

Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento

RESULTADO DE INVESTIGAÇÃO FINALIZADA*

GT-19 – Saúde e segurança social: transformações sociais e impactos na população

Mariana de Oliveira Portella

Resumo

O objetivo desse artigo é discutir o conteúdo programático de duas políticas públicas voltadas à implementação de medidas de humanização da assistência obstétrica no Brasil: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha. O modelo brasileiro de atenção obstétrica é atualmente marcado por altas taxas de medicalização, baixa satisfação das mulheres e elevados índices de cesarianas e mortalidade perinatal. Este texto apresenta as características e objetivos de cada proposta, evidenciando a grande distância entre o discurso de humanização presente nessas políticas e a prática de sua execução, refletida nos seus indicadores de avaliação exclusivamente quantitativos e atrelados a uma noção produtivista em saúde.

Palavras-chave: humanização, parto, políticas públicas

1. Humanização do parto e saúde pública

Nas últimas décadas, a noção de humanização tem sido usada de forma positiva e algumas vezes como conceito norteador de políticas na área de saúde. No Brasil, a questão da humanização do campo obstétrico ganha uma relevância especial, uma vez que o modelo de assistência ao parto vigente no país ultrapassa em muito os índices estipulados como aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde [OMS] (1985; 1996). Conforme dados disponíveis no Sinasc/Datasus, as taxas de operações cesarianas, principal indicador do modelo tecnocrático e intervencionista, vêm aumentando vertiginosamente desde a década de 70, correspondendo, em 2010, a 52% do total dos partos realizados no país. No setor de saúde suplementar, essa taxa chega a 82%, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) ela atinge 37%. A taxa máxima estipulada pela OMS é de 15% do total de partos, o que mostra que tais diretrizes são amplamente desconsideradas pela assistência obstétrica brasileira. Essa medicalização excessiva do parto, por sua vez, não parece refletir na diminuição satisfatória da razão entre mortalidade materna e neonatal dos municípios brasileiros. Em 2007, a média brasileira da Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 75 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2010). A OMS considera como aceitável uma média entre 6 e 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Outro ponto bastante presente na pauta da humanização ao parto, no país, refere-se à baixa satisfação das mulheres com a assistência que recebem no momento do parto. Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e Sesc (2010) registra que uma em cada quatro mulheres relataram maus tratos durante o parto, seja na forma de xingamentos, comentários jocosos e ironias, seja como ameaças, privação de recursos para o alívio da dor, falta de informação sobre procedimentos realizados e tratamento discriminatório.

* Este artigo é a versão preliminar de texto a ser publicado como capítulo em livro organizado pelos pesquisadores do Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança (Nucem), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE

Nesse panorama desanimador, em que a assistência medicalizada, tecnocrática e confinada ao ambiente hospitalar tornou-se a regra, assistiu-se, recentemente, à promessa do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro de caçar a licença profissional dos médicos que viessem a acompanhar partos domiciliares, sob o argumento de que apenas o ambiente hospitalar fornece condições adequadas ao sucesso do parto. Ao contrariar as recomendações da OMS (1996) e as orientações do Ministério da Saúde (2000; 2001), essa medida dava mostras suficientes da inversão de valores que impera no domínio da obstetrícia brasileira, ao mesmo tempo em que aponta para os desafios de reestruturação da qualidade técnica do atendimento, bem como dos princípios filosóficos, éticos e subjetivos do cuidado.

Em contrapartida, a ideia de humanização do parto busca romper com a lógica que o configura como evento exclusivamente médico, passível, portanto, de controle e manipulação. Essa lógica é fruto de um processo histórico muitíssimo recente, quando comparado ao longo período em que o parto representou essencialmente um ritual de bases fisiológicas, com suas inúmeras colorações históricas e culturais. São muitas as correntes que compõem a tendência geral de humanização do parto, sendo elas mais ou menos radicais em seus questionamentos e posições. Em resumo, os principais pontos de consenso incluem a valorização do protagonismo feminino; a compreensão do parto como evento simultaneamente fisiológico, social, psicológico e cultural; a condenação das intervenções médicas aplicadas por conveniência, seja do médico, da própria parturiente ou da instituição hospitalar; o respeito às particularidades de cada mulher e às suas preferências para o momento do parto; a redefinição das relações humanas na assistência; e, finalmente o entendimento do parto como um momento merecedor de cuidados.

2. Parto e utilitarismo

No Brasil, a prática de assistência à gestante passou a ser incorporada pela medicina a partir do século XIX, com a criação das escolas de medicina e cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro (BRENES, 1991, p.135). Os moldes da nova medicina científica, personificados na figura do médico-cirurgião, resultante da aliança entre a medicina e a cirurgia, levou a um novo paradigma em termos de saúde, doença e cura. Nesse novo contexto, os médicos foram alavancados “para a elite de uma sociedade que seguia as crenças positivistas, acreditando nas possibilidades do conhecimento científico” (CARNEIRO, 2005, p.70). O fórceps obstétrico e a hospitalização do parto foram dois marcos fundamentais nesse processo de medicalização, que gerou a concepção da obstetrícia como ciência médica, mas principalmente como técnica dominada pelo homem (OSAVA; MAMEDE, 1995).

A antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001) classifica como *tecnocrático* o modelo de assistência resultante da acumulação dessa série de mudanças, tendo na masculinização da assistência, na medicalização e na hospitalização do parto as suas características precípuas. Em linhas gerais, trata-se de um modelo que supervaloriza a tecnologia médica em prol do controle sobre o sucesso do parto e, conseqüentemente, da segurança da mãe e do bebê, ao mesmo tempo em que relega ao segundo plano as particularidades, desejos e anseios da parturiente. Davis-Floyd (1992) vê nesse modelo a sedimentação de um senso de ordem cultural que avalia positivamente a transformação do parto – evento caótico, imprevisível e natural –, em uma prática civilizada e regrada pela medicalização, por meio de sua padronização protocolar.

Esse modelo pode ser considerado uma expressão do *capitalismo médico*, inspirado em valores neoliberais e utilitaristas (MARTINS, 2003) e marcado pela organização cada vez mais especializada da biomedicina, bem como pela submissão das mulheres a um protocolo técnico e hospitalar supostamente único e universal.

Sabe-se que a gravidez, assim como o parto, não é *doença*. Contudo, a lógica do discurso tecnocrático, expressa na prática das interferências médicas orientadas pelos protocolos hospitalares, revela uma compreensão do trabalho de parto como um processo patológico e potencialmente perigoso (ROTHMAN, 1993; DAVIS-FLOYD, 2001), seja por abreviar o processo de parturição (ainda que mãe

e bebê estejam bem), seja por permitir à equipe médica o máximo de controle sobre os processos fisiológicos da mulher e do bebê. O cúmulo dessa lógica é o abuso da cirurgia cesariana, feita muitas vezes sem real necessidade clínica, mas por conveniências. Nesse contexto de assistência, as parturientes são postas na condição de pacientes fragilizadas, perdendo autonomia e poder de decisão sobre a condução de seu trabalho de parto e passando a servir de objeto de cura para um campo do saber técnico especializado em doenças, que não incorpora preocupações com a dimensão social, psicológica, familiar e simbólica inerente ao processo de parturição.

A especialização disciplinar no campo médico, impulsionada pelo desafio de diagnósticos cada vez mais precisos, produziu avanços tecnológicos igualmente específicos, tais como medicamentos, equipamentos e exames. Na prática médica atual, muitas vezes essa tecnologia médica serve mais à acumulação de lucro do que ao desenvolvimento científico da própria medicina, ou ainda ao benefício concreto dos pacientes. Isso é bastante válido em relação ao que se observa no campo dos partos, no qual se vê uma infinidade de exames obstétricos, medicamentos, intervenções e, cada vez mais, mulheres operadas. Atualmente, muito da prática obstétrica deixou de ter – ou pretender ter – respaldo científico, reproduzindo, por costume, pela força dos protocolos hospitalares ou pelas conveniências de abreviação e controle médico, um modelo de assistência que vem se mostrando obsoleto. Segundo Martins,

“... com a apropriação da biomedicina pelos interesses utilitaristas privados, a ideia de uma medicina científica unificada pela razão médica desfaz-se progressivamente. Nesse clima de dúvidas, nascem reações a favor de uma ampla reforma da medicina moderna, questionando-se a validade universal de suas instituições, crenças, valores e técnicas. Abrem-se, então, espaços para o surgimento de outras medicinas que se pretendem igualmente científicas e legítimas” (2003, p.198).

Na contramão desse modelo vigente, profissionais de saúde, grupos de mulheres e ativistas elaboraram correntes críticas ao modelo tecnocrático de assistência ao parto, questionando a visão mecanicista e cirúrgica que vem dominando a compreensão a respeito desse evento fisiológico. A ideia de humanização do parto surgiu dentro do saber *biomédico*, disseminando-se posteriormente entre vários setores da sociedade e campos profissionais, dentre os quais se destacam aqueles ligados ao cuidado e ao acolhimento. Esse aspecto demarca um ponto de vista não focado na doença, mas no sujeito integral, refutando as intenções mercadológicas de boa parte da *medicina moderna*.

3. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha

No campo da saúde pública, os investimentos que objetivaram mudanças na assistência ao parto incluem propostas de humanização na rede municipal, estadual ou federal de atendimento. Algumas propostas estiveram restritas à adoção de iniciativas internas a cada instituição, sendo que experiências de caráter muito pontual, muitas vezes restritas a um hospital ou a um único médico obstetra ou equipe profissional, acontecem no Brasil, desde a década de 80.¹

No nível municipal, já como política pública, podemos citar a Política de Humanização do Parto e Nascimento, implementada no Rio de Janeiro, em 1994. Dentre as várias medidas preconizadas nessa política vale destacar a proposta de hierarquização da assistência, de modo que gestantes enquadradas na categoria *baixo risco* pudessem ser atendidas por enfermeiras obstetras, tanto em consultas pré-natal

1 Rattner (2009) lista algumas dessas iniciativas em seu artigo, citando as experiências dos médicos Galba de Araújo (Ceará), Moisés e Cláudio Paciornik (Paraná), Hugo Sabatino (São Paulo) e dos hospitais Sofia Feldman (Belo Horizonte) e São Pio X (Ceres, Goiás). Recife-PE e Campina Grande-PB também têm sido palco de iniciativas institucionais de humanização.

quanto durante o parto (RATTO, 2001; BOARETTO, 2003; DIAS E DOMINGUES, 2005). O município do Rio de Janeiro também foi pioneiro, ao assegurar às parturientes o direito de escolher um acompanhante para o momento do trabalho de parto, medida que viria a se tornar lei federal (Lei 11.108, de 07 de abril de 2005).

No âmbito das políticas federais, pode-se dizer que elas começaram a ser esboçadas a partir de 1997, quando as abusivas taxas de cirurgias cesarianas passaram a preocupar o governo federal. Algumas campanhas pró-parto normal foram veiculadas na mídia, em parceria com alguns Conselhos Regionais de Medicina. Em 1998, o Ministério da Saúde passou a adotar medidas estratégicas destinadas a alterar os rumos do cenário obstétrico no Brasil, tais como o aumento do valor de remuneração do médico em casos de parto vaginal, a instituição do pagamento de analgesia para o parto e a estipulação de metas de redução das taxas de cesarianas no âmbito do SUS. Em 1999, foi criada a figura institucional dos Centros de Parto Normal (CPNs) no SUS, conhecidos como Casas de Parto, voltadas para o atendimento de gestantes de baixo risco, dentro de um modelo de assistência centrado na figura da enfermeira obstetra, cujo reconhecimento de atuação profissional já estava previsto desde o ano anterior (Ministério da Saúde, 1998). Na esteira dessas medidas, em 2000, foi instituído o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, que contou com o apoio das gestões estaduais no monitoramento dos hospitais (RATTNER, 2009).

Esse conjunto de medidas indica um rumo coerente na tentativa de humanizar a assistência obstétrica, apesar do caráter pontual e isolado. De certa forma, elas prepararam terreno para a primeira iniciativa abrangente implementada no âmbito federal. Trata-se do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, pela Portaria nº 569/2000/GM/MS, tendo vigido até 2003. Seu objetivo central foi “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Ministério da Saúde, 2002, p.5):

“O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos”.

Além do conforto e garantia dos direitos reprodutivos da parturiente, o PHPN reforçava a urgência em se investir na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Na realidade, a humanização surge no Programa como fundamento de uma assistência segura, ou seja, como estratégia complementar em direção à diminuição da morbimortalidade. O Programa teve como quesito fundamental a maior abrangência do acompanhamento pré-natal, a garantia da realização de todos os exames necessários à boa assistência e a aproximação entre o atendimento ambulatorial e o local de realização do parto. Os municípios que aderissem ao Programa receberiam como incentivo uma recompensa financeira relativa aos números de gestantes cadastradas no Programa, de pré-natais completos e de partos realizados. Os critérios estipulados para definir uma assistência boa e completa incluíam a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação e a realização de, pelo menos, seis consultas de pré-natal, uma consulta no puerpério e exames laboratoriais ao longo da

gravidez.² A avaliação da implementação do Programa em cada município foi feita a partir de indicadores de processo e indicadores de resultado (**Anexo A**).

A Rede Cegonha é a iniciativa federal mais recente no âmbito da saúde reprodutiva feminina. Instituída em junho de 2011 (Portaria nº 1459/2011/GM/MS), sua vigência está prevista para até 2014. O Programa conta com a adesão de todos os estados à Rede, com grande repercussão na mídia e contando com a atenção de vários movimentos sociais. A diminuição da mortalidade materna no ano de 2011 foi creditada à ação da Rede Cegonha. Entre janeiro e setembro do mesmo ano, foram contabilizados 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto, o que significa uma redução de 21% na mortalidade contabilizada nesse mesmo período, em 2010. Outro sucesso atribuído ao programa foi o aumento do número de consultas pré-natais. Em 2011, mais de 1,7 milhões de mulheres fizeram ao menos sete consultas pré-natais (Ministério da Saúde, 2012). Em linhas gerais, a proposta compreende ações abrangentes em torno do cuidado integral de mulheres e bebês ao longo do pré-natal, do parto e do pós-parto. Os recursos midiáticos e publicitários têm sido utilizados maciçamente pelo Programa, de modo que é possível, numa rápida pesquisa virtual, encontrar materiais de campanha, vídeos, documentos de adesão municipal, cartilhas e até mesmo um cordel ilustrado sobre a Rede.

Alguns conceitos recorrentes, como *qualidade, humanização, acessibilidade, respeito, segurança e direitos da parturiente* permeiam todo o material de divulgação e estão profundamente embriçados na proposta original da Rede Cegonha:

"A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a)" (Ministério da Saúde, 2012).

"A Rede Cegonha traduz um conjunto de ações voltado para os cuidados com a saúde materna e infantil. Com a Rede Cegonha o Acolhimento amplia e facilita o acesso aos serviços de saúde, através da avaliação de risco e vulnerabilidade, ofertas de cuidado em diferentes realidades. Por meio do pré-natal de boa qualidade, parto humanizado, acolhimento no pós-parto e acompanhamento ao desenvolvimento da criança, estamos garantindo às mulheres mais saúde, respeito e dignidade. E, aos novos brasileiros e novas brasileiras, crescimento e desenvolvimento saudáveis" (Ministério da Saúde, 2012).

A Rede é organizada em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, tais como transporte sanitário e regulação. O primeiro compreende nove ações que visam, de maneira geral, garantir o acesso das gestantes à assistência obstétrica, à realização da assistência pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), a exames obstétricos, à avaliação de risco, à prevenção da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e ao apoio no deslocamento para as consultas e assistência ao parto.

O segundo componente visa garantir a suficiência de leitos obstétricos e neonatais nos hospitais

2 ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

e maternidades conveniados ao SUS, com o cumprimento das normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além da garantia ao direito da presença do acompanhante e ao uso de práticas médicas e de cuidado pautadas por evidências científicas, tendo como principal referência o documento *Boas práticas de atenção do parto e ao nascimento* (OMS, 1996). Ainda faz parte desse componente o estímulo à implementação de equipes horizontais e dispositivos de gestão nas maternidades.

O terceiro componente é voltado para a saúde do recém-nascido e para educação sexual. Neste sentido, propõe o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, prevendo visitas domiciliares por profissionais ao longo da semana imediatamente posterior ao parto, com a intenção de identificar crianças em situação de vulnerabilidade. Esse componente também prevê medidas de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, além de orientação e oferta de métodos contraceptivos.

O quarto componente refere-se às questões logísticas da assistência ao parto. Sendo assim, a Rede Cegonha prevê a promoção de acesso ao transporte seguro para gestantes, puérperas e recém-nascidos em situações de urgência e a implantação do modelo denominado “Vaga Sempre”, que visa a vinculação prévia da gestante ao local onde ocorrerá o parto. Dessa forma, busca-se evitar o deslocamento da parturiente em busca de hospitais ou maternidades com vagas disponíveis, bem como a regulamentação dos leitos obstétricos e neonatais, das urgências e do setor ambulatorial (Ministério da Saúde, 2012).

São cinco as fases previstas para a operacionalização da Rede Cegonha no nível municipal. A primeira delas, “Adesão e diagnóstico”, inicia-se com a apresentação da Rede Cegonha no município em questão e constitui-se essencialmente na tarefa de instituir o Grupo Condutor da Rede Cegonha, incumbido de mobilizar, apoiar, identificar problemas, monitorar e avaliar todo o processo de implantação da Rede no âmbito municipal. A segunda fase, chamada “Desenho Regional da Rede Cegonha”, objetiva a elaboração de um diagnóstico regional referente à saúde da mulher e da criança, seguido da elaboração do *Plano de Ação Regional e Municipal*. Nessa fase, é prevista a construção de espaços coletivos, ocupados pela iniciativa cidadã, de caráter plural e heterogêneo, voltados para o acompanhamento e incentivo à implantação da Rede Cegonha em sua região. A terceira fase, “Contratualização dos Pontos de Atenção”, é operacionalizada em nível municipal, pela elaboração do desenho da Rede Cegonha, contratualização dos pontos de atenção e definição de responsabilidades para cada componente da Rede, e instituição do Grupo Condutor Municipal. A quarta fase, “Qualificação dos componentes”, corresponde à realização das ações previstas em cada componente anteriormente descrito e pelo cumprimento das metas relacionadas a essas ações, que, por sua vez, serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional de Municipal, descritos mais adiante. A quinta e última fase, “Certificação”, é de responsabilidade do Ministério da Saúde, que concederá ao gestor do SUS, anualmente, o certificado da Rede Cegonha, após a realização das ações previstas e avaliação de seus resultados.

Conforme sugerido, a Rede Cegonha dispõe de indicadores que objetivam monitorar, avaliar e qualificar o impacto das ações implantadas em cada município. A ideia é que os indicadores sirvam como critérios para a avaliação da implantação e execução da Rede Cegonha. Eles serão acompanhados com periodicidade trimestral, semestral ou anual e se aplicarão à realidade municipal e, em um único caso, estadual. Eles foram anexados à Portaria nº 650/2011/GM/MS e podem ser conferidos no Anexo B.

Diante dessas iniciativas governamentais que objetivam melhorias na assistência ao parto, não há dúvida quanto ao comprometimento da saúde pública com o atendimento às parturientes e recém-nascidos. O incentivo ao parto normal, veiculado por tantas campanhas e publicações, claramente é uma prioridade do governo, em resposta ao número abusivo de cirurgias cesarianas e à taxa de mortalidade materna e perinatal. As mudanças qualitativas na abordagem à saúde da mulher, ao longo das últimas décadas, também são claras e se mostram mais focadas nos direitos reprodutivos da

parturiente. A lei do acompanhante é um exemplo disso.

A presença do conceito de humanização também é clara nas iniciativas governamentais. No caso das iniciativas federais, questões relativas à humanização são verdadeiros pilares conceituais, pensados como base estrutural da busca por melhorias na assistência. Nota-se inclusive a semelhança dos conceitos de humanização embriçados nas políticas públicas e nos movimentos sociais. Em ambos os contextos, a compreensão do que seria uma assistência humanizada passa pelas mesmas questões, vestem-se praticamente da mesma roupagem. A valorização do protagonismo feminino, o respeito aos direitos sexuais e aos direitos de cidadania, o abandono de intervenções médicas desnecessárias, a desmedicalização e a valorização dos aspectos subjetivos inerentes ao parto são aspectos presentes nas citadas políticas federais pró-humanização. No entanto, as propostas lançadas pelo governo, em campanha nacional, acabam por desvalorizar os aspectos essenciais à assistência humanizada à medida que apresentam uma lógica de indicadores extremamente restrita.

Restrita, em primeiro lugar, por não incorporar elementos qualitativos aos seus critérios de avaliação. Ainda que a diminuição da taxa de cesarianas, bem como a ampliação do acesso à assistência pré-natal sejam indiscutivelmente critérios de importância notória quando se buscam melhorias no campo da saúde da mulher, não há por que ignorar a dimensão individual e intransferível do parto ao avaliar o desempenho de programas federais. Abordar aspectos subjetivos vivenciados pela mulher, como satisfação, sentimento de segurança, sensação de “estar no controle” ou de ter sido respeitada são pontos fundamentais, que devem ser trabalhados e avaliados para melhorar o processo de humanização da assistência. A mera incorporação de critérios quantitativos na avaliação das iniciativas federais demonstra um caráter utilitarista da assistência proposta e revela a representação funcional da parturiente nas políticas públicas. Representação que não consegue alcançar, de fato, o entendimento do parto como processo integral, social e familiar e da parturiente como merecedora de cuidados e acolhimento.

Reforçando, admite-se que a lógica utilitarista tem sua utilidade. Ela possibilita traçar estratégias concretas, cumprindo papel importante na necessidade de reduzir ou aumentar taxas em tempo determinado. No contexto da assistência ao parto, é possível que os programas, campanhas, pactos e ações educativas governamentais venham a diminuir a taxa de cesarianas nos próximos anos. A importância e relevância desse objetivo não estão em discussão. Contudo, “o perigo está, pois, na tentativa de generalização do utilitarismo para todas as esferas da vida social” (MARTINS; PINHEIRO, 2011, p.19). No caso do parto e nascimento, pode-se dizer que o perigo está na tentativa de quantificar demasiadamente uma experiência permeada por esferas que fogem ao biológico, mas que são também sociais, culturais, emotivas e simbólicas. Inscrita nessa abordagem utilitária das ações em saúde está o empobrecimento da condição humana e as condições para se forjar uma imagem coisificada da parturiente. Perde-se, então, a possibilidade de compreender os múltiplos sentidos do parto e de focar na integralidade da assistência obstétrica. Nesse contexto, tornam-se invisíveis as demandas imateriais das parturientes e faz emergir

“um imaginário social que imputa a fragmentação e o reducionismo como vetores das demandas por cuidado, que, na perspectiva do acesso à saúde, acabam por restringir o direito à saúde como direito somente às tecnologias médicas e assistenciais disponíveis” (PINHEIRO, 2011, p.53).

Se a integralidade do cuidado está presente, ainda que de forma indireta, nas políticas de humanização, já que pressupõem autonomia do sujeito a ser cuidado e podem ser interpretadas como base para o entendimento do parto como evento biológico, psicológico e social, não é difícil compreender que atingir metas estatísticas não pode ser suficiente para avaliar o sucesso da implantação de uma política nacional de humanização do parto. As práticas avaliativas devem garantir a apreensão do sentido de integralidade aplicada ao cuidado em saúde:

“Os sentidos de integralidade atribuídos na literatura internacional apresentam atributos como acesso, capacidade dos profissionais de perceber os usuários em suas dimensões biopsicossociais, articulação da equipe multiprofissional nos serviços, oferta de serviços que compreendam desde a promoção da saúde à reabilitação de sequelas e a possibilidade de articulação de serviços em níveis crescentes de sofisticação tecnológica para resolução dos problemas da população” (SILVA JÚNIOR et al., 2006).

Critérios puramente quantitativos não mostram sequer a compreensão das mulheres com relação às suas vivências de parturição. E, num país onde 25% das mulheres dizem ter sofrido maus tratos durante a internação para o parto (Fundação Perseu Abramo; SESC, 2010), variáveis simples, como “satisfação”, poderiam compor tais avaliações. A exclusividade de metas quantitativas no sistema de avaliação evidencia que, por detrás de um belo discurso humanitário, permanece o desafio de mudar a orientação de um modelo tradicional, baseado apenas na existência da doença e cura, para um modelo inovador, pautado também na noção de cuidado (MARTINS, 2011).

Quanto aos indicadores quantitativos, a incorporação da “Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto” sem dúvida representa um grande avanço da Rede Cegonha sobre as políticas anteriores. No entanto, vários outros indicadores numéricos, facilmente calculados, poderiam servir ao propósito de avaliar a implantação de programas de humanização. A publicação da OMS (1996), *Care in normal birth: a practical guide*, já traz muitas pistas a respeito de indicadores interessantes. O documento congrega uma série de recomendações para a assistência obstétrica, tendo sido amplamente debatido e considerado no setor público. Tal documento surge inclusive como norteador das ações referentes ao componente dois da Rede Cegonha e foi também uma referência importante para a construção de publicações governamentais como *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher: manual técnico* (Ministério da Saúde, 2001) e da lista hoje conhecida como *Dez passos para a atenção humanizada ao parto* (Ministério da Saúde, 2000), conforme Anexo C.

Essas várias indicações poderiam ser consideradas como indicadores referentes, por exemplo, à quantidade de partos realizados em posturas verticais; à oferta de métodos para o alívio da dor (a disponibilidade de doulas comunitárias é uma maneira de aumentar essa porcentagem); ao uso do Partograma; à quantidade de recém-nascidos amamentados ainda na sala de parto, entre outros. Esse seria um caminho transformador das práticas obstétricas, por romper com a exclusividade da perspectiva *eficientista*, sem abandonar suas potencialidades, mas absorvendo “práticas avaliativas pertinentes que expressem o caráter democrático, técnico e ético do trabalho em saúde” (PAIM; SILVA, 2006).

Paradoxalmente, a aparente simplicidade das recomendações da OMS (1996) e do Ministério da Saúde (2000; 2001) carrega em si a necessidade de uma abordagem complexa sobre a questão do parto. Muito além de se configurar como um evento merecedor de tecnologias e cuidados especializados, o parto é composto também por dimensões afetivas, culturais e sociais. Dessa forma, para a avaliação de qualquer experiência de humanização do parto, há de se transpor o utilitarismo e tentar abarcar quantos critérios (quantitativos e qualitativos) forem necessários para acessar o evento em seu sentido integral, reconhecendo a importância das estatísticas médicas, sem abandonar a relevância da satisfação e dos direitos reprodutivos das mulheres.

4. Considerações finais

É fundamental compreender o processo que legitimou a concepção utilitária do parto, uma vez que ela obteve importante respaldo do campo da ciência biomédica. Tendo tomado o corpo masculino como referência normatizadora, a biomedicina engendrou um modelo de assistência ao parto que confere inabilidade e imperfeição ao corpo feminino. Dessa forma, a obstetrícia, em sua dimensão

clínica, não trabalha com a *potencialidade* inerente à mulher que dá à luz, mas, ao contrário, insiste na imagem de uma paciente que deve obedecer ao médico para que seu parto “dê certo”, sendo, dessa forma, uma prática permeada por relações hierárquicas de poder e por preconceitos de gênero. Essa é a formatação básica do modelo de assistência obstétrica utilitário ou *tecnocrático*.

As políticas públicas voltadas para a questão do parto, no Brasil, refletem a ambiguidade do entendimento do parto entre as abordagens utilitaristas, por um lado, e liberatórias, por outro. Pautando-se nos preceitos da humanização, não há dúvidas de que os documentos-base dessas políticas demonstram a necessidade de reconhecer o parto como evento fisiológico e o protagonismo da mulher, ambos expressos na racionalização do uso de tecnologias biomédicas, na liberdade da parturiente e na garantia de seus direitos civis e reprodutivos. Nesse sentido, é possível apreender tais iniciativas públicas como formas de enfrentamento à abordagem *tecnocrática*, já que atentam para as dimensões emocionais e culturais do parto, ultrapassando sua *antiga* concepção utilitária, fundamentada na suposta fragilidade da parturiente e no uso demasiado de exames, tecnologias e intervenções médicas. Dessa forma, pode-se dizer que as políticas de saúde no Brasil refletem caminhos distintos ao descrito no parágrafo acima. As políticas de humanização, em particular a Rede Cegonha, buscam fazer um contraponto a essa tendência utilitarista.

Entretanto, conforme demonstrado nesse artigo, existem limites importantes na atuação dessas políticas públicas. O ponto crucial, que revela a existência dessas limitações, aqui referidas como a distância entre o discurso humanitário e a implantação das políticas, são os indicadores de avaliação. Exclusivamente quantitativos, voltados para o alcance de resultados produtivos, os indicadores do PHPN e da Rede Cegonha revelam a permanência da visão utilitarista sobre o parto e sua própria insuficiência para tratar do parto – e das parturientes –, em seu sentido integral. Além da ausência de avaliações qualitativas, os indicadores mostram-se insuficientes para apreender mudanças na prática obstétrica, ainda que estas possam ser diagnosticadas por meio de pesquisa quantitativa. Esse é o caso da desejada erradicação de intervenções médicas desnecessárias, como a episiotomia, por exemplo. Em suma, há que se rediscutir critérios e categorias de organização das políticas públicas, de modo que as práticas avaliativas não sejam orientadas para fins, tampouco limitadas à opção metodológica quantitativa, mas que, pela absorção de outros referenciais, e mediante práxis contra-hegemônica, sejam capazes de orientar a implantação de políticas do parto voltadas para a promoção da saúde, qualidade de vida, respeito à mulher e integralidade.

5. Referências

- AMORIM, M. M. R. et al. (2010). Assistência humanizada ao parto no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (Isea): resultados maternos. Revista Saúde & Ciência UFCG (CCBS/UFCG), a. 1, v. 1, n. 1, p. 80-87, jan-jul.
- BOARETTO, M. C. (2003) Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- BRASIL. (2000). Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. p. 112, 18 ago.
- _____. (2005) Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. Diário Oficial da União, Brasília, DF. n. 67, Seção 1, p. 1, 8 abr.
- _____. (2011). Portaria GM/MS n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, p. 109, 27 jun.

- _____. (2011). Portaria GM/MS n.650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, p. 69, 06 out.
- BRENES, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, Século XIX. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr.-jun.
- CARNEIRO, M. do N. (2005). A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX). Revista da Faculdade de Letras, Porto, III Série, v. 6, p. 69-98.
- DAVIS-FLOYD, R. (1992). Birth as an american rite of passage. Berkeley: University of California Press.
- _____. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, Austin, n. 75, p. 5-23.
- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 669-705.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. (2010). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es>. Acesso em: 12/2012.
- SILVA JÚNIOR, A. G. (2006). Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc. p. 61-89.
- MARTINS, P. H. (2003). Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2011). Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis. p. 39-50.
- MARTINS, P. H.; PINHEIRO, R. (2011). Introdução. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis. p. 19-33.
- MINISTÉRIO da Saúde. (2000). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília.
- _____. (2001). Parto, aborto e puerpério - Assistência humanizada à Mulher: manual técnico. Brasília.
- _____. (2002). Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, n. 2, p. 69-71.
- _____. (2010). Saúde Brasil 2009 – Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília.
- _____. Portal da Saúde – SUS. Rede Cegonha. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1. Acesso em: 29/10/2012.
- _____. Rede Cegonha (material publicitário). Disponível em: <https://www.8digital.com.br/apps/msaude/rtede-cegonha-2012/aba/#1>. Acesso em: 29/10/2012.
- _____. Portal da Saúde – SUS. Rede Cegonha. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38162&janela=1. Acesso em: 29/10/2012.
- _____. Portal da Saúde – SUS. Rede Cegonha reduz mortalidade materna em 21%. Portal Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/rede-cegonha-reduz>

mortalidade-materna-em-21.html. Maio 2012. Acesso em: 22 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, p. 436-437, ago.

_____. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneve: WHO.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. (1995). A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, v. 105, n. 1-2, p. 3-9.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. (2006). Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc. p. 91-111.

PINHEIRO, R. (2011). Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis. p. 51-66.

RATTNER, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, p. 759-768.

RATTO, K. (2001). É possível humanizar a assistência ao parto? *Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz*. *Saúde em Foco*, v. 21, p. 115-134.

ROTHMAN B. (1993). *The Encyclopedia of Childbearing*. New York: The Oryx Press.

6. Anexos

ANEXO A

PHPN - indicadores de processo

1. Percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal;
3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
4. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e
7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

PHPN – Indicadores de resultado

1. Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
2. Percentual de recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Fonte: Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000.

ANEXO B

Rede Cegonha – Indicadores

1. Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal.
2. Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal.
3. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de Hb, Hct, Glicemia, EAS, VDRL e HIV, até a 20ª semana de gestação.
4. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de Hb, Hct, Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV e receberam os resultados até a 20ª semana de gestação.
5. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV, entre a 28ª e a 36ª semana de gestação.
6. Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exame de Glicemia, Urocultura, VDRL e HIV, entre a 28ª e 36ª semana de gestação, e receberam os resultados até a 38ª semana de gestação.
7. Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal.
8. Proporção de gestantes com parto realizado no serviço em que foram vinculadas.
9. Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal.
10. Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério até quarenta e dois dias pós-parto.
11. Proporção de gestantes com acompanhante durante a internação para realização do parto.
12. Taxa de cesárea.
13. Proporção de recém-nascidos com apgar de 1º minuto menor que sete.
14. Proporção de recém-nascidos com apgar de 5º minuto menor que sete.
15. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano.
16. Taxa de incidência de Aids em menores de cinco anos de idade.
17. Razão de mortalidade materna para Estados e número de óbitos maternos para Municípios.
18. Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos investigados.
19. Taxa de mortalidade em menores de um ano (mortalidade infantil).
20. Taxa de mortalidade em recém-nascidos de zero a seis dias de vida (mortalidade neonatal precoce).
21. Taxa de mortalidade em recém-nascidos de sete a vinte e sete dias de vida (mortalidade neonatal tardia).
22. Taxa de mortalidade em recém-nascidos de vinte e oito dias de vida a um ano incompleto (mortalidade pós-neonatal).
23. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
24. Cobertura vacinal com a vacina tetravalente.
25. Proporção de crianças em acompanhamento de puericultura.
26. Proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até quatro meses de idade.
27. Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer – faixas: menos de 750g; 750g a 1499g e 1500g a 2499g.
28. Proporção de recém-nascidos prematuros.
29. Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes.
30. Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças de até 24 meses de idade.
31. Proporção de crianças menores de um ano com teste do pezinho realizado.

ANEXO C

Dez passos para a atenção humanizada ao parto

1. Permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio.
2. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, até a conclusão do processo obstétrico.
3. Oferecer à mulher o máximo de informações e explicações segundo a sua demanda.
4. Respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento.
5. Permitir à mulher a liberdade de caminhar, mover-se e adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e expulsão; encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino, com as pernas levantadas).
6. Orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagem, banho morno e técnicas de relaxamento.
7. Oferecer fluídos via oral durante o trabalho de parto e o parto.
8. Permitir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.
9. Possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do uso do Partograma.
10. Oferecer alojamento conjunto e esforçar-se para pôr em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, tornando-se um Hospital Amigo da Criança.

Fonte: Ministério da Saúde, 2000