamento de que os médicos pouco poderiam fazer pelas causas sociais, ambientais ou psicológicas e o correto seria tratar adequadamente o problema quando surgisse, o que pouco poderia ser feito caso não estivesse no hospital. O parto hospitalar, mais do que o domiciliar constituía uma maneira mais eficaz do uso das habilidades médicas, que se restringia tratar as doenças, mais do que preveni-las.

Para Santos (2002, p.42), esta mudança de foco da assistência obstétrica gerou uma “dicotomia entre a antiga forma de cuidar, onde o compromisso era com a prevenção, conforto e apoio psicológico e a “moderna” onde prevalece o papel meramente curativo da obstetrícia”.

O status do profissional não era mais atribuído a sua habilidade em acolher, aconselhar, cuidar e prevenir doenças ou complicações, mas na sua habilidade de curar doenças, resolver complicações e lidar com as novas tecnologias. Estes atributos, que perderam valor para essa categoria profissional, sendo considerados de “menor importância”, passa a cargo de profissões hierarquicamente inferiores como as enfermeiras, assistentes sociais e religiosos (SANTOS, 2002).

Complementando, a respeito da mudança de valores que o parto sofreu, Odent pondera que:

“A gravidez é a ocasião de freqüentar o hospital ou a clínica, lugares onde geralmente se reúnem os doentes. A gravidez é também ocasião para ler ou consultar livros e guias onde estão condensados, todos os riscos inerentes ao estado da mulher grávida, do feto, ou do recém nascido. Enfim, a gravidez termina geralmente dentro de uma sala de parto que se parece muito com uma sala de operação cirúrgica” (ODENT, 1982, p.65-66).

Para Santos (2002), a marcante transformação ocorrida no modelo de atenção ao parto e nascimento, somente se concretizou quando a mudança na forma de pensar se deu tanto para os médicos quanto para as mulheres, que passaram a entender que o parto hospitalar oferecia maior segurança, tanto para a mulher quanto para o bebê. O hospital vendia a imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos, o hospital era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção tanto direcionados à mulher quanto para seu bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a sua recuperação.

Outra razão referida por Santos (2002), para justificar a rápida migração do parto para os hospitais reside no fato de que os médicos necessitavam de campo de estágio para o desenvolvimento de suas técnicas com um suprimento regular de pacientes. O hospital se tornou um laboratório e a escola ao redor do qual a obstetrícia se desenvolveu e se organizou.

Podemos notar, por exemplo, a evidência no aumento do índice de partos hospitalares na década de 30 nos EUA, que pela primeira vez foi maior que ao de partos domiciliares. Neste novo ambiente, o nascimento passou quase que exclusivamente para o controle do médico, e a tendência foi de medicalizar um evento biológico normal, transformando-o em um problema médico (CASTILHO, 2000).

Helman (1994), ressalta que a mulher grávida, portanto, passa a ser vista como um “paciente”, passivo e dependente. Assim como ocorre na distinção entre enfermidade e doença, a medicina é criticada principalmente, por ignorar significados que as mulheres dão às experiências de gravidez e nascimento.

O modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento deriva da visão mecanicista da realidade, que foi gerado a partir da Revolução Científica na Europa. O termo tecnocracia implica no uso de uma ideologia do progresso tecnológico como fonte de poder político. Ele expressa não somente a dimensão tecnológica, mas também a hierarquia, a burocracia e a autocracia do modelo cultural dominante. Como pode ser constatado na medicina ocidental, a tecnologia e o padrão baseado no gênero masculino reinam soberbos enquanto os indivíduos têm que se adequar às rotinas e conveniências institucionais. A principal característica deste modelo, é ter sido baseado na ideologia da tecnologia, que o torna apropriado para a sociedade tecnocrática com seus valores de eficiência e racionalidade, organização, prática, sistematização e controle (HELMAN, 1994).

A obstetrícia, enquanto uma ciência, cresceu adotando metaforicamente o modelo da linha-de-montagem. No hospital o sistema reprodutor feminino é tratado como “uma máquina de nascimento” por técnicos especializados que trabalham sujeitos a rotinas inflexíveis que objetivam otimizar a produção e controle de qualidade, haja vista que muitas maternidades possuem enfermarias para alojar as mulheres em trabalho de parto, e salas de parto com várias mesas ginecológicas dispostas lado a lado comprometendo sobretudo a privacidade das mulheres e contribuindo para um ambiente agressivo e absolutamente inadequado (SANTOS, 2002).

O hospital pode ser considerado uma “fábrica” altamente qualificada, assim sendo, quanto mais aparelhado, quanto maior for sua disponibilidade de tecnologia de ponta, melhor será o seu conceito junto aos profissionais de saúde e junto à população. Como uma instituição, ele é considerado muito mais importante do que o indivíduo ou a família; logo, o processo de nascimento deve seguir de acordo muito mais com as necessidades da instituição do que com as necessidades individuais das mulheres atendidas (HELMAN, 1994).

Para Davis-Floyd (1998), o nascimento passa a ser considerado um serviço (tecnocrático) que os obstetras prestam à sociedade; o médico “faz o parto” e entrega o recém-nascido (RN) à sociedade, tradicionalmente o bebê é entregue à enfermeira ou ao pediatra logo após o nascimento, e não à mãe. Quando o “produto” se encontra em perfeito estado os méritos vão para os médicos (muito comuns em cenas cinematográficas), se imperfeito, passa automaticamente para a responsabilidade de outro especialista; e toda a “culpa” é creditada à inerente máquina defeituosa de nascimento: a mulher. A gravidez é uma condição ou estado da mulher, enquanto o parto pode ser visto tanto como atividade na qual a mulher está engajada ou um serviço a ser prestado pela medicina. Aplicar um modelo tecnocrático a um fenômeno físico transforma pessoas em pacientes e os coloca no lado dos doentes. A doença é algo que ocorre na pessoa, não é algo que esta é ou faz. Talvez esteja aí a chave para a aceitação e validação da medicalização do parto. A gravidez talvez esteja mais associada a algo que a pessoa é ou faz – gesta. Em nossa sociedade a mulher “espera” e “ganha” o bebê, e não gesta e pari.

A história da obstetrícia no ocidente é a história da separação. Separa-se o leite do peito, mães dos bebês, fetos das gestações, sexualidade da procriação, a gravidez da maternidade. E, finalmente, se é deixado com a imagem do feto como ser flutuante deixado

sozinho, análogo ao homem no espaço, com o cordão umbilical conectado à placenta, e a mãe reduzida ao espaço vazio que a circunda (DAVIS-FLOYD; ARVIDSON, 1997).

Todo esse arsenal ideológico e as conseqüentes mudanças ocorridas a partir do desenvolvimento econômico, da industrialização, das novas tecnologias, da urbanização, que geraram novas configurações familiares e novas redes de apoio, bem como a nova concepção do cuidado humano, levou não somente a modificações estruturais da sociedade, mas gerou conseqüências diretas sobre o estado de saúde da população.

Com a medicalização da assistência ao parto, por exemplo, houve um aumento das ocorrências obstétricas indesejáveis expressadas pela morbi-mortalidade materna e perinatal. Desta forma, segundo Helman (1994), nos últimos anos o conceito de medicalização tem sido proposto por críticos da medicina moderna, como Ivan Illich, tanto quanto por sociólogos que analisaram a questão da prática médica. Neste sentido, a medicalização diz respeito à expansão da medicina moderna em relação a vários espaços da ação humana abrangendo muitos problemas que inicialmente não eram definidos como entidades médicas. Dentre eles, estão diversos fenômenos, como as várias etapas normais do ciclo vital feminino (menstruação, gravidez, parto e menopausa), assim como a velhice, solidão, isolamento social, além das conseqüências dos maiores problemas sociais como a pobreza e o desemprego.

Uma das explicações resgatadas por Helman (1994) sobre a medicalização, é a de que a medicina moderna atua cada vez mais como um agente de controle social (especialmente sobre a vida das mulheres) o que torna as pessoas dependentes da profissão médica e do vínculo com a indústria farmacêutica. Além disso, a gravidez e o parto, assim como a menopausa e a menstruação, na moderna classe média européia e americana, são vistas, cada vez mais, como condições médicas e, portanto, indicadas para diagnóstico e tratamento médico (HELMAN, 1994).

“As condições habituais de nascimento, nos países industrializados são desumanas, porque implicam uma separação mãe-filho, porque a dupla é, ela própria separada “radicalmente” de tudo o que invoca suas origens da vida. A tecnocracia e o puro intelectualismo são outros aspectos exemplares de desumanização por separação e por ausência de contato com as raízes sociais...” (ODENT, 1982, p. 18).

A medicalização da atenção ao parto foi consolidada a partir de mudanças, que atravessaram séculos, passou por mudanças de ordem econômica e social que modificaram a maneira de viver das pessoas, o modo de pensar, ver e sentir as coisas. Portanto, essa medicalização não é um fato isolado, ela permeia por uma grande conjuntura, social, política e ideológica.

Contudo, uma nova perspectiva vem tomando espaço de aceitação e fomentando fóruns de discussão a respeito da humanização da assistência obstétrica, enquanto modalidade assistencial. Em muitos países, como a Holanda, Suíça, Japão, Grã-Bretanha, Austrália e Suécia, o parto humanizado, enquanto conjunto de práticas vem sendo desenvolvido resguardada as peculiaridades profissionais, de infra-estruturas e até político-filosóficas de cada país e de suas autoridades de saúde (SIQUEIRA, 2001).

2.4. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher vem sendo contextualizada nos diversos grupos sociais, como: cientistas sociais; profissionais da saúde; políticos; movimento de mulheres e usuárias; sendo um tema de significativa relevância em reuniões nacionais e internacionais.

A saúde pública tem enfatizado os aspectos clínicos e epidemiológicos dos agravos que afetam a saúde da mulher, especialmente aqueles que estão associados ao processo biológico da reprodução (GOMES, 2002).

O conceito de saúde da mulher, ainda não possui um consenso. De acordo com a definição canadense citada por Phillips (1995, p.189):

“A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem estar físico é determinado pelo contexto político cultural e econômico da vida das mulheres assim como o biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e sua experiência sobre saúde. Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial.”

Quanto à saúde materna, Galvão (1999, p. 165) cita alguns autores, dentre eles a definição de Graham e Campbell de 1990, que afirmam: “Saúde materna abrange resultados positivos e negativos físico, social ou mental, de causas relacionadas com a maternidade ou seu manejo”. No contexto brasileiro esses conceitos são de extrema relevância ao se efetivar as ações direcionadas a saúde da mulher.

Nesta perspectiva, na metade do século XX (dos anos 20 aos 50), as bases de uma responsabilidade governamental com a maternidade, em consonância com a importância dada ao seu controle para o desenvolvimento econômico-social do Brasil, começam a assentar-se. No âmbito da saúde pública, a atenção dada à maternidade organiza-se ligada à preocupação com a saúde infantil, apoiada eminentemente em tecnologias educativas, dirigidas a mulheres, inicialmente com vistas ao cuidado apropriado das crianças e família e, mais tarde, também em função da necessidade identificada de proteção mais ampla daquele processo (MANDÚ, 2002).

Assim, os cuidados desenvolvidos em torno da sexualidade restringiam-se à conformação de um determinado padrão de moralidade interpretado, hegemonicamente, como apropriado à época e ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, mediante a aplicação de tecnologias educativas que disciplinavam o exercício conjugal e sexual, sobretudo da vida feminina.

Desta forma, em fins dos anos 70, a crise financeira da Previdência Social e as crescentes demandas por atenção médica, geram a eleição de medidas governamentais restritivas dos gastos, valorizando-se investimentos na assistência básica à saúde e a utilização de tecnologias simplificadas (MERHI, 1997).

Já no cenário mundial, o ideário da Atenção Primária à Saúde, sob o marco da medicina comunitária, propunha medidas voltadas à reorganização dos serviços, para assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo, destacando a expansão e melhoria do nível tecnológico do setor. O mesmo autor afirma que assim, sob a influência desses dois processos, o Ministério da Saúde reformula as diretrizes gerais da assistência à saúde e, em 1974/1975, também a política nacional de saúde ao grupo materno-infantil, oficializando-se através do Programa Materno-Infantil (PMI) (MANDÚ, 2002).

Esse programa formalizou ações de atendimento à gravidez, parto e puerpério, de estímulo à amamentação e medidas para espaçamento entre as gestações, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos, consideradas partes de grupos vulneráveis, delimitados por meio de critérios pautados no conceito de risco (BRASIL,1975). Mandú (2002), destaca que os homens são deixados de fora dessa proposta de intervenção política, como se a sua participação, responsabilidade e os riscos reprodutivos não os pertencessem.

Em meados dos anos 70 início dos anos 80, a atenção médica vigente centrada em questões de ordem física, torna-se amplamente questionada e mobilizada por outras abordagens que dão vitalidade às relações entre saúde e condições socioculturais, vividas pelos vários grupos e, especificamente, por mulheres (MANDÚ, 2002).

Gonçalves (1994), destaca nessa época, a propagação de uma abordagem social da saúde-doença e cura e, através de perspectivas feministas/de gênero, mostram outros papéis e as relações entre homens e mulheres, redimensionando os seus significados para a saúde feminina. Para Valéry (1996), essa visão que contrapunha a visão prevalecente, ganha uma leitura articulada dos processos biológicos, psicoemocionais e, socioculturais da vida humana, fornecendo-se novas bases para uma compreensão mais global da saúde, da reprodução e sexualidade. Os anos 80 são marcantes nessa revisão, através de vários processos sociais, em que se destacam os movimentos pela reforma sanitária e os com participação de mulheres e feministas.

Segundo Mandú (2002), esses anos são definitivamente marcados por reformas nas políticas sociais. A crise econômica, que se manifesta após, “o milagre econômico” dos anos anteriores, alcança seu auge nos anos 80, acompanhados de uma abertura democrática gradual. É nesta década que se oficializa, na Constituição Federal de 1988 e em outras legislações secundárias, a proposta de criação do Sistema Único de Saúde. Paralelamente, nesta década, há um crescimento dos movimentos organizados de mulheres que reivindicam uma maior participação como protagonistas de sua própria história lutando por melhores condições de vida, defendendo seus direitos à cidadania incluindo a questão da igualdade social e de gênero no que diz respeito a valorização do trabalho, ao direito à saúde, educação, o controle de sua sexualidade e sua fecundidade, bem como um atendimento integral à sua condição de mulher e mãe.

Em 1984, em Amsterdã, no Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, definem-se estratégias políticas de internacionalização da luta por sua ampliação, criticando-se posturas restritas a perspectivas controlistas em torno da concepção. No Brasil, o debate e posições acerca dos direitos das mulheres incorporam questões como a superação da violência presente nas relações e práticas em saúde feminina e valorização das suas experiências corporais, resgatando-se o sentido mais amplo da sexualidade no interior dos serviços. Também, reforçava-se a necessidade de ampliação e acesso, de melhoria da qualidade das ações/serviços de saúde, levando-se em consideração as implicações médicas e éticas das novas tecnologias introduzidas na assistência (ÁVILA, 1993).

As lutas sociais acontecidas no Brasil resultam em negociações com órgãos governamentais, antes e por ocasião da Primeira Conferência Nacional de Direitos da Mulher, realizada em Brasília, em 1986, quando se sintetizam interpretações/proposições em saúde feminina. No início dos anos 80, o governo, em articulação com representantes de grupos feministas, projeta políticas e propostas assistenciais mais amplas, dirigidas à saúde feminina. Como um dos frutos desse processo, em 1983/1984, o Ministério da Saúde lança o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (MANDÚ, 2002).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (PAISM), criado em 1983, engloba muitos valores dessas definições. Esse Programa constitui uma das mais importantes políticas públicas na área da saúde, quando estabelece em suas linhas de ação e estratégias um modelo assistencial em cujo contexto se incluem a integralidade e a equidade (CIANCIARULLO, 2002). São de extrema importância as discussões acerca desses conceitos, pois refletem condições sócio-históricas, dinâmicas por sua própria natureza. De outra forma, o ponto fundamental é a sua aplicação prática, no âmbito dos serviços de saúde, no ensino e na pesquisa.

Embora o PAISM tenha sido implementado em todo território brasileiro ainda há um distanciamento entre o conceito e a prática. Essa dificuldade de incorporar seus conceitos é influenciada por fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. Esta dificuldade é traduzida por uma razão de mortalidade materna de 141/100. 000 nascido vivo, sendo 9% decorrentes de aborto, 32% de cesária; indicadores de alta prevalência de câncer ginecológico, entre outros, refletindo as dificuldades de incorporação dos preceitos do PAISM (GOMES, 2002).

Segundo Tanaka (1995), a maioria das mulheres dá a luz em hospitais, isso passa a falsa impressão de suficiência de leitos hospitalares para a assistência materna. Na realidade é com muito esforço e peregrinação que elas conseguem chegar até eles. Há também a falta de integração entre os diversos níveis de serviços de saúde como ponto importante a ser considerado. Afirma ainda que:

“Para a mulher no ciclo gravídico puerperal, as assistências no pré-natal, no parto e no puerpério estão intimamente interligadas e a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer um desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher a risco de vida” (TANAKA, 1995 p. 98).

Esta falta de integração ocasiona a descontinuidade da atenção. O resultado é um coeficiente de mortalidade materna elevadíssimo, por causas evitáveis. A mortalidade materna, por ser um indicador sensível de desigualdades sociais reflete o grau de desenvolvimento econômico e social de cada localidade e, conseqüentemente, de assistência oferecida (TANAKA, 1995).

Para Bosi; Afonso (1998), muito mais do que um diagnóstico do que lhe é devido, falta à população a crença de que a situação pode mudar. Os usuários acreditam que a realidade só pode ser transformada por outros segmentos; se alguém pode transformar esta realidade, certamente não são eles, já que se percebem claramente excluídos do poder. Mais do que isto: não percebem em si qualquer possibilidade de exercer o poder.

Um dos méritos do PAISM foi o de oficializar o conceito de integralidade como princípio fundamental de organização da atenção à mulher, traduzindo como atenção à “todas as necessidades de saúde” da adolescência à terceira idade feminina. Em suas proposições, o Programa prevê a implementação nacional de medidas clínicas e educativas, a partir de critérios epidemiológicos, para acompanhamento da gestação, parto, puerpério, controle das doenças sexualmente transmissíveis, câncer ginecológico, além de medidas de anticoncepção e tratamento da infertilidade (MANDÚ, 2002).

No final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o atendimento à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a

saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher (LEAO, MARINHO, 2002).

A área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, a fim de proporcionar melhorias para a assistência obstétrica, elaborou um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e inclui a remuneração aos procedimentos referentes a analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstetra. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. E a terceira etapa tratava especificamente da atenção pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção (BRASIL, 2002). Essas ações visam como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor.

No ano 2000, o Ministério da Saúde, ciente da importância da atenção pré-natal, com objetivos de melhores índices nos resultados perinatais e na redução da mortalidade materna lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humana, de forma a proporcionar o envolvimento dos estados, municípios e unidades de saúde quanto às ações necessárias ao êxito do Programa (BRASIL, 2000c). A humanização do atendimento à saúde vem sendo preconizada como forma de proporcionar ao ser humano um sistema de cuidado acolhedor, que vise garantir um bom resultado para o seu estado de saúde-doença, buscando o equilíbrio entre os avanços tecnológicos e o cuidar humano.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria n 569, de 1º de junho de 2000 consta, em seu anexo II:

Os princípios gerais e condições para o adequado atendimento ao parto dizem que:

“A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas” (BRASIL , 2000c).

Esses princípios têm como objetivo principal prestar atendimento proporcionando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar a luz, recebendo assistência humanizada e de boa qualidade. Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. O objetivo principal é reorganizar o atendimento assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2000c).

Nesse sentido, o Programa deverá necessariamente demandar esforços para que ele seja utilizado como ferramenta de monitoramento das ações e a incorporação da avaliação como atividade regular, possibilitando aos executores, na ponta do sistema, intervir e corrigir rumos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A humanização da assistência ao parto é um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Além disso, o Programa exige uma equipe mínima para assistir ao parto, preconizada pelo Ministério da Saúde (Portaria 569):

- Obstetra
- Neonatologista
- Enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia)
- Clínico Geral
- Auxiliar de Enfermagem
- Auxiliar de Serviços Gerais

Contudo, as necessidades para a atenção à saúde da mulher no parto, impõe a atuação concreta do(a) enfermeiro(a) obstetra. Este profissional tem o exercício das suas atividades asseguradas pela Lei n.º 7.496/86 (Anexo VIII) que dispõe sobre as atividades privativas da

enfermeira: assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução do trabalho de parto; execução do parto sem distócia (SIQUEIRA, 2001).

Todavia, o que mais freqüentemente se observa é que embora este instrumento legal legitime a autorização para que o enfermeiro(a) realize o parto (sem distócia), pode ser identificada nos serviços de saúde de atenção ao parto e nascimento, uma grande resistência a efetiva inserção deste profissional neste campo de atuação, com destaque para a oposição corporativa dos médicos.

Apesar disto, no âmbito do Ministério da Saúde, foram editadas e publicadas as Portarias nº. 2.815/98 e 163/98 (Anexo IX), que dispõem, respectivamente, sobre os valores pagos pela assistência ao parto sem distócia realizado pela enfermeira, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulamentação deste procedimento e o modelo de laudo de internação da clientela pelo(a) enfermeiro(a), para emissão de autorização de internação hospitalar – AIH (SIQUEIRA, 2001).

Além da equipe mínima, existe uma exigência das condições para o adequado atendimento ao parto, sendo que o Ministério da Saúde preconiza ainda em relação aos procedimentos, o uso do partograma[♥] (Anexo X) no acompanhamento do trabalho de parto, suporte psicossocial (acompanhante na sala parto), controle da dor no trabalho de parto, sala especial de parto (permanência da parturiente durante os quatro períodos clínicos do parto e puerpério imediato com seu acompanhante), variações das posições para parir de acordo com a vontade da paciente e a capacidade dos profissionais, prática restrita do uso da episiotomia, entre outros (BRASIL, 2000c).

Para Queiroz (1996), a ciência e a medicina evoluíram, mas alguns profissionais de saúde ainda não desenvolveram os aspectos humanos ao lidar com as parturientes. Esse modo de ver a questão, também é analisada por Carvalho (2001), que remete a preocupação de que os profissionais de saúde devem estabelecer um diálogo com os indivíduos ou populações, em favor dos quais, devem prestar atendimento, porque não se pode desconsiderar este universo de encontros na busca da saúde. Santos (1998), afirma que para existir uma cumplicidade na equipe de profissionais, é necessário que não haja condutas isoladas e descontextualizadas.

[♥] Partograma é um gráfico utilizado para o acompanhamento do trabalho de parto.

Cabe portanto, uma reflexão no sentido de se questionar, como poder cuidar de um ser humano, se não for de acordo com a sua natureza.

Desta forma, o PHPN tem a proposta de melhorar a qualidade da atenção e ter como consequência a diminuição nos índices de partos cesarianos e as morbimortalidades maternas e perinatais. É inovador no que tange a busca da humanização da assistência, ao resgate de posturas profissionais mais humanistas e menos tecnicistas. A partir dessa iniciativa deve-se engajar para que o processo de humanização da atenção ao parto não fique sendo apenas mais um modelo prescritivo e normativo de atuação assistencial, mas que se configure em bons resultados. As mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais, a solidariedade e o amor ao ser humano são ferramentas fundamentais para que se possa realmente atingir resultados significativos para com a saúde materna e infantil.

2.5. RESGATANDO A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

As primeiras tentativas pela busca da humanização da atenção obstétrica começaram com a introdução de cursos de psicoprofilaxia para o parto, destinados a casais grávidos. Mas o preparo do casal não garante que o profissional que acompanha o processo de nascimento, respeite a singularidade da experiência e não atue de forma intervencionista (CARON e SILVA, 2002).

Na década de 70, segundo Maldonado (1984), com a perda da popularidade do método psicoprofilático, já que quase nada havia sobre abordagem psicológica e, muito menos respeito aos fenômenos do ciclo gravídico – puerperal, surge uma área praticamente virgem, dando espaço para a implantação de novos modelos de trabalho, novas óticas e possibilidades de atendimento. No final dos anos 80, era possível falar de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, década marcante do ponto de vista da organização de algumas associações não-governamental e redes de movimentos identificados centralmente com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, como a Rehuna (Rede de Humanização do Parto e Nascimento) (OLIVEIRA; ZAMPIERE; BRUGGEMANN, 2001).

Esse movimento propõe mudanças no modelo de atenção ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1985, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/ o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente (TORNQUIST, 2003).

A OMS recomenda ainda, a modificação de rotinas hospitalares consideradas *desnecessárias*, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como a episiotomia, a amniotomia, o enema e a tricotomia, e particularmente, partos cirúrgicos ou cesarianas. Contudo, a proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2001d).

Portanto, é importante que a equipe de saúde no processo de humanização, desperte para outras formas de controle da situação, como por exemplo, a de manter a parturiente confiante, segura, participante de seu processo de parturição, que poderia ser conseguido por meio de processos interacionais efetivos (CARON e SILVA, 2002).

A humanização no processo do nascimento tem início na concepção, sendo construída no pré-natal, durante as consultas. É preciso que a mulher se sinta protegida. Para isso, todos os profissionais têm que agir com amor e paciência, levando em consideração que cada mulher tem uma história de vida e uma personalidade (MARQUES, 2000).

Sendo assim, o conjunto dessas medidas, tidas então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais.

Desta forma, Gomes (1996) afirma que a medicalização e desumanização do parto passaram a ser tema de discussão não somente em nível individual, entre mulheres que tiveram filhos em condições emocionais indesejáveis, mas entre grupos de saúde em geral e

no interior de movimentos feministas – sendo que a humanização do parto também está relacionada ao acesso das mulheres a melhores condições de vida e saúde. Ressalta, ainda, que o movimento pró-humanização do parto está avançando lentamente. O sistema médico está sendo obrigado a responder a este movimento, oferecendo formas alternativas que impliquem numa menor rigidez na atenção ao parto.

Tornquist (2003), considera que o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento é um desdobramento recente do que Tania Salem chama de “Ideário do Parto sem dor”. Os obstetras de vanguarda, Dick-Read e Lamaze, preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso, propõem para isso o uso de técnicas comportamentalistas de controle da dor. A segunda geração do parto sem dor esteve amplamente ligada a esse imaginário, trazendo alguns valores individualistas/libertários ao campo da parturição e do nascimento, particularmente a sexualidade da mulher, a participação do pai no processo, a valorização do feto e do recém-nascido como um sujeito dotado de individualidade. Tudo isso, fruto do ideal do ‘casal igualitário grávido’ cujo projeto familiar busca embaralhar os papéis de gênero particularmente no que se refere aos cuidados com os filhos, incluindo-se a gestação e o parto nesse universo moral destacam-se ainda a valorização da natureza, a crítica à medicalização da saúde, a inspiração em métodos e técnicas não-ocidentais de cuidados com o corpo e a saúde, e a incorporação de outros profissionais na equipe de atendimento, já que os médicos são vistos como símbolos máximos do poder e do saber biomédico que se critica.

O conhecimento dos aspectos emocionais, relacionados com a gravidez, é muito importante porque essas fases são básicas para um bom desenvolvimento das relações familiares da satisfação dos casais e de seus filhos (FREITAS *et. al* 2001).

Tornquist (2003) ressalta ainda outro destaque no movimento pela humanização do parto, revelou-se nas figuras de obstetras como Frédérick Leboyer, Michel Odent, e Moisés Parciornik, que desenvolveram experiências concretas de preparação para o parto e parto que incorporaram esses ideais, divulgando-as a um público composto sobretudo por classes médias intelectualizadas, pelo menos no caso do Brasil. Nas suas obras vinculam-se idéias ora mais nuançadas com o que se poderia chamar de ecologismo, ora com o feminismo, como é o caso de Sheila Kitzinger, antropóloga inglesa envolvida com movimentos de mulheres no âmbito da assistência ao parto. Embora o movimento tenha surgido em países como EUA,

França e Inglaterra, desde a primeira geração o Brasil fez parte da rota dos seus ideólogos. Em 1955, Lamaze, esteve no Brasil ano em que lançou seu livro na França. Em 1974, Laboyer divulgou aqui seu livro, de ampla repercussão; ele publicou também Shantala: massagem para bebês. Paciornik, obstetra paranaense, autor bastante conhecido pelos integrantes do movimento, é até hoje uma importante presença em eventos e conferências. Em 1979 lançou um outro clássico do ideário da humanização intitulado Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios, fruto de sua atuação como médico comunitário em reservas no Sul do Brasil. Neste contexto, também podemos ressaltar a figura do Dr. Galba Araújo, que no Ceará contribuiu para o desenvolvimento das Casas de Parto.

Portanto, existe uma crescente preocupação por parte dos ideólogos do movimento, em sair do mundo ‘alternativo’, com o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 70. A interlocução com o campo biomédico implica produzir e divulgar estudos de tipo epidemiológico na saúde perinatal e neonatologia. Estes estudos vêm sendo produzidos de forma crescente, mas ainda não o suficiente para que a concepção de humanização da assistência deixasse de ser subalterna ou herética. A incorporação da saúde coletiva e pública parece ser importante motivo dessa estratégia de legitimação, vista como necessária, uma vez que se entende que, para mudar o atendimento ao parto, é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica (TORNQUIST, 2003).

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita. Aparece, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição da moral das ações e relações entre sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classificam um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto humanizado e na atenção ao

recém-nascido de baixo peso- programa mãe-canguru; amenizar as condições de atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar a “mercantilização” da medicina; criticar a “instituição total” e tantas outras proposições (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Assim, com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana. Por outro lado, seu desenvolvimento fragmentado, segundo diferentes experiências, é o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de análise reduzido têm colocado as razões e motivações de tal movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Neste contexto, a complexidade do processo de humanização do atendimento envolve mudanças que compreendem desde reformulações políticas, culturais, estrutura física e equipamentos das maternidades, até mudanças de comportamento e postura dos profissionais. Cabe aos profissionais buscar formas para implementar a atenção ao parto, com o foco muito mais voltado a sua humanização, como cabe também uma busca por valores perdidos com a inserção da tecnologia no meio da sociedade.

Humanizar é uma necessidade. Valorizar os aspectos tecnológicos de forma isolada é excluir a subjetividade, o compromisso com a solidariedade e o afeto entre as pessoas. A inter-relação entre a tecnologia e o ser humano deve ser equilibrado, no sentido de não prejudicar o processo de humanização. Nesta perspectiva, é fundamental perceber as grandes armadilhas que são direcionadas por aqueles que dividem os graves problemas do mundo em econômicas, sociais, políticas, religiosos e morais, enquanto o mundo é uma totalidade (ÁVILA, 1989).

2.6. A PROPOSTA DE DONABEDIAN: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO COMO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Há muito vem sendo proposto modificações no sistema de avaliação dos serviços de saúde, tanto em nível conceitual de qualidade do atendimento, quanto do processo e dos resultados. A primeira dificuldade quando se deseja avaliar a qualidade é a sua definição conceitual. Qualidade em saúde é um conceito fluído, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social (DONABEDIAN, 1984).

A aplicação do termo “qualidade” ao processo de assistência à saúde vem buscando a aplicabilidade e a operacionalização, visando alcançar um melhoramento contínuo junto as atividades cotidianas das instituições hospitalares. Juntamente ao desenvolvimento de programas de qualidade surgem as premiações e reconhecimento, conferindo titulações que designam o nível da qualidade de assistência à saúde oferecida.

A noção de qualidade para Cerqueira (1994), depende da percepção de cada um e nem sempre é clara ou evidente. No uso diário, este termo parece estar relacionado com políticas de Estado para minimizar o custo da saúde, com a sua privatização, com diminuição do atendimento hospitalar. Esta onda corre como algo que está na mídia, como uma utopia do terceiro mundo, ou como um termo agradável e que dá colorido ao discurso cotidiano. Nos hospitais, a “qualidade da assistência” é ouvida como algo inerente à unidade de atendimento do usuário. Quando se interroga pelo seu significado, é descrito como “satisfação”, “diminuição do custo de atenção”, “maior acessibilidade ao cuidado bem feito”, “o melhor, o que mais agrada” (ACÚRCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991).

Podem-se destacar ainda alguns conceitos sobre o significado do termo “qualidade”. Para Aguiar; Andr-Egg, 1994, p.56, “a qualidade tem de ser considerada do ponto de vista do usuário. Uma das definições de qualidades é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente. Objetivo da qualidade: melhoramento contínuo através do melhoramento humano contínuo”.

“Melhorar é propósito da qualidade quer através do ponto de vista do cliente, quer pelo controle do produto ou serviço, e ainda por meio da melhoria contínua do ser humano. Os círculos de qualidade têm como meta revelar os defeitos ocultos

de um produto para melhorá-lo constantemente. A qualidade é tudo aquilo que proporciona melhoramento contínuo do produto, considerando a opinião do usuário e a promoção do ser humano e de sua qualidade de vida” (ACÚRCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, p.64, 1991).

É possível identificar, na literatura, inúmeras definições de qualidade, cada qual elaborada tendo como base perspectivas particulares, que traduzem seu caráter pluridimensional.

Assim ao referir-se à multidimensionalidade do termo **qualidade**, Uchimura e Bosi, (2002), tomaram a liberdade de assim caracterizá-la por dois motivos: primeiro por entenderem que o termo **qualidade** assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva. Como mostra a definição no Novo Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986), onde encontramos oito conceitos sobre o termo, que variam de “propriedade ou atributo das coisas ou pessoas”, portanto, passível de mensuração, a “aspecto sensível, e que não pode ser medido, das coisas”; segundo porque a qualidade varia de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, considerando-se seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão.

Para Demo (2000, p.10), ao enfatizar os termos **quantidade** e **qualidade** coloca que os mesmos não ensejam sentidos dicotômicos, estanques, mas facetas da mesma realidade: “quantidade, para qualidade, é base e condição”, enquanto que a “qualidade, por sua vez, aponta para a dimensão da intensidade”. A qualidade valendo-se de duas dimensões distintas: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva. A qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável, e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades.

A Comissão Castonguay – Comissão Canadense de Inquérito sobre Saúde e Serviços Sociais – (1970, apud Silver, 1992, p.195) defende que “escolher entre as possíveis definições de qualidade, nos leva a rejeitar uma parte da realidade, reduzindo o significado de qualidade a uma de suas múltiplas dimensões”. Essa colocação, talvez ocorra devido ao já citado caráter polissêmico do termo **qualidade**.

No contexto dos serviços e programas de saúde, entre os pioneiros que tentaram definir a qualidade, considerando seus componentes, destaca-se: fundamentação científica da prática médica; prevenção; cooperação entre consumidores e prestadores de serviços; tratamento integral do indivíduo; relação estreita e contínua entre médico e o paciente; serviços médicos integrais e coordenados; coordenação entre atenção médica e serviços sociais; acessibilidade da atenção para a população (ACÚRCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991).

Outros autores como Gattinara *et al.* (1995) também atentaram para vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); satisfação do usuário (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); eficiência (custos, recursos, riscos).

Outros aspectos também foram apontados por Vuori (1991): efetividade (relação do impacto real com o impacto potencial numa situação ideal); eficácia (capacidade de produzir o efeito real desejado); eficiência (relação entre o efeito real e os custos dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas pela população); qualidade científico-técnica (nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia); acessibilidade (remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização de serviços, disponíveis); adequação (suprimento de número suficiente de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial).

A tipologia da avaliação, apresenta uma diversidade de abordagens incluindo modalidade classificatórias cuja relevância se manifesta em vista de seu interesse prático: de acordo com o momento, a procedência dos avaliadores e, por fim, os aspectos do programa que são objeto da avaliação (AGUIAR; ANDER-EGG, 1994).

Sendo assim, Reis *et al.*, (1990), relatam que os chamados estudos antropossociais, vertente cuja metodologia é baseada nos indivíduos ou grupos sociais, desenvolveram-se principalmente a partir da década de 70 e seus eixos principais são o estudo da acessibilidade e da satisfação dos usuários.

Em 1983, o Relatório Griffith, publicado pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, recomendava claramente a análise das percepções e das expectativas dos pacientes e da comunidade na avaliação de serviços públicos de saúde. A partir de então verificou-se uma grande produção de estudos baseados na satisfação do usuário, que passou a ser medida em inquéritos através de questionários (WILLIAMS, 1994).

Assim, é ilustrativo desse pensamento, o trecho abaixo de autoria de Donabedian (1984):

“la satisfacción del paciente és de fundamental importância como uma medida de calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito. Del proveedor em alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que este es la autoridad última. La medición de la satisfacción es, por lo tanto, um instrumento valioso para la investigación, administración y planeación”.

Contudo, as críticas a esse tipo de estudo são inúmeras. Em primeiro lugar, porque eles seriam insuficientes para avaliar a qualidade de serviços e programas (SERAPIONI, 1998); também não estariam contemplando as percepções e expectativas dos usuários, visto que a riqueza e complexidade das percepções e expectativas não podem ser reduzidas a meras expressões de satisfação (WILLIAMS, 1994). Assim, tampouco os questionários estruturados possibilitariam acessar o fenômeno focalizado (ATKINSON, 1993), eles apenas forçam o indivíduo a se expressar utilizando termos estranhos a seu vocabulário, criando assim inferências falseadas acerca de suas opiniões sobre os serviços (WILLIAMS, 1994).

A partir dessa concepção entende-se que dentro dos estudos de avaliação, a satisfação do usuário poderá ser considerada a partir da subjetividade implícita ao processo de avaliar. Para Uchimura, Bosi (2002), as percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão. Esse entendimento permitiria compreender não apenas o significado da qualidade para os diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se apresentaria ou não nesses programas.

Assim, de acordo com Silver (1992 p. 208), “...não existe uma metodologia única para a avaliação de serviços; [...] a metodologia apropriada está diretamente vinculada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador”. Para Uchimura e Bosi (2002), o método refere-

se mais a um fundamento epistemológico “que lhe dá suporte e consistência” do que a um conjunto de técnicas e instrumentos que permitem operacionalizar uma pesquisa.

O modelo proposto por Donabedian (1984), baseado na análise de *estrutura, processo e resultado*, tem apresentado grande aceitabilidade e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido. Isso se verifica em virtude de sua compatibilidade e subsequente utilidade para os programas de saúde, uma vez que essa abordagem contempla a lógica de funcionamento desses serviços de atendimento direto: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos.

Este modelo tem sofrido críticas, por ser considerado limitado para as demais políticas sociais, por possuir caráter racional, contudo é possível perceber, em publicações mais recentes que Donabedian (1990), que tem se acrescentado a presença de elementos que sugerem a importância da subjetividade na análise da qualidade. Para o autor, “*la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mejores mejores en la salud*” (DONABEDIAN, 1990 p. 12).

Para Donabedian (1984), a qualidade da assistência nos serviços de saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos clientes. É para eles que devem ser dirigidas a estratégia na busca da qualidade. A qualidade da assistência à saúde está baseada na capacidade esperada ou concreta de possibilitar o mais alto nível de melhoria das condições de saúde, por meio da ciência e da tecnologia, de forma aceita pelo cliente, como por sua família e comunidade. Definindo qualidade como as melhorias ocorridas no estado de saúde que poderiam ser atribuídas ao cuidado, apontando dois elementos fundamentais para a qualidade do cuidado à saúde, o **técnico**, que seria a aplicação do conhecimento e habilidade dos profissionais no processo de prestação da assistência, e o **interpessoal**, que é a troca de informações entre usuários e o profissional de saúde. Estas características em nível de política de saúde devem ser hierarquizadas e ordenadas de forma que os serviços deveriam ser primeiro eficazes, efetivos e eficientes para posteriormente, serem distribuídos com equidade, sendo adequados e acessíveis à população e socialmente aceito (CIANCIARULLO, 2002).

Parece não existir unanimidade com relação ao que seja qualidade dos sistemas de saúde, pois o conceito em si será tão variável quanto os valores sociais e políticos vigentes nas comunidades (DONABEDIAN, 1984).

A melhoria da qualidade do sistema de saúde pode compreender o aumento de recursos financeiros, a melhoria da gerência e da qualificação de recursos humanos, o aumento do contingente de pessoal, a estruturação adequada do sistema de informação e comunicação, e o aperfeiçoamento do serviço pode ocorrer por meio de introdução de medidas sistemáticas de qualidade na prestação de serviços à saúde individual (CIANCIARULLO, 2002).

Para Donabedian apesar desta aparente anarquia conceitual, existe uma formulação dentro da qual se podem delimitar todas as diferentes definições e especificações da qualidade: “considera que existem diversos conceitos de qualidade, e que cada um deles comporta várias definições todas legítimas, desde que compreendidas em seu contexto de origem” (ACÚRCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, p.52, 1991).

Em 1990, Donabedian descreve os sete pilares da qualidade, que podem ser compreendidos como atributos do cuidado à saúde: **efetividade, eficácia, eficiência, eqüidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade:**

Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian (1990) são:

EFICÁCIA - capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE - melhoria da saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais à prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA - é medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se as duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é de menor custo.

OTIMIZAÇÃO - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de

adicionar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas valores dos pacientes e de suas famílias. Dependem da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE – aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQÜIDADE – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Este autor cita ainda como atributos do cuidado à saúde, a acessibilidade, adequação e a qualidade técnica científica.

Pode-se dizer que a atenção é acessível quando é fácil iniciá-la e mantê-la. A acessibilidade depende das propriedades dos provedores e dos indivíduos. Depende das habilidades potenciais dos clientes para vencer obstáculos financeiros, geográficos, sociais e psicológicos que se interpõe entre a recepção e a atenção. Por outro lado a acessibilidade implica em uma adaptação entre os provedores e os clientes, que facilita sua união, e por sua vez, influi na qualidade da atenção. A adequação e o desempenho técnico, ou seja, as aplicações do conhecimento e da tecnologia médica devem maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada cliente (DONABEDIAN, 1984).

Qualquer discussão a respeito da qualidade traz, implícita ou explícita, a noção de avaliação. O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública (SILVER, 1992).

A preocupação em avaliar os serviços de saúde há muito consta da agenda das discussões de saúde. No entanto, a sistematização dessa avaliação, a possibilidade de

comparar os resultados dessa avaliação com indicadores desejados e até mesmo sua implantação prática, são pontos mais recentes em realidade.

A avaliação de qualidade aparece junto com a avaliação de programas como campo de conhecimento científico dentro da avaliação em saúde. A avaliação tenta trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O fundamental, quando se fala em avaliação, é ter claro que ela serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido, aperfeiçoado ou interrompido (MALIK, 2003).

Avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que demanda, por vezes, conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos.

Para avaliar a qualidade dos serviços Donabedian (1984), identificou três abordagens: **estrutura, processo e resultado**. Os conceitos de “estrutura, processo e resultado”, não são atributos da qualidade, mas são enfoques para adequação de informação acerca da presença ou ausência de atributos que constituem a qualidade.

2.6.1. Estrutura, segundo Donabedian (1984).

Por estrutura, Donabedian, define como características relativamente estáveis dos provedores de atenção, dos instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e dos lugares físicos e organizacionais onde trabalham. O conceito de estrutura inclui recursos humanos, físicos e financeiros que se necessitam para proporcionar atenção médica. O termo engloba o número, distribuição e qualificações dos profissionais, assim como o número, tamanho, equipamentos e disposição geográfica dos hospitais e outras instalações.

Porém o conceito vai além dos fatores de produção podendo incluir a maneira como o financiamento e a prestação de serviços de saúde estão organizados, tanto formal quanto informalmente. A presença de seguro de saúde é um aspecto de estrutura. Também é a maneira como os médicos levam a frente seu trabalho da prática individual e de grupos, e também a maneira como são retribuídos. A estrutura inclui a organização do pessoal médico e de enfermagem de um hospital e a presença ou não de um serviço de avaliação da qualidade com

suas características e detalhes. As características básicas da estrutura são um atributo do “ambiente” da atenção e que influi sobre a classe de atenção que proporciona.

As medidas de **estrutura**, portanto, envolvem informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipo de especialização de equipamento, entre outros. A abordagem desses aspectos deve considerar a disponibilidade e qualidade dos serviços, a capacitação dos recursos humanos, o impacto das novas tecnologias sobre os papéis profissionais e o aparecimento de profissões na área, e características voltadas a amenidades como limpeza, acesso, estacionamento, entre outros.

A estrutura é importante para contribuir para a qualidade da atenção.

2.6.2. Processo, segundo Donabedian (1984).

O **processo** para Donabedian, não pode ser considerado a parte da estrutura, pois deles derivam os resultados. O processo é utilizado para avaliações prospectivas, concorrentes e retrospectivas, destinadas respectivamente para fins de prevenção, intervenção e correção.

O processo do cuidado engloba a competência técnica do provedor e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação provedor-paciente. A competência técnica envolve conhecimentos, habilidades, julgamento e, essencialmente, a “ciência” do cuidado à saúde.

De forma prática, a avaliação do processo baseia-se na acurácia do diagnóstico, na adequação do tratamento e condutas, nas relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e da organização com os pacientes e suas famílias, na eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera, entre outros.

2.6.3. Resultado, segundo Donabedian (1984).

O estudo dos resultados é outro enfoque indireto que, pode servir para avaliar a qualidade da atenção. O termo “resultado” pode significar uma relação do estado atual e futuro de saúde do paciente que pode ser atribuído ao antecedente de atenção médica (DONABEDIAN, 1984).

O **resultado** pode ser definido como o estado ou condição, individual ou de uma população, atribuída ou atribuível aos cuidados de saúde recebidos. Inclui alterações no estado de saúde, no conhecimento ou comportamento pertinentes ao futuro estado de saúde, satisfação com o cuidado (expressa como opinião ou inferida pelo comportamento).

A avaliação dos serviços utilizando a avaliação da estrutura e processo é útil para definir o que chamaria de “epidemiologia da qualidade”, favorecendo a análise da distribuição dos recursos da saúde em relação às necessidades da comunidade e os resultados potencialmente previstos. “A estrutura pode ser definida como a parte física e organizacional onde o cuidado é feito, processo é o que é feito para o paciente, e resultado, o que é obtido pelo paciente” (DONABEDIAN, 1984).

Conforme Kloetzel *et al* (1998), a satisfação do cliente é uma maneira de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento, cujas informações podem servir para analisar a estrutura, o processo ou o resultado. Satisfazer o cliente deixa implícita a possibilidade de seu retorno ao serviço quando necessitar de atendimento médico e disseminação de seu agrado para a comunidade, garantindo uma demanda crescente. A partir do usuário é possível obter-se um conjunto de conceitos e atitudes relacionados à atenção recebida, com as quais se adquirem informações que beneficiam a organização dos serviços de saúde e os usuários ao serem atendidas as suas necessidades e perspectivas. Esse método representa uma das formas mais rápidas para avaliar os aspectos da qualidade dos serviços e oferece benefícios a um custo relativamente baixo.

Para Kloetzel *et al* (1998), a satisfação das puérperas na assistência ao parto e puerpério representa um dos indicadores de qualidade para a avaliação do serviço prestado à comunidade/usuário, permitindo estabelecer rígidos critérios de qualidade do atendimento, na

medida em que propicia o estabelecimento de conclusões precisas, as quais permita prever o comportamento futuro das puérperas e suas atitudes face ao serviço de saúde utilizado.

Reconhecendo a crescente importância e legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários sobre qualidade da atenção, espera-se alcançar resultados que possam contribuir para a melhoria da assistência ao parto e puerpério, mais humanizado.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

Entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa no interior das teorias um lugar central. Na metodologia, estão incluídas as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador. De forma abrangente a teoria e a metodologia estão intrínsecas (MINAYO, 2000).

3.1. IDENTIFICAÇÃO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo que busca avaliar a qualidade da atenção ao parto nos hospitais da Região da AMFRI, através das variáveis de *estrutura*, *processo* e *resultado*, possibilitando obter um melhor entendimento a respeito do comportamento dos vários fatores que influenciam na qualidade da atenção ao parto.

O estudo descritivo conforme Oliveira (1999) possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que permite identificar os diferentes fenômenos. Ele procura abranger aspectos gerais e amplos de um contexto, permite a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. Permite também controlar, de forma simultânea, um grande número de variáveis e, por meio de técnicas estatísticas de correlação, especificar o grau pelo qual diferentes variáveis encontram-se relacionadas, permitindo uma visão abrangente do modo como as variáveis estão ocorrendo.

3.1.1. Local de estudo

O estudo foi realizado em 5 (cinco) maternidades que estão localizadas na Região da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú). Esta região é composta pelos municípios de: Piçarras, Penha, Navegantes, Itajaí, Luiz Alves, Ilhota, Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas. Os municípios da Foz do Rio Itajaí Açú, ocupam uma faixa territorial que se estende por 171 quilômetros ao longo do litoral norte-catarinense. Destes, apenas Luiz Alves e Ilhota não têm orla marítima, e em, função desta característica geográfica, suas economias estão voltadas à agricultura. Os demais têm no turismo de sol e praia sua base de sustentação econômica.

Sendo assim, as cinco maternidades que fizeram parte deste estudo, e que atendem ao parto na Região da AMFRI foram classificadas em ordem alfabética, para que a identidade das instituições fossem preservadas:

- Hospital A
- Hospital B
- Hospital C
- Hospital D
- Hospital E

3.1.2. População de Estudo

A população do estudo foi composta pelos 5 (cinco) Hospitais que atendem o parto na Região da AMFRI, com objetivo de avaliar a estrutura do estabelecimento e o processo do atendimento ao parto. São hospitais de pequeno e médio porte que se diferenciam por características estruturais e organizacionais. O resultado, obtido pela percepção das mulheres em relação ao serviço, foi analisado através de entrevistas realizadas com 20 mulheres, residentes na Região da AMFRI, que vivenciaram a experiência do parto normal e cirúrgico, nesses Hospitais.

Do total das entrevistas realizadas, 1(uma) foi no Hospital A, 4(quatro) no Hospital B, 4(quatro) no Hospital C, 2(duas) no Hospital D e 9(nove) no Hospital E. O número de

entrevistas realizadas foi diferente para cada um dos hospitais devido a fatores como acesso, localização, número de partos realizados por hospital e endereços não encontrados.

3.1.3. Aspectos Éticos

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, para atender as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi solicitado a cada participante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) e garantido sua desistência a qualquer momento, sem que essa decisão implicasse em prejuízos de qualquer natureza para a informante (OLIVEIRA, 1998). Foi oferecida liberdade aos participantes da pesquisa de recusarem a participar, se assim desejassem.

Além disso, o estudo foi realizado mediante autorização dos responsáveis da 17ª Gerência de Saúde da AMFRI, bem como autorização das instituições pesquisadas (Anexo II).

Durante todo o processo de pesquisa os dados foram manuseados somente por envolvidos no projeto e mantido o seu caráter confidencial.

3.2. ETAPAS DA PESQUISA

3.2.1. Primeira etapa referente ao estudo da estrutura e processo no atendimento ao parto: instrumento; coleta de dados; variáveis do estudo; análise dos dados.

3.2.1.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para analisar a estrutura e o processo das instituições hospitalares anteriormente designadas, foi utilizado um instrumento (Anexo III) recomendado pelo Ministério da Saúde, que contém elementos que visam a acreditação hospitalar de maternidades, que institui padrões mínimos de qualidade dentro dos indicadores de estrutura e processo essenciais para

os serviços de maternidades. Para este estudo manteve-se somente os itens que avaliam a estrutura e o processo das unidades de internação que realizam parto.

3.2.1.2. A coleta dos dados nos Hospitais

Para a coleta dos dados nos Hospitais, foi solicitado na 17ª Regional de Saúde, a autorização e consentimento dos mesmos para que se efetuasse a pesquisa. Obtendo assim as autorizações, foi estabelecido contato com a gerência responsável por cada Instituição a fim de que fossem aplicados os instrumentos para coleta dos dados referentes à **estrutura** e ao **processo**. Antes de preencher os instrumentos, a pesquisadora permaneceu nas unidades de atendimento ao parto e puerpério, por um tempo necessário para possibilitar a observação da rotina de assistência ali desenvolvida. Os instrumentos foram preenchidos, no período de agosto a outubro de 2004 com auxílio do profissional responsável pelo Centro Obstétrico e/ou Alojamento Conjunto de cada Hospital.

No Hospital A o questionário foi respondido pelo diretor geral do hospital e as observações feitas no local com o acompanhamento do mesmo, com algumas limitações de acesso.

No Hospital B, a aplicação do questionário foi concedida pelo diretor clínico e posteriormente respondido por uma secretária. O processo se deu de maneira cordial sendo que o acesso às dependências do hospital foi permitido sem limitações.

No Hospital C, a aplicação do questionário foi concedida pelo diretor geral e posteriormente respondido por uma enfermeira, que acompanhou as observações feitas no local respondendo aos questionamentos e permitindo o acesso nas dependências do centro obstétrico e unidade de internação.

No Hospital D, a aplicação do questionário foi concedida pela diretora geral e posteriormente respondido por uma enfermeira, que acompanhou as observações feitas no local respondendo aos questionamentos e permitindo o acesso nas dependências do centro obstétrico e unidade de internação.

No Hospital E, a aplicação do questionário foi concedida pela diretora geral e posteriormente respondido pela enfermeira responsável pelo centro obstétrico, que acompanhou as observações feitas no local respondendo aos questionamentos e permitindo o acesso nas dependências do centro obstétrico e na unidade de alojamento conjunto.

3.2.1.3. Variáveis do Estudo

3.2.1.3.1 Estrutura Física/Equipamentos

A estrutura é definida como a parte física e organizacional do estabelecimento onde o cuidado é feito. As medidas de estrutura envolvem informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipo de especialização de equipamento, entre outros. Para tanto, foram coletadas a existência ou não das seguintes condições, preconizadas pelo Ministério da Saúde (2000):

Recursos físicos:

Entrada exclusiva para atendimento das pacientes
Sala de admissão exclusiva
Sala de admissão exclusiva completa
Sala de Pré-parto
Pontos de oxigênio para atender os leitos
Sala de pré-parto montada com equipamentos mínimos
Sala de pré-parto com recursos humanos de enfermagem exclusivos
Centro obstétrico
Salas de parto
Salas de cirurgia
Sala de recuperação pós-anestésica
Sala de recuperação pós-anestésica com equipamentos mínimos
Sala de parto normal com equipamentos mínimos
Sala de reanimação e identificação do recém nascido
Pia com água corrente na sala de reanimação do recém nascido
Sala de reanimação com equipamentos mínimos
Alojamento conjunto exclusivo
Alojamento conjunto com local para higiene do recém nascido
Leitos na enfermaria
Equipamentos de urgência nas enfermarias

Recursos Humanos

Equipe profissional mínima para o atendimento ao parto

Profissional que realiza o parto

Médico no local do parto 24 horas

Médico neonatologista no local do parto 24 horas

Médico anesthesiologista no local do parto 24 horas

Médicos diaristas e plantonistas para atender as intercorrências nas enfermarias

3.2.1.3.2 Processo de atendimento ao parto

O processo de atendimento ao parto são as atividades realizadas pelos provedores do atendimento, tanto diagnósticas, como terapêuticas e de reabilitação. Para tanto, foram coletadas a existência ou não das seguintes condições, preconizadas pelo Ministério da Saúde (2000):

Organização e registros dos procedimentos

Prontuário com história obstétrica e gestação atual

Prontuário com identificação profissional

Prontuários médicos preenchidos corretamente

Prontuário com registro da analgesia realizada

Prontuários médicos

Registro de analgesia e anestesia

Registros antropométricos do recém nascido

Dados preenchidos com o apgar do 1º e 5º minuto

Fichas neonatais devidamente preenchidos

Registros dos partos com informação das ocorrências

Identificação do recém nascido com pulseira de plástico

Registro da evolução do parto

Procedimentos de Assistência ao Parto

Analgesia como rotina para todos os partos

Neonatologista recepciona todos os recém nascidos

Tipagem sanguínea do recém nascido

Avaliação médica nas primeiras 6 e 12 horas

Realização de crede

Realização de PKU e T4

Utilização de vitamina K

Exame de toque

Tricotomia enquanto rotina para todos os partos

Episiotomia como rotina para todos os partos

Atendimento Humanizado

Presença do acompanhante durante a internação hospitalar (pré-parto, parto e puerpério)
Programa de aleitamento materno

3.2.2 Segunda etapa referente à percepção das mulheres com o atendimento: instrumento de coleta de dados; pré-processamento dos dados; coleta de dados; categorias; análise dos dados.

3.2.2.1 Instrumento e coleta de dados

Para coletar os dados do resultado do atendimento ao parto, foi utilizado um roteiro de identificação dos sujeitos e entrevistas não estruturadas (Anexo IV), com o objetivo de favorecer a liberdade de expressão das entrevistadas e um maior aprofundamento do tema em questão.

Para realização das entrevistas, previamente foi realizado contato com algumas instituições que atuam no atendimento pré-natal nas áreas de abrangência dos hospitais avaliados neste estudo. Os profissionais destas instituições estabeleceram contato com as mulheres que estavam em puerpério, cadastradas no SISPRENATAL e/ou no Programa Saúde da Família (PSF). Após esse contato, a pesquisadora conversou com algumas mulheres nas próprias Unidades de Saúde ou na própria casa das puérperas, acompanhada pelas agentes de saúde.

As mulheres entrevistadas tiveram sua identidade preservada, através do anonimato. Durante toda a fase de coleta de dados foram respeitadas as determinações que constam na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, as mulheres só participaram das entrevistas após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, bem como, sobre a identificação da pesquisadora. Expressaram sua concordância na participação do estudo através da assinatura no consentimento livre esclarecido, que segue como Anexo V.

As entrevistas foram realizadas, no período de agosto a novembro de 2004, nas residências das mulheres, a fim de garantir a liberdade de expressão. O contato com as

mulheres entrevistadas para este estudo teve início através de uma apresentação pessoal e profissional, com esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos, implicações da participação como entrevistada e os seus direitos.

Assim, de acordo com a necessidade e como prioriza a técnica, foram inseridos questionamentos complementares. Estes não foram pré-estabelecidos, pois emergiram nas próprias falas das mulheres. A duração média das entrevistas foi em torno de quarenta minutos para cada mulher entrevistada.

3.2.2.2 Pré-processamento dos dados

Nesta etapa, realizou-se a codificação, digitação e organização dos dados coletados pelos instrumentos de coleta (questionário e entrevistas), agrupando as informações extraídas dos Hospitais e das Mulheres entrevistadas, de acordo com as características comuns existente entre eles.

Foi utilizado o método da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Trata-se de um conjunto de técnicas que visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, de modo a permitir “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1977 p. 42). A análise de conteúdo conduz a descrições, qualitativas ou quantitativas, que ajudam a reinterpretar as mensagens e a alcançar uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum. Esta técnica permitiu que a pesquisadora pudesse utilizar a operação de forma a enriquecer os resultados quantitativos obtidos, possibilitando uma interpretação final fundamentada. A categorização é uma operação de classificação abrangendo elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Classificar elementos em categorias requer a investigação do que cada um deles tem em comum (BARDIN, 1977).

A autora afirma que a análise origina-se em torno de três pólos cronológicos: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados codificados e interpretados.

Na pré-análise, ao escolher as informações a serem analisadas, estas devem ser condizentes com os objetivos da pesquisa, a fim de elaborar indicadores úteis para interpretação final.

Na exploração do material, os recortes dos textos que compõem as unidades de registros são elaborados. Em seguida, realiza-se a classificação e agregam-se as informações onde necessariamente se faz a opção pelas categorias teóricas.

No tratamento dos resultados codificados e interpretados, a partir das informações obtidas faz-se à relação entre essas informações e os referenciais teóricos, buscando responder os objetivos propostos.

Portanto, as entrevistas foram transcritas das fitas[▲]. Os textos digitados foram lidos por diversas vezes, procurando identificar os pontos centrais, idéias em comum para posteriormente serem agrupados por similaridade, contribuindo para a formação das categorias.

3.2.2.3 Categorias

Categoria 1: ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO

Definição: referem-se aos recursos humanos, a estrutura física, formas de organização e funcionamento, e os equipamentos necessários para o atendimento ao parto.

Sub-categorias: Instalações físicas, Recursos Humanos

Categoria 2: PROCESSO DE ATENDIMENTO AO PARTO

Definição: Referem-se aos cuidados que englobam a competência técnica institucional e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação instituição/paciente; sentimentos manifestados durante o processo de parto.

[▲] Fitas cassete que contém as entrevistas realizadas com as mulheres que tiveram bebê nos referidos Hospitais.

Categoria 3. INTER-RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E AS MULHERES EM PROCESSO DE PARTO

Definição: refere-se ao resultado da relação entre os profissionais que atendem ao parto e as mulheres em processo de parto.

3.2.2.4. Tratamento dos dados

A base de dados foi montada de acordo com a formação das categorias, utilizando-se uma padronização na criação dos atributos, formatando os dados extraídos dos hospitais e das mulheres entrevistadas para possibilitar a utilização da ferramenta de análise estatística, gerando assim informações para as interpretações e análises.

Os dados coletados dos questionários, que foram compostas por questões curtas, ou seja, que tiveram respostas sim ou não, foram automaticamente substituídos por números, como exemplo: Sim recebeu 1 e Não recebeu 2.

Para os dados coletados pelas entrevistas, sendo estas realizadas com as mulheres que representavam cada hospital, optou-se pela codificação dos dados de acordo com a frequência de cada resposta. Para exemplificar essa transformação, vamos pegar o atributo Dor (mulheres que sentiram muita dor durante o processo de parto).

Para alcançarmos a frequência de cada resposta, dividimos o número de pessoas que identificaram essa característica (dor), pelo número total de mulheres entrevistadas por cada hospital. No caso do atributo Dor, o número de mulheres que disseram ter sentido dor em processo de trabalho de parto no Hospital E foram 3 (três). Esse número foi dividido pelo total de mulheres entrevistadas no Hospital E que totalizaram 9 (nove), resultado assim em 33% a frequência da característica dor entre as mulheres entrevistadas nesse hospital. Nesse sentido, obtivemos a frequência de cada atributo para cada hospital em particular.

Para que o software estatístico pudesse trabalhar com a frequência medida em porcentagem, foi necessário transformar essa porcentagem em números que permitissem o software estatístico cruzar os demais dados e gerar as informações. No entanto, essas

porcentagens foram categorizadas em escalas, da menor para a maior frequência, utilizando números inteiros, padronizando todos os atributos analisados. Para o atributo Dor, tínhamos um hospital com 33%, outro com 50%, dois hospitais com 75% e apenas um com 100% de frequência. O hospital com 33% recebeu a categorização 1 (menor frequência dessa característica), o com frequência 55% recebeu 2, os dois hospitais com frequência 75% receberam categorização 3 e o único com 100% recebeu 4 (maior frequência dessa característica).

Com todos os dados devidamente digitados, organizados, codificados e transformados, passou-se para a etapa da geração de informações, por sua vez geradas através dos gráficos plotados pelo software estatístico, que possibilitaram a interpretação e análises dos dados.

3.3 Análise dos dados

Os dados da estrutura e processo do atendimento ao parto obtidos, foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica (software Excel). Posteriormente, foram importados para o software estatístico (*Statistica*), para aplicação dos métodos de análise multivariada.

Para estudos que tenham como objetivo descrever de forma simultânea mais de duas variáveis, recomenda-se o emprego dos métodos estatísticos multivariados. Estes métodos permitem confrontar inúmeras variáveis, extraindo as tendências, hierarquizando e eliminando os efeitos marginais ou pontuais que prejudicam a percepção global (PEREIRA, 1999).

Assim, no presente estudo optou-se por utilizar o método multivariado de análise de agrupamento (*Cluster Analysis*), por se tratar de abordagem que considera o comportamento de uma série de variáveis simultaneamente (PEREIRA, 1999).

A análise de agrupamento ou *Cluster Analysis* consiste estritamente de uma análise da proximidade geométrica entre objetos estudados. As distâncias entre tais objetos dentro do espaço multiplano, constituído por eixos de todas as variáveis, são calculadas para agrupar os objetos conforme sua proximidade. “Primeiro, constituem um grupo inicial os dois objetos mais próximos, em seguida, verifica-se qual o objeto seguinte se localiza mais próximo ao

centro desse primeiro grupo [...]” (PEREIRA, 1999, p.111) até a reunião de todos os objetos estudados. Deve ser utilizada quando se quer identificar grupos de características semelhantes, ou seja, categorizar as observações, levando em conta todas as medidas originais.

Ressalta-se que a análise de Cluster processa os dados em duas etapas: primeiro utiliza o cálculo das distâncias (Distância Euclidiana); em segundo, realiza um processo de agrupamento a partir das distâncias calculadas. Nesse processamento de dados, foi utilizado o Método de Ward, que busca a menor variabilidade dentro do grupo, caracterizando a semelhança. Os dados processados foram plotados em forma de gráficos facilitando a interpretação da base, por favorecer uma melhor visualização das variáveis envolvidas no estudo.

CAPÍTULO IV

4. INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

São descritos nesse capítulo os procedimentos realizados para a análise e a interpretação dos dados processados, discutindo e comentando os gráficos gerados pelo software estatístico e as falas das mulheres entrevistadas, à luz do referencial teórico.

4.1. CATEGORIA 1 – ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO

A segurança da Instituição tem como base uma construção correta, com infra-estrutura apropriada, que inclui uma série de caracteres, como o uso dos equipamentos apropriados e da manutenção preventiva e reparos.

De acordo com o Anexo VI, dos Princípios Gerais e Condições para a Adequada Assistência ao Parto, a humanização da assistência obstétrica (Portaria 569. GM/M.S, 2000c) é condição para o adequado acompanhamento do parto. Assim sendo, a adoção de prática humanizada e segura implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, além de outras práticas.

Estrutura Física/Equipamentos

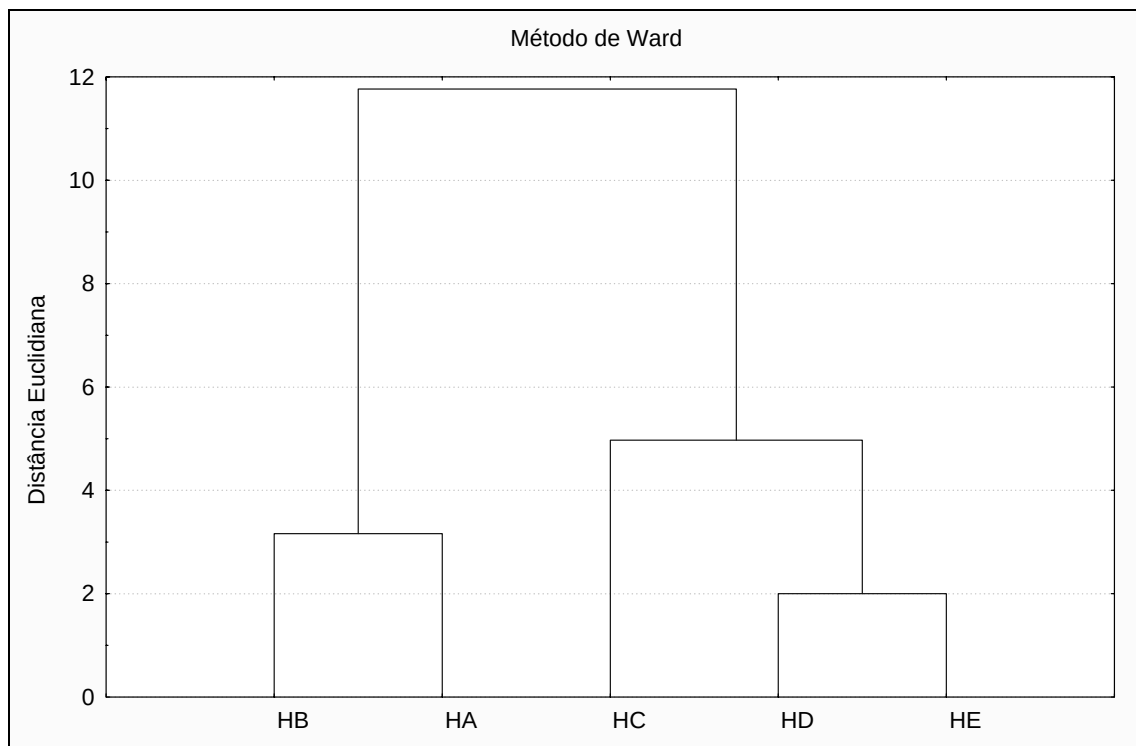


Gráfico 1. *Cluster* dos Hospitais que prestam atendimento parto, segundo as variáveis de Estrutura Física – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.

O gráfico 1 revela que os Hospitais D e E formaram um agrupamento por cumprirem com a estrutura física mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (MS). A diferença entre estes Hospitais consiste que o Hospital D não possui alojamento conjunto exclusivo e sala de recuperação pós anestésica com equipamentos mínimos.

Os Hospitais A e B se assemelham em virtude de não possuírem as características físicas mínimas e equipamentos para a adequada assistência ao parto. A diferença entre estes Hospitais incide em que o Hospital B possui sala de pré-parto, centro obstétrico, sala de reanimação com oxigênio, não possuindo alojamento conjunto com local para higiene do recém nascido.

O Hospital C não se agrupou com os demais, por não possuir as seguintes estruturas físicas: entrada exclusiva para as parturientes; sala de admissão exclusiva; sala de reanimação com equipamentos mínimos; pontos de oxigênio para atender os leitos; sala de recuperação pós-anestésica com equipamentos mínimos e equipamentos de urgência nas enfermarias

A importância da estrutura física adequada vem de encontro a fala de uma parturiente que percebeu a mudança na estrutura física do Hospital E, já que essa foi a segunda experiência de internação para o parto nesta instituição:

[...] mas desta vez não, é sala individual com duas caminhas, a gente entra, deita e fecham a porta, depois também chegou outra, fecharam a porta também uma não vê a outra...” (P.12-H. E, 23 anos -1º grau)

Assim, essa fala demonstra o quanto a estrutura física adequada é importante, porque, favorece um olhar respeitoso da parturiente, evidenciando o quanto a privacidade pode resultar em satisfação com o atendimento prestado. Bons sentimentos trazem a garantia de retorno da mulher para a Instituição e a disseminação da boa informação para a comunidade.

Neste sentido, o ambiente tem influência direta no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional. As estratégias que facilitam o contato, a interação e a dinâmica no contexto de uma maternidade, podem ser consideradas premissa básica para o cuidado humanizado. O ambiente físico pode ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios psicológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, privação do sono devido aos ruídos constantes, entre outros. O ambiente acolhedor confortável e o mais silencioso possível conduz ao relaxamento psico-físico da mulher, do acompanhante, equipe de profissionais e indica qualidade de atendimento. Além disso, a estrutura física hospitalar deve se adequar para que possa proporcionar privacidade à mulher e seu acompanhante, durante o processo de parto (BRASIL, 2001d).

Somente o Hospital E apresenta as características físicas mínimas para atender ao parto, no entanto, falas referentes à precariedade na estrutura física das demais instituições não foram relatadas pelas mulheres entrevistadas. Acreditamos que muito embora, haja uma preocupação do Ministério da Saúde em estabelecer padrões mínimos de estrutura física que devem ser cumpridos, os dados coletados evidenciam que o fator mais valorizado pelas mulheres quando procuram pela maternidade, é efetivamente a atenção recebida dos profissionais para aplacar suas angústias, medos e dores num momento crítico de suas vidas.

Sub-Categoria 1.2. – Recursos Humanos

Atualmente, a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude de sua missão, mas, sobretudo, por apresentar equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar atendimento à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador aos pacientes em regime de internação, onde se realiza tecnologia de ponta de rotina. Constitui-se ainda, num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica (AZEVEDO, 1993).

Os recursos humanos, portanto constituem-se no único recurso vivo e dinâmico da organização, é ele que decide manipular os demais, que são inerentes e estáticos por si. Ele também constitui um tipo de recurso dotado de uma vocação dirigida para o crescimento e desenvolvimento. Eles representam as pessoas que ingressam, permanecem e participam da organização, independente de qualquer nível hierárquico ou sua tarefa. Portanto, quando uma equipe necessária para desenvolver uma determinada atividade não se faz presente, tem-se a certeza que a qualidade do serviço prestado será imensamente prejudicada. A administração de recursos humanos deve conquistar e manter as pessoas na organização, trabalhando e desenvolvendo todo o seu potencial com atitude positiva e favorável. Ele informa ainda que, as pessoas trazem para as organizações seus comportamentos, suas percepções, suas crenças, habilidades, conhecimentos, etc. Elas desempenham papéis altamente diferentes, são extremamente diferentes entre si, constituindo um recurso altamente diversificado em face das diferenças individuais de personalidade, experiência, motivação, etc. Mais do que recursos elas são participantes da organização (CHIAVENATO, 2000).

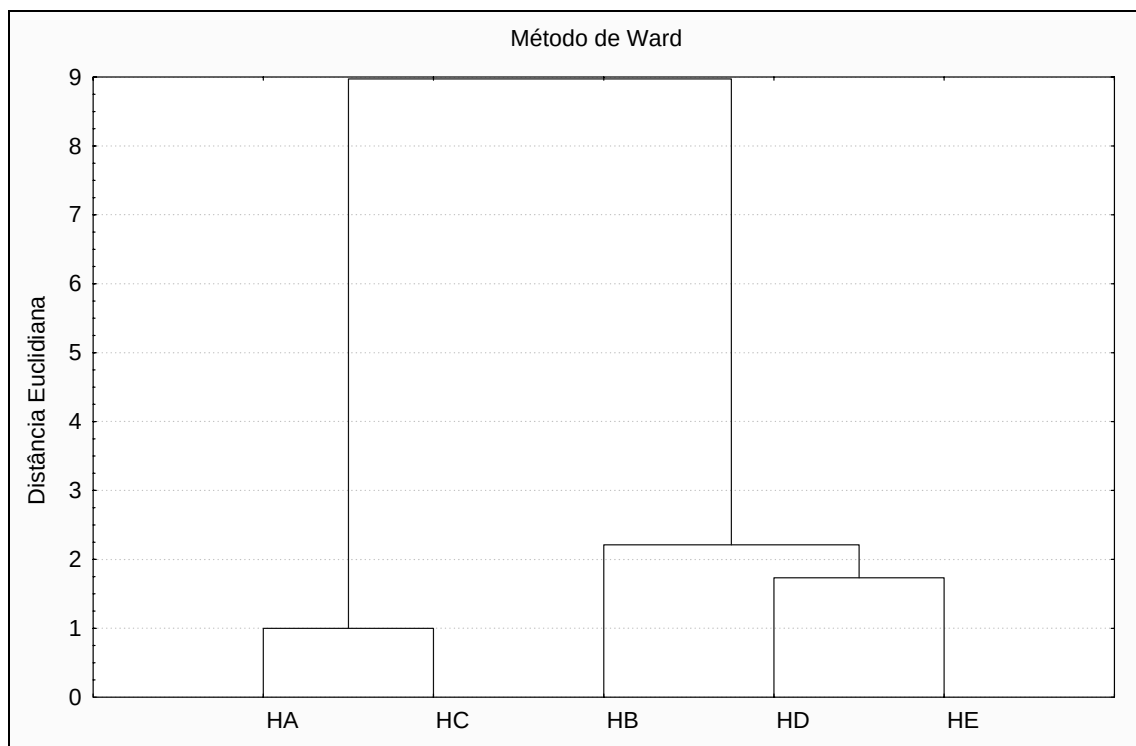


Gráfico 2. *Cluster* dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de Recursos Humanos – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.

Observa-se a partir dos dados do gráfico 2, que o Hospital A e C apresentam características semelhantes por não possuírem equipe mínima de profissionais que prestam atendimento ao parto, sendo este realizado por médico. Contam com médico obstetra, anestesista e clínicos gerais, para intercorrências 24 horas. A diferença entre estes Hospitais, caracteriza-se pela presença do profissional neonatologista no Hospital C, no local 24 horas.

Por outro lado, os Hospitais D e E se assemelham por possuírem equipe de profissionais mínima para atender ao parto, e por terem tanto médico quanto enfermeira obstetra para realização do parto. Contudo, diferenciam-se por: o Hospital D não possui médico obstetra, neonatologista e anestesista no local 24 horas, sendo que o hospital E conta com as três especialidades médicas no local 24 horas.

Já o Hospital B aparece isolado no gráfico por não apresentar nenhuma das características mínimas em relação aos recursos humanos, preconizados pelo MS.

Assim, os dados do gráfico 2 demonstram que a equipe mínima de profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde, está presente integralmente no Hospital E. Quanto

aos Hospitais A, C e D, a presença da equipe acontece de forma parcial. No Hospital B não há presença de equipe mínima necessária para desenvolver um trabalho de qualidade e mais humanizado.

Ressalta-se, portanto que, segundo a Portaria 569/GM do Ministério da Saúde (2000c), as unidades que prestam atendimento ao parto devem possuir pelo menos a equipe mínima de profissionais para que possam garantir assistência de qualidade. Contudo, o que se vê desta análise é o fato de que muitas unidades que realizam parto não contam com esse quesito recomendado pelo Ministério da Saúde, não condizendo, portanto, com o que na realidade é estabelecido por Lei.

Cabe ressaltar, que uma das estratégias para melhorar a atenção obstétrica no Brasil, é a incorporação de enfermeiros obstetras para o atendimento ao parto. Atualmente, o parto é atendido, sobretudo por médicos obstetras nos hospitais públicos. Sendo assim, na tentativa de buscar melhores resultados para a qualidade do atendimento obstétrico, iniciativas foram implementadas pelo setor saúde e pelas entidades de classe (CFM, 1998; COFEN, 1999), cabendo destacar o incentivo à participação dos profissionais de enfermagem obstétrica no acompanhamento ao pré-natal e parto de gestantes de baixo risco obstétrico (BRASIL, MS 2000a, 2000b). Por esse motivo é que na Portaria 569 GM/MS (2000c), quando caracteriza a equipe mínima para atuação no parto, destaca a preferência pelo enfermeiro obstetra.

No entanto, de acordo com as falas citadas a seguir, observa-se a percepção das mulheres entrevistadas, sobre os recursos humanos do Hospital C, relacionado às condições de atendimento:

[...]nesse horário noturno parece que só tem duas enfermeiras, é difícil, fiquei sozinha, era 6:30 da manhã eu já tinha chamado várias vezes, eu gritei e tudo e nada...” (P.10- H.C., 37 anos- 3º grau).

[..] “Não ficou ninguém comigo... a noite só tinha uma enfermeira e um monte de mulher ganhando bebê e ninguém prá ajudar a gente com a criança, espero não ter mais que passar por isso...” (P-8-H.C., 26 anos- 1º grau).

“Se tivesse mais equipe de trabalho, os médicos que ficam trabalhando são poucos e fazem muitas atividades, são os mesmos” (P-10- H.C., 37 anos 3º grau).

As falas dessas mulheres expressam o número insuficiente de recursos humanos para prestar atendimento ao parto no Hospital C. As frases por elas expressadas mostram a dura realidade da atenção obstétrica oferecida de acordo com a disponibilidade dos profissionais, que se detém em atividades da rotina de um centro obstétrico ou das situações de atendimento que exigem prioridades, o resultado do atendimento acaba então, sendo muitas vezes desumano. Sabe-se que mulheres em situação de trabalho de parto podem apresentar as mais diversas necessidades podendo ou não vir acompanhadas de intercorrências, e que, portanto, a falta de profissionais, seja em quantidade suficiente ou com qualificações específicas implica numa qualidade de atendimento deficiente, deixando as mulheres desamparadas, solitárias e com medo. Assim, é bem provável que essas mulheres levem consigo algum tipo de trauma, infelizmente de um momento que deveria ser lembrado com prazer e satisfação.

Cianciarullo (1997), afirma que nenhuma situação de restrições e problemas e disponibilidades de recursos podem servir de desculpa para a baixa qualidade. Portanto, se as diretrizes para prestar atendimento ao parto com qualidade são norteadas pelo Ministério da Saúde, porque então essas instituições que recebem do Sistema Único de Saúde pela realização dos partos normais e cirúrgicos não disponibilizam de equipe profissional mínima? Talvez suas respostas seriam baseadas na argumentação relacionada aos recursos financeiros para manter profissionais qualificados e exclusivos dentro da instituição atuando na atenção obstétrica. No entanto, essa argumentação não seria suficiente, uma vez que as instituições conveniadas ao Sistema Único de Saúde devem cumprir pelo menos com as características mínimas por ele exigidas.

Assim sendo, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento é com certeza uma estratégia para tentar modificar o panorama da atenção obstétrica no país, já que se configura numa intervenção planejada em um país em desenvolvimento, estruturada com medidas para as diferentes instâncias da assistência, com um desenho que visa mudar um paradigma na atenção, com estabelecimento de critérios mínimos, com incentivo financeiro rigorosamente atrelado ao cumprimento desses critérios e com um sistema de informações que permita o monitoramento e a avaliação da assistência em curso (SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004).

Outras mulheres entrevistadas, também retrataram a precariedade do atendimento do Hospital C, tendo em vista a sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais.

“Elas fazem o parto, ajudam, trocam as roupas de cama, descartam agulhas, trocam as roupas, aplicam os remédios, correm... imagina, pobre coitadas quanto cansaço”.(P-10- H.C.,37 anos 3º grau).

Do Hospital E, uma mulher entrevistada também percebeu a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atendem ao parto:

[..]) eles também, tão sempre atendendo, mais coitados eles tem toda aquela rotina, não é que eles não atendem bem, é que eles tem muita coisa [...] (P. 13 H.E., 31 anos- 2º grau).

Ainda foi relatada a deficiência no atendimento referente à atenção dada as mulheres pelos profissionais:

“As ‘enfermeiras’ eram muito desligadas, não davam muita bola não. E não tinha gente, só depois de duas horas que a gente chamava é que elas vinham atender, eu fiquei toda suja na cama e não conseguia cuidar do bebê (P-11- H.C, 17 anos- 1º grau)”.

“Por mais que aquela “enfermeira” tenha me chamado de “Maria cheia das dores”, eu fiquei chateada, mais ao mesmo tempo será que como ser humano, se fosse eu, será que eu não agiria da mesma forma?”(P-10- H.C.,37 anos 3º grau).

Estas falas permitem analisar que a qualidade da atenção obstétrica está atrelada a uma série de fatores, e um deles é a disponibilidade de recursos humanos capacitados e especializados para oferecer assistência à mulher suprimindo as necessidades de atendimento durante o processo de parto. Além da insuficiência de recursos humanos, outro fator que contribui para a atenção não humanizada do parto, é a percepção dos profissionais em relação ao atendimento prestado às mulheres, que é considerado comum e rotineiro, onde todas as mulheres são iguais e o nascimento apenas mais um na rotina do centro obstétrico.

A concepção do igual do comum e do reprodutivo pode ser atribuída a uma herança cultural que foi gerada a partir da mudança de local da prática obstétrica, do domicílio para o hospital, no início do século XVII, com o surgimento dos hospitais e das escolas médicas. As mulheres eram tratadas como material clínico, o atendimento praticado em série e igualmente aplicado para todas as mulheres internadas. A preocupação passa a ser com as técnicas e procedimentos e não mais com a mulher suas vivências e lamentações, ou seja, a concepção do parto passa a ser entendido como perigo, como problema. O valor concedido ao organismo humano foi substituído pelo valor dado às máquinas, por alguns pensadores como Descartes, Bacon, Hobbes e outros, que desenvolveram e disseminaram uma filosofia que

assume um universo mecanicista e seguidor de leis previsíveis. Davis-Floyd (1992), acrescenta que como resultado desta mudança na base filosófica a natureza, a sociedade e o organismo humano rapidamente começaram a ser vistos como partes “atomizadas e intercambiáveis”, que podem ser reparadas ou trocadas a partir do exterior.

A qualidade do serviço hospitalar vem nas últimas décadas, em vários países, mobilizando-se em torno de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços. No Brasil, instrumentos oficiais de avaliação da performance das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde utilizam-se de um conjunto de critérios que os Hospitais devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas de qualidade total (VIEIRA, 2002). Entretanto, existem nas organizações hospitalares algumas especificações de natureza econômica e organizacional (FOUCAULT, 1981), que podem se colocar como possíveis obstáculos à introdução de programas de qualidade. A exemplo disso, foi o que se verificou anteriormente na fala da puérpera (P.10-HC), quanto à escassez de Recursos Humanos e o excesso de carga de trabalho, podendo ser percebidos pela paciente, confirmando a deficiência do atendimento prestado.

É preciso neste caso, muito mais do que um estabelecimento de programas. Favorecer uma atenção humanizada implica, também, em estabelecer uma comunicação objetiva com as parturientes, a fim de proporcionar-lhes uma experiência menos amedrontadora, gerando um sentimento de confiança e segurança.

O cliente sente-se bem tratado e considera o cuidado por um bom profissional, quando ele demonstra disponibilidade para atendê-lo. No conjunto das instalações estabelecidas entre os profissionais da equipe de saúde e as parturientes, estes emitem diversos significados que resultam em muitas situações. Os elementos de bloqueio da comunicação entre estes atores comprometem, conseqüentemente, as relações interpessoais e a qualidade do atendimento às parturientes (CARON e SILVA, 2002).

4.2. CATEGORIA 2 – PROCESSO DE ATENDIMENTO AO PARTO

A assistência à mulher no momento do trabalho de parto, representa uma etapa indispensável que possa garantir o exercício à maternidade com segurança e bem-estar. Como direito fundamental de toda mulher grávida, a equipe de saúde deve estar preparada para efetivar o seu acolhimento, bem como de seu companheiro e família, objetivando respeitar significativamente esse momento. A garantia de um vínculo mais objetivo e profundo com a gestante transmite-lhe mais confiança e tranquilidade (BRASIL, 2001d).

A vivência mais prazerosa, mais ou menos positiva ou até traumática, depende necessariamente de uma série de condições, desde as mais intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde como a assistência ao parto propriamente dita (CARON e SILVA, 2002).

Neste contexto, o Ministério da Saúde preconiza que:

“Existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por humanização da assistência ao parto, entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar, para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor, requer, além de boa vontade, também investimentos.” (BRASIL, 2001d - P.38)

Dessa forma, é fundamental que não ocorra um descompasso entre o discurso e a prática e que a distância entre o que é instituído e o que se faz, possa ser reduzida através da implementação de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, que promova as mulheres brasileiras, sobretudo àquelas mais carentes, um parto verdadeiramente humanizado.

Portanto, os fatores essenciais como o respeito à mulher e seus familiares, a identificação de cada membro da equipe de saúde e os devidos cuidados que lhe esclareça suas dúvidas e aliviar suas ansiedades, são elementos fundamentais e relativamente simples que requer um pouco mais que a vontade do profissional.

Sub-Categoria 2.1. – Organização e registro dos procedimentos

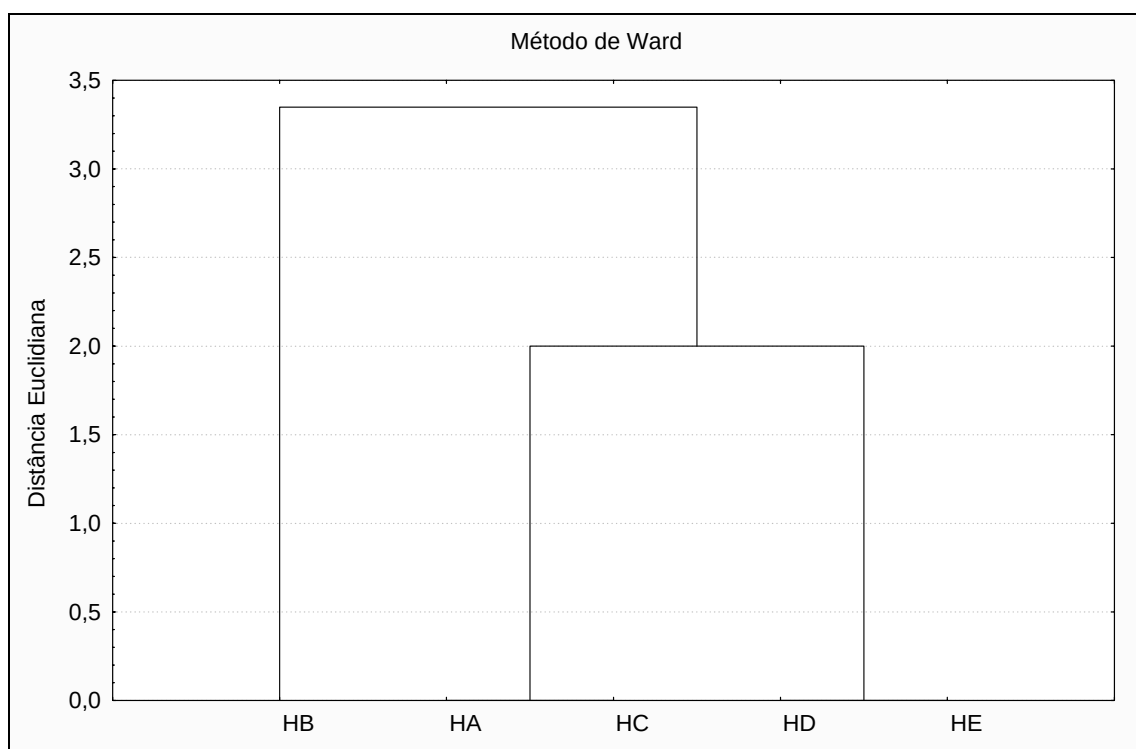


Gráfico 3. *Cluster* dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de Organização e registro dos procedimentos realizados pelos hospitais – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.

O gráfico 3 demonstra três agrupamentos relativo à organização e registro dos procedimentos. O primeiro agrupamento refere-se ao Hospital B que não registra os procedimentos incluindo dentre todos os Hospitais analisados, que não identifica o recém-nascido com pulseira de plástico.

O segundo agrupamento constituído pelos Hospitais E e D relataram fazer uso do partograma, sendo o uso deste registro preconizado pelo Ministério da Saúde, especificamente durante o atendimento ao trabalho de parto.

Os hospitais A e C, não realiza o partograma no controle do trabalho de parto.

É fundamental que os Hospitais efetuem suas atividades de maneira que possam garantir maior segurança possível, tanto para a Instituição quanto para seus clientes. Portanto, é de grande importância que as atividades assistenciais sejam devidamente registradas. Uma vez que o conteúdo dos deveres de informação encontra-se hoje ampliado pela incidência dos princípios da transparência e da vulnerabilidade do consumidor, que têm no consentimento informado do paciente a necessidade de correspondência.

Há primariamente, o dever dos profissionais de saúde de informar-se sobre as condições particulares da paciente, realizando o mais perfeitamente possível, a completa anamnese, documentando adequadamente. Embora não existindo reclamações dos órgãos médicos, verifica-se um elevado número de condenações judiciais de médicos para reparar danos decorrentes do mau cumprimento desse dever ou de uma documentação deficiente. O profissional deve não só observar o paciente, mas também atestá-lo, documentando o resultado no prontuário médico. Esse é um documento cuja importância, inclusive para efeitos jurídicos, nem sempre é devidamente considerada pelos profissionais. O seu pronto e correto preenchimento é dever médico, tendo a paciente o direito à sua exibição. Se o prontuário estiver adequadamente elaborado, pode ser de fundamental importância para a defesa do médico e outros profissionais que prestam assistência ao parto, de modo que não se deve deixar para mais tarde a realização das anotações (FREITAS *et. al*, 2001).

Dos registros dos procedimentos realizados pelos hospitais, o partograma é considerado um dos mais importantes e necessários para o acompanhamento, em forma de gráfico, da evolução clínica do primeiro período de trabalho de parto. Seu uso clínico foi proposto pela primeira vez por Philpott e Castle (1972), no Zimbábue, estabelecendo o sistema de duas linhas, denominadas linha *de alerta* e linha *de ação*, possibilitando desta forma, evidenciar claramente a evolução anormal do trabalho de parto. Atualmente, o sistema de partogramas é bastante utilizado em diversas maternidades por sua comprovada utilidade e praticidade, sendo obrigatório em diversos estados brasileiros por legislação dos Conselhos Regionais de Medicina. Sua utilidade se deve ao conhecimento de que o parto disfuncional se caracteriza por progressão lenta, principalmente durante o primeiro período (FREITAS, *et al* 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001d), o partograma é um verdadeiro retrato de corpo inteiro da evolução de determinado parto. A importância do partograma

confirma-se quando, num momento definido, avalia-se a evolução do parto como um todo: a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquido e a analgesia. O exame completo de todas essas variáveis permite conhecer a evolução do parto normal ou anormal. Identificada a distócia no partograma e reconhecida sua etiologia, a orientação terapêutica será lógica e eficaz.

Desta forma, é preocupante a constatação de que somente um Hospital da Região, dentre os cinco estudados, utilizam essa forma de registro no controle do trabalho de parto. Principalmente porque a OMS tornou obrigatório o partograma nas maternidades desde 1994. O seu uso facilita o acompanhamento do trabalho de parto por participantes e a passagem de plantão do pré-parto, favorecendo também a utilização racional de ocitócitos e analgesia. Dessa forma, o uso do partograma deverá interferir sobretudo para reduzir a elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Sua utilidade também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções (BRASIL, 2001d).

Sub-Categoria 2.2. – Procedimentos do atendimento ao Parto

No Brasil, principalmente nos centros urbanos (95 a 99%), a assistência à mulher no momento do parto é hospitalar. Assim, a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo benefícios dos avanços científicos, devendo fundamentalmente, permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001d).

Os procedimentos de assistência ao parto, englobam uma série de rotinas específicas, que podem ter valores diferentes, conforme a filosofia de atendimento de cada Instituição. Contudo, nas literaturas referentes à assistência ao parto, alguns procedimentos são utilizados de forma rotineira, como por exemplo, na admissão das parturientes, a verificação da pressão arterial, da temperatura corporal e da frequência cardíaca, além da realização de enema e de tricotomia na região de possível episiotomia. Porém, o registro rotineiro de sinais vitais é um parâmetro importante para o controle contínuo da saúde materna e fetal (FEBRASGO, 2000).

Por outro lado, o uso rotineiro e compulsório dos procedimentos de enema e tricotomia parece não trazer benefícios significativos para o binômio materno-fetal.

Assim, o acompanhamento da parturiente na sala de pré-parto consiste, basicamente, na monitoração clínica da progressão do trabalho de parto e na vigilância da saúde fetal. Além disso, é importante fornecer à parturiente adequado suporte emocional, com vistas a tornar este momento delicado de dor, mais humanizado possível (FREITAS, *et al*, 2001).

Ainda dentro dos procedimentos técnicos, uma vez iniciados a fase ativa do trabalho de parto e a parturiente admitida no centro obstétrico, dá-se início ao controle da progressão da dilatação, através do exame de toque vaginal, sendo realizado a cada hora nas primeiras três horas e, a partir daí, a cada duas horas (FEBRASGO, 2000). Ressalta-se, no entanto, que é importante respeitar as características individuais e as condições específicas de cada situação.

A analgesia é um dos principais objetivos do atendimento obstétrico, possibilitando que o parto seja uma experiência agradável e gratificante. Assim, o combate à dor do trabalho de parto não deve ser considerado uma tarefa secundária, supérflua ou restrita a algumas parturientes de classes sociais privilegiadas (FREITAS *et. al.*, 2001).

Outro procedimento, geralmente tido como rotina para todos os partos é a episiotomia. Contudo as indicações do seu uso são: feto não reativo; variedades occipito-posteriores; fetos grandes; uso de fórceps; insuficiência cardíaca materna e período expulsivo prolongado (FEBRASGO, 2000).

O uso restrito da episiotomia, contribui para menor risco de morbidade relevante, incluindo laceração perineal posterior, necessidade de sutura de laceração perineais ou complicação da cicatrização em intervalo de sete dias. Entre os demais procedimentos realizados, a higienização do ambiente hospitalar deve ser altamente preconizada, para evitar possíveis infecções.

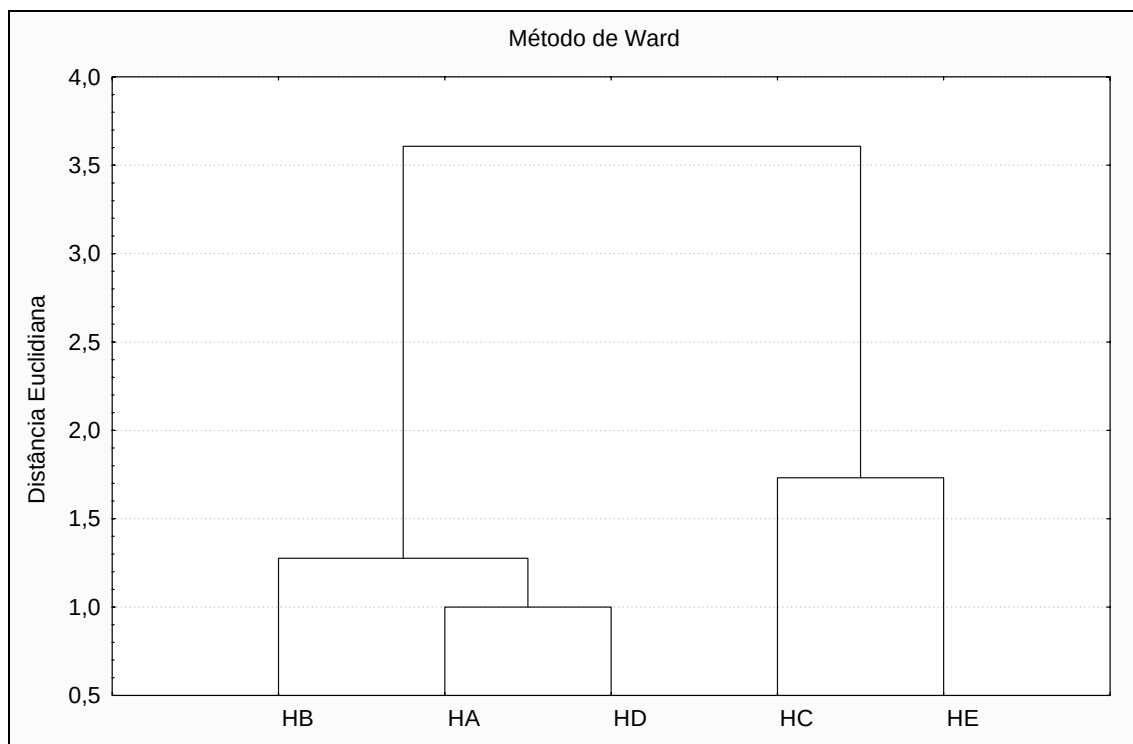


Gráfico 4. *Cluster* dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de procedimentos de atendimento ao parto realizados pelos hospitais – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.

O presente gráfico, demonstra que os Hospitais A e D agrupam-se de forma que não possuem um neonatologista para recepcionar o recém-nascido e não realizam o exame de PKU e T4. O hospital E, destaca-se em relação a todos os Hospitais, por realizar todos os procedimentos de atendimento ao parto, diferenciando-se do hospital C pela higienização precária, referida pelas mulheres internadas neste último hospital.

Já o Hospital B, isola-se dos demais, por não possuir neonatologista para recepcionar os recém nascidos, não realizar a monobra do crede, os exames de PKU, T4 e tipagem sanguínea, e não utilizar vitamina K.

O Toque como referência para internação

O toque vaginal é indicado, à grosso modo, a cada quatro horas nas etapas iniciais do trabalho de parto; a cada duas horas a partir do apagamento do colo; a cada hora nas

proximidades do período expulsivo e a cada cinco a dez minutos na vigência do período expulsivo. A cada toque o profissional que atende o parto, verifica dilatação e apagamento do colo, altura da apresentação, variedade de posição, presença de bossa, acompanhando assim, a evolução da dilatação, a progressão da cabeça fetal, rotação interna e a eventualidade do surgimento de sinais de desproporção cefalopélvica (FEBRASGO, 2000).

As recomendações da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), sem dúvida são de extrema importância para prevenção de possíveis intercorrências, para obtenção de um bom diagnóstico e prognóstico de parto.

As falas das mulheres a seguir revelam que este procedimento está incorporado como a única forma de avaliação do trabalho de parto, principalmente no que se refere ao início do trabalho de parto.

“Eu fui pro hospital o médico me examinou (toque)” (P1-H.A, 24 anos- 1ª série).

[...] “Na quarta-feira, eu fui para o hospital, chegando lá e já tava com 4 cm de dilatação e eu fiquei...” (P-9- H.C, 15 anos- 1º grau)

“Quando eu cheguei eu já tava com 7 dedos de dilatação, eu cheguei as 4 horas...” (P-14- H.E, 31 anos- 2º grau).

“Fizeram o toque na quinta feira, e na sexta eu fui de novo, aí eu fiquei...” (P-16- H.E, 23 anos- 5ª série)

“Comecei a sentir dor em casa, fizeram o toque tudo, e eu fiquei...” (P-20-H.E - 37 anos- 4ª série).

“A Primeira coisa que foi feita, eles fizeram o toque” (P1-H.B, 23 anos- 4ª série).

“Me levaram para o quarto e fizeram o toque” (P2-H.B, 29 anos- 2º grau).

“Eu fui internada às 3:15 da manhã, eles fizeram o toque e só tinha dois dedos...” (P3-H.B, 19 anos- 1º grau)

“Ai a “enfermeira” me botou em cima da mesa e fez o toque em mim....” (P-4-H.B, 17 anos- 1º grau)

Aqui não se questiona a necessidade ou não do exame vaginal, no entanto, ao que tudo indica este procedimento é o mais marcante e um dos únicos que a paciente refere. Este processo denominado exame de toque, é referido pela maioria das entrevistadas, e parece ser

naturalmente verbalizado, como se fizesse parte da sua concepção de parto. As rotinas institucionais são também absorvidas pelas pacientes, como parte do seu universo passando despercebido o desconforto por ele gerado e pela invasão acometida. Elas entregam seus corpos como se ali não mais a pertencesse.

As condutas desnecessárias e/ou invasivas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal. A imposição autoritária e não-informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa.

O modelo vigente de atenção ao parto prima pela racionalidade, mercantilismo e pela carência de princípios humanísticos, em que mãe e filho deixam de ser vistos como pessoas e passam de sujeitos para objetos da assistência. O profissional dentro do modelo a ser superado, domina e apossa-se do corpo da mulher, guiando-se por uma permissão implícita para a execução do toque instrumental, sem dar atenção aos sentimentos provocados na parturiente. A partir desta visão, a atitude materna esperada pelos profissionais, deve corresponder às suas expectativas, uma vez que eles julgam as parturientes de forma generalizada, exigindo que se “comportem” dentro de um padrão modelado por eles. O predomínio tecnicista, a percepção e sensibilidade pouco trabalhada pelos profissionais podem ser atribuídos ao fato de que esse atendimento é, muitas vezes, pensado e idealizado unilateralmente pelos profissionais, que determinam o que é melhor para o outro, esquecendo que muitas vezes a pessoa tem plena condição de participar do processo que está vivenciando (CARON; SILVA, 2002).

Romper com esse modelo significa que o profissional deve colocar-se à disposição do outro, não só fisicamente, quanto emocional e intelectualmente. Esse panorama precisa ser modificado, e sabe-se que pode ser um longo processo a ser trabalhado. Essa necessidade de mudança do modelo de atenção vigente deve primar pelo resgate do processo natural e humano do parto e do nascimento e diminuir o abuso das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas (CARON; SILVA, 2002).

Procedimentos rotineiramente utilizados: tricotomia e episiotomia

A tricotomia dos pêlos pubianos é a raspagem, comumente chamada pelas mulheres entrevistadas. A tricotomia e a episiotomia, parecem ser procedimentos técnicos já incorporados culturalmente pelas parturientes.

Estas falas abaixo citadas pelas mulheres entrevistadas confirmam esta prática:

“A raspagem eu já tinha feito em casa” (P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8, P-9, P-10, P-11, P-12, P-14, P-15, P-16, P-17, P-18, P-19, P-20)

“A raspagem eu já tinha feito em casa, eu sempre já vou prevenida, nunca deixo pra fazer no hospital, sempre faço em casa. Tenho medo daquela gilete, parece que não é limpa, não sei, tenho medo (P-13-I, 32 anos- 7ª série).

Nesse estudo, a tricotomia foi referida por todas as mulheres que tiveram parto nos hospitais pesquisados no estudo. A maioria das mulheres, por já saber que no centro obstétrico teriam seus pêlos raspados, realizaram a tricotomia em casa.

Na concepção dessas mulheres, sequer passa a possibilidade que talvez não fosse preciso realizar a *raspagem*.

Apesar de todas as mulheres terem referido que fizeram a tricotomia em casa ou no hospital, em suas falas elas não demonstraram desconforto em relação a esse procedimento. Para elas já é sabido que querendo ou não seus pêlos serão raspados. Então, para que uma pessoa estranha não a faça, é comum que um membro familiar realize a *raspagem* em casa, antes de ir para o hospital, quando evidencia-se alguma possibilidade de trabalho de parto. Muitas delas, chegam a fazer a tricotomia mais de uma vez, porque ao primeiro sinal de suspeita de trabalho de parto, elas fazem a tricotomia, e por vezes deparam-se com falso trabalho de parto, dando tempo para que seus pelos cresçam novamente e novamente sejam raspados.

Não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização poderá gerar desconfortos e riscos para a parturiente: o desconforto no momento da sua execução é quando os pêlos começam a crescer e o risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não descartáveis. Sendo assim, por essas razões e considerando o custo

adicional para a sua realização, recomenda-se que a tricotomia só seja feita se esta for a opção da parturiente (BRASIL, 2001d).

Mesmo assim, a tricotomia dos pêlos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais, visando à redução na incidência de infecções de episiotomia, que pode se solucionado com uma adequada higiene no pós-parto.

Episiotomia

A episiotomia foi um procedimento referido e observado em todas as entrevistadas que tiveram parto normal.

A episiotomia é a técnica que consiste primeiramente na infiltração anestésica no nervo pudendo e seus ramos. Após a anestesia o profissional que assiste ao parto realiza o chamado toque de reparo que permite verificar as condições da altura da apresentação e variedade de posição. Com a cabeça fetal descendo e rodando, não cabe nenhuma interferência do obstetra até que a rotação se completa e a variedade de posição, chega a occipício púbica. Quando a cabeça distende suficientemente o períneo, mas não demasiadamente, quando já não há mais dúvida de que o parto vaginal é possível, o parteiro realiza a episiotomia (FEBRASGO, 2000).

A incisão se fará sobre a bissetriz de um ângulo reto formado por duas linhas retas perpendiculares que passam pela fúrcula vulvar. Esta incisão pode ser realizada com bisturi ou tesoura e mede, mais ou menos, 4 cm. Também podem ser realizadas a episiotomia médio-lateral e a de forma mediana, entre fúrcula e ânus (FEBRASGO, 2000).

As indicações da episiotomia são: feto não reativo, variedades occipito-posteriores; fetos grandes uso de fórceps; insuficiência cardíaca materna e período expulsivo prolongado. A prática da episiotomia foi avaliada por meio de uma metanálise de 12 ensaios clínicos randomizados, concluindo que há indícios claros para recomendar-se uma prática restritiva em vez de rotineira para a episiotomia. O uso restrito da episiotomia mostrou menor risco de morbidade relevante, incluindo laceração perineal posterior, necessidade de sutura de lacerações perineais ou complicações da cicatrização em intervalo de sete dias. Além disso, não se identificou nenhuma diferença em relação à incidência de traumatismos vaginais

graves, dor, dispaurenia ou incontinência urinária. A única desvantagem mostrada na prática restritiva da episiotomia foi maior risco de lacerações perineais anteriores (FREITAS, *et. al*, 2001).

De acordo com Brasil (2001d), apesar da episiotomia ser uma técnica realizada com frequência, sua incidência é variável. Nos Estados Unidos, 50 a 90% das primíparas são submetidas à episiotomia, o que torna essa técnica o ato cirúrgico freqüente naquele país. Muitos centros são mais conservadores quanto ao uso da episiotomia. Nos países baixos, as obstetrizes realizam episiotomia em 24,5% das parturientes. Destas, a imensa maioria médio-lateral e a minoria mediana. As episiotomias medianas são suturadas com mais facilidade e têm a vantagem de melhor cicatrização, entretanto, as médio-laterais são melhores na proteção do esfíncter anal.

No entanto, questiona-se o fato de todos os hospitais que fizeram parte deste estudo utilizam a prática da episiotomia como rotina de atendimento ao parto, onde deveriam avaliar as condições de cada mulher e as situações que indicam o seu uso. Cabe ressaltar que o uso da episiotomia foi instituído em 1920 por DeLee, obstetra de Chicago que exerceu uma influência marcante sobre o ensino e pensamento dos obstetras. Assim, podemos considerar que muitos procedimentos realizados nos centros obstétricos dos hospitais avaliados neste estudo, ao adotarem a episiotomia para todos os partos estão exercendo a concepção de práticas e técnicas que vem sendo utilizadas a quase um século, portanto está também alicerçada a concepções culturais. O trabalho de De Lee contribui com certeza para grandes avanços na obstetrícia, preservando a vida de mulheres e crianças. No entanto, o uso da episiotomia deve ser melhor avaliado e ser diferenciado para cada mulher em trabalho de parto.

A OMS (1986) avalia que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau no parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia num parto, até então de evolução normal. Salienta que o profissional deve ser habilitado para suturar lacerações e episiotomias de modo adequado, devendo receber treinamento para isso.

Higienização precária do Ambiente Hospitalar

A limpeza do mobiliário e do ambiente durante a internação do paciente e entre duas internações de pacientes diferentes é um componente fundamental à manutenção da segurança dos pacientes. Cabe-se ressaltar que esta medida serve também para a segurança dos funcionários, da instituição e do ambiente. A desinfecção não pode deixar de ser realizada se o ambiente estiver isento de poeira e sujeira visível a olho nu é preciso que todas as áreas sejam esfregadas vigorosamente, com água e sabão com posterior uso de desinfetantes (BOLICK *et al.*, 2000).

Se com todo controle para minimizar o risco das infecções e contaminações hospitalares, elas ainda ocorrem, imagine num ambiente hospitalar sem higiene adequada. Destacam-se a essa questão as falas a seguir:

“Fora o cheiro ruim de esgoto que eu tive que aturar. Acho que se eu não saísse na segunda-feira iria fugir, era horrível” (P-8-H.C- 26 anos 1º grau.)

“A limpeza assim é que eu achei ruim, mau cheiro, chão sujo, o banheiro então nem se fala, sangue e tudo, não sei se é sempre assim, achei um horror.” (P.9 H.C-15 anos 1º grau)

“Tem uma moça da comida e outra da limpeza, que só passa pano. Eu olhei assim, tinha teia de aranha nos cantos e o banheiro imagina dois dias sem limpar, tens noção do que é isto? O que eu podia limpar, o meu sangue eu limpava”. (P-10-H.C)

“Não limpavam o quarto, deixavam o quarto sujo, [...] a moça da limpeza passava por lá dava meia volta e não fazia nada, tinha até vômito no chão que só botaram um papel por cima.” P-11-HC).

Esses relatos são lamentáveis, uma vez que a infecção hospitalar é um processo infeccioso que pode ser evitado. No caso de uma maternidade, tem-se até a possibilidade da ocorrência de uma morte materna em decorrência desta negligência com a limpeza, já que os fatores ambientais podem causar infecções nos pacientes. Alguns indivíduos podem desenvolver diarreia ou tuberculose potencialmente fatal, após ingerir alimentos contaminados ou inalar os microrganismos presentes no ar (BOLICK *et al.*, 2000).

A rotatividade de pacientes numa instituição de saúde pode prejudicar a desinfecção correta dos ambientes e materiais, mas não pode servir de desculpa, e menosprezar esta medida. Trabalhando em conjunto com os serviços de proteção ambiental, toda a equipe de

saúde tem responsabilidade de assegurar que os equipamentos e as superfícies de trabalho que entram em contato com o paciente sejam, tanto quanto possível, mantidos isentos de contaminação por germes (BOLICK et al, 2000).

Todo paciente internado em um ambiente hospitalar corre o risco de contrair uma infecção decorrente do meio. Contudo, os comitês de segurança, as comissões de controle de infecções, as equipes de controle de qualidade e as comissões de controle de riscos, contribuem para a execução dos programas, que visam à manutenção da instituição, dos empregados e dos pacientes.

Bolick *et. al.* (2000), relatam que manter um ambiente seguro é evitar riscos pessoais aos pacientes, garantindo, antes de tudo, a segurança da instituição. A segurança da instituição deve ter como base uma construção correta; infra-estrutura apropriada, que inclui rede de esgotos, redes de água, filtros e ductos de ventilação; materiais de isolamento, etc. A segurança do ambiente também depende do uso dos equipamentos apropriados e da manutenção preventiva de reparos.

Ressalta-se ainda, que a proteção dos funcionários e pacientes está relacionada com a prevenção de infecção hospitalares e ambientais, de infecções resistentes aos antibióticos e de infecções causadas pelos microrganismos transmitidos pelo sangue, bem como a identificação dos pacientes contagiosos. A desinfecção do ambiente no qual se encontra o paciente ajuda a evitar a disseminação da infecção.

Sub-Categoria 2.3. –Programas de incentivo ao atendimento Humanizado

Foi considerado no presente estudo como cuidado humanizado o considerado pelo Ministério da Saúde (2000), o Programa de Aleitamento Materno e a presença do acompanhante. Incluímos, ainda, os relatos que demonstravam satisfação ou insatisfação com atenção recebida dos profissionais de saúde.

Em relação à humanização do parto, subentende-se que a maternidade é mais segura quando humanizada, desfazendo a crença de que a experiência do parto é um evento doloroso,

desagradável e traumático. As diretrizes fundamentais da humanização do parto, respeitam a evolução natural do processo fisiológico, a parturiente como uma pessoa individual e integral, acatando suas necessidades e desejos, tornando o parto confortável e em ambiente seguro e agradável (BRASIL, 2001d).

Os primeiros passos para a humanização do parto passam pela mudança no modelo de atenção ao parto, instituindo rotinas mais flexíveis que levem em conta o bem estar da mulher e da criança e a interação com as famílias.

Sendo assim, alguns fatores voltados ao atendimento humanizado podem contribuir para que a mulher possa ser colocada como sujeito do próprio parto, pois sua participação é fundamental no processo. Por outro lado, as normas e rotinas que são instituídas no parto, devem ser feitas por profissionais de saúde e da instituição, em detrimento do conforto e bem estar da paciente (BRASIL, 2001d).

Cabe aos hospitais e maternidades implantar medidas para favorecer o aleitamento materno. É o exemplo da “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança”. Possibilidades existem, e tanto as instituições quanto os profissionais de saúde devem engajar-se nesta luta, tendo assim chances maiores de gerar cidadãos saudáveis e uma sociedade construtiva.

Sendo assim, estar e permanecer próximo à parturiente é muito importante, haja vista que oferece-lhe conforto e cuidados, proporciona segurança, conforta, demonstra cuidado. Esse tipo de cuidado oferecido é muito mais significativo do que outros procedimentos de rotina já estabelecidos. O cuidado humanizado, portanto, traz conseqüências positivas às mulheres durante o processo de atendimento ao parto.

A relação de poder da equipe de profissionais, relacionado ao atendimento para com as pacientes em processo de parto, é outro fator que necessita ser amadurecido, porque a humanização vai se constituindo através das experiências e inúmeras decisões, que vão sendo tomadas, porque segundo Freire (2001, p.17):

“é preciso que saibamos que, sem certas qualidades ou virtudes como amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto pela alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade a mudança, não é possível desenvolver a prática humanizadora, porque esta não se faz apenas com ciência e técnica.”

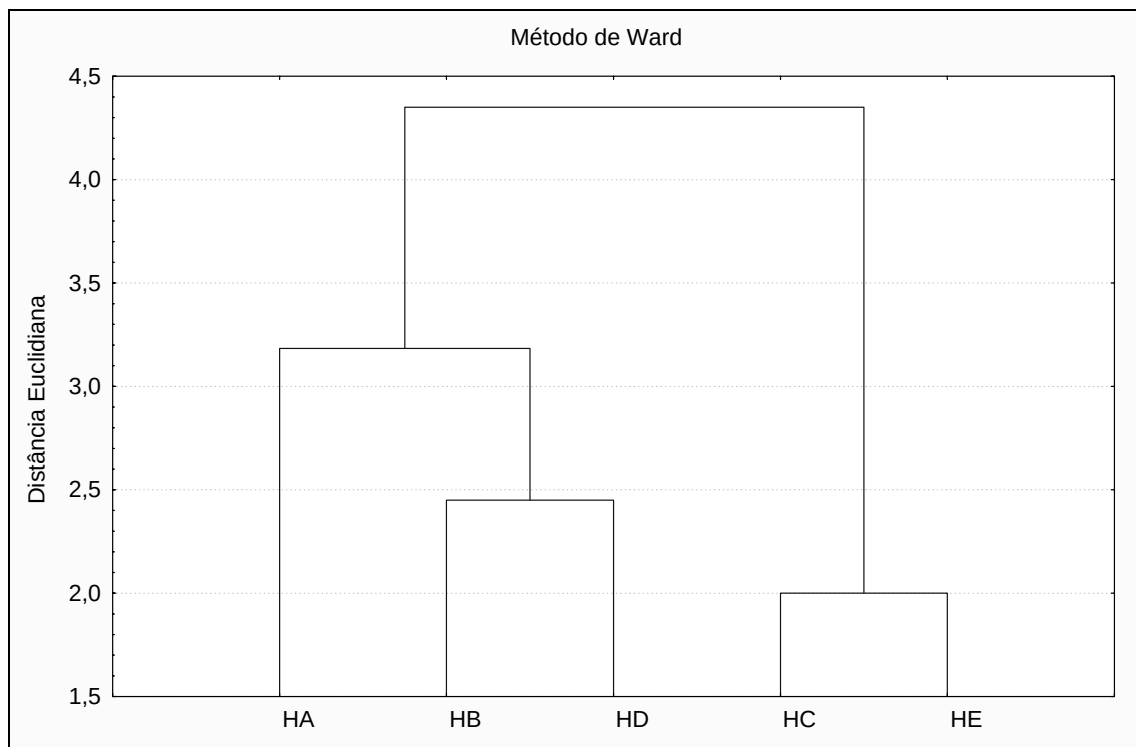


Gráfico 5. *Cluster* dos Hospitais que prestam atendimento ao parto, segundo as variáveis de atenção humanizada durante o processo de parto realizados pelos Hospitais – Região da AMFRI, SC, Brasil, 2004.

Verifica-se no Gráfico 5 no agrupamento formado pelos Hospitais C e E a menor distância Euclidiana, ou seja, possuem um maior relacionamento entre as variáveis que o compõem, por possuírem programa de aleitamento materno.

Os Hospitais A, B e D se assemelham por não se preocuparem com o cuidado das mulheres em processo de parto de forma humanizada, também, por não possuírem um programa de aleitamento materno e por não permitirem a presença de um acompanhante durante a internação hospitalar (pré-parto, parto e puerpério).

De todos os Hospitais, somente um (Hospital E) permite a presença de um acompanhante durante a internação hospitalar, na hora do nascimento e no puerpério.

Verifica-se também que dentre todos os Hospitais avaliados, predomina um cuidado deficiente com as mulheres em processo de parto e uma forte relação do poder entre os profissionais e as mulheres entrevistadas.

Portanto, diante destas informações levantadas, destacam-se os seguintes sub-itens para serem analisados de acordo com o Programa de Humanização de Parto e Nascimento.

Presença de um acompanhante durante a internação hospitalar (pré-parto, parto e puerpério)

A mulher que vivencia uma situação de transição existencial necessita de vínculo de suporte e confiança. Além do companheiro, outros membros da família, como mãe, irmãs, tias e outros parentes consanguíneos têm representatividade enquanto rede de apoio. As gestantes encontram suporte também fora do âmbito familiar, em amigas, vizinhas, colegas de trabalho e outras gestantes, provavelmente em função da experiência vivida (DOMINGUES, 2002).

O parto e o nascimento são momentos em que a mulher e a família experimentam sentimentos intensos, de dor, amor, ansiedade pela espera do nascimento, medo, entre outros. Conforme Carneiro (2000), com vistas à humanização, é importante ajudar a mulher na elaboração e superação de medos, ansiedades e tensões. Neste momento, a preocupação com o atendimento pela equipe de assistência, deve ser o de acolher a mulher e sua família com respeito e solidariedade, levando em conta sua opinião e suas necessidades, durante os nove meses e no pós-parto.

O processo de humanização do nascimento, que inclui também a possibilidade de um acompanhante à parturiente, envolve necessariamente uma mudança de atitudes. Os padrões alternativos de comportamento existentes e a diversidade de valores explicitados por intermédio desses padrões sugerem que a cena do parto possa ser mais bem analisada, como uma arena, na qual concepções e práticas distintas a cerca do parto e nascimento, assim como de maternidade, paternidade, família e de relações de gênero de modo mais abrangente, se confrontam e se articulam (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

A presença de um (a) acompanhante familiar, em especial do parceiro, é um dos fatores que mais contribui para a satisfação das mulheres com assistência recebida durante o parto. Trabalhos científicos demonstram os efeitos benéficos do suporte emocional no parto, como menor uso de medicação analgésica, menor uso de intervenções obstétricas (uso de

fórceps, ocitócitos e parto cesariano) e melhores condições de vitalidade do recém-nascido. Dessa forma, ao interferir positivamente nesses aspectos do processo da parturição, a presença do acompanhante pode estar contribuindo para a satisfação com o parto, mesmo que não esteja sendo referida pelas mulheres (DOMINGUES, 2002).

Num estudo realizado na Maternidade Leila Diniz- RJ, foi ressaltada a elevada satisfação das mulheres com a prática da presença do acompanhante. Mais de 95% das mulheres entrevistadas avaliaram a presença do acompanhante familiar durante o atendimento ao trabalho de parto e ao parto como “boa” ou “muito boa”, resultado observado mesmo entre puérperas insatisfeitas com a atenção ao parto. As mulheres valorizaram o conforto físico e o suporte emocional proporcionados pelo acompanhante familiar e manifestaram o desejo de que essa prática fosse estendida a todas as maternidades. Outras experiências nacionais também têm revelado a satisfação das mulheres com o suporte emocional no parto por mulheres leigas e por familiares. A presença do acompanhante familiar durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto é uma das práticas reconhecidas como benéficas pela OMS para atenção aos partos de baixo-risco (DOMINGUES, 2002).

Gualda (1993), salienta também em seus estudos, a importância de favorecer a intimidade, afetividade e a segurança da parturiente para contribuir com o funcionamento pleno dos mecanismos neurológicos da contração, dilatação, expulsão, dequitação, lactação e ainda os imunológicos, levando ao aumento do número de partos normais e, conseqüentemente, diminuição do número de complicações de parto e infecções, de psicoses puerperais e dificuldade na amamentação. A presença do pai ou de outro acompanhante familiar junto à parturiente pode ser um fator favorecedor desses aspectos.

Além desses aspectos, a participação do pai no nascimento da criança traz importantes contribuições e questões ao exercício dos direitos reprodutivos de homens e mulheres no Brasil. Esta participação facilita a formação de vínculo pai-bebê, estando afinada com o gradativo envolvimento dos homens nos cuidados com as crianças. Oferece oportunidade para que pai e mãe compartilhem o nascimento, passagem importante na vida conjugal (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

De forma incipiente, a participação dos pais se faz presente nas instituições onde está implantada a escolha do acompanhante no parto, indicando transformações nas relações de

gênero, na compreensão de parto e de paternidade (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). No entanto, na maioria das maternidades públicas, este é um momento de grande sofrimento tanto para o pai à espera do parto fora da maternidade, quanto para a gestante internada e solitária.

A fala a seguir expressa o sentimento das mulheres por estar solitária em um momento de dor e desconforto:

“Junto, junto, não! Depois eles foram lá me ver, porque no quarto assim junto só podia ficar se fosse particular, mas depois que eu ganhei deixaram ele entrar um pouquinho mais ficar não...” (P.5- H.A, 23 anos- 1ª série).

A condição sócio-econômica e cultural está evidente nesta fala, quando se observa o baixo grau de escolaridade. Percebe-se ainda, que a referida parturiente demonstra que sem ter uma boa condição sócio-econômica, a permanência do acompanhante não é permitida durante a internação, e esse fato é aceito passivamente sem questionamentos.

Ressalta-se também, que a questão econômica e cultural está presente em outra fala, onde a paciente afirma, que para ter outro filho, não iria mais para este Hospital, devido ao tipo de atendimento.

“Não. Só se fosse particular...” (P11 - HC, 17 anos - 1º grau)

Observa-se portanto, mais uma vez, que independente do Hospital que as parturientes se internam, existe a falta de conhecimento dos seus direitos e a condição de desigualdade sócio-econômica é marcada fortemente neste país, promovendo a desumanização do atendimento por parte dos profissionais que atuam nos Hospitais.

As diferenças marcantes na qualidade de vida e nas capacidades humanas resultantes de desigualdade no acesso a bens sociais, tendem a se sobrepor e as privações sociais múltiplas dependem muito mais de desigualdades estruturais que se mantêm ao longo do tempo, do que atributos individuais. A saúde tende a ser pior para aqueles em piores condições sócio-econômicas, os que vivem em zona rural ou favela e entre grupos étnicos cuja representação social é associada a estigmas. Assim, a desigualdade social em saúde refere-se às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e indivíduos (DRACHLER; et al, 2003).

Cabe ainda ressaltar, que quando se focaliza a questão das desigualdades sociais, as soluções tornam-se ainda mais problemáticas, uma vez que a capacidade dos Estados de sustentar políticas de bem-estar social e, desse modo, garantir a universalidade dos direitos sociais, está altamente comprometida com a reestruturação das economias nacionais e dos gastos públicos e do sistema econômico mundial.

Dentre as desigualdades sociais, a educação das mulheres tem sido apontada como motivo de preocupação para determinados organismos internacionais, já que seu avanço é um fator de mudança sócio cultural. Como afirmam Deachler *et. al.* (2003), o nível de escolaridade materna também foi usado como indicador de desigualdades sócio-econômicas. Ele foi escolhido porque a literatura têm mostrado a importância da educação feminina na melhoria das condições de vida, expressa por indicadores de mortalidade infantil e de expectativa de vida ao nascer.

Há recomendação para que se elimine estereótipos de gênero das práticas, materiais, currículos e instalações educacionais e desta forma eliminar barreiras que impedem o acesso de adolescentes grávidas ou mães jovens à educação (DINIZ, 1996).

Assim, investimentos na educação da mulher exercem importante papel social, contribuindo para a melhoria de suas condições de vida ao dotá-la de bagagem cultural que lhe permite agir positivamente na busca de melhores oportunidades.

Em relação a presença do acompanhante destacam-se as seguintes falas:

Ah! o pai pode acompanhar a mãe na hora do parto! Pode! na hora que a gente tá pronta com as pernas erguidas prá ganhar, aí a gente não quer mais saber, só quer saber de tirar o filho. Ah! o pai pode ver, mas não é assim...eles deixam a gente lá. O meu marido foi prá ficar comigo não deixaram. Só na hora de entrar na sala de parto que o pai pode entrar pra ver o neném sair, mais durante a preparação do parto não....” (P.15 H.E, 28 anos-primário).

“O meu marido não entrou comigo, ele é embarcado. A minha mãe entrou comigo, não lá dentro, só até a sala de espera” (P-18,H.E, 23anos-primário).

A partir dessas falas, observa-se que o Hospital E, mesmo atendendo às exigências mínimas do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, não garante a permanência do acompanhante no pré-parto, condição precípua de um atendimento humanizado. Assim, garantir a presença do acompanhante somente no momento do nascimento não garante a

mulher conforto e segurança, tão pouco ameniza o sofrimento causado pela dor do parto. O momento de maior angústia e fragilidade considerado pelas mulheres em trabalho de parto são justamente a fase de dilatação onde a intensidade e a frequência das contrações aumentam gradativamente até a chegada da expulsão do bebê.

A atenção humanizada requer muito mais do que a garantia de critérios estruturais e organizacionais, acima de tudo depende de mudanças na maneira da equipe de profissionais verem o parto.

A situação de despreparo das equipes que atendem ao parto, é a mais freqüentemente encontrada nas maternidades. A preparação pode ser útil para que as equipes de atendimento possam acompanhar com tranquilidade os eventos em torno do parto, evitando a ação de controle de comportamento sobre as mulheres e seus acompanhantes. Esse despreparo para o trabalho com as famílias acentua o desrespeito às individualidades e as resistências aos pais.

Existe uma resistência da equipe profissional em permitir a presença de acompanhante no parto, já que implica na mudança de postura com relação ao parto. Ele precisa deixar de ser considerado apenas um fenômeno biológico, para envolver o atendimento psicossocial à família. O parto e a paternidade possuem diferentes representações que permeiam as posturas dos profissionais, se faz necessário assim, uma mudança de paradigma a ser conquistado (CARVALHO, 2003).

O estudo de Carvalho (2003), mostra as dificuldades encontradas por uma equipe de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, despreparada e tensa para lidar com distintas situações. Os pais se portam como defensores dos direitos das mulheres, reivindicando a atenção dos profissionais, como mostra a crítica feita à equipe desta maternidade por um pai acompanhante: “Os médicos e enfermeiros não gostam que o homem participe porque a mulher fica dengosa. Você sabe quando é dengo, quando não é. Agora, uma pessoa que você nunca viu, vai falar que você é dengosa?” Portanto, a equipe é que precisa ser preparada para esta nova relação com a clientela, numa desconstrução da sua postura autoritária denunciada por alguns pais no estudo citado.

Sendo assim, a presença de um acompanhante, principalmente do pai, no momento do nascimento de seus filhos, é um assunto que vem cada vez mais sendo explorado, já que

provoca opiniões contraditórias, principalmente por parte dos profissionais. O estar presente no parto é também uma forma dos homens se sentirem incluídos no processo de geração da vida que se passa no corpo da mulher. As dificuldades de inserção da figura masculina no momento do nascimento podem estar atreladas ao fato de que o homem sempre foi excluído dos serviços de saúde, perpetuando a representação da sexualidade masculina dissociada dos cuidados com a reprodução (ARRILHA, 1999).

Em relação ao processo de atendimento ao parto, é importante salientar também, a seguinte fala, referente ao Hospital E:

“O meu marido não quis assistir o parto, mais o médico convidou ele para entrar.” (P.13 H.E- 31 anos- 2º grau).

Percebe-se nesta fala que existe uma contradição entre as falas P.15 e P.18, em relação a possibilidade da presença do acompanhante, já que o próprio médico, convidou o companheiro da parturiente para entrar no centro obstétrico, porém, somente no momento do parto.

Esta fala confirma que a mudança depende também da postura do profissional que está atendendo a paciente. O profissional que possui uma postura humanizadora, pode contribuir para possibilitar a efetiva participação do acompanhamento no processo de parturição. Oferecer atendimento humanizado implica também, em acolher o pai em virtude do nascimento de uma criança. A figura paterna no contexto do parto, possui um significado fundamental para que ocorram mudanças positivas, tanto nos programas de saúde, como no ambiente familiar.

Assim, os discursos médicos, jurídicos, sanitaristas e acadêmicos reconhecem a importância que tem a presença do acompanhante no parto. Um estudo realizado a partir do levantamento realizado nos livros de parto ACOMA² (Associação Comunitária Monte Azul) de São Paulo, entre abril de 1985 e março de 1997, mostrou que a maioria das mulheres (82,8%) das 326 atendidas no período do estudo, fez-se acompanhar por uma ou mais pessoas

² A Associação Comunitária Monte Azul foi uma instituição antroposófica, que na área de saúde, tinha por objetivo prestar assistência aos moradores de duas favelas e do bairro em que se situava na periferia sul do município de São Paulo. Esteve em funcionamento por 15 anos, de 1983 a 1998. Era coordenado pela Obstetiz Ângela Gehrke da Silva e Érika Alfe. O serviço era conhecido pelo meu acadêmico, pela imprensa, por profissionais de saúde, formuladores de políticas e representantes do Ministério da Saúde, pela sua qualidade de assistência. Foi fechado em março de 1998, pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), por considerar que as obstetizes estavam infringindo a Lei por não terem seu diploma validado no Brasil. Érika Alfe deixou de exercer a profissão e Ângela G. da Silva realizou cursos para obtenção do diploma de obstetiz e enfermagem no Brasil. Porém, no ano de 2000, faleceu acometida de câncer.

durante o trabalho de parto e/ou parto. A possibilidade de compartilhar essa vivência e/ou ter o apoio de uma ou mais pessoas de sua escolha durante esse momento tão significativo em suas vidas, era mencionada repetidas vezes nas entrevistas, como uma das qualidades do serviço, tanto pelas usuárias, como pelas clientes particulares, sendo este um dos motivos da sua procura (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Neste contexto, proporcionar a presença do acompanhante, torna o parto humanizado.

Por outro lado, P.13 – H.B – 19 anos – 1º grau, enfatizou a seguinte fala:

“Eu fui encaminhada na primeira sala do consultório da frente, porque ali o meu marido podia ficar junto, aí depois que eu fui pra sala de pré-parto não podia mais entrar, não pode entrar mais ninguém só fica as enfermeiras e o médico”

Observa-se a partir dessa fala, que o Hospital B além de não possuir as características mínimas para a realização do parto, de acordo com a Portaria 569 do GM-MS, não permite a permanência do acompanhante familiar durante o processo de parto.

Entre estes fatores, que permeiam a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, existe, por exemplo, a falta de privacidade e a má qualidade da informação sobre o direito ao acompanhante; as motivações dos casais; as representações de parto e de paternidade entre profissionais e clientela e a exclusão dos homens dos serviços de saúde. A carência de informações encontrada sobre o direito à escolha de um acompanhante é outro fator que muitas vezes faz com que a mulher fique sem reivindicar seus direitos. Muitas ficam sabendo no momento da internação, e não se organizaram para que o companheiro possa ficar; a ansiedade daqueles que decidem acompanhar a mulher ao serem informados na sala de admissão, provém do fato de que a falta de informação impediu o preparo emocional para um evento inédito na sua vivência de masculinidade e paternidade (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

O próprio Ministério da Saúde, através da Portaria 569/GM (BRASIL 2000c), estabeleceu os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento:

- a) Toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) Toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas;
- c) Toda gestante tem o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d) Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas;
- e) Todo recém nascido tem direito à adequada assistência neonatal;
- f) As autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Além destes direitos garantidos, está presente no Anexo II, da portaria 569 do MS, os princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto, que todas Unidades Integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) têm como responsabilidade de, entre outras, admitir a visita do pai sem restrição do horário, contudo ainda não há regulamentação nacional que garanta a presença do pai durante o processo de parto. Nos Estados de Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro há resoluções de âmbito estadual que vigora apenas entre as maternidades municipais, com dificuldades para seu cumprimento. As adolescentes grávidas, nas instituições onde o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) é cumprido, têm direito à presença de uma responsável, geralmente a mãe. Não existe ainda lei trabalhista que proteja o pai ausente do serviço no nascimento da criança (BRASIL, 1990).

É importante enfatizar que o favorecimento da presença de um acompanhante no momento do parto, propiciará à mulher uma maior segurança nesse momento delicado de dor, compartilhando suas emoções com alguém da sua rede de apoio.

Destaca-se, no entanto, que dentro do cenário de saúde reprodutiva, a mulher e seu conceito notadamente são considerados o foco de atenção, porém, apesar do surgimento de

novas perspectivas em relação ao atendimento, pode-se notar que a figura paterna ainda está excluída deste contexto.

A partir desta análise se faz necessário uma reflexão acerca do significado da figura paterna no contexto do parto e, quais mudanças poderiam estar ocorrendo na consolidação do PHPN na Região deste estudo, que acreditamos não diferir da maioria das regiões do país.

Programa de Aleitamento Materno

O leite humano é um alimento nutricionalmente adequado para o recém-nascido, adaptado ao seu metabolismo, desempenha importante papel no desenvolvimento da criança e proporciona proteção imunológica contra doenças infecciosas, particularmente a diarreia; além disso estimula a relação afetiva do bebê com a mãe (PEREIRA, et. al, 2000). Por tais características, a prática do aleitamento materno é preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo o leite humano indicado como única fonte alimentar do bebê nos primeiros quatro a seis meses de vida deste e como complemento alimentar até os dois anos ou mais.

Em relação aos procedimentos sobre o aleitamento materno, destacam-se as seguintes falas:

[...] sobre amamentação não me falaram nada”. (P. 1,2 e 3 H.B, P. 5 H.A, P. 7 H.D).

[...] então a gente fica bem perdida assim, ainda mais que é o primeiro filho, a gente não sabe o que faz, ela chorava, eu pegava... trocava, dava o peito mas ela não ficava quieta, eu já não sabia mais o que fazer...” (P-7-H.D).

Observa-se nestas falas, que existe insegurança e falta de orientação sobre o processo de aleitamento.

Desta forma, oferecer a mulher à garantia de apoio para amamentar o seu bebê, seja através da informação adequada, experiências compartilhadas com profissionais da saúde ou com outras mulheres, é favorecer a amamentação bem sucedida, evitar o desmame precoce e conseqüentemente a diminuição de riscos para as morbi-mortalidades infantis.

As ações de saúde que visam à educação para a amamentação devem começar no pré-natal, pois o que se observa é o total despreparo das mulheres para amamentar seus filhos. As mulheres demonstram que a amamentação é boa para o bebê, e o seu esforço parece não ser valorizado, ela se sente cobrada de todas as formas, parece que não lhes é confiado o saber real e qualquer fonte geradora de estresse poderá implicar no insucesso da amamentação.

A verbalização das condutas tomadas pelos hospitais a respeito da amamentação, pelas puérperas, mostra o total desinteresse e compromisso, tanto por não informar ou por informar mantendo uma postura dos profissionais. Para essas mulheres o que resta é força de vontade, as trocas positivas de amamentações bem sucedidas de outras mulheres de seu convívio ou então informações não favoráveis à amamentação. Acredita-se que a iniciativa do Hospital Amigo da Criança é uma das maneiras de se garantir o sucesso da amamentação. Contudo, mesmo que o hospital não possua as características para enquadrar-se às exigências do Programa Hospital Amigo da Criança, poderá através dos seus profissionais, oferecer orientações em relação ao aleitamento a essas mulheres aos poucos poderão contribuir para evitar a não amamentação ou o desmame precoce.

A fala a seguir ilustra esta observação:

“Fizeram uma palestra sobre amamentação, um pediatra que foi no quarto, bem bonzinho ele, explicou tudo bem detalhado, mas no outro dia foi um médica e eu ouvi a palestra de novo, que foi horrível, um blá, blá, blá, que a mulher falou, cuspiu de tão rápido que falou, em pé, na porta nem entrou no quarto, sem comparação com a outra palestra, que foi muito esclarecedora, e essa médica coitada tão desinteressada (P.10-H. C 37 anos 3º grau).

Apesar de tantos esforços as mulheres ainda apresentam dificuldades para obtenção do sucesso ao amamentar, seja por comportamentos culturalmente adquiridos ou por falta de informações corretas.

Para Pereira, *et. al*, (2000), as causas apontadas para o desmame precoce não são somente atribuídas à falta de conhecimento da mãe, mas também, deve-se considerar as condições culturais mais complexas e as relações pessoais.

Diversos estudos mostram a existência de uma alta prevalência de desmame precoce, embora haja tendência geral de aumento da duração da amamentação. Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, na década de 80, apontaram que o tempo médio

de aleitamento materno no Brasil era de 134 dias, sendo o tempo médio de aleitamento exclusivo de apenas 72 dias (INAN/UNICEF, 1989). A introdução precoce de outros alimentos na dieta da criança amamentada vem sendo diagnosticada como um dos principais fatores para a elevada taxa de mortalidade infantil em países subdesenvolvidos.

A OMS recomenda o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade e o “não exclusivo” até dois anos ou mais. O Ministério da Saúde apoia a essa recomendação. Assim, as iniciativas para o incentivo à amamentação, são de grande valia, uma vez estabelecidas as campanhas e programas, conseqüentemente poderão ocorrer mudanças nos padrões culturais da população.

No Brasil, o Ministério da Saúde inclui o incentivo do aleitamento materno como uma das ações básicas de saúde, dentro do Programa de Atenção à Saúde Materno- Infantil (BRASIL, 1993).

A Academia Americana de Pediatria, em 1997, passou a recomendar aos pediatras que estimulassem as mães a amamentarem seus filhos até estes completarem um ano de vida, fazendo, ao mesmo tempo, um apelo para que médicos e sociedade em geral encorajem esta mudança de atitude. Mesmo na sociedade civil, grupos de apoio às mães que querem amamentar são formados e chegam a ganhar destaque, como a *La Leche league*, nos EUA, as Amigas do Peito, no Brasil (JORNAL DO BRASIL, 1998).

Cabe ressaltar, também, que em 1990 o Brasil foi um dos países participantes de um encontro realizado em Florença, Itália (*Spedale degli innocenti*) promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Neste encontro foi idealizado a “Iniciativa do Hospital Amigo da Criança” com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Para atingir as metas um conjunto de medidas contida da “**Declaração de Innocenti**” é que denominou os “**Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**”. Sendo assim, as mães devem ser informadas das vantagens do aleitamento e das desvantagens, em vários aspectos, do uso de substitutos do leite materno além de ter noções sobre a lactação, estímulos para produção de

leite materno, dificuldades e soluções para os problemas na amamentação (LAMOUNIER, 1998).

O Brasil foi um dos 12 países escolhido para dar início à “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”. As ações visando estimular os hospitais e maternidades do país a se tornarem “amigo da criança” são coordenados pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde e UNICEF.

Assim, os hospitais para tornarem-se “Amigo das Crianças”, precisam ser submetidos às avaliações, tendo como critério o cumprimento de cada um dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno (Anexo VII). Os hospitais credenciados caracterizam-se por serem instituições que tem garantido às mulheres tanto no hospital como fora, a continuidade ao aleitamento materno exclusivo. Portanto, são hospitais que oferecem condições para que a mulher tenha entre outros, o direito de amamentar, acompanhamento adequado, orientação e informações necessárias para o sucesso da amamentação por um tempo prolongado.

O cuidar de forma humanizada

Segundo Ávila (1999), o útero grávido não bate à porta pedindo ajuda. Atrás de cada útero grávido existem pessoas, uma mulher inteira, um homem inteiro e uma família inteira grávida, envolvidos na gestação do novo membro que vai chegar.

Para Climent (1987), o acompanhamento do processo do parto, requer, compreensão e apoio, favorece a comunicação e a confiança. A gravidez e o parto, como fatos sociais, implicam uma série de relações interpessoais, entre clientes e profissionais, gerando vínculos. Quando se estabelece um vínculo, cada integrante da relação tem uma representação interna do outro, sabe quais suas necessidades e expectativas, reconhece as diferenças do outro a partir do reconhecimento de si próprio. Quando se cria um vínculo, se estabelece um compromisso com a tarefa em comum.

Segundo Freire (1979, p.18): “Conforme se estabeleçam estas relações, o homem pode ou não ter condições objetivas para o pleno exercício da maneira humana de existir...

comprometer-se com a desumanização é assumi-la e inexoravelmente desumaniza-se também.”

Por isso, a tecnologia usada no cuidado humano também é necessária, mas precisa estar direcionada para **valores** em oposição a **coisas**. Se o uso da tecnologia é baseado em propostas materialistas, ele deve ser censurado por uma atitude humanística, com visão de que a mesma foi criada com propósito de servir à raça humana. No cuidado à saúde, precisa-se assegurar um interesse especial sobre o lugar da ciência e da tecnologia na escala humana, passando a afunilar sua capacidade de diminuir a imagem que o homem tem de si mesmo, desta forma prevenindo a desumanização do cuidado (BENNET;TIBBITTIS,1989).

As falas a seguir expressam que é possível prestar um atendimento mais humano, favorecendo as relações, estabelecendo confiança entre parturiente e equipe.

“Elas deram bastante informação [...], o banco de leite tá contínuo dentro do quarto conversando com a mãe, elas tão 24 horas no quarto pra mãe dar de mamar [...], foi tudo muito bem, de 94 pra cá agora tá bem melhor, não podia ficar acompanhante, agora pode ter, eu gostei eles são bem atenciosos, ficam o tempo todo ali, porque é bom mesmo uma pessoa ficar do teu lado...” (P. 12- H E- 32 anos- 1º grau incompleto.).

Percebe-se então que, o cuidado é percebido de diferentes maneiras, seja pela atenção dispensada, ou pela forma como a instituição conduz a sua rotina, como é o caso da permanência do acompanhante na maternidade.

"Eu gosto do atendimento! Eles atendem bem na sala de parto, no quarto, o teu parto não é mais feito por quem não entende [...]O meu marido não quis assistir o parto, mais o médico convidou ele para entrar.Elas também me deram banho no chuveiro com água quente nas costas, disseram que era bom para ajudar no parto antes do soro... Uma coisa que eu gostei muito, era uma moça que tava lá junto comigo. Ela tinha contração mas só que doia as pernas dela, não sei porque, mas ela dizia que doia as pernas... ela pediu para a professora mesmo, fazer massagem e ela fez, eu achei um ato muito bonito deles, até o médico fez (P.13 H.E- 31 anos- 2ºgrau).

Esta fala, retrata que é possível perceber que a parturiente estava informada dos procedimentos realizados, do que estava acontecendo e o que poderia acontecer. O que só favorece para que ela possa acreditar que pode realmente contribuir ativamente com o seu parto.

O cuidado é percebido pela parturiente como sendo indispensável principalmente, o que é executado pela enfermagem, e de fato é, uma vez que é ela quem passa mais tempo junto das pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado.

Para Zagonel (1996), o cuidado é a essência da enfermagem. Através dele, se estabelece uma inter-relação humanística. É um fazer voltado para o respeito, a dignidade e a valorização do ser humano, a partir do momento em que o enfermeiro atua na compreensão das experiências vividas por aquele ser.

Este autor coloca ainda, que:

A enfermagem humanística engloba muito mais do que a competência técnica engloba um modo de relacionar-se, um em favor do outro, seja do enfermeiro/cliente, seja do enfermeiro/médico/membros da equipe. O ser e o fazer estão intimamente relacionados. Esta relação possibilita a enfermagem a oportunidade para o desenvolvimento do ser humano, torna a existência uma coexistência humana. O processo de relações de poder dissipa-se através das inter-relações tornadas humanísticas (ZAGONEL, 1996, p. 79).

Há outras falas em relação a esta questão:

“Eu fiquei um pouco nervosa, desesperada, mais depois que eu ganhei, era a dor, por que me trataram muito bem, eu fui muito bem atendida”. (P.15- H. E- 18 anos- 1º grau incomp.)

“O atendimento foi maravilhoso, igual esse que eu tive ali, fui bem atendida, as enfermeiras tudo, não tenho nada a reclamar... Era 11:00 horas da manhã fui ganhar as 9:40 da noite... Ele não assistiu o parto porque não ia agüentar”. (P. 19- H. E- 37 anos- primário).

“É eu fui bem atendida, bem melhor do que a outra vez (P 1- H. B- 23 anos- primário)

“Quanto ao atendimento eu gostei, deixaram até o meu marido entrar” (P.4- H.B-17 anos- 1º grau).

Estar preparado para assistir as mulheres em trabalho de parto, é também uma forma de cuidar. Para Tronchin e Melleiro (1998), é fundamental que os profissionais da saúde estejam preparados e sensibilizados para compreender suas crenças, seus valores e suas expectativas, construindo assim um sistema que possibilite a sua efetiva participação no processo cuidativo, minimizando a lacuna existente entre o conhecimento profissional e o popular.

“Me atenderam bem, acho que vai da pessoa que atende, se a pessoa quer fazer, quer tratar bem, ela faz.” (P.5- H.A- 24 anos- primário incomp.).

Nesta fala, para a parturiente, cuidar e atender bem, não precisa muito, basta ter boa vontade.

Outras falas:

“Elas me atenderam bem, só ali naquele horário das 4 horas da manhã, que elas me deixaram e foram atender outras mulheres pra ganhar neném, e elas não passavam perto pra mim chamar”. (P 6- H. D – 36 anos 2ª série primário).

“Em relação às enfermeiras, sobre o atendimento eu nem posso reclamar, elas estavam toda hora no quarto me medicando, ajudando a ir no banheiro...” (P.7- H. D- 31 anos 2º grau).

As falas das parturientes acima, mostram realmente a grande importância que o cuidador tem de realmente exercer suas atividades com caráter humanizado, uma vez que a parturiente sabe distinguir o profissional que *trata bem* e o que *trata mal*, por simples gestos e atitudes.

Para Oliveira; Zampiere; Bruggemann (2001), para que o cuidado possa ser humanizado, precisamos, além de tratar recém-nascidos, suas mães e suas famílias como seres dotados de qualidades e características próprias, contar com uma equipe humanizada. Assim, é primordial oferecer um clima de respeito, confiança e afeto entre os membros da equipe.

Segundo Carneiro (2000), a efetivação da idéia de humanizar o atendimento ao parto, poderá se concretizar num modelo de atenção centrado no cliente. Enfatiza que, para a sua efetivação, o profissional deve desenvolver habilidades relacionadas ao contato com a mulher, que poderão favorecer a adequação emocional à gravidez e ao parto, resultando em melhor adaptação anatômica, fisiológica e bioquímica do seu corpo.

Sem dúvida, o aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implantado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente de um centro obstétrico, faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Assim, acreditamos que o cuidado envolve realmente uma ação interativa. De acordo com Vila e Rossi (2002), a ação e o comportamento estão calcados em valores e no

conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente à sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa.

No entanto, a falta do cuidado, foi manifestada pelas entrevistadas, através das diferentes formas em que pode se dar o atendimento ao parto. As mulheres atendidas nos hospitais A, C e D, foram as que mais apresentaram queixas a respeito do cuidado recebido. Esses hospitais também apresentaram problemas relacionados com estrutura física, higiene e recursos humanos, o que demonstra que o cuidado deriva de um conjunto de fatores capazes de constituir uma atenção de qualidade.

Assim, a falta de atenção, a higiene precária, a falta de profissionais qualificados e em número insuficiente, estrutura física precária, entre outros fatores podem constituir-se como fatores que possibilitam a ausência de cuidado. Sendo assim, pode ser decorrente de uma série de fatores, que compreendem desde a estrutura física e a disponibilidade de recursos humanos até a compreensão por parte dos profissionais para com as mulheres internadas.

Se o parto institucionalizado tem o objetivo de minimizar os riscos do processo de parturição, para a mãe e filho, alguns dados obtidos neste estudo retratam outros riscos para a mulher, causados pela atitude dos profissionais, como o de sentir-se desamparada nos momentos em que solicita ajuda, como mostra o relato a seguir:

[...] tava muito frio... eu dizia meu Deus eu tô com cólica, e eu sangrava... mais sangrava e eles não dão nada, nem um absorvente... é simplesmente um lençol dobrado no meio que eles enfiam no meio das pernas e se vira querida.... eu avisei a enfermeira e ela me disse: meu deus mas que mulher cheia de dor, foi assim que ela me respondeu, isso já no turno da manhã... e elas não iam atrás do motivo da minha dor, e elas achavam sei lá o que da minha dor... veio um médico e não resolveu nada ele mandava dar as injeções[...] na terça feira quando eu ia ter alta apareceu uma outra doutora... isso tudo ainda que eu ia pro banheiro e o sangue jorrava no chão, no vaso, no chuveiro, era sangue, plasta de sangue, e eu dizia tudo isso e elas vinham tudo isso trocavam o lençol e viam o lençol sujo... e botaram até soro pra não precisar mais me furar... aí a bendita Dra. M.... quando botou a mão dentro, sem mentira nenhuma, eu vi, ninguém me contou uma plasta de sangue enorme... foi uma membrana disse a médica, eu fui pro centro cirúrgico fazer curetagem. [...] Ah! Isso sem te contar, que veio feijão pra mim comer [...] eu não tinha condições, eu tava com ânsia [...] eu pedi uma canjinha mais não tinha... eu estava sem comer do parto, sangrando e com jejum, imagina se eu não ia ficar tonta...” (P-10- H.C.,37 anos 3º grau)

Esse depoimento mostra, o quanto à mulher em pós-parto, também fica vulnerável necessitando de observação constante. Sem a devida atenção, sangrando ficou sujeita a choque hipovolêmico, já que o seu sangramento não era diagnosticado nem como fisiológico. A violência verbal, quando a profissional menosprezou a sua dor chamando-a de “*Mulher cheia das dores*” e ao risco de contaminação ou de transmissão de doenças por falta de limpeza do sangue que fluía da paciente é perceptível.

Desta forma a desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de conseqüências negativas para o relacionamento profissional-paciente/ cliente. A comunicação entre estes tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade desses profissionais, tendo que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente. Nesse momento de crise, o grande norte passa a ser, então, explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadas as paralisantes deformações ideológicas. Para isso, é importante o compromisso e a interação democrática (CARVALHO, 2001). Estas observações podem ser percebidas na fala a seguir:

“(...) sinceramente me deu vontade de brigar... não com elas, porque elas não tinham culpa, mas a raiva foi de eu ter esperado tanto assim, sem uma solução, e eu com muita fome, por deus do céu tive até vontade de comer pasta de dente, não de desejo mas de fome mesmo, tu vê que eu tomava banho, eu tava ficando louca já, e ruim, não pelos outros médicos, mais foi o Dr. X, porque ele é muito ignorante mesmo, é muita ignorância num homem só (...) (P.12-H. E, 23 anos -1º grau).

Na fala anterior a queixa da paciente é porque foi para o alojamento conjunto, aguardar a vez da cirurgia. Na manhã que se internou, a mesma não foi realizada devido ao movimento intenso de cesarianas no Centro Obstétrico. O médico que iria fazer passou para outro, que por sua vez também não a fez, ficando a paciente em jejum até a manhã do outro dia.

Principalmente as mulheres que internam para ter seus partos pelo SUS, acreditam que não podem reivindicar pelo bom atendimento. A informação é um dos elementos indispensáveis ao exercício da plena cidadania e ferramenta para a formulação de políticas públicas. É preciso ressaltar ainda, que a complexidade que envolve a questão dos direitos

humanos relativos a mulher abrange um campo de preocupações muito mais amplo do que essa breve abordagem feita aqui.

Portanto, é importante salientar que um dos princípios norteadores do Humaniza SUS (2004), está presente na valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, com objetivo de fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito as questões de gênero, étnica, raça, orientação sexual, entre outros.

Nesse sentido, como diz Freire (1979, p.20) “Não é possível um compromisso autêntico com aquele que se julga comprometido, a realidade se apresenta como algo estático e imutável.”

O processo de humanização vai além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente: aponta para o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e participação crítica.

Sentimentos manifestados pelas mulheres em processo de parto: dor, medo e solidão

O parto é permeado por medo, ansiedade expectativas decorrentes das experiências vividas anteriormente, das trocas de informações com seus familiares, de profissionais e com outras mulheres que passaram pela experiência de parir. Assim, ao entrar na maternidade, a mulher já tem uma idéia preconcebida de como poderá ser o seu processo de parto, como será atendida e quais as dificuldades que poderá enfrentar. Esta expectativa entre o real e o imaginário, muitas vezes acaba gerando um certo grau de preocupação e decepção, seja pela não ocorrência do imaginado, ou quando percebe a impessoalidade dos profissionais que atendem ao parto (OLIVERIA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN 2001).

A concepção do parto patológico, como uma experiência de sofrimento e perigo pela fragilidade e vulnerabilidade do corpo feminino, arraigou-se desde o século XVII, quando a obstetrícia pré-moderna começa a ganhar terreno. As tentativas de diminuir as dores do parto não são recentes na obstetrícia: no século XIX, não raro se recorria ao ópio; já no século XX, a analgesia ou à cesariana (DINIZ, 1996). No campo da obstetrícia não convencional, nos

anos 50, postulava-se o parto sem dor viabilizado pelo método psicoprofilático do Dr. Lamaze; nos anos 70, entraram as técnicas orientais, místicas e psicológicas de preparo para que o bebê nascesse sorrindo e para que a mulher sentisse prazer ao dar à luz de forma menos violenta. Ficou conhecido pelos livros de Frederik Leboyer, médico que escreveu livros sobre o tema, e até hoje é referenciado pelos adeptos da humanização da atenção ao parto (TORNQUIST, 2003).

Mesmo com a existência de alternativas que possam diminuir as dores de parto, a vivência do parto ainda é “percebida pela mulher como angustiante e atemorizadora, uma vez que, a partir do momento em que é internada na maternidade, ela passa a não ter mais controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar”. Mesmo quando as parturientes expressam medo, angústia, inquietação durante o trabalho de parto, para os profissionais essas expressões são de entendimento diferentes, pois para eles tudo isso que acontece com a mulher é algo que faz parte da sua rotina assistencial. Já para as mulheres essas atitudes resultam em uma percepção negativa do seu parto atrelada à dor, ao medo, ao desespero, e a solidão (OLIVERIA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN 2001).

Dos sentimentos expressados durante o processo de parto, é possível que a dor de parto seja o sentimento mais significativo, pois a dor, é concebida como algo inerente ao processo de parturição e que as dores sejam consideradas parte da experiência de se tornar mãe, já que a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto seria um dos aspectos valorizados da passagem para o status de adulta e mãe, representada pela parturição, para mulheres de camadas populares urbanas. Trata-se de um processo de “naturalização” do sofrimento associado à forma como se dá a construção social de gênero prevalente entre as camadas populares brasileiras (QUEIROZ, 1996).

Queiroz (1996) ressalta que a dor, como as doenças, não são apenas manifestações universais de processos orgânicos, mas construções simbólicas que variam conforme os contextos socioculturais e a própria subjetividade do doente. Se não é possível separar os aspectos culturais da dor dos aspectos orgânicos, também não se pode falar em uma mensuração universal da dor. A dor é uma expressão obrigatória de sentimentos, existindo uma expectativa social que faz parte da própria forma com que cada indivíduo vivencia a morte, a surpresa, a guerra, o sofrimento, a alegria e as dores.

Assim, Tornquist (2003), avalia que ao se partir da concepção que as manifestações das emoções são construções culturais, então na instituição hospitalar diferentes concepções de dor estão em jogo, sendo que a parturiente está em estado liminar, pois é ela (e seu corpo) que atravessa esta experiência. Contudo, a dor pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação. Estudos sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que, independentemente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres (BRASIL, 2001d).

As mulheres devem ser asseguradas de que existem várias opções para controlar a dor do trabalho de parto, e que todos os esforços compatíveis com a segurança de mãe e filho, serão despendidos para diminuir seu desconforto.

As falas a seguir, expressam a vivência do parto, atrelada a dor e ao sofrimento.

“A enfermeira entrou lá, e eu estava com muita dor, mais muito dor mesmo, meu Deus eu não via a hora de ganhar de uma vez, mais elas diziam que era assim mesmo...” (P-5-H.A, 23 anos- 1ª série).

“Às 3 horas da madrugada começou de novo aquelas dor...às quatro horas da manhã eu liquei pro meu irmão pedindo oração (...)” (P-6- H.D, 36 anos- 2ª série).

“Eu fiquei assim com dor e as enfermeiras não davam muita bola não, elas passavam...(P-11-H.C, 17 anos- 1º grau).

“Depois que eu cheguei lá no quarto aí as dor começou forte, forte...” (P-1-H.E, 23 anos- 4ª série)

“Eu fiquei internada e nem fui pro soro, mas começou as dores, e elas diziam que quanto mais dor eu tivesse mais rápido eu ganhava...” (P-3-H.B 29 anos- 2º grau).

“Cheguei as 2:40 e ganhei as 3:00... ela sabia que eu estava muito fraca botou o soro em mim, a dor aumentou e eu ganhei ela...” (P-4-H.B, 19 anos- 1º grau).

Nas falas pode-se notar, que na expressão da dor de parto, colocada pelas parturientes, está implícita a solidão e o medo.

Oliveira; Zampieri; Bruggmann (2001) ressaltam que o parto é uma experiência fundamental, profunda e marcante na vida da mulher, podendo resultar em sentimentos de sofrimento, solidão, medo de ficar grávida novamente, insegurança, e depressão pós-parto.

Lamentavelmente nem todas as mulheres têm o privilégio de vivenciar esse momento de forma positiva, como um momento de prazer, satisfação e plenitude. Apesar do avanço tecnológico da obstetrícia moderna, o parto continua sendo um momento importante na vida das mulheres, mas de certo modo, ainda assustador.

Oba; Tavares, (1996, p. 569), em seu estudo observam que, as mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas em suas manifestações em decorrência do parto se constituíram nas diferentes formas de medo: “medo da morte; do sofrimento do parto; de acontecer algo com o bebê; de não ser bem atendida; do tipo de parto; do hospital; de ser atendida por outro médico com qual não realizou o pré-natal; de não ter convênio médico; de saber em qual hospital terá o filho”.

Assim as mulheres em trabalho de parto apresentam comportamentos variados, pois possuem a idéia de parir, culturalmente ligada à dor, sofrimento e angústia. Gayeski e Millão (1999) estudaram os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto e registraram que os sentimentos que mais se evidenciaram nas mulheres durante o seu trabalho de parto e parto são: dor/medo da dor (62,50%), emoção (62,50%) e medo (50%). Essas duas categorias, dor e medo devem ser compreendidas pela sua inerente interrelação. Esses dois sentimentos não vêm sozinhos, as mulheres em situação de espera ou de trabalho de parto, experimentam a dor e o medo decorrente de uma série de fatores.

Para Tornquist (2003), o estado de dor é vivido no hospital, em geral, de forma bastante controlada: as mulheres demonstram uma grande preocupação com sua performance em termos do controle das suas emoções, procurando expressar sua dor dentro dos parâmetros considerados adequados, que consistem em: não gritar, não entrar em desespero, obedecer às ordens médicas, acatar os conselhos da equipe. A expressão de certas emoções relativas ao parto tem contornos bem definidos dentro de um centro obstétrico. Assim, o enfrentamento adequado da dor, como mostra na fala da parturiente acima, supõe a evitação do escândalo, da gritaria, das expressões de desespero, descontrole e descompensação.

De acordo com Queiroz (1996), o atendimento prestado às parturientes é um fator que interfere no medo do parto. A autora ressalta que o discurso sobre humanização do atendimento ao parto ainda continua muito distante da prática.

Para Maldonado (1984), o descontrole, o pânico e até alterações da contratilidade uterina decorrem de uma atenção precária que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente. Assim, o movimento de preparação para o parto e para a maternidade têm como um dos objetivos básicos, humanizar o processo do nascimento, atualmente tão mecanizado e dissociado do seu contexto emocional.

Segundo Santos (1998), durante seu estudo, concluiu que muitas atitudes expressadas pelas mulheres em trabalho de parto, não são valorizadas pelos profissionais de saúde. Entre elas, a atenção, a orientação, o estar junto, o uso de terminologia compreensível, a promoção de segurança e confiança, e o compartilhar conhecimento, facilitando assim a compreensão sobre o cuidado realizado. As ações humanizadas preconizadas pelo Ministério da Saúde são prejudicadas pelas rotinas pré-estabelecidas ou pela rotina estabelecida de acordo com a conveniência para a instituição. A parturiente não é chamada pelo nome, e fica sem ação diante das regras que não consegue entender. Assim, todos perdem. A parturiente que poderia ter um trabalho de parto amenizado, por um pouco de atenção dispensada a ela, ou pela presença de um acompanhante familiar, que neste caso poderia estar substituindo um profissional “não disponível”. Perde também, a instituição que poderia favorecer partos bem sucedidos, ganhando com isso, tempo, satisfação por parte da parturiente, família, profissionais e conseqüentemente da comunidade.

Além da dor e do medo, outro sentimento relevante já mencionado anteriormente, a solidão, foi expressado pelas entrevistadas durante as suas trajetórias de internação para o parto, que pode ser decorrente tanto da falta de um acompanhante familiar, quanto da desatenção dos profissionais que atuam no nascimento, que muitas vezes expressam uma postura impessoal e pouco interativa com as mulheres em trabalho de parto.

A fala a seguir mostra o quanto a mulher sente-se fragilizada e solitária durante o trabalho de parto:

"Eles deveriam dar um pouco mais de atenção, porque a gente na hora da dor, a gente quer atenção, e eles passam e a gente parece uma louca dentro do quarto. Prá mim foi complicado...porque a gente fica sozinha, não é fácil... Eles deveriam botar uma psicóloga ou uma pessoa prá confortar a gente, ficar ali, ou deixar alguém dos parentes da gente entrar, porque podia pegar na mão fica ali conversando prá espairer um pouquinho a dor, mas, enquanto isso não: É SÓ ELAS, E NÓS ALI, DURANTE AS DOR COM AS QUATRO PAREDES." (P-15H.E- 28 anos, 4ª série).

Esta fala expressa o abandono e a percepção da parturiente quanto ao próprio abandono dos profissionais que a ela prestam o cuidado, o que demonstra que a desatenção resulta em um atendimento não humanizado. Apesar de a parturiente ter reivindicado por atenção, ela simplesmente seguiu as regras impostas e conteve-se em esperar solitária e com dor o momento do nascimento do seu filho. Porém, isso não significa que ela não tenha sentido com violência essa lógica de atendimento. Os usuários interpretam como injustiça os critérios utilizados na organização do atendimento. A sensação de injustiça, com todo sofrimento que acarreta, advém em grande parte do fato de que a população não tem acesso nem mesmo ao que se passa na organização interna do serviço. A concepção do bom atendimento engloba também a dimensão psico-afetiva, os usuários esperam dos serviços muito mais do que um conjunto de cuidados dirigido a um corpo biológico.

Santos (1998) coloca que a mulher/parturiente não pode ser considerada como mais uma independentemente do profissional de saúde que a assiste, mas sim compreendida em toda a sua singularidade. Os procedimentos e as técnicas inerentes à rotina de atenção podem ser realizados de forma mais próxima da parturiente e sua família. Podem ser momentos prazerosos de trocas, nos quais os profissionais de saúde podem abrir-se ao diálogo. Sendo assim, a rotina agitada de um centro obstétrico, não pode ser motivo para o afastamento do profissional de saúde da mulher/parturiente e sua família.

Para a mulher em trabalho de parto, que chega na maternidade e deixa tudo que sente, que pensa e que vive do lado de fora do centro obstétrico, estar sozinha é uma condição que a coloca ainda mais indefesa e passiva diante das intervenções.

Vejamos estas falas:

[...] “Não ficou ninguém comigo... a noite só tinha uma enfermeira e um monte de mulher ganhando bebê e ninguém prá ajudar a gente com a criança, espero não ter mais que passar por isso...” (P-8-HC., 26 anos- 1º grau).

“Para ti teres idéia, eu chequei no hospital era 1 hora, eu dormi sozinha até as 6, com essa dor e já estava com a bolsa estourada, que medir pressão e ver contração que nada [...] nesse horário noturno parece que só tem duas enfermeiras, é difícil, fiquei sozinha, era 6:30

da manhã eu já tinha chamado várias vezes, eu gritei e tudo e nada...” (P.10- H.C, 37 anos- 3º grau).

[...] “A noite é uma tristeza... só depois de duas horas que a gente chamava é que elas vinham...” (P-11- H.C, 17 anos 1º grau).

“O meu marido não entrou comigo, ele é embarcado. A minha mãe entrou comigo, não lá dentro, só até a sala de espera” (P-18-H. E, 23 anos primário).

“Eu fiquei sozinha, mas sempre que eu chamava, elas vinham me atender...”
(P-2-HB, 23 anos- 4ª série)

“Eu fui encaminhada na primeira sala no consultório da frente, porque ali o meu marido podia ficar junto”. (P-3-H. B, 29 anos- 2º grau).

Caron e Silva, (2002), revelam que estudos têm demonstrado que a qualidade das interações está na dependência de uma disponibilidade própria do profissional em estabelecer relações de ajuda e de acolhimento. Acresce-se a isso o fato de os profissionais não se sentirem preparados para interagir com a clientela em consequência da falta de conteúdos sobre o tema em sua formação acadêmica. Assim como a parturiente nota com precisão o bom cuidado, e a atenção a ela dispensada, a falta de informações e instruções adequadas e necessárias, no decorrer do trabalho de parto e do parto, é percebida pelas parturientes como descaso, provocando sentimento de indignação, pois se sentem abandonadas e desrespeitadas.

Oliveria; Zampieri; Bruggemann (2001), salientam que diante de toda esta complexidade, sensibilizar-se, instrumentalizar-se e envolver-se, são práticas que fundamentizam o processo de humanização. Essa harmonia deve ocorrer numa melodia rítmica, para que se desenvolva a percepção da própria existência, em que o ponto básico da humanização seja a comunicação e o relacionamento de respeito entre as pessoas.

4.3. Categoria 3 - INTER-RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E AS MULHERES EM PROCESSO DE PARTO

Davis-Floyd (1998 p.23), adverte que o “conhecimento autoritativo relacionado ao nascimento, focaliza o ângulo dos estudos provenientes da área da antropologia do

nascimento, que abordam o termo “conhecimento autoritativo”, para referir ao saber que “faz sentido” para as pessoas. Nesse sentido Monticelli (2002), diz que não se trata de um conhecimento autoritário, simplesmente, mas por ser um conhecimento fundamentado nas noções de interacionalidade e empoderamento, nas quais as redes sociais têm poderosas influências. Essa autora, ressalta que existe o status do conhecimento biomédico, configurando que o saber possui um lugar hierárquico no cenário institucional.

Assim percebe-se que realmente a população confere autoridade aos profissionais para definir, em grande parte, seu estado de saúde, o que expressa o caráter de classe da relação., conforme Boltanski (1984):

“os membros das classes populares, conscientes de sua ignorância, não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação freqüentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou de apelo ao único especialista autorizado a falar da doença: o médico [...] ao mesmo tempo, o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que limita sua reprodução”.

Partiu-se do princípio que a declaração dos direitos que compõe a Constituição Brasileira (promulgada em 1988) caracteriza-se como um dos textos constitucionais mais avançados do mundo, em especial no que se refere aos direitos no campo da saúde. Temos o desafio de materializar em práticas as conquistas estabelecidas no plano legal (BOSI, AFFONSO, 1988). Entretanto, apesar de nossos direitos serem considerados avançados, é interessante perceber que mais do que os direitos, nota-se a percepção nítida de que os direitos não existem para a massa da população.

A falta da concretização dos direitos que não saem do papel fica clara na fala das entrevistadas deste estudo, assim como a percepção da marcante divisão de poder presente na sociedade. Sendo assim, percebe-se a relação de poder exercida pelo profissional, quando se dirige à mulher de maneira ameaçadora, cercando-lhe a liberdade de expressão, limitando-se a dar ordens à parturiente, sem dar a ela o espaço de manifestar seus sentimentos.

(...) é na sala de parto ficou um monte de gente assim me olhando, deveria ficar só o médico, e mais uma sei lá... só sei que tinha vários, não me senti bem com isso, não precisava tanta gente ali no parto. (P-11-H. C 17 anos- 1º grau).

“(...) olha eu sou simples, só posso contar com o SUS, mas ter outro filho aqui só se fosse particular, eu me esforçaria para pagar. Os médicos, acho que não são daqui, não temos vínculo com eles do pré-natal por exemplo, eles só estão aqui pra ganhar dinheiro [...] Aí elas vieram e fizeram buscopam na veia, e eu dizendo que era alguma coisa que elas fossem verificar, e elas diziam calma vai passar. Furaram os dois braços, depois o glúteo, e na coxa que depois não conseguia nem andar, era voltarem, buscopan, buscopan, voltarem, mas ninguém vinha ver o motivo da minha dor (P-10- H.C,37anos-3ºgrau).

*“Me **deram** um remédio, de meio dia me **botaram** no soro..mais elas **diziam** que era assim mesmo...” (P-6-H.D, 36 anos 2ª série primário).*

*“Eu cheguei me **levaram** para a sala de pré-parto... **fizeram** a minha ficha, a minha internação... **escutaram** o coração do neném, **viram** a pressão, **viram** se eu tinha febre, me **mandaram** tirar a roupa, **mandaram** meu marido descer e fazer a minha internação...” (P-12-H.E, 23 anos 1ºgrau).*

*“Me **levaram** para o quarto e **fizeram** o toque” (P.2-H.B, 29 anos- 2º grau).*

O corpo amedrontado e envergonhado é mais facilmente disciplinável. Todo saber tem capacidades disciplinadora e normatizadora, saúde é um conhecimento construído na relação entre saber X poder. O poder não é artigo de posse, constitui um conjunto de práticas de poder. A criação de normas e modelos de condutas e produção do saber são funções intimamente relacionadas ao próprio poder e utilizadas por ele: poder gera saber que, por sua vez, gera mais poder. Ao aproximar-se, descobrir a parturiente e tocá-la, mesmo que instrumentalmente, sem pedir permissão ou dizer palavra, o profissional invade esse espaço, bloqueia a comunicação e desrespeita o território daquela mulher. Sendo assim, quando tocamos alguém, invadimos seu espaço pessoal. Por isso, é importante ficar atento aos sinais não-verbais que essa pessoa manifesta, demonstrando consentimento ou não do paciente em relação a essa invasão, como sua expressão facial, e sua rigidez muscular. A relação de poder pode também ser evidenciada sempre que os profissionais se mantêm de pé, ao lado da parturiente, que deitada, permanece em uma posição passiva, estando física e emocionalmente à mercê dos profissionais da equipe (CARON e SILVA, 2002).

A fala abaixo confirma a relação de poder existente durante o atendimento ao parto, no Hospital E:

“Na hora que tu estás com dor é a mesma coisa, eles não dão bola pra ti, a gente fala: Eu to com dor! E eles só mandam a gente descer. Desce! aí a gente desce não ta na hora! Sobe!

muita dor! Eles fazem o toque, sobe! Então é assim, mas eles não dão atenção, eles não conversam nada, é naquele desprezo sobe, desce, desce, sobe até a hora que eles achar que tá na hora, aí a gente desce e fica, o se não ganha no caminho.” (P-14- H.E, 28 anos primário)

Esta fala mostra também, que apesar do olhar crítico da parturiente a respeito da rotina a ser seguida e da percepção da impessoalidade das relações, em momento algum ela questionou ou manifestou o desagrado da situação que estava vivenciando. Para Caron e Silva (2002), a mulher é submetida não apenas à relação profissional-paciente, mas também ao papel de mulher que lhe é imposto na sociedade devido à sua antiga condição de submissão dentro dos diversos aparelhos ideológicos (família, escola, etc). Assim a mulher tende a assumir uma atitude passiva na relação com os profissionais que atendem. Especialmente aquela pertencente à classe social menos privilegiada, sente, ainda mais, o distanciamento entre ela e a equipe, um representante de outra classe, e, em virtude desse distanciamento, coloca-se numa posição, não só e puramente de passividade, mas de grande temor.

Portanto, a afirmação da cidadania é um processo que encontra dificuldades não só no plano da subjetividade, como também, ou mais, no nível das práticas nas quais se constrói. Ao que parece o usuário destes serviços, e de muitos outros, terão que passar por um processo de afirmação dos direitos, reconhecimento e conscientização, tendo ainda que ultrapassar barreiras seja no plano das relações que se estabelecem na sociedade mais ampla, seja dentro do próprio modelo assistencial (BOSI, AFFONSO, 1998).

De acordo com Freire (2001, p.66), “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”.

De forma geral, é possível perceber que a totalidade das interações estabelecidas pelos profissionais, nesse processo de trabalho, está longe de ser uma relação humanizada, para isso devemos ter a consciência de que somos agentes de transformação, e que o saber gera poder, assim é necessário disseminar esse saber e possibilitar aos cidadãos, a chance de exercer a sua plena cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar qual a realidade do atendimento nos hospitais que atendem ao parto na Região da AMFRI, dentro da perspectiva do PHPN. Procurou chamar a atenção quanto ao atendimento humanizado durante o processo de parto.

Existe com certeza uma demagogia quando se fala em “parto humanizado”, uma distância muito grande entre o discurso e a prática. O PHPN é com certeza um grande passo na tentativa de se efetuar um atendimento mais humano para as mulheres em trabalho de parto e à sua família. Contudo, o resultado deste estudo mostrou que a instituição de Programas e portarias ministeriais não garantem a qualidade do atendimento ao parto. Existe uma necessidade gritante de provocar mudanças de condutas e atitudes, a começar pelos profissionais que prestam atendimento ao parto. O que foi visto neste estudo é que apesar da importância da adequação dos hospitais às condições mínimas de estrutura física e de recursos humanos para o atendimento ao parto, não garante a atenção humanizada. Esta atenção humana e necessária depende muito mais das atitudes dos profissionais, ou seja, depende muito mais da ação humana do que da implantação de regras e de rotinas a serem cumpridas.

Os profissionais que atendem ao parto são coadjuvantes de um atendimento humano e desempenham um importante papel. Contudo, este estudo mostrou que a sobrecarga de trabalho decorrente da escassez de recursos humanos qualificados e suficientes, é com certeza um grande impasse para a efetivação de relações mais humanas. Não que esse motivo sirva de desculpas para a falta de atenção e de cuidado mencionado por algumas mulheres deste estudo. Mas com certeza, será sempre o maior motivo do cuidado não humanizado, basta imaginarmos quantas necessidades e prioridades existem na rotina dos centros obstétricos, e que, portanto a falta de recursos humanos implica em cumprir prioritariamente as necessidades vitais das mulheres em trabalho de parto.

Com a realização desse trabalho, oportunamente verificou-se que a metodologia utilizada partiu da identificação do problema, entendendo a importância da fundamentação teórica que subsidiou os assuntos referentes ao atendimento ao parto, métodos e análises de

dados, a humanização do parto e nascimento entre outros, que foram indispensáveis para se chegar aos objetivos do trabalho.

Com relação às estruturas das instituições avaliadas, definida como a parte física e organizacional, onde o cuidado é feito, conclui-se que existe uma precariedade das instalações físicas, dos equipamentos e de recursos humanos, para um adequado atendimento ao parto, na maioria dos hospitais pesquisados, com exceção do Hospital E.

Quanto ao processo de atendimento ao parto, onde as atividades são realizadas pelos provedores do cuidado, tanto diagnóstico, como terapêutico e de reabilitação, verificou-se que os hospitais, na sua maioria, registram e a organizam os seus procedimentos.

Em relação aos procedimentos de atendimento ao parto, os Hospitais, através dos profissionais, tendem a seguir as rotinas de atendimento do modelo biomédico centrado na clínica, sem considerar as características individuais e específicas de cada situação, como se espera de um atendimento humanizado.

Os Hospitais avaliados, através das pessoas envolvidas com a assistência ao parto, não se preocupam com a qualidade das inter-relações entre os profissionais que prestam o cuidado a mulher e sua família. A falta de estrutura física e o desejo das Instituições, em facilitar o acesso de um acompanhante familiar, dificulta o processo de humanização, bem como, o estabelecimento do aleitamento materno como um programa com vistas a incentivar o estabelecimento do vínculo mãe e filho.

Observou-se também, através das falas que, o cuidado não eficaz, a falta de programa de aleitamento materno, a relação de poder entre os profissionais e às mulheres, dificultam a humanização da atenção ao parto.

Nas inter-relações entre os profissionais e as mulheres em trabalho de parto, verifica-se que em consequência da precária estrutura física, recursos humanos, a falta de organização e de registro dos procedimentos, os procedimentos de atenção ao parto padronizado (de rotina), configuram a falta de humanização. Esses fatores contribuem para o resultado de sentimentos de dor, medo e solidão e as manifestações de autoridade dos profissionais no cuidado as mulheres.

A humanização do atendimento implica em respeitar a individualidade, as diferenças, crenças e valores para que o ser humano cresça e se desenvolva. Para isso, é fundamental o olhar do indivíduo sobre o mundo, inserido numa compreensão de que este olhar não envolve só a visão, mas cada partícula de sua individualidade, porque está dentro de um contexto profundamente impregnado da sua história, da sua cultura, do seu tempo e do seu momento específico de vida.

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento, é com certeza, uma estratégia que busca melhorar o panorama do atendimento obstétrico no país. Contudo, as Instituições Hospitalares devem além de aderir ao estabelecimento de critérios mínimos, proporcionar aos trabalhadores que prestam atendimento em todo o processo de parto, um ambiente favorecedor de trocas de saberes e práticas com vistas a amenizar as condutas biomédicas em detrimento de uma atenção que realmente valorize o ser humano em toda a sua singularidade.

Este estudo mostrou que a percepção das mulheres em relação ao cuidado recebido, foi atribuída, principalmente, a atenção, ao carinho, ao cuidado que permitiu proximidade entre profissional, família e paciente.

Sabe-se que modificar a hegemonia biomédica, já concebida pela maioria dos profissionais, passa pelo entendimento de que novas construções sociais e culturais devem ser proporcionadas. Assim, acredita-se que o atendimento humanizado merece um foco diferenciado a começar pelas escolas, que supervalorizam a técnica, a norma, as condutas, entre outros, e esquecem que o foco principal do cuidado é o ser humano.

A construção do trabalho na atenção obstétrica, depende do aprimoramento da capacitação que vai além da técnica. Assim, valorizar os aspectos subjetivos das mulheres, em consonância com sua visão de parto, respeitando as suas emoções, deve ser um exercício diário para os profissionais que acabam mergulhando na rotina biomédica.

Contudo, é importante que o processo de avaliação dos Hospitais com base nos Programas instituídos pelo Ministério da Saúde, sejam realizados de forma permanente, e que seus resultados possam contribuir na melhoria da qualidade da atenção ao parto, principalmente, no processo de humanização.

Espera-se que não somente os órgãos competentes busquem alternativas para efetivar o atendimento humanizado, mas que também os profissionais busquem por melhorias nas condições de trabalho para que tenham oportunidade de aprimorar seus conhecimentos e suas atitudes e consequentemente melhorar a qualidade das interações pessoais. Espera-se também que as mulheres questionem as atitudes dos profissionais e reivindiquem por uma atenção verdadeiramente humanizada.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A., CHERCHIGLIA, M. L., SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**. n.33, p. 50-53.1991).

AGUIAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

ALTHOFF, C. R.; ELSER, I.; NITSCHKE, R. G. (Orgs). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis. Papa-livro, 2004.

ATKINSON, S., 1993. Antropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, 9- 283-299.

ÁVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Revista Estudos feministas** 1993; 382-93.

ÁVILA, A . A . **Socorro doutor, atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Atheneu, 1999.

AZEVEDO, C. S. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores dos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,1993.

BARBAUT, J. O Nascimento através dos tempos e dos povos. **1 ed. Lisboa: Terramar**, 1990. 191p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa :Edições 70, 1997. 226p.

BERQUÓ, E. A família no século XXI: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, v.6 p.1-16, jul/dez de 1989.

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BOLTANSKI, L., 1984. **As classes sociais e o corpo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal.

BOSI, M. I. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde. Com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, 14- 355-365, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Proteção Materno Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1975.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF 2001d.

_____. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. **Manual técnico**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde: **relatório de gestão** 200-2002. Brasília (DF): O Ministério; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documentos base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília (DF): Esplanada dos Ministérios; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Secretaria de políticas de Saúde- SPS/Ministério as Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Informações para gestores e técnicos**. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.815 de 29/05/98. DO 103-E, de 02/06/98. **Legislação Federal**. Disponível em: < www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.816 de 29/05/98 DO 103-E, de 02/06/98. **Legislação Federal**. Disponível em: < www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2003.

_____. 1990. Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providencias. **Diário da República Federativa do Brasil, 16 jul.**

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 569, de 1º de junho de 2000 (c) - DO 110-E, de 08/06/00. **Legislação Federal**. Disponível em: < www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2003.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1986.

CARNEIRO, L. M. Humanizar é preciso. **Jornal da rede de saúde**. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Humanos, n. 20, p. 16-17, maio 2000.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: Arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.10, n.4, Ribeirão Preto. Jul/ago de 2002. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 19/03/2004.

CARVALHO, J. R. Sujeito Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. Vol 6, n.1, São Paulo, 2001. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 19/08/2003.

CASTILHO, S. A. **O resgate do parto normal**: as contribuições de uma tecnologia apropriada. Dissertação (Mestrado em Assistência de enfermagem) UFSC, Florianópolis, 2000.

CARVALHO, M.L.M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública** v. 19. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 19/03/04.

CERQUEIRA, J.P. **ISO 9000, no ambiente da qualidade total**. Rio de Janeiro: Imagem, 1994.

CHIAVENATO, I.. **Recursos humanos**. Ed. compacta, 6.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo, Robe Editorial, 2002.

CIANCIARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: ícone. 1997.

CLIMENT, G. I. Tecnologia apropriada em obstetrícia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de la salud. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 413-426, 1987.

DAVIS-FLOYD, R. **Dogmas do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento**, 1998.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as na american rite of passage**. 1s ed. Berkley. London: University of Califórnia Oress, 1992. 382p.

DAVIS-FLOYD, R.; ARVIOSOM, P. **Intution: the inside story**. 1 ed., New York. London: Rout Ledge, 1997. 208p.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. Campinas: Editora Papirus 2000.

DEVRIES, R. G. Barriers to midwifery: an international perspective. **I Perinatal**. Ed, v.1, n.1, p.1-10, 1992

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, 1996.

DOMINGUES R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C, Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública** v.20, Rio de Janeiro 2004. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 08/09/04.

DOMINGUES R.M.S.M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz** (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: Un Texto Introductorio**. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Ediciones científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. p.28 1984. 11.

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. v.8, n2. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 15/10/2004.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Tratado de Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Rivinter, 2000.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S. M. (Orgs). **Família Brasileira: a base de tudo**. São Paulo, Cortez, Brasília, UNICEF, 1994.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Microfísica do poder., Rio de Janeiro, 1981 Graal.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Ed. Paz e Terra AS. São Paulo, 2001.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979.

FREITAS, F. et. al. **Rotinas em obstetrícia**. 4 ed. Porto Alegre:2001 Artmed Editora,

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materno: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: DIAZ, J.; GALVÃO, L. In: **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1999. cap. 5, p. 79-165.

GATTINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.; GIACONI, J. & CAPRARA, A. 1995. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. **Cadernos de Saúde Pública**, 11- 425-438.

GAYESKI, M. E. ; MILLÃO, L. F. M. O parto natural: uma nova proposta de humanização. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos de trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrôpoli, out., 2000.

GOMES, F. A. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): **contribuição para o estudo da mortalidade materna no Brasil**. Tese Doutorado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.USP. 2002.

GOMES, M. L. **Um encontro de mulheres, dar à luz**. 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo (SP): Hucitec, 1994.

GRASBY, E.D. Epochs in obstetrics. **Nurs Times**, v. 63, n.36, p.1207-9, 1967.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço a minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. 232f. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HORTA, W. A . Humanização. **Revista de Enfermagem Novas Dimensões**, v. 3, n.4, p.3, jul./ago, 1977.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T., A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica? **Estudos feministas**, v.10, n.2, Florianópolis, jul de 2002.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo (SP): Unesp; 1994.

JORNAL DO BRASIL, Amamentar está virando moda nos Estados Unidos. Rio de Janeiro, 7 jun., Caderno Vida, p.5. 1998.

JUNIOR, G. G. D; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituadas. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.7, n.2, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em 19/04/2004.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n. 3, Rio de Janeiro jul/set. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>

KONDER, L. **Marxismo e alienação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

KRUNO, R. B. **Parto Domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

LAMOUNIER, J.A., Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Revista Associação Médica Brasileira**, vol.44 n.4 São Paulo out/dez. 1998. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 01/07/2003.

LEÃO E. M., MARINHO, L.F.B. **Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde**. Prom Saúde 2002; 3: 31-6.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 6.ed.Petrópolis: Vozes, 1984.

MALIK, A. M. **Perspectivas da avaliação**. 2003. Disponível em: http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_o3/09.http

MANDÚ, E. N. T., Trajetória Assistencial no Âmbito da Saúde Reprodutiva e Sexual- Brasil, Século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10 n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2002.

MARQUES, A. A humanização do nascimento. **Jornal O Povo**. Fortaleza, 31 de outubro de 2000.

MELO, V. H. E. **Evolução histórica da obstetrícia**. A marginalidade social da parteira e da mulher. 1983. 166p. Tese para obtenção do título de Mestre- Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MERHY, E.E. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: **Merhy E. E. , Onocko R, organizadores**. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997 p.71-112.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** 16^a. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2000.

MONTICELLI, M. **O Nascimento como rito de passagem. Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997.

MONTICELLI, M. A família e a enfermagem em alojamentos conjuntos: saberes, poderes e experiências relacionais, 2002. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ed. Maringá: Eduem, 2004.

NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Orgs). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. SOBRAVIME. São Paulo, 2002.

NISWANDER, K. R.; GORDON, M. Safety of the low-forceps operation. **American Jornal of Obstetrics and Gynecology**, v. 117, n.5, p. 619-30, 1973 nov 1, 1973.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 4, p.569-580, out.-dez. 1996.

ODENT, M. **O renascimento do parto**/Michel Odent; [tradutor Roland B. Calheiros]. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1999.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGMEMANN, O. M. **A Melodia da humanização: reflexões sobre o processo do nascimento**. Ed. Cidade Futura Florianópolis 2001.

OLIVEIRA, P. S. **Caminhos de construção das ciências sociais humanas**. (P.S. Oliveira, org.), pp. 17-26, São Paulo: Editora UNESP, 1998.

ORANGE, F.A; AMORIM, M.M.R; LIMA, L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v.25 n.1 Rio de Janeiro fev. 2003.

PAMPLONA, V. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Agora, 1990.

PAVIANI, J.; JUNIOR, A. DAL RI (Orgs.) **Globalização e Humanização**. EDIPUCRS, Porto Alegre, 2000.

PEREIRA, G.S., et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puerperas inscritas em programa de pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública** vol. 16 n.2 Rio de Janeiro abr./jun 2000. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 01/07/2001.

PEREIRA, J.C. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: EDUSP, 1999.

POCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** v. 20, n.5 Rio de Janeiro set./out. 2004. Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em: 19.11.04.

PHILLIPS, S. The social context of women ' s health: goals and objectives for medical education. **Canadian Medical Association Jornal**, v. 152, n. 4, 1995.

PIRIS, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PRADO, D. **Ser esposa. A mais antiga profissão**. ed. São Paulo: Bradiensis. 1979. 334p.

PRED, P. Production, family and free-time projects: a time-geographic perspetive on the individual and societal change in nineteenth-century U. S. Cites. **J hist Geog**, v. 7, p. 3-36, 1981.

PRIORE, Del M. **Histórias das mulheres no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 1997.

QUEIROZ, A. B. A., **Gestação, maternidade, parto e prática educativa**: representações sociais no puerpério. 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- EEAN, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

REIS, E.J. F. B. et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas**. Cadernos de Saúde Pública, **50-61** Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em: 19.11.04.

ROOKS, J. P. **Brief history pf midwifery in the west**. Philadelphia, 1997 p. 11-34.

ROS, M. A. da. **Estilos de pensamento em saúde Pública. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. 2000. 207p. Doutorado em ensino de Ciências- Centro de Ciências da Educação, UFSC, Florianópolis.

ROTHMAN, B. K, Labor: **Women na Power in the Birthplace**. 1st ed. New York: WN. Norton & Company, Inc, 1982. 320p.

ROUSH, R. E., **The development of midwifery.** male and female, yesterday and today. *I Nurse Midwifery*, v.24, n.3, p.27-37, 1979.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento.** Um modelo teórico. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Departamento de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina 2002.

SANTOS, O. M. B. **A enfermagem como um diálogo vivo:** uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCHEUERMANN, K. Midwifery in Germany: its post end present. *I Nurse Midwifery*. v.40, p.438-47, 1995.

SEACOME, M. Baptism through the ages. **Midwifw Health Visit Community Nurse**, v.21, n.10, p.368-72, 1985.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde: A contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde.** Fortaleza: Escola de Saúde do Ceará, 1998.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G., O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**. V.4 n.3, Recife, jul/set de 2004.

SIQUEIRA, P. P. A. A Assistência de Enfermagem ao Parto Normal: Relatos e atos na visão das mulheres. Escola de Enfermagem Anna Nery. **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro, 2001.

SINGER P., CAMPOS, O. E. M. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Forense-Universitária; 1988.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde. O dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspectiva. V.17 n.1, São Paulo, jan/mar de 2003.

SILVER, L. **Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde**, in E. Sallo, F. J. U. Rivera e M.H. Machado, **Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

SOUZA, R. R. O sistema Público de Saúde Brasileiro. Cap. 19. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. Sobravime. São Paulo, 2002.

TANAKA, A.C. d' A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo, Hucitec, 1995.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup.2): S419-S427, 2003.

TOWNSEND, L. **Obstetrics throuht the ages**. Med J. Aust, v. 1, p. 558-65, 1952.

TRONCHIN, D. M. R. MELLEIRO, M. M. Tendências da assistência perinatal. In: CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow; GUALDA, Dulce Maria Rosa; MELLEIRO Marta Marie. **C & Q indicadores de qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998. cap. 8, p. 179-185.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6): 1561-1569, nov-dez, 2002.

VALÉRY, F.D. **À la croisée des chemins**: mulher cidadania na nova ordem social In: Fonseca R. M. G. S., organizadora. Mulher e cidadania na nova ordem social. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero/ USP; 1996. P. 27-42.

VASQUEZ, A. S. Filosofia da Praxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

VILA, V. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito fadado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.10 n.2. Ribeirão Preto, mar/abr de 2002.

WEFFORT, M. F. (Org.) **Observação, Registro e reflexão**. 2ª ed. PND – Produções Gráficas, 1996.

WERTZ, R. W.; WERTZ, D. C. Birth in the Hospital Lying-in. **A history of childbirth in America/ New Haven**, 1989 a p. 132-77.

WILLIAMS, B. **Patient satisfaction: A valid concept?** **Social Science and Medicine**, 509-516., 1994.

WILSON, A. **The making of man-midwifery: childbirth in England**. 1660-1770. ed. Harvard University Press, 1995. 239p.

WITHERS, M. AGNODIKE: the first mid wife/obstetrician. **Jornal of Nurse-Midwifery**. v.24, n.3, p.4, May-Jun, 1979.

ZAGONEL, I. P. S. Exercício do poder diante das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 75-80, jul.-dez. 1996.

ANEXO

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI

**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE:
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Nome _____ Idade: _____ Sexo: _____

Naturalidade: _____ Domiciliada em _____

Profissão: _____ RG: _____

**O Programa de Assistência Obstétrica nas Maternidades de referência da Região da AMFRI,
com base no Programa de Humanização do Parto e Nascimento
do Ministério da Saúde, no olhar das mulheres.**

Eu _____ consinto em participar da pesquisa realizada pela enfermeira Karina da Silva Tarnowski e fui plenamente esclarecida de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo analisar a estrutura, o processo e o resultado da assistência prestadas as mulheres internadas em trabalho de parto nas maternidades de referência da Região da AMFRI, de acordo com a Portaria 569, que trata do Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

Caso venha a aceitar a participação nesta pesquisa, estarei garantindo que poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Fui esclarecida ainda, que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza para a minha pessoa.

Os dados referentes a minha pessoa serão sigilosos e privados, sendo que poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais, garantindo-me privacidade e a confidência das informações e será realizada pela enfermeira Karina, sob a supervisão da professora Doutora Elisete Navas Sanches Prospero.

Itajaí (SC) _____ de _____ de 2004.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

ANEXO II - Autorização da 17ª Regional de Saúde

ANEXO III - instrumento de coleta de dados (Questionário)

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

MUNICÍPIO: _____

DATA:

HOSPITAL:

1. TIPO DE SERVIÇO

- ☐ Municipal ☐ Estadual
☐ Filantrópico ☐ Privado
☐ Universitário ☐ Conveniado – SUS
☐ Outro

3. ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO

- ☐ Regional ☐ Municipal
☐ Intermunicipal ☐ Estadual

4. FUNCIONA ANEXO A:

- ☐ Hospital geral ☐ Unidade Básica de Saúde
☐ Pronto-socorro geral ☐ Hospital infantil
☐ Independente

1. É A ÚNICA UNIDADE ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO PARA ESSE TIPO DE ATENDIMENTO?

- ☐ Sim ☐ Não

2. FUNCIONA 24 HORAS ☐ Sim ☐ Não

3. A UNIDADE É CLASSIFICADA COMO UNIDADE ASSISTENCIAL PARA RECEBER

- ☐ Paciente de alto risco
☐ Paciente de médio risco
☐ Paciente de baixo risco

4. REFERÊNCIA/CONTRA-REFERÊNCIA

Encaminha as pacientes e RN para:

SADT (citar o nome do hospital, endereço e tipo de procedimento)

Internação (citar o nome do hospital, endereço e tipo de procedimento)

Existe dificuldade para realização deste encaminhamento por:

Falta de vagas?

- ☐ Sim ☐ Não

Falta de ambulâncias equipadas?

() Sim () Não

5. INSTALAÇÕES FÍSICAS

Características físicas mínimas das Unidades para a realização de parto:

- () sala de exame e admissão da parturiente;
- () sala de pré-parto, parto e pós-parto;
- () alojamento conjunto, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N° 1.016, de 26 de agosto de 1993;
- () área de lavagem das mãos;
- () área de prescrição;
- () área de assistência ao recém-nascido;
- () banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
- () sanitário para funcionários e acompanhantes;
- () armário/rouparia;
- () copa/cozinha;
- () depósito para material de limpeza;
- () depósito para equipamento e material de consumo;
- () sala de administração;
- () central de esterilização;
- () expurgo.

Existe entrada exclusiva para o atendimento das pacientes?

() Sim () Não

Há consultório exclusivo para o atendimento de pacientes obstétricos?

() Sim () Não

Instalado com:

- () Área física adequada (Portaria GM/SAS n. 1884, 11/1194)
- () Pia com água corrente, sabão líquido e toalha de papel
- () Sanitário
- () Mesa para exame ginecológico
- () Detector de batimento cardíaco fetal
- () Estetoscópio de Pinard
- () Esfignomanômetro
- () Estetoscópio adulto
- () Luvas

Sala de admissão exclusiva?

() Sim () Não

Instalada com:

- () Área física adequada
- () Pia com água corrente, sabão líquido e toalha de papel
- () Sanitário
- () Mesa para exame ginecológico
- () Estetoscópio de Pinard
- () Esfignomanômetro
- () Estetoscópio adulto

- ☐ Luvas
☐ Amnioscópio
☐ Detector de batimento cardíaco fetal

6. UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Há local para o pré- parto?

- ☐ Sim ☐ Não

Nº de leitos: _____

O local onde se encontra instalado o pré-parto tem área física adequada?

- ☐ Sim ☐ Não

Existe ponto de oxigênio montado suficiente para atender os leitos existentes?

- ☐ Sim ☐ Não

O local do pré-parto encontra-se montado com:

- ☐ Cama de Fowler adulto
☐ Detector de batimento cardíaco fetal
☐ Monitor fetal
☐ Esfigmomanômetro
☐ Estetoscópio adulto

Há recursos de enfermagem exclusivos para essa sala?

- ☐ Sim ☐ Não
-

7. HÁ CENTRO OBSTÉTRICO?

- ☐ Sim ☐ Não

Nº de salas de parto normal:

Nº de salas de cirurgia: _____

Com área física adequada?

- ☐ Sim ☐ Não

Com boa área de circulação?

- ☐ Sim ☐ Não

Encontra-se devidamente instalado e equipado de:

Vestiário com sanitário para ambos os sexos?

- ☐ Sim ☐ Não

Sala de estar e repouso para funcionários e médicos?

- ☐ Sim ☐ Não

Recuperação Pós-Anestésica (RPA)?

- ☐ Sim ☐ Não

RPA com ponto de oxigênio, ar comprimido, vácuo, cama de Fowler, monitor, oxímetro, medicamentos e enfermagem exclusiva?

- ☐ Sim ☐ Não

Boa área para circulação das macas?

- ☐ Sim ☐ Não

Sala de parto normal equipada com ponto fixo de oxigênio, ar comprimido e vácuo, oxímetro, aspirador de secreção, monitor, cilindro de oxigênio de reserva, medicamentos e equipamentos necessários para analgesia?

- ☐ Sim ☐ Não

Há ficha de anestesia com descrição, identificação e assinatura do profissional

que realizou o procedimento?

() Sim () Não

Há sala de reanimação e identificação do RN?

() Sim () Não

Há pia com água corrente na sala de reanimação?

() Sim () Não

Há ponto fixo de oxigênio, ar comprimido e vácuo, com aspirador de secreção, carrinho equipado e aquecido?

() Sim () Não

8. ALOJAMENTO CONJUNTO

Há alojamento conjunto exclusivo?

() Sim () Não

Há alojamento conjunto opcional?

() Sim () Não

Existe local adequado para higiene dos RNs com bancada e lavatórios suficientes para o número de leitos?

() Sim () Não

Nº de leitos por enfermaria: _____

Os leitos encontram-se distribuídos nas enfermarias conforme dispõe a legislação vigente?

() Sim () Não

Há equipamentos para atendimento de urgência nas enfermarias?

() Sim () Não

Há pontos de oxigênio e/ou torpedos de oxigênio montados e suficientes para atender o número de leitos?

() Sim () Não

9. RECURSOS HUMANOS

Equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto:

() obstetra

() pediatra/neonatologista

() enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia)

() auxiliar de enfermagem

() auxiliar de serviços gerais

O acompanhamento do trabalho de parto é realizado por:

Médico?

() Sim () Não

Auxiliar de enfermagem?

() Sim () Não

Enfermeira?

() Sim () Não

Enfermeira obstetra?

() Sim () Não

Outros?

() Sim () Não

Citar:

O parto é realizado por:

() Médico

() Enfermeira obstétrica

() Pessoal de enfermagem Categoria:

Sala de parto cirúrgico com boa área de circulação, equipada com carrinho de anestesia, funcionando, com ponto fixo de oxigênio, ar comprimido e vácuo, aspirador de secreção, oxímetro, capnógrafo, monitor, cilindro de oxigênio de reserva, medicamentos?

() Sim () Não

Há disponibilidade de médico obstetra no local durante 24 horas?

() Sim () Não

Há neonatologista no local durante 24 horas?

() Sim () Não

Há disponibilidade de anestesiológico durante 24 horas?

() Sim () Não

Há médicos diaristas e plantonistas para atender as intercorrências nas enfermarias?

() Sim () Não

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Há prontuários médicos?

() Sim () Não

Os prontuários são preenchidos com história clínica, evolução diária, prescrições e intercorrências?

() Sim () Não

São identificados com nome, assinatura e número do CRM de quem realizou o procedimento?

() Sim () Não

Há partograma com anotações?

() Sim () Não

Há história obstétrica e da gestação atual?

() Sim () Não

Há descrição do parto com registro da analgesia realizada?

() Sim () Não

É feita a tipagem sanguínea, o exame de VDRL e anotados os resultados?

() Sim () Não

Há programas específicos para planejamento familiar?

() Sim () Não

Há programas específicos para aleitamento materno?

() Sim () Não

Há programa específico de acompanhamento de visita e mãe acompanhante com orientação?

() Sim () Não

Há registro dos partos com informação das ocorrências?

() Sim () Não

Nesta instituição a analgesia é rotina para todos os partos?

() Sim () Não

Nesta instituição a episiotomia é rotina para todos os partos?

() Sim () Não

6.TODA A ADMISSÃO DA PARTURIENTE NA UNIDADE ASSISTENCIAL É FEITA POR:

Médico?

() Sim () Não

Auxiliar de enfermagem?

() Sim () Não

Enfermeira?

() Sim () Não

Outros?

() Sim () Não

Citar:

O neonatologista recepciona todos os RNs?

() Sim () Não

A reanimação é realizada por:

() Médico neonatologista

() Médico

() Pessoal de enfermagem Categoria:

As fichas neonatais estão devidamente preenchidas?

() Sim () Não

Com os seguintes dados:

Apgar no 1º e 5º minuto?

() Sim () Não

Realização de credê?

() Sim () Não

Utilização de vitamina K?

() Sim () Não

Realização de PKU e T4?

() Sim () Não

Avaliação médica nas primeiras 6 e 12 horas?

() Sim () Não

Há registros antropométricos do RN?

() Sim () Não

Descrição do parto, com data e hora do nascimento, identificação e assinatura de quem realizou o procedimento?

() Sim () Não

Há registro da analgesia/anestesia realizada?

() Sim () Não

É feita a tipagem sangüínea?

() Sim () Não

Há anotações do resultado do exame de VDRL realizado?

() Sim () Não

A identificação do RN é feita com pulseira de plástico?

() Sim () Não

Com os seguintes dados:

() Nome da mãe

() Data de nascimento

() Número do leito

() Horário de nascimento

() N° do documento de identificação da mãe

() Outros

Quais?

ANEXO IV - instrumento de coleta de dados (Entrevista não estruturada)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA - AVALIAÇÃO DO RESULTADO

Identificação:

Idade:			
escolaridade			
profissão			
Tipo de parto			

Qual foi a forma de internamento? 1- sim 2- não

() Particular () Convênio () SUS

Durante a hospitalização e trabalho de parto: 1- Sim 2- Não.

() Mediram a pressão arterial. () Ouviram os batimentos cardíacos do feto

() Contaram as contrações () Realizaram toque

() Realizaram tricotomia () Realizaram fleet-enema

Se cesária, qual motivo? _____.

Quem fez o parto? () médico () enfermeira () parteira () nasceu sozinho.

Durante a internação, você recebeu orientação sobre: 1- Sim; 2- Não.

() aleitamento materno () cuidados com as mamas () higiene própria

() retorno para consulta do puerpério () retorno para consulta do RN

() como identificar intercorrências () sangramento () infecção

() secreção () mastite () higiene do bebê e cuidados com o umbigo

Qual foi sua experiência no parto com relação ao atendimento no hospital?

ANEXO V - Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **RESOLVE:**

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I - PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

II - TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

II.1 - Pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

II.3 - Protocolo de Pesquisa - Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

II.4 - Pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

II.5 - Instituição de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

II.6 - Promotor - indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

II.7 - Patrocinador - pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa.

II.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexo causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

II.10 - Sujeito da pesquisa - é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

II.11 - Consentimento livre e esclarecido - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

II.12 - Indenização - cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

II.13 - Ressarcimento - cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

II.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP - colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

II.15 - Vulnerabilidade - refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

II.16 - Incapacidade - Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (**autonomia**). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (**beneficência**), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (**não maleficência**);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (**justiça e equidade**).

III.2- Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

III.3 - A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;

n) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

o) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

p) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

q) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

r) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

t) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

u) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

v) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

x) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

z) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que a aprovou.

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a)** a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b)** os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c)** os métodos alternativos existentes;
- d)** a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e)** a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f)** a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g)** a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h)** as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e
- i)** as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a)** ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b)** ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c)** ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d)** ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

V - RISCOS E BENEFÍCIOS

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

V.1 - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

- a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;
- b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;
- c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 - As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

V.3 - O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

V.4 - O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

V.5 - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

V.7 - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

VI - PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

VI.1 - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

VI.2 - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

- a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;
- b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;
- c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);
- d) análise crítica de riscos e benefícios;
- e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;
- f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;
- g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;
- h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;
- i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;
- j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;
- l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;
- m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e
- n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expôr as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

VI.4 - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

VI.5 - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.1 - As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, conforme suas necessidades.

VII.2 - Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

VII.3 - Organização - A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

VII.4 - Composição - O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

VII.5 - Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

VII.6 - No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

VII.7 - Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

VII.8 - Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

VII.9 - Mandato e escolha dos membros - A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o

colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

VII.10 - Remuneração - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

VII.11 - Arquivo - O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

VII.12 - Liberdade de trabalho - Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

VII.13 - Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;

- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

- não aprovado; e

- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

e) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

VII.14 - Atuação do CEP:

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de *experts* na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

VIII - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

VIII.1 - Composição: A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com

destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

VIII.2 - Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

VIII.3 - O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

VIII.4 - Atribuições da CONEP - Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;
b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;
c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:

- 1- genética humana;
- 2- reprodução humana;
- 3- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;
- 4- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;
- 5- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;
- 6- populações indígenas;
- 7- projetos que envolvam aspectos de biossegurança;
- 8- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior; e
- 9- projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

d) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;

e) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter *ex-officio* ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;

f) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;

g) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

h) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

i) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

j) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

l) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

VIII.5 - A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

IX - OPERACIONALIZAÇÃO

IX.1 - Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

IX.2 - Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

- c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;
- f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

IX.3 - O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

IX.4 - Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

IX.5 - Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

IX.6 - Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

IX.7 - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

IX.8 - Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

X.1 - O Grupo Executivo de Trabalho-GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

- a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEP/MS;
- b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

X.2 - O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

X.3 - Os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS, a relação dos mesmos.

X4 - Fica revogada a Resolução 01/88.

ADIB D. JATENE

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ADIB D. JATENE

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO VI - Princípios Gerais e Condições para a Adequada Assistência ao Parto, a humanização da assistência obstétrica (Portaria 569. GM/MS)

(*)Portaria n.º 569/GM, de 1 de junho de 2000

ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1. atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
9. garantir a realização das seguintes atividades:
 - Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas;
 - recepcionar e examinar as parturientes;
 - assistir as parturientes em trabalho de parto;
 - assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
 - proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos;
 - assistir a partos normais;
 - realizar partos cirúrgicos;
 - assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;

- assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
- prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
- elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
- registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
- proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
- garantir o apoio diagnóstico necessário

10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.

(*) Republicada por ter saído com incorreção do original, no DOU nº 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6.

ANEXO VII - dez passos para o sucesso do aleitamento materno



DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Declaração Conjunta da OMS/UNICEF

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Dez passos para promover o aleitamento materno

- 1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
- 2 - Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3 - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
- 4 - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6 - Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
- 7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8 - Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
- 10 - Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório.

ANEXO VIII - Lei n.º 7.496/86

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

Art 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art 3º O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art 4º A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art 5º (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

Art 6º São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea *d* do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art 7º São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art 8º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;

II - o titular de diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art 9º São Parteiros:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta lei, como certificado de Parteira.

Art 10. (VETADO).

Art 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (VETADO);
- e) (VETADO);
- f) (VETADO);
- g) (VETADO);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art 14. (VETADO).

Art 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art 16. (VETADO).

Art 17. (VETADO).

Art 18. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art 19. (VETADO).

Art 20. Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta lei.

Parágrafo único. Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art 21. (VETADO).

Art 22. (VETADO).

Art 23. O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta lei.

Parágrafo único. A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta lei.

Art 24. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art 25. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art 26. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art 27. Revogam-se (VETADO) as demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1986; 165º da Independência e 98º da República.

JOSÉ SARNEY
Almir Pazzianotto Pinto

ANEXO IX - Portarias nº. 2.815/98 e 163/98

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PORTARIA Nº 2.815 DE 29 DE MAIO DE 1998.

GABINETE DO MINISTRO

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal,

Considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, e

Considerando o disposto na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e no Decreto no 94.406 de 08 de junho de 1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra, resolve:

1 - Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento abaixo relacionados, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95.

35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

SH	SP	SADT	TOTA L	ATOMED	ANEST	PERM
166,78	00	00	166,78	00	00	00

2 - Os valores relativos a realização do procedimento pelo enfermeiro obstetra estão incluídos nos Serviços Hospitalares.

3 - O campo serviços profissionais deverá ser preenchido com o código do procedimento realizado, 35.080.01.7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra.

4 - Para inclusão das Unidades que realizarão este procedimento no SIH-SUS os gestores deverão encaminhar autorização prévia ao DATASUS/RJ até o quinto dia útil da cada mês.

5 - A realização deste procedimento por Unidade não autorizada pelo Gestor acarretará em rejeição da AIH.

6 - Alterar os valores dos procedimentos, abaixo relacionados, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais/ SIA-SUS para:

033-7: Assistência ao Parto Sem Distocia Por Enfermeira (o) Obstetra - R\$ 54,80

029-9: Assistência ao Parto Sem Distocia Por Parteira (o) - R\$ 13,58

7 - Incluir analgesia nos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, IV e VI da Tabela do SIH-SUS que passará a compor a remuneração dos procedimentos com 114 pontos para o anestesista.

8 - Alterar os valores dos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, HI, IV, V, VI e VII conforme abaixo discriminado, já incorporado aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95:

Cirurgia Obstétrica II

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
82,20	111,43	1,15	194,78	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica III

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
180,30	111,43	2,11	293,84	0196	0144	03

Cirurgia Obstétrica IV

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
95,30	111,43	1,15	207,88	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica V

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
228,46	111,43	2,11	342,00	0196	0144	03

Cirurgia Obstétrica VI

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
118,95	111,43	1,15	231,53	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica VII

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
230,64	111,43	2,11	344,18	0196	0144	03

9 - Nos valores constantes já estão incorporados os fatores de recomposição de 25% (vinte cinco por cento) previstos da PT/MS/GM 2.227 de 22 de novembro de 1995.

10 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de junho de 1998.

JOSÉ SERRA

Diário Oficial 29/05/98 Seção I Pág.

ANEXO X - Partograma

PARTOGRAMA

Páblito Miguel Andrade Aguiar

INTRODUÇÃO

O partograma é uma representação gráfica e objetiva do trabalho de parto. Mostra, entre outros dados, a evolução da dilatação do colo e a descida da apresentação, associando dois elementos fundamentais na qualidade da assistência ao parto: **A simplicidade gráfica e a interpretação rápida de um trabalho de parto.**

Há que se lançar mão do partograma, tão somente, quando a parturiente estiver na **fase ativa do trabalho de parto**. PHILPOTT(1972), para fins práticos, definiu seu início no momento em que: **o colo encontra-se apagado, a dilatação atinge 03 cm e a contratilidade uterina é regular** (mínimo = 02/10').

Na fase latente ou pródromos de trabalho de parto, utilizar a folha de evolução onde devem ser anotados dados clínicos obstétricos, bem como o motivo do internamento. Importante nunca esquecer o dia, hora, e setor do hospital em que foi feita a evolução inicial e subsequentes. Evoluções bem situadas no tempo e espaço serão de grande valia para complementar uma rápida interpretação do partograma.

É, portanto, de importância incontestável, o correto preenchimento do partograma para o bom andamento do serviço, na sala de parto e demais setores. No tocante ao aspecto científico, passaremos a oferecer aos pesquisadores dados mais precisos e confiáveis. O seu emprego facilita o ensino da arte obstétrica e melhora a qualidade da assistência na sala de parto, ao transformar a conduta intuitiva em números, em ciência, em previsão, levando-nos a tomar condutas mais fundamentadas.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- **ESPAÇO 01** - Não esquecer do nome completo e em letra legível (de forma). Tratar a paciente sempre pelo nome.
- **ESPAÇO 02** - A idade vai nos chamar atenção para a importância de cuidados especiais a serem dispensados nos extremos da vida reprodutiva (ex: **Gestante adolescente** --. maior incidência de DHEG e distócias. **Gestante idosa** - dispensar maior atenção para incidência de discinesias uterinas, distócias e hipertensão crônica.)

Clínica Obstétrica	Nome: ①	Idade: ②
		Pront:

- **ESPAÇO 03** - Utilizar regra de Nagele ou modificada: soma-se 10 ao primeiro dia da U.R. e diminui-se 03 ao mês. Se a soma do dia do mês ultrapassar 30 colocar o excedente no espaço reservado ao dia e somar (+1) ao mês da U.R. Finalmente, se o mês for menor do que 03, basta somar 09 para obter o mês provável de parto.
- **ESPAÇO 04** - Evidencia a história obstétrica da paciente. Não esquecer que o parto gemelar é apenas 01 parto, c/02 conceptos e que a prenhez ectópica deve ser

considerada no espaço A____*, colocando-se um asterisco e relatando o fato no **espaço(12)** destinado a observações. Realizar o mesmo procedimento para PN____*, CES____* e FOR____*, colocando-se no espaço reservado a observações, as circunstâncias do P.N.(ex. prematuro, PIG, etc.), cesárea (ex. desproporção, pós-datismo, B.R), fórceps (ex. profilático, Piper).

UR ____/____/____ ③	G ____ P ____ A ____ ④	Filhos vivos ____ ⑤
DPP ____/____/____	PN ____ CES ____ FOR ____	GS ____ FATOR Rh ____

- **ESPAÇO 05** - Fundamental para aquilatar a preciosidade da gravidez atual, bem como a atenção dispensada a gestante Rh(-). Solicitar tipagem sangüínea do cordão umbilical no momento do parto e se Rh(+) fazer imunoglobulina anti-Rh no espaço máximo de 72 horas.
- **ESPAÇO 06** - Pré-Natal: Considerar sim(x) para um mínimo de 04 consultas, em que exames laboratoriais de rotina foram realizados. Não esquecer de relatar intercorrências como: Ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, infecção urinária, vaginites, episódios hemorrágicos no 3º trimestre, viroses como rubéola, caxumba e varicela.
- Lembrar as importantes associações:
 - o Ameaça de aborto, parto prematuro e uso de misoprostol (associado a C.I.U.R e malformações fetais),
 - o Infecções urinárias, vaginites(Associado a amniorrexe prematura e prematuridade)
 - o Episódios Hemorrágicos no 3º trimestre(Placenta prévia, DPP)
 - o Viroses como rubéola, caxumba, varicela (Malformação)

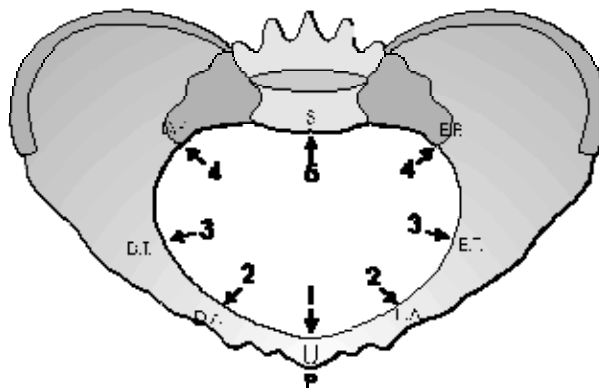
Pré-natal: Sim ☐ Não ☐ Intercorrências: 
--

- **ESPAÇO 07** - Situação fetal é a relação do maior eixo fetal e uterino. Coincidentes os dois, a situação será longitudinal; quando perpendiculares, a situação é transversa, e se cruzados, será oblíqua (representa fase de transição entre as duas primeiras)
- **ESPAÇO 08** - Nunca deixar de preencher com um "x" referentes a cef(x), pélvico(x), corm(x), pois as apresentações pélvicas em primíparas e apresentações córmicas em qualquer parturiente traduzem indicação de cesariana, salvo alguns casos particulares. Exemplo: primípara pélvica com feto morto, apresentação córmica sem viabilidade fetal-prematuridade extrema.

Situação Fetal ⑦	Apresentação Fetal ⑧	Defletida ⑨	Fletida ⑩	Variedade Pélvica ⑪
Long ☐ Trans ☐	Cef ☐ Pelv ☐ Corm ☐	I ☐ II ☐ III ☐	☐	

- **ESPAÇOS 09 e 10** - definem as apresentações cefálicas. O polo cefálico pode apresentar-se fletido, com o mento próximo à face anterior do tórax ou dele se afastar em 03 graus definidos de extensão(deflexão): 1º grau (I) ou bregma, 2º grau (II) ou fronte, e na deflexão máxima 3º grau(III) ou apresentação de face.
- Na prática toca-se:

- A sutura sagital e fontanela lambdóide nas apresentações cefálicas fletidas.
- A sutura sagitometópica e a fontanela bregmática, nas deflexões do I grau.
- A linha metópica e a glabella nas deflexões do II grau.
- A linha facial e o mento nas deflexões do III grau.
- **ESPAÇO 11** - Variedade de posição - Diz respeito ao perfeito conhecimento da estática fetal nas situações longitudinais - Nomeiam-se pelo emprego de duas ou três letras: A primeira indicativa da apresentação, é símbolo da região que a caracteriza, as demais correspondem ao ponto de referência ao nível do estreito superior da bacia, exemplo: O E A (mais comum) significa que a apresentação é de occipital e que o ponto de referência, o lâmbda (símbolo "O"), está em correspondência com o estreito superior, à esquerda (E) e anterior (A), ponto EA, conforme figura a seguir.



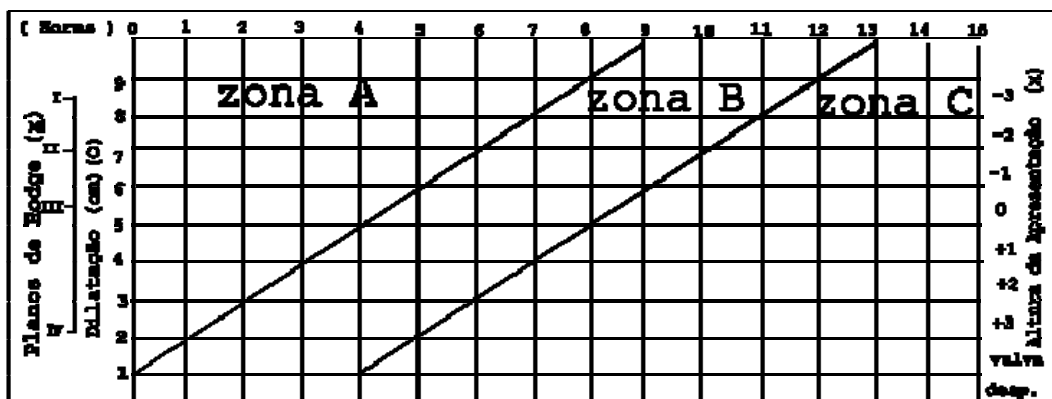
As apresentações cefálicas fletidas, em occipital são:

- O.P. (Ocípito-Pubiana) - fase final da rotação (período expulsivo).
- O.E.A. (Ocípito-Esquerdo-Anterior) - mais comum
- O.D.P.(Ocípito-Direito-Posterior)
- O.E.T. (Ocípito-Esquerda-Transversa)
- O.D.T.(Ocípito-Direita-Transversa)
- O.S. (Ocípito-Sacral)

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PARTOGRAMA

O controle gráfico do trabalho de parto supera a intuição e permite, um diagnóstico de evolução eutócica ou distócica do parto - mesmo para um observador menos experiente.

Baseados nos trabalhos de Friedman(1958), Philpott (1972) idealizou partograma utilizando papel quadriculado e duas linhas anguladas a 45° e paralelas entre si, distando 4 horas conforme gráfico a seguir.



Como a velocidade de dilatação normal é de 0,8 a 1,5 cm/h, no trabalho de parto ativo, FHILPOTT posicionou a linha de alerta **na hora subsequente** ao primeiro exame; a linha de ação foi desenhada quatro horas à direita da linha de alerta.

De uma maneira geral, adotamos a seguinte conduta na sala de parto. A parturiente será assistida, **em primeiro lugar**, pelo interno enquanto a evolução da dilatação se situe à esquerda da linha de alerta (zona A), portanto, evolução eutócica. Passará a ter a participação do residente, quando a dilatação cruzar a linha de alerta (zona B) e deverá ter a avaliação decisiva do plantonista (staff), quando ultrapassar a linha de ação (zona C).

Os toques vaginais subsequentes devem ser feitos: a cada duas horas ou a critério do plantonista (B.I.)

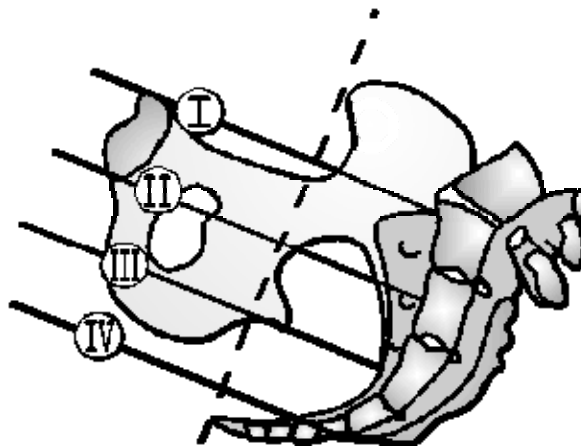
* Bolsa Rota - Toques de 4/4 horas

* Hiperatividade uterina com evolução rápida - Tocar de 1/1 hora

Os erros de interpretação se devem costumeiramente, a precipitada abertura do partograma, quando a paciente ainda se encontra na fase latente do trabalho de parto, nestes casos, anotar na folha de evolução conforme o exposto nas orientações gerais.

O partograma nos traz duas opções para avaliação da progressão do polo cefálico, através dos planos de **HODGE** (à esquerda do gráfico) e planos de **DE LEE** (à direita do gráfico)

- I. Plano de HODGE - Polo cefálico ao nível da borda superior do pube.
- II. Plano de HODGE - Borda inferior do pube (plano paralelo ao (I))
- III. Plano de HODGE - Ao nível das espinhas ciáticas.
- IV. Plano de HODGE - Ao nível da ponta do cóccix e confundindo-se com o assoalho pélvico.



DE LEE tem como plano referência zero as espinhas ciáticas. Quando o ponto mais baixo da apresentação estiver a 1 cm acima do plano zero, a altura será - 1 ; 02 cm acima, como - 2; e assim sucessivamente. Quando o polo cefálico estiver abaixo do plano zero, usaremos a mesma progressão trocando o sinal para positivo, (+ 1; + 2; até + 5).

O plano zero **DE LEE** corresponde, aproximadamente, ao plano III de **HODGE**.

Devem ser observados que alguns sinais ,por convenção, foram adotados para simplificar a interpretação do partograma.

- o Dilatação Cervical (O)
- o Plano de HODGE (x)
- o Plano de DE LEE (x)
- o F.C.F (x)
- **ESPAÇO 14** - Destinado as contrações uterinas, anotar o número de contrações em 10 minutos e duração média das mesmas em segundos.
- **ESPAÇO 15** - * Bolsa Íntegra (I)
 - * Bolsa Rota (R)
 - * Amniotomia (AT)
 - * Rotura acidental ao exame (R.A.)
- **ESPAÇO 16** - Líquido amniótico : C -claro, M- meconial,
 - Claro c/grumos - C.c / Gr S= sanguinolento
 - Claro s/ grumos - C.s / Gr.
- **ESPAÇO 17** - É indispensável a verificação e anotação da P.A. Ter o cuidado para não aferir P.A na vigência da contração.
- **ESPAÇO 18 e 19** - Temperatura e pulso não devem ser esquecidos, principalmente em pacientes com história de bolsa rota.

Dia		Hora													
13	180														
	160														
	140														
	120														
	100														
	80														
	60														
14	Contrações														
15	Membranas														
16	L. Amniot														
17	Pressão Arterial														
18	Temperat.														
19	Pulso														

- **ESPAÇO 20** - Anotar o tipo do medicamento administrado

ex: S.G 5 % + ocitocina 3 UI;
Dolantina^(R) I.M, 01 amp;
Ringer Lactado + Conc. de hemácias (01 unid).

- **ESPAÇO 21** - Colocar nome em letra de forma, colocando em seguida: I₁, I₂, I₃, ou R₁, R₂, R₃ A importante identificação do examinador não tem função punitiva e sim de admoestação construtiva, visando a melhoria no aprendizado.
- **ESPAÇO 22** - Só deve ser preenchido por ocasião do parto , descrevendo sucintamente algum procedimento extra:
 - o ex₁: Parto normal c / curagem.
 - o ex₂: Parto Fórceps c / revisão de canal de parto
 - o ex₃: Cesárea c / incisão mediana. Não esquecer o dia, a hora e rubrica do médico c/carimbo

Medicamentos e Fluidos	(20)																	(12)
(21)	Examinador																	
(22)	Resolução:															Data __/__/__ Hora ____ Médico _____		

NO VERSO DO PARTOGRAMA

- Os internos e/ou residente não podem esquecer de assinalar de forma objetiva as condições do parto, do recém-nascido, tipo de delivramento, e condições do 4º período do parto.
- O espaço intitulado parto cirúrgico é reservado às TOCURIAS.

ORIENTAÇÕES FINAIS

- Não esquecer da prescrição pós-parto em duas vias, bem como o preenchimento da folha de utilização de antibiótico (CCIH) se for o caso.
- Especificar por escrito, o local em que a paciente deverá ser encaminhada (primeiro andar - Puerpério Geral; primeiro andar- Observação Obstétrica; enfermaria de DHEG; Recuperação; etc.)
- Evitar ordens verbais para uso de medicação ou encaminhamento a outros setores.

[voltar](#)

ANEXO X - Portarias nº. 572/2000

Portaria nº 572/GM Em 1 de junho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e

Considerando a necessidade de estabelecer novos mecanismos de custeio da assistência ao parto que permitam o incremento da qualidade do acompanhamento integral e integrado da gestante durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a adequada assistência ao recém-nascido, resolve:

Art. 1º Instituir o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto.

Parágrafo único. O Componente objeto deste Artigo estabelecerá alterações na sistemática de pagamento da assistência ao parto, possibilitando a melhoria da qualidade assistencial.

Art. 2º Estabelecer que os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente de que trata esta Portaria correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao Sistema Único de Saúde.

§ 1º Os recursos de que trata este Artigo destinam-se ao custeio da sistemática ora implantada de atendimento à gestante e ao recém-nascido e de remuneração de serviços constantes da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, e são adicionais aos já destinados a estas modalidades assistenciais.

§ 2º A assistência pré-natal deverá ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidas no Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, e ser efetuada, preferencialmente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM, da mesma data, que institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde;

§ 3º A assistência ao parto e puerpério deverá ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000;

§ 4º As unidades prestadoras de serviços do Sistema Único de Saúde deverão integrar-se ao sistema de saúde local, no sentido de possibilitar a adequada organização e regulação assistencial, a ampliação do acesso e da qualidade do atendimento e viabilizando a atenção ao pré-natal, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido de forma mais humanizada;

§ 5º Os Centros de Parto Normal, Casas de Parto, Hospitais e Maternidades integrantes do Sistema único de Saúde deverão estar vinculadas às Unidades Básicas e de Saúde da Família de sua área de abrangência.

Art. 3º Alterar os valores e a sistemática de pagamento dos procedimentos de parto normal e cesariana constantes da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS abaixo descritos:

§ 1º Para os procedimentos 35.001.01.1 – Parto Normal; 35.006.01.3 – Parto com Manobras; 35.007.01.0 – Parto com Eclâmpsia e 35.086.01.7 – Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal, os valores previstos para pagamento pelo SUS são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
130,00	165,00	5,00	300,00	571	00	02

§ 2º Os valores constantes do § 1º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1 – SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 90,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

2. -SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal : R\$ 40,00 – para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal e a data da inclusão da gestante neste Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570 de 1º de junho de 2000 e no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.
3. – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.
4. – O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

1. – Serviços Profissionais:

1. – SP Padrão : R\$ 110,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.
2. Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto: o pagamento do pediatra/neonatalogista não entrará no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizado, em conformidade com a Portaria SAS/MS Nº 96, 14 de junho de 1994, mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.001.01.8 – Atendimento ao RN em Sala de Parto

Tipo: 6 (pessoa física) ou 16 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 20

Quantidade de Ato: 01 para parto único ou 02 para parto gamelar

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 20,00
3. – Analgesia Obstétrica realizada por anestesia: o pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua realização por anestesia ou excepcionalmente por outro profissional médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS Nº 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.003.01.8 – Analgesia Obstétrica realizada por anestesia

Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 35

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 30,00

2.4 – Pediatra 1ª Consulta : o pagamento da 1ª consulta do pediatra não entrará no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizada, mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.004.01.7 – Pediatra 1ª Consulta

Tipo: 23 (pessoa física) ou 24 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 36

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 5,00

§ 3º Para os procedimentos 35.009.01.2 – Cesariana; e 35.082.01.0 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
270,00	165,00	5,00	440,00	327	00	03

§ 4º Os valores constantes do § 3º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1 – SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 230,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 – para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante e a data da inclusão da gestante no Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM de 1º de junho de 2000 e no campo serviços profissionais da AIH o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e de data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 110,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente, receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2– O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesia e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do §2º, deste Artigo .

§ 5º Para o procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal Sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
240,00	55,00	5,00	300,00	00	00	02

§ 6º De acordo com as normas do SIH-SUS, não é prevista a desvinculação de honorários para enfermeiros, sendo o pagamento dos serviços profissionais desta categoria incluído no valor dos Serviços Hospitalares, portanto, o pagamento será subdividido da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1 – SH – (diária, taxas, materiais e medicamentos) e Enfermeiro Obstetra : R\$ 200,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 –para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal e a data da inclusão da gestante no Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais: o pagamento de serviços profissionais neste procedimento não será realizado por rateio de pontos e será pago ao pediatra/neonatologista, anestesista e pediatra 1ª consulta, conforme estabelecido nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do § 2º deste Artigo.

§ 7º Para o procedimento 35.025.01.8 –Parto Normal em Hospital Amigo da Criança, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
150,00	165,00	5,00	320,00	571	00	02

§ 8º Os valores constantes do § 7º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1 – SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 110,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 –para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal e a data da inclusão da gestante no Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 110,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2– O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesia e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do §2º, deste Artigo .

§ 9º Para os procedimentos 35.026.01.4 –Cesariana Exclusivamente para Hospital Amigo da Criança e 35.084.01.4 – Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigos da Criança, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
290,00	165,00	5,00	460,00	327	00	03

§ 10 Os valores constantes do § 9º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1- SH Padrão(diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 250,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 –para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal e a data da inclusão da gestante no Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM, de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 110,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2– O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesia e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do §2º, deste Artigo .

§ 11 Para o procedimento 35.027.01.0 –Parto Normal em Gestante de Alto Risco, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
205,00	233,00	5,00	443,00	870	00	02

§ 12 Os valores constantes do § 11 deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1- SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 165,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 –para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal e a data da inclusão da gestante no Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM, de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 165,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2– O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesia e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do § 2º, deste Artigo .

§ 13 Para os procedimentos 35.028.01.7 – Cesariana em Gestante de Alto Risco e 35.085.01.0 - Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
401,00	234,00	5,00	640,00	669	00	03

§ 14 Os valores constantes do § 13 deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 – Serviços Hospitalares

1.1 – SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 361,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 –para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal e a data da inclusão da gestante no Componente, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM, de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 – Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 – A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 179,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2– O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesia e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do §2º, deste artigo .

Art. 4º Excluir da Tabela de procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos e procedimentos abaixo relacionados:

35.100.04.4 – Cirurgia Obstétrica IV

35.021.01.2 – Parto normal com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.023.01.5 – Parto com eclâmpsia com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.024.01.1 – Parto com manobras com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.100.05.2 – Cirurgia Obstétrica V

35.022.01.9 – Cesariana com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.083.01.8 – Cesariana c/ laqueadura tubária em paciente com cesarianas sucessivas com risco de vida com atendimento ao RN em sala de parto

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde priorize o envio de cartas, às pacientes submetidas aos procedimentos de parto nas Unidades prestadoras de serviços do SUS, com questionário de avaliação das condições e da qualidade do atendimento prestado.

Art. 6º Determinar à Secretaria Executiva, que por meio do DATASUS/MS, disponibilize mensalmente aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, relatórios contendo os dados do SISPRENATAL e das AIH que apresentem cobrança do procedimento 95.002.01.4 – SH Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal .

Art. 7º Estabelecer que o não acompanhamento pelo gestor dos relatórios, de que trata o Artigo 6º, poderá acarretar a suspensão dos pagamentos de incentivos previstos na Portaria GM/MS nº 569/GM , de 1º de junho de 2000.

Art. 8º Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que garantam o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 9º Estabelecer que a diferença do impacto financeiro, decorrente da alteração de valores dos procedimentos para implantação desta portaria, será financiada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

Art. 10 Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria, ficando a mesma autorizada a realizar as alterações de códigos de procedimento bem como sua descrição e valor quando pertinente.

Art. 11 Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência julho/2000.

JOSÉ SERRA