

Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado

Humanizing childbirth care in Brazil: new ethics requirements for management and care

Humanización de la atención al parto y nacimiento en el Brasil: presupuestos para una nueva ética en la gestión y en el cuidado

Dário Frederico Pasche¹
Maria Esther de Albuquerque Vilela²
Cátia Paranhos Martins³

RESUMO

O artigo propõe reflexões sobre o modelo de atenção e gestão ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde, considerando contribuições da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), na perspectiva da reversão do atual panorama de assistência, caracterizado pela submissão da mulher ao saber biomédico, àquilo que se tem designado de parto tecnocrático, que pouco se vale de evidências científicas. Na busca por diminuir a mortalidade materna e infantil e qualificar o cuidado, o Ministério da Saúde apresentou como uma das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil o *Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste*, apostando no apoio institucional como estratégia para fomentar mudanças nas maternidades prioritárias. Este plano foi organizado a partir de quatro diretrizes: a gestão democrática das maternidades; o acolhimento com classificação de risco; o direito a acompanhante e ambiência; e a construção de redes de cuidado perinatal. A função apoio institucional foi utilizada como aposta em uma nova ética no trabalho, pautada

na construção coletiva e cooperativa de soluções aos problemas apontados, cuja superação requer, necessariamente, a produção de mudanças na lógica e nos modos de organização do trabalho. As ofertas do plano (acolhimento, gestão participativa, inclusão do acompanhante, a experimentação de boas práticas etc.), nesta perspectiva, deixam de ser ações isoladas, para se conectar a um sentido global de cuidado humanizado, cuja exigência é a construção e experimentação de novas práticas que se apresentem como novos modos de interação entre sujeitos pautados em novos valores, com a democracia, a valorização da diferença, a construção coletiva e a garantia dos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização da assistência. Parto e nascimento humanizado. Sistema Único de Saúde. Cuidado perinatal

ABSTRACT

This article reflects about the model of care and of management of childbirth care in the Brazilian Healthcare System (Sistema Único de Saúde - SUS), considering the concepts of the National Policy on Humanization (HumanizaSUS) in order to change the current methods of assistance, characterized by the subjection of women to the biomedical knowledge (technocratic model of childbirth care) which is not based on scientific evidence. The Brazilian Ministry of Health proposed a strategy

1 Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina.

2 Consultora da Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde e médica obstetra do Programa de Saúde da Família da SMS de Santa Isabel -Goiás.

3 Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde.

named “*Plan to Qualify Maternities and organize the Perinatal Healthcare Network in the Northeast and Legal Amazon*”, focusing on institutional support as the strategy to qualify childbirth care in 26 large maternities. The Plan was based on four guidelines: democratic management of hospitals; reception of clients and their classification by degrees of risk; the right to a companion of her choice; and ambience, besides the organization of a perinatal healthcare network. The institutional support is a bet on a new ethics for professional work, based on deriving collective and cooperative solutions to problems, which could be overcome by changes in the modes by which work is organized. These offers (welcoming the clients and dealing with them according to their risk, the democratic management, the inclusion of the companion, the use of best practices in health care etc.) aren't isolated attitudes, they are interconnected in a global sense of humanized care, which requires new practices and new modes of interaction between people that care for birth should be guided by new values, such as democracy, valuing and respecting differences, and building collective understanding of care based on human rights.

KEYWORDS

Humanization of care. Humanized childbirth care. United Healthcare System-SUS. Perinatal Care

RESUMEN

Este artículo propone reflexiones sobre el modelo de atención y gestión del parto y nacimiento en el Sistema Único de Salud, considerando las contribuciones de la Política Nacional de Humanización (HumanizaSUS), desde la perspectiva del cambio del actual panorama de asistencia, caracterizado por la sumisión de la mujer al saber biomédico, lo que se denomina de parto tecnocrático, que utiliza poco las evidencias científicas. Con el fin de disminuir la mortalidad materna e infantil y calificar el cuidado, el Ministerio de Salud presentó como una de sus acciones el Pacto por la Reducción de la Mortalidad Infantil el *Plan de Calificación de las Maternidades y*

Redes Perinatales de la Amazonia Legal y Nordeste, apostando en el apoyo institucional como estrategia para fomentar cambios en las maternidades prioritarias. Este plan fue organizado a partir de cuatro directrices: la gestión democrática de las maternidades; la calidez con clasificación del riesgo; el derecho al acompañante y ambiente; y la construcción de redes de cuidado perinatal. La función apoyo institucional fue utilizada como apuesta en una nueva ética en el trabajo, basada en la construcción colectiva y cooperativa de soluciones a los problemas señalados, que para superar requiere, necesariamente, la producción de cambios en la lógica y en las formas de organización del trabajo. Las ofertas del plano (acogida, gestión participativa, participación del acompañante, la experiencia de buenas prácticas), en esta perspectiva, dejan de ser acciones aisladas, para conectarse a un sentido global de cuidado humanizado, cuya exigencia es la construcción y experiencia de nuevas prácticas que se presentan como nuevas formas de interacción entre sujetos con nuevos valores, con la democracia, la valorización de la diferencia, la construcción colectiva y la garantía de los derechos humanos.

PALABRAS-CLAVE

Humanización de la asistencia. Parto y nacimiento humanizado. Sistema Único de Salud. Cuidado perinatal

Introdução

Nas últimas décadas esforços governamentais e não governamentais têm sido realizados no sentido de mudar o panorama perinatal no Brasil. Os altos índices de partos cirúrgicos dão ao país o título nada honroso de campeão mundial de cesáreas. Somam-se a este fato os dados de mortalidade materna e neonatal, pois em que pese a tendência de melhoria, estão ainda longe do que se consideraria aceitável e desejável.

Frente a esta situação, por volta dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Brasil o Ministério da Saúde, entre outras entidades, iniciam movimento de revisão das

práticas no campo obstétrico, sobretudo, e propõem mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral.

Reunindo profissionais de vários países, a OMS realiza três conferências de consenso sobre tecnologia apropriada para o parto e nascimento, publicando recomendações baseadas no princípio do direito à informação e acompanhamento pré-natal pelas mulheres; do protagonismo da mulher em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação. Destacam a necessidade de incorporação das dimensões sociais e emocionais na atenção pré-natal e no parto e recomendam a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto, ressaltando a importância de assegurar no momento do parto a integridade e privacidade da mulher.

Nessa mesma época grupos de profissionais, apoiados pela OMS, se organizam para sistematizar estudos referentes às novas práticas empregadas na assistência ao parto e sua eficácia, associando-as a evidências científicas, ou seja, as mudanças sugeridas e as inovações já em curso, além de um processo de construção contra-hegemônica do ponto de vista cultural, social e política, se pautam também nos marcos da ciência contemporânea, o que faz com que sejam colocadas como práticas recomendadas e referendadas, portanto seguras.

Para a Organização Mundial de Saúde¹, as mudanças no acesso e oferta de serviços, embora necessárias, não são suficientes e os objetivos de uma maternidade segura serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas em seu protagonismo e os seus direitos humanos, incluindo seu direito a serviços de qualidade no parto, respeitados.

Este movimento toma caráter mais ampliado

na década de 1990. Em 1993 é criada a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), um dos movimentos que visa a estimular a discussão e a experimentação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil.

Em 1998 o Ministério da Saúde² oficializa a assistência ao parto pelo enfermeiro obstetra no SUS, criando em 1999 os Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, ficando estes profissionais responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês, investindo assim de forma importante na mudança de modelo de atenção ao parto. Também em 1998 o Ministério da Saúde lança o Prêmio Galba de Araújo, colocando em evidência instituições promotoras da “Humanização do parto e da dignidade da mulher”.

Em 2000 é instituído o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) com objetivo de garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto, e em 2001 edita o manual *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher*³ onde define o que considera humanização da assistência e defende a perspectiva de que as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna, preservadas⁴

Comemorada por vários segmentos que lutam pela melhoria da assistência ao parto no Brasil, a Lei Federal 11.108⁵ é sancionada dia 07 de abril de 2005, garantindo às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde. Na mesma direção, em 2007 é sancionada a Lei 11.634⁶, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência.

Assim, chegamos ao fim da 1ª década dos

anos 2000 com mais acesso à tecnologia, com a construção de normativas que asseguram o parto e o nascimento humanizados, portanto seguros e de qualidade e com protagonismo da mulher e sua rede sócio-familiar e, paradoxalmente, com resultados aquém dos esperados no que tange a queda das taxas de mortalidade materna e neonatal. Agregase a estas questões o fato de que a assistência ao parto no Brasil, salvo exceções na região norte e outras regiões interioranas do país, ser essencialmente institucional, realizada sobretudo em hospitais, sendo os partos assistidos por profissionais habilitados, entre os quais em sua maioria por médicos. Este fenômeno tem sido adjetivado de *paradoxo perinatal*⁷ que se revela, então, como complexo e desafiador, pois informa que maior acesso à tecnologia, aos insumos e equipamentos biomédicos, maior presença de profissionais de saúde e formulações normativas não garantem, per si, a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materno-infantil.

Este cenário nos convoca a olhar para o campo de práticas de saúde, para a intimidade dos processos de trabalho e a Política Nacional de Humanização aponta para um princípio que deveria ser tomado como orientador de todos os processos de mudança: a inseparabilidade entre gestão e atenção, ou seja, as mudanças nas práticas dependem e demandam alterações na gestão, sem as quais projetos de mudança correm o risco de não conseguir de fato promover mudanças necessárias neste campo.

O texto que segue apontará, inicialmente, a questão do modelo de assistência ao parto e nascimento, para na seqüência apresentar o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros, uma resposta do Ministério da Saúde para o enfrentamento do paradoxo perinatal. Neste ponto, trataremos sobretudo da apresentação em linhas gerais de uma tecnologia sensível de trabalho, o apoio institucional.

O modelo tecnocrático do parto

O parto e o nascimento são acontecimentos fundantes da vida humana. O modo como cuidamos destes eventos reflete os valores da nossa sociedade, os quais são ao mesmo tempo determinantes da assistência ao parto, que os ratificam.

Muito antes do surgimento das ciências médicas, as comunidades e especialmente as mulheres criavam seus modos de parir e nascer. Experiência genuína da sexualidade, este é um evento de cunho familiar, social e afetivo da vida de mulheres e homens, fortemente influenciado pela cultura.

Com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza e os eventos da vida e de se reduzir riscos, o parto foi levado gradativamente, a partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX, para o ambiente hospitalar. Esta mudança do lugar do parto correspondeu também a uma mudança do modelo de assistência. De evento outrora domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família no processo e a parteira como colaboradora, o parto hospitalar passou a ser concebido no modelo tecnocrático, contando com a entrada da figura masculina no saber e práticas obstétricas, fator determinante para a introdução de um novo olhar e construção de novos sentidos para o parto e nascimento.

Esses eventos passam, então, a compor o rol das práticas médicas a partir da concepção biomédica, cujo foco é a construção de nexos causais e a busca de regularidades a partir da construção científica de conhecimentos e a incorporação de tecnologias tanto na forma de insumos, como a organização do ambiente e processos de trabalho, que ganham todas as feições do trabalho taylorizado, adjetivado de científico. A entrada das ciências médicas e o seqüestro destes eventos para as instituições médicas se, de um lado, colocaram o parto e nascimento no campo das regularidades,

diminuindo incertezas, de outro lado, os afastaram da vida cotidiana, os retiraram do ambiente familiar, determinando perda importante de participação e autonomia da mulher e da família. E mais que isto, eventos da vida passaram de imediato a campo prático e simbólico das práticas médicas, produzindo como efeito a presença sempre necessária, imperiosa e insubstituível dos agentes técnicos, sobretudo médicos. O parto e nascimento, então uma experiência vivida na intimidade dos laços familiares, fundamentais para a construção subjetiva da maternidade e paternidade, pertencem agora às instituições médicas e seus agentes.

Marcado pela concepção higienista, este modelo é centrado no profissional médico como condutor do processo e na tecnologia biomédica como superior ao corpo feminino, submetendo a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu ritmo natural. O saber/poder técnico-científico se sobrepõe à competência própria das mulheres de lidar com seu processo de parir que, paradoxalmente, foi expropriado dela e delegado a agentes técnicos, que passam, então, a partejar. Nesse sentido, o parteiro/a deixa de ser um facilitador, aquele que assiste, para se apropriar, no ato do parto, em uma ação de expropriação da mulher, de sua ação protagônica, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural⁸.

Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas.

A cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga deste “sofrimento”, de proteção da dignidade, já que o modelo de parto “normal” passa a ser considerado como degradante. Por outro lado, a cesariana é vista pelos profissionais de saúde, que se distanciam cada vez mais da

arte de partejar, como modelo conveniente, pois troca a imprevisibilidade do parto normal por um planejamento taylorista das cesáreas, se apoiando no mito da tecnologia como sempre segura e eficaz⁹

Uma das conseqüências deste modelo é a perda da capacidade dos profissionais se afetarem por este rito de passagem, com a pulverização dos significados que o parto e nascimento tomam na construção da vida social, dando lugar ao que é prático, rápido e, certamente, lucrativo.

As questões de gênero e as boas práticas baseadas em evidências

Segundo Diniz,¹⁰ as práticas de atenção ao parto são determinadas pelo viés de gênero, partindo da concepção de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso, necessitando de correção e tutela. Esta relação de gênero é marcada pela culpabilização da sexualidade da mulher, inscrita na forma como são concebidos os espaços e as práticas de cuidado.

A começar pela ambiência das maternidades, nota-se que o ambiente do pré-parto é geralmente um lugar marcado pelo descaso. Na sua grande maioria são espaços coletivos e impessoais, onde a identidade de mulher é sucumbida, bem como suas referências culturais e sociais. Pré-parto anuncia, de imediato, que o parto taylorizado estipulou etapas para este evento, as quais passam a ocorrer em ambientes distintos, sobretudo em espaços de preparação, de espera e espaços para o parir (ou para a extração do feto). Esta lógica segmenta a assistência e não é incomum chegar à mulher comandos para que “controle” o período expulsivo, pois se deseja que ele aconteça no único local certo: a sala de parto ou centro obstétrico.

Nos ambientes de pré-parto, em geral, as noções de confortabilidade como iluminação, redução de ruídos, privacidade, não são

minimamente cuidadas. Pelo contrário, o pré-parto traz inscrito nas suas paredes a marca do sofrimento, comumente percebidas como “sala de sacrifícios”, transformando o trabalho de parto em expiação do prazer. E isto porque a assistência se dirige quase que unicamente para o parto em si, local de ação dos agentes biomédicos, que no pré-parto têm pouco interesse e condições de interferir, a não ser com seus insumos biomédicos, como a prescrição de medicamentos para ampliar contrações, diminuir a dor etc.

A desqualificação da sexualidade das usuárias do SUS, outro elemento da assistência nos padrões biomédicos, se traduz como uma forma de discriminação e preconceito, acrescentando às questões de gênero as de classe social. Uma forte expressão deste viés é a negação ao direito ao acompanhante no parto que, apesar de ser uma lei, é interdito às usuárias do SUS. O apoio contínuo durante o parto traz inegáveis benefícios tanto para a mulher quanto para o bebê, sendo uma incongruência e uma negligência a privação desta tecnologia nos dias de hoje. Porém, ao consultar profissionais e gestores sobre este direito, justificativas de ordem organizativa do serviço ou estrutural são pontuadas, como falta de espaço, álibis para se manter o estado de coisas. A atitude de desatenção e distanciamento dos profissionais de saúde para com as necessidades de apoio durante o trabalho de parto sela a relação autoritária entre eles, ilustrada por tratamentos discriminatórios e culpabilizadores.

Obrigando a mulher a permanecer deitada no trabalho de parto, expor suas partes mais íntimas a qualquer um, dar ordens verbais que desqualificam o trabalho íntimo que ela realiza, demonstram o quanto as práticas de atenção ao parto são forjadas na concepção de que este é um momento de exercício de poder sobre a mulher, desconsiderando suas competências próprias.

Muitas das intervenções na assistência ao parto foram incorporadas com base nesta visão.

A tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) adotada como rotina na admissão do pré-parto é hoje considerada um procedimento totalmente desnecessário, por não apresentar, nas revisões de estudos científicos, comprovação dos supostos efeitos protetores contra infecção. Porém permanece a visão entre os profissionais de saúde e até mesmo entre as mulheres de que os pelos pubianos são sujos, uma associação ao sexo de uma mulher adulta, e raspá-los seria a infantilização e dessexualização da vulva.

A episiotomia, intervenção com o objetivo de ampliar o canal vaginal para facilitar a saída do bebê e proteger o assoalho pélvico, é outro exemplo de práticas desaconselhadas pelas evidências científicas. É a cirurgia ginecológica mais realizada e com menos comprovação quanto à sua eficácia, sendo muitas vezes iatrogênica. Pela frequência com que ela é realizada, talvez seja a mais significativa mudança em termos de custos para as mulheres e para o serviço de saúde. A idéia de que o parto vaginal deixaria a mulher “larga” e que a episiotomia devolveria “a condição virginal da mulher” permanece como mito da sexualidade. Comprovando justamente o contrário, os estudos científicos encontraram períneos mais tônicos nas mulheres que tiveram parto normal e não se submeteram à episiotomia, inclusive as que tiveram rotura espontânea.

Apesar do conjunto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas serem difundidas no meio acadêmico, poucas instituições, inclusive hospitais de ensino, têm respeitado a sua implementação nos serviços. As escolas continuam a ensinar práticas obsoletas e prejudiciais à boa evolução do parto e nascimento, caracterizando uma resistência ao que hoje é atestado como seguro, benéfico e protetor às mulheres e bebês.

A reversão do paradoxo perinatal impõe repensar a organização dos processos de trabalho - reflexões desde o Projeto de Qualificação das maternidades e redes

perinatais na Amazônia Legal e Nordeste brasileiro

A qualificação das maternidades e redes perinatais é um projeto que compõe o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste brasileiros. Este projeto tem por alvo prioritário 26 principais maternidades destas duas regiões, as quais são responsáveis pela realização de mais de 110 mil partos ao ano. Por meio de apoio institucional, de onde se articulam um conjunto de ofertas como mini-estágios, cursos, visitas técnicas e supervisão por equipes de centros matriciadores, o projeto busca alterar modos de organização de processos de gestão do trabalho, alterando relações entre equipes e usuários, na direção de uma melhor oferta de cuidados, impactando na redução das mortes infantis e maternas.

O projeto teve início efetivo em janeiro de 2010 e tem seu término previsto para dezembro deste mesmo ano, mas com perspectivas de continuidade para o ano de 2011. A coordenação no Ministério da Saúde é da Política Nacional de Humanização (PNH) e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher (ATSM) e da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM).

As estratégias deste projeto tem por alvo dois campos distintos mas interligados: o ambiente hospitalar e a rede de cuidados perinatais do território onde se encontra a maternidade. Isto se deve ao fato de que se compreende que o cuidado perinatal é distribuído em vários equipamentos da rede de cuidados, como equipes da saúde da família e maternidades, as quais devem construir plano de ação comum, integrando conhecimentos, práticas e estratégias de cuidado, articulando linhas integrais de cuidados progressivos. Assim, o projeto toma como desafios qualificar a atenção hospitalar, na direção da realização do parto seguro, e qualificar a rede de cuidados.

Neste artigo tomaremos como discussão a qualificação da atenção hospitalar, haja vista que quase a totalidade dos partos ocorre nessas instituições, as quais precisam, então, superar desafios em sua organização e modos de gestão, sem o que não se avançará na humanização do parto.

A paradoxal realidade dos hospitais: heróis e vilões do cuidado e do trabalho em saúde

As organizações de saúde, no caso brasileiro, têm sido ao mesmo tempo: (1) responsáveis por avanços e pela qualificação no cuidado em saúde; e (2) alvo de duras críticas. As organizações de saúde, sobretudo hospitais, estão entre as *instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças*, às inovações, sobretudo na gestão, ou seja, nos modos de organização e circulação do poder¹².

E entre as críticas dirigidas aos hospitais, assumem maior relevância:

◇ Hospitais são organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras¹³;

◇ Os hospitais têm adotado sistemas de gestão centralizados, com baixa participação (efetiva) dos trabalhadores; a organização do trabalho tem sido feita por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe e produz fragmentação dos processos de trabalho e baixa responsabilização;

◇ Oferta de assistência impessoal e fragmentada, com indefinição de vínculos dos pacientes com os profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação da assistência e insatisfação dos trabalhadores;

◇ Existência em uma mesma organização de importantes diferenças salariais, condições e regimes de trabalho,

o que produz uma realidade paradoxal: enquanto alguns trabalhadores experimentam grande autonomia, outros têm por horizonte a regra e a submissão, suas principais formas de interação com a organização;

◇ A relação com os usuários/pacientes e sua rede sócio-familiar tem sido marcada pela pouca incidência destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e aos profissionais (sobretudo médicos);

◇ Grande liberdade e autonomia na inserção dos hospitais nas redes/sistemas de saúde, não sendo infrequentes movimentos de resistência a processos de definição de co-responsabilidades nos territórios sanitários. Em muitos lugares os hospitais exercem funções tipicamente gestoras, definindo a clientela e modos de ação na rede.

Assim, para ampliar a capacidade dos hospitais, entre os quais maternidades, produzir mais e melhor saúde, é necessário alterar seus modos de organização e de funcionamento. E quais têm sido as principais formas de acessar/produzir movimentos de mudanças nos hospitais? Tradicionalmente se percebe dois modos: hegemônico-arcaico e inovador.

O *modo hegemônico-arcaico* de intervenção nas organizações de saúde se dá pela contratação de assessores, consultores, especialistas em gestão, que “diagnosticam a organização”, às vezes utilizando sofisticadas estratégias de escuta e mobilização interna. A partir disto, prescrevem e/ou indicam medidas que devem ser tomadas para a melhoria na eficiência, em geral foco mais importante da ação.

As mais relevantes dificuldades dessa forma de intervenção nos hospitais são:

◇ Baixo envolvimento das pessoas

(trabalhadores e usuários), utilizadas como informantes e principais alvos das mudanças (apesar disso não ser explicitado claramente);

◇ Baixa capacidade de produção de consensos internos, pois a “entrada” estes agentes tende a ser vertical, ou seja, desde linhas de mando hierárquicas;

◇ Desconfiança e baixo investimento dos trabalhadores, que tendem a cooperar mais por medo e prudência do que efetivamente por vontade e interesse;

◇ Baixa sustentabilidade das proposições, que dependem muito da força de mando dos gestores e da capacidade de ação dos consultores, que então confundem sua intervenção com o mandato social de gestor, que não detém;

◇ Manutenção e pouca alteração dos modos de gestão, que em geral são determinantes na produção dos problemas verificados na qualidade da assistência. Assim, permanecem inalteradas a hierarquização, o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, com infantilização de boa parte dos trabalhadores, o que não produz maior eficácia (nem eficiência).

Esse modelo conservador tem sido gradualmente substituído no SUS por um modo inovador: a introdução de apoiadores institucionais, que desde outras concepções de (i) organização de saúde, (ii) de gestão do trabalho e (iii) de outra ética no trabalho, buscam ampliar a efetividade das ações, bem como a autonomia e satisfação dos trabalhadores da saúde.

Pressupostos básicos desta concepção/paradigma de intervenção desde o apoio:

◇ As organizações de saúde têm finalidades que não se esgotam na realização de

suas atividades finalísticas (função primária, valor de uso determinado pela sociedade às organizações de saúde). Além de produzir saúde, as organizações produzem sujeitos, apresentando-se, sempre, como espaços de subjetivação. Em outras palavras: o trabalho é ontogenético, produz gente. Isto indica que é necessário envolver e responsabilizar o conjunto dos trabalhadores na organização e gestão dos hospitais, permitindo a incorporação em sua lógica de funcionamento de interesses mais plurais e múltiplos;

- ◇ Conceito e modo de operar mais alargado de gestão, com a inclusão das idéias de cogestão e de gestão compartilhada, ou seja, o desafio da ampliação da experiência democrática nas organizações de saúde, que ocorre, entre outros, pela inclusão de outros sujeitos nos processos de tomada de decisão. Assim, a gestão, a um só tempo, passa a ser um espaço de análise, de formulação e tomada de decisão e espaço de aprendizagem sobre a política, a organização em si, sobre a saúde.
- ◇ Organizações de saúde como (a) espaço de produção de tarefas/valor de uso; de (b) sujeitos; e (c) de exercício mais compartilhado e responsabilizado do poder trazem uma nova ética no trabalho: trabalho como espaço de produção e realização de si e como espaço de acolhimento da alteridade, da organização do trabalho também em razão do outro, em nosso caso gestantes/parturientes.

E o que é apoio institucional e como atua nas organizações de saúde para a produção de maior autonomia dos trabalhadores e maior efetividade das práticas?

O apoio veio para ampliar a (1) efetividade das práticas de saúde e (2) produzir grupalidades/equipes de saúde mais solidárias

e corresponsáveis. O apoio toma como objeto (foco de ação) os processos de trabalho, buscando alterar relações entre trabalhadores que se encontram em situação de trabalho. O “núcleo de ação” são relações que se constroem no trabalho, as quais definem em grande parte (1) o fazer da equipe e sua (2) capacidade de organização frente às necessidades e demandas de saúde e, por conseqüência, sua capacidade de responder de forma adequada àquilo que se apresenta às equipes como objeto de trabalho.

O apoio se apresenta como uma nova postura, uma nova ética na relação entre equipes de saúde e agentes que vêm às organizações para propor mudanças. Esta postura é de colocar-se ao lado, não para argüir, não para verificar o que está certo ou errado, mas para fazer junto. A idéia-chave é a interação-cooperação-sinergia.

Apoiar não é fazer pelo outro, mas ajudar equipes/trabalhadores a (1) compreender melhor as relações e interferências em seu trabalho, para ajudar a ampliar capacidade reflexiva, de análise; e (2) melhorar sua capacidade de produzir respostas, ou seja, de ampliar a efetividade das práticas de saúde.

Outros efeitos esperados da ação de apoio a equipes são (a) melhorar a auto-estima dos trabalhadores e (b) produzir grupalidades mais solidárias, ampliando o prazer e satisfação no trabalho, sem o qual os trabalhadores não se vêem convocados para mudar suas práticas.

A produção de interação, de ajuda, de trocas, da construção de relações de afeto não pressupõe, por outro lado, a inexistência de tensões e de conflitos na relação apoio-equipe. Da mesma forma, quem apoia tem mandato para fazer ofertas de tecnologias, de conceitos, de metodologias, as quais são analisadas e incorporadas pelas equipes que recebem o apoio.

Apoio exige “delicadeza” na ação/interação, a qual deve permitir ao grupo lidar com produções subjetivas, às vezes cristalizadas

e dadas como naturalizadas na forma de comportamentos, atitudes, estereótipos etc. Ou seja, ajudar as equipes na produção de analisadores sociais, em outras palavras, da produção de perturbações, força-motor dos processos de mudança.

O apoiador se produz no exercício, na experimentação em ato. Para tanto, apoiar exige que se conheçam os objetos de trabalho da equipe: saber prévio que se aprimora com o exercício prático de apoio. O apoiador se constitui na tarefa do apoio, o que exige investimentos: estudo, sistematização e também supervisão (colocar em análise a própria experiência de apoio).

A problemática das maternidades na Amazônia Legal e Nordeste brasileiros e o apoio institucional

Melhorar a gestão dos processos de trabalho nas maternidades da Amazônia Legal e Nordeste, ampliando sua capacidade de produzir melhor e mais qualificada assistência e, ao mesmo tempo, maior satisfação dos trabalhadores, foi o desafio colocado no projeto de qualificação das maternidades.

Para cada maternidade foi escolhido e designado pelo Ministério da Saúde um apoiador institucional, o qual constituiu com trabalhadores e gestores na maternidade um Plano de Ação, tomando quatro diretrizes organizativas da intervenção:

- ◇ Acolhimento das gestantes, com Classificação de Risco (ACCR);
- ◇ Garantia do direito a acompanhante, com qualificação da ambiência;
- ◇ Gestão democrática (cogestão e gestão compartilhada); e
- ◇ Constituição de redes de cuidados perinatais no território, dando concretude ao direito da gestante de saber previamente onde vai ocorrer o

parto.

Estas diretrizes se constituíram em eixos organizativos do trabalho e ação do apoiador, a partir do que foi introduzida uma série de aportes das diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, que precisou se organizar internamente para articular e coordenar os conjuntos de suas ofertas, dando-lhes um sentido de “corpo unificado”, uma vez que tem sido comum entradas mais verticais e segmentadas.

A ação dos apoiadores nas maternidades ocorreu a partir das seguintes estratégias:

- ◇ Organização de espaços coletivos nas maternidades, ofertando-se rodas de conversa, reuniões de equipe e outras estratégias. O sentido geral disso é criar espaços de encontro e trocas, muitas vezes inexistentes (ou esvaziados) nas maternidades;
- ◇ Produção de sentido destas “rodas” na direção da construção de espaço de co-responsabilização e de produção de “plano comum de ação”. Para tanto, se fez necessário pôr em análise as expectativas frente ao projeto, as demandas, as ofertas, as implicações, permitindo o exercício da fala na roda, que além de garantir a produção de planos de ação mais coletivos e corresponsáveis, é também um potente recurso terapêutico;
- ◇ Análise dos processos de trabalho e as redes de comunicação da organização, buscando alterar padrão comumente verificado de (a) comunicação vertical entre agentes diferentes e (b) comunicação horizontal entre os iguais, que em geral estão organizados e se articulam em determinados espaços homogêneos (médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros etc);
- ◇ Constituição de “planos de ação”

para a experimentação de dispositivos derivados das diretrizes/eixos de ação;

◇ Inclusão de olhar avaliativo, com monitoramento das atividades implementadas na perspectiva de verificação dos efeitos das ações e de retro-alimentação de todo processo.

O apoio institucional às maternidades, tomando como referência os pressupostos ético-políticos da Política de Humanização da Saúde e as diretrizes gerais do projeto, tomou como orientação geral da ação algumas linhas gerais⁹ de onde se organizaram estratégias para o ofertamento de dispositivos, que são experimentações concretas de mudanças nas práticas de assistência ao parto e nascimento.

Estas linhas gerais expressam as diretrizes éticas do Projeto de Qualificação e se apresentam como apostas na direção de mudanças nas práticas nas maternidades, bem como na inserção delas em redes de cuidados progressivos.

Primeira linha de ação: ampliar a experiência democrática nas instituições, o que requer mudanças nos arranjos e nos modos de gestão. Esta linha de mudança aponta para a necessidade da:

◇ Horizontalização da estrutura hospitalar, com dissolução/diminuição das linhas e estruturas político-administrativas que segregam a gestão do cuidado. Em outras palavras: “achatar” o organograma do hospital, aproximando a gestão aos espaços e processos reais da assistência;

◇ Criação de *unidades de produção*¹⁴, colocando em contato os trabalhadores em situação de trabalho, articulando processos de trabalho em equipe tomando por referência o objeto e objetivos da área/setor;

◇ Criação de *espaços coletivos* para a produção de acordos/contratos mais compartilhados e coletivos sobre modos de funcionar e modos de organizar a assistência e o cuidado.

Segunda linha de ação: ampliar o exercício mais compartilhado e co-responsabilizado da clínica, o que pressupõe avançar:

◇ No exercício do *trabalho em equipe*, com a construção mais consensuada da inserção de cada um dos núcleos de competência e responsabilidade profissional na atenção em geral (quem faz o que) e na conformação de projetos terapêuticos singulares, bem como na sustentação do campo comum de ação da equipe (o que é comum a todos);

◇ Na definição para cada usuária de profissional/equipe responsável, tornando inequívoca as responsabilidades e encargos (quem é/são o(s) cuidador(es) de referência para cada parturiente);

Terceira linha de ação: desenvolver estratégias de inclusão do usuário e da sua rede sócio-afetiva nos processos de cuidado, o que pressupõe:

◇ Inclusão na gestão do cuidado da rede afetiva e social da usuária, onde se insere o direito a acompanhante de livre escolha da mulher. A inclusão da rede social, além de um direito de cidadania, é potente estratégia para (1) a co-responsabilização da família no processo de cuidado (elemento central para a redução da mortalidade materna e infantil), e (2) a defesa dos interesses dos usuários nas organizações de saúde, cuja dinâmica de funcionamento quando não “vigiada” tende a dar vazão a processos de atitudes que atentam contra os direitos e a dignidade humana.

Quarta linha de ação: ampliar a presença, inserção e responsabilização da maternidade na

rede de saúde, radicalizando o entendimento e aposta de que o hospital pertence a uma rede integrada de saúde, pois:

◇ A maternidade é um recurso estratégico para a produção de saúde e sua inserção e modo de atuação interferem decisivamente na qualidade do cuidado perinatal, logo na qualidade de vida das mulheres e crianças;

◇ Adequar o papel e posição da maternidade na rede, garantindo que seus recursos (estratégicos e escassos) sejam utilizados o mais adequadamente possível;

◇ A capacidade de ação e a eficácia das maternidades dependem do desempenho da rede básica, o principal “ponto” de interação e inserção das gestantes/puérperas e recém-nascidos com a rede de serviços. A garantia de que toda a mulher e criança tenham uma equipe que lhe cuide no tempo (longitudinalmente) é condição fundamental para a qualificação do cuidado e garantia da vida, que implica em contrair responsabilidade inequívoca entre equipes de atenção primária e população de referência;

◇ A maternidade, nesta perspectiva, passa efetivamente à condição de retaguarda, suporte e referência para o cuidado integral, possibilitando a utilização mais criteriosa de tecnologias.

A aposta é que o apoio institucional às maternidades, de um lado, amplie o exercício democrático nestas instituições, o que implica a inclusão nos processos de gestão da totalidade de seus operadores; e, de outro lado, propicie uma inscrição mais efetiva das maternidades como equipamentos em uma rede de saúde, disciplinando sua ação considerando consensos e pactos sanitários no território.

Alguns apontamentos finais

O “Plano de Qualificação das Maternidades” como uma estratégia de enfrentamento do paradoxo perinatal considera que a introdução de mudanças na assistência às grávidas, puérperas e recém-nascidos, na direção do cuidado humanizado, deva tomar como inseparável (1) a definição clara e objetiva de diretrizes e princípios, os quais são suporte para boas práticas que, para se tornarem práticas vigentes necessitam (2) de uma experimentação coletiva e crítica por parte dos profissionais, usuárias e gestores.

A inclusão do acompanhante, o acolhimento com classificação de risco, ampliação da experiência de cogestão, a valorização dos trabalhadores e a construção de redes de cuidados perinatais, focos de ação do apoio para a qualificação da assistência, para se tornarem práticas de humanização necessitam estar inscritas não apenas em documentos orientadores, mas no desejo dos trabalhadores e gestores das maternidades. Essas orientações indicam, na maioria dos casos, que se faz necessário mudar a forma de trabalhar, o que não é tarefa simples. Mudar o trabalho exige, se quisermos processos sustentados, que isso seja inscrito na experiência cotidiana do trabalho, passando por uma construção que é sempre coletiva de recriação do trabalho e de seus sentidos. Talvez esse seja o maior desafio: inclusão de boas práticas, que respeitem e dignifiquem a mulher e que superem a tecnocracia, restituindo sentido social ao parto e nascimento, como uma experiência produzida junto com trabalhadores e as mulheres. Eis um campo importante de ação do apoio institucional às maternidades. O “Plano de Qualificação das Maternidades” é uma experimentação muito recente, mas tem mostrado que o desafio é imensamente maior do que previsto, uma vez que lida com o “núcleo duro do trabalho em saúde”, campo minado de relações hierarquizadas e de poder, e que é possível produzir mudanças mais coletivas e afirmativas do direito à saúde, do cuidado e do trabalho digno. Além disto, essa experiência tem ensinado que a redução da mortalidade

materna e infantil possui intensa capacidade de mobilização de sujeitos e instituições, sejam eles usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores de saúde, sejam também militantes e pesquisadores/formuladores, que ao serem convidados contribuem vigorosamente com a tarefa de humanizar o parto e o nascimento. Trata-se então de compromisso ético em defesa da vida de qualquer um/uma com imensa potência de afecção, de produção de movimento.

Outro ensinamento do Plano é que reverter o atual panorama da assistência obstétrica e neonatal requer a produção de mudanças na cultura das organizações e inclusão de outros valores éticos, os quais sustentam novo sentido às práticas. E por fim, é ainda um desafio para o SUS avançar na definição de um “modelo humanizado” de parto e nascimento, e enfrentar outros campos problemáticos que incidem na qualidade da assistência, como a incipiente regionalização, o sub-financiamento do SUS e, inclusive, reposicionar a ação técnica e política do Ministério da Saúde junto aos demais entes federados, que em geral se estabelece por uma relação mais verticalizada, sendo necessário avançar para uma nova ética: de fazer junto e de construir junto. Ética que move e sustenta a função do apoio institucional.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Care in normal birth: a practical guide. Genebra: OMS; 1996.
2. Brasil. Portaria nº2815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 02 de junho de 1998. Seção 1, p. 47-8. B.
3. Ministério da Saúde (Brasil), FEBRASGO, ABENFO. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Boaretto MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado em Saúde Pública - ENSP]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
5. Brasil. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 de abril de 2005. n. 67, seção 1, p. 1.
6. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de dezembro de 2007. Seção 1, p. 2.

7. Rosenblatt RA. The perinatal paradox: doing more and accomplishing less. Health Aff (Millwood). 1989;8:158-68.
8. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
9. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):627-37.
10. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009;19(2):313-26.
11. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: revisão da literatura. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1316-27.
12. Pasche DF. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. Rev Med Minas Gerais. 2009;19(4 Suppl 2):S33-41.
13. Rates SMM, Campos GWS. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: Araújo GF, Rates SMM. Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma; 2008.
14. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública. 1998 Out-Dez;14(4):863-70.

Artigo apresentado em 18/07/2010
Aprovado em 30/08/2010