



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GRACIELE LOPES PINTO

**UM ENSAIO SOBRE A GESTÃO DA ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Brasília, 2014.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

GRACIELE LOPES PINTO

**UM ENSAIO SOBRE A GESTÃO DA ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentação ao curso de Graduação em
Gestão em Saúde Coletiva, da Universidade
de Brasília/ Faculdade de Ciências da
Saúde, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Gestão
em Saúde Coletiva.**

Orientadora: Prof. Dr.^a Daphne Rattner

Brasília, 2014.

GRACIELE LOPES PINTO

**UM ENSAIO SOBRE A GESTÃO DA ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentação
ao curso de Graduação em Gestão em Saúde
Coletiva, da Universidade de Brasília/
Faculdade de Ciências da Saúde, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva.

Brasília, 09 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Universidade de Brasília

Prof. Dr^a. Daphne Rattner

Universidade de Brasília

Orientadora

RESUMO: O modelo tecnocrático atual de atenção ao parto e nascimento no Brasil não proporciona um atendimento ideal para a gestação, parto, pós-parto e ao recém-nascido, a atenção à saúde nesse sentido vem sendo modificada desde o final do século passado em direção a uma maior humanização, com o objetivo de proporcionar melhorias na gestão do cuidado, do sistema e dos serviços de saúde. Este ensaio pretende descrever os modelos de atenção materna e infantil, as políticas para humanização até a instituição da Rede Cegonha e suas propostas de reformar o atual modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), para torná-lo mais humanista. Foram utilizados como base artigos e documentos oficiais apenas no idioma português do Brasil e sem delimitação de data. Conclui-se que o SUS tem conseguido muitos avanços nas ações voltadas ao atendimento humanizado para as mulheres e crianças, graças às políticas que vem ao longo do tempo sendo criadas e aperfeiçoadas, porém ainda existem desafios e a Estratégia Rede Cegonha pretende superá-los colocando em prática suas propostas para um atendimento de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Atenção materna e infantil. Políticas públicas. Gestão.

INTRODUÇÃO

A assistência às gestantes no Brasil sempre foi marcada pelas formas de atendimento que desrespeitam a mulher, muitas vezes por questões culturais e de gênero representadas por uma falsa ideia de superioridade do homem e inferioridade da mulher. Até meados do século XX, na maioria das vezes os partos eram feitos no domicílio por parteiras ou em hospitais filantrópicos. “... Todavia, com o crescente interesse da Obstetrícia médica pelos partos e a possibilidade de realizar procedimentos diversos com maior segurança, passou a haver progressivo aumento dos partos hospitalares em todo o mundo”. (RATTNER et al., 2013, p.2).

“Com a hospitalização, o nascimento passou a ser considerado um processo patológico, requerendo necessariamente a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações”. (RATTNER et al., 2013, p.2). A partir daí a mulher passou a ser submetida a vários procedimentos e práticas preparatórias desnecessárias para o parto. Rattner et al., (2013) associam esse tipo de procedimento a uma linha de produção, esse termo ficou ainda mais evidente ao se analisar as cesarianas agendadas em série, como a forma mais conveniente para otimizar o tempo de cuidado.

O momento do parto passa a ser considerado pela mulher como uma forma de sofrimento físico, emocional e pela falta de atendimento adequado. Em 1997 em sua tese de mestrado, Diniz comenta que,

...o modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. (DINIZ, 2005, p.628. Apud Diniz 1997).

A mulher desde há muito tempo não tem autonomia sobre seu corpo, o atendimento recebido por elas é somente medicalizante, não existe uma relação de cuidado dos profissionais com as pacientes e muito menos o interesse de um atendimento o mais natural possível.

O modelo de assistência ao parto, tanto no Brasil como em outros países, tornou-se excessivamente intervencionista, desrespeitando a fisiologia normal para um parto e perpetuando práticas ultrapassadas que hoje em dia são condenadas pelas evidências científicas. Robbie Davis Floyd, em 2001, identificou três categorias de modelos de

atenção: o tecnocrático, o humanista e o holístico. (RATTNER et al., 2013, p.4).

Até hoje o chamado modelo de atenção tecnocrático é utilizado no Brasil, esse tipo de práticas no atendimento é centrado na concepção biomédica. De acordo com Davis-Floyd apud Rattner et al., (2014), esse modelo baseia-se na visão cartesiana, onde há uma separação entre mente e corpo e a mulher é vista como máquina humana.

O modelo humanista surge para reformar o modelo tecnocrático. “Humanistas do nascimento compreendem o parto como fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais, extrapolando a visão limitante do biologicismo”. (RATTNER et al, 2014, p. 111).

O modelo holístico se baseia numa variedade de abordagens para resgatar o equilíbrio energético e emocional. “Para os holistas, a origem das enfermidades está na desestabilização do sutil balanço que comanda essas energias que, ao se desarmonizarem, produzem doenças, buscando resgatar o equilíbrio perdido”. (DAVIS-FLOYD, apud RATTNER, et al., 2014, p. 112).

Os movimentos sociais em especial os de mulheres, têm tido papel importante na busca de políticas públicas para humanização na atenção ao parto e nascimento. Como aponta Diniz (2005), as críticas em relação ao modelo tecnocrático se aceleraram no Ano Internacional da Criança em (1979),

...com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje: aumento de custos sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. (DINIZ, 2005, p.630).

Ainda de acordo com Diniz (2005), a partir desse momento após vários estudos, grupos apoiados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, também começaram a perceber uma necessidade de incluir, na atenção ao parto e nascimento, métodos eficazes relacionados à medicina baseada em evidências para melhorar a assistência.

Fazer com que a gestante se sinta confiante, deixando a informada dos procedimentos a que será submetida e conscientizá-la dos seus direitos são recursos básicos para que ela tenha atendimento digno e uma experiência boa do momento que para muitas é o mais importante de sua vida. “A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano”. (DINIZ, 2005, p.628).

O presente ensaio tem como objetivo descrever os modelos de atenção à saúde materna e infantil, e as propostas para a Humanização na atenção ao parto e nascimento da rede pública de saúde no Brasil, até a instituição da Rede Cegonha, com base em artigos e documentos oficiais apenas no idioma português do Brasil e sem delimitação de data.

HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO EM SAÚDE

Segundo Fortes (2004), o termo Humanização na atenção em saúde tem tido diferentes significados e entendimentos. “O conceito vem se modificando no decorrer dos últimos anos, confundindo-se historicamente, nas fases iniciais, com luta por direitos dos pacientes/usuários”. (FORTES, 2004, p.31).

A Humanização na atenção à saúde só realmente começou a ser discutida a partir dos anos 1990. “Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”. (FORTES, 2004, p.31).

No Brasil, no final da década de 90, a humanização na atenção à saúde passa a ser objeto de discussão e começa a ter importância para as políticas públicas. Por meio da Portaria nº 881, de 19 de junho de 2001, é instituído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

O programa enfocava a necessidade de ocorrer uma transformação cultural no ambiente hospitalar, orientada pelo atendimento humanizado ao usuário, entendendo que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas. Expressava que as relações humanas que caracterizam o atendimento à saúde exigem “agregar à eficiência técnica e científica em ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do

profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação”.(FORTES, 2004, p.33).

O PNHAH conseguiu resultados significativos, porém, havia uma fragilidade na sua política organizacional, ele era pouco conhecido dentro do Ministério da Saúde (MS) por não ser um programa intersetorial, ou seja, ele não tinha vínculo com outros setores da saúde. Com isso veio à necessidade de transformar o programa em política.

Então foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), ela propõe uma estratégia que ajuda a entender o trabalho como atividade, o apoio institucional propõe que os profissionais e gestores do SUS em seus locais de trabalho sejam sujeitos coletivos, analisando o trabalho vivenciado como intervenção nas práticas de cogestão. “A perspectiva do apoio institucional comporta os princípios e diretrizes estruturantes da Política de Humanização, interessando especialmente o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão e a diretriz de cogestão”. (SANTOS FILHO, 2011, p.46).

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para afirmá-la como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Valor substantivo, imanente da ação de homens e mulheres no campo da saúde, que orienta e preside as ações, as atitudes, para afirmação de uma ética: a de colocar no primeiro plano as pessoas, os sujeitos e seus interesses, desejos e necessidades. Dessa forma, sujeitos que em relações mais democráticas, cotejando diferenças, seriam mais capazes de compor planos comuns, síntese singulares advindas de processo de negociação regidos pelo interesse público e coletivo. (PASCHE, 2009, p. 35).

O uso de práticas inclusivas faz com que o local de trabalho seja um ambiente de aprendizado quando os sujeitos passam a utilizar as diferenças de cada um para um bem comum. Só que, para muitos gestores, o método de inclusão pode ser uma opção difícil, ao se depararem com barreiras como: saber lidar com varias opiniões, fazer com que cheguem a um consenso, ter que respeitar a interferência de outras pessoas no planejamento de determinado processo de gestão e transformar todas as ideias em um só objetivo, mas que contemple a todos.

A inclusão do outro para diferir, para a produção do comum, necessita, contudo, ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. E quais seriam esses pressupostos? Aqueles construídos no jogo político-social no processo de construção do SUS, entre os

quais o direito à saúde, à universalidade, à integralidade e à participação cidadã, bem como aquilo que a humanidade ao longo da história tem definido como base da ação humana, como a solidariedade, o compartilhamento, a cooperação, a justiça e a não-discriminação. (PASCHE, 2009, p. 36).

A PNH, a partir da necessidade de humanização nos hospitais brasileiros, apresenta novas formas de gestão e cuidado em saúde, utilizando métodos de inclusão dos profissionais para enfrentar os problemas da gestão hospitalar e da organização dos processos de trabalho, fazendo com que os sujeitos participem dos processos de construção e de novas experimentações.

AHUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (BRASIL, 2001, p. 09).

Como apontam Santos Neto et al., (2008), a regulamentação sobre o alojamento conjunto, pela Portaria nº18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)/MSem 1982, estabeleceu a obrigatoriedade do alojamento conjunto em sua rede assistencial, mostrando com essa iniciativa uma preocupação com o atendimento humanizado no parto e puerpério e possibilitando maior contato entre a mãe e o recém-nascido incentivando aleitamento materno. “Embora fosse ainda restrita a abrangência populacional dessa medida, nascia nesse momento a percepção sobre a necessidade de amparo legal como premissa inicial para efetivação de práticas humanizadas no parto e puerpério”. (SANTOS NETO et al., 2008, p.110).

Para vencer os desafios no atendimento à saúde materna tanto no acesso como na qualidade do cuidado e para que não permanecessem como um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo MS em 1984, atendendo reivindicações dos movimentos sociais, mais especificamente o movimento de mulheres.

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, propugnada em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem recursos, corretamente dimensionados, para a solução dos problemas mais prementes e de maior prevalência. Apesar da denominação frequente de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica - a da assistência integral-de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo. (BRASIL, 1984, p. 14).

Em 1985, os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas e a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS), mostrando uma preocupação com as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, se reuniram com vários profissionais da saúde em uma conferência na cidade de Fortaleza, para discutirem sobre tecnologia apropriada no parto normal e nascimento, e fizeram várias recomendações.

Em 1996 foi publicada pela OMS uma atualização dessas recomendações. “O guia de atenção ao parto normal da OMS foi uma iniciativa para fazer frente às elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal”. (ROCHA; NOVAES, 2010, p.120). Conforme a OMS (1996), as recomendações feitas foram divididas em quatro categorias:

A- Práticas que são demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; exemplos: 1- Plano individual determinado onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família. 2- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.

- B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;**exemplos: 1- Uso rotineiro de enema. 2- Uso rotineiro de tricotomia.
- C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;** exemplos: 1- Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, com ervas, imersão em água e estimulação nervos. 2- Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto.
- D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado;** exemplos: 1- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto. 2- Controle da dor por agentes sistêmicos. 3- Parto operatório.

Rocha e Novaes (2010) comentam os resultados dessas medidas.

Se, por um lado, problemas emergentes foram enfrentados com sucesso, tendo em vista a redução no número de óbitos, por outro lado as taxas de mortalidade materna e perinatal ainda permanecem inaceitavelmente elevadas. O problema não foi totalmente resolvido, muito pelo contrário, ainda é uma questão de saúde pública. Uma possibilidade para a redução destas taxas é a adoção integral das recomendações da OMS, talvez seja a única solução viável. (ROCHA; NOVAES, 2010, p.123).

Como é possível perceber, essas estratégias não surtiram efeito, o modelo assistencial médico-privatista e a forma de financiamento da saúde ainda vigente no final dos anos 80 era um impasse para reorientar novos modelos de assistência. “Por isso as ações de saúde permaneciam ainda incipientes devido à lógica de financiamento do sistema voltada apenas à produtividade dos serviços”. (SANTOS NETO et al., 2008, p.111).

Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil mostram que os indicadores de mortalidade neonatal (precoce e tardia) vêm sofrendo uma queda gradativa desde 1997, sendo provavelmente resultado do Programa de Pactuação Integrada, estabelecido entre municípios, estados e governo federal, que estabelece metas a serem alcançadas na gestão dos serviços de saúde. Outro fator a se considerar é o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família que, em 2005, cobria 40, 3% de toda a população do território brasileiro. (SANTOS NETO et al., 2008, p.114).

A partir do ano 2000 que realmente é possível notar mudanças na qualidade do atendimento às mulheres e recém-nascidos, com o uso de novas tecnologias e políticas públicas mais acessíveis, as taxas de mortalidade materna e neonatal começam a cair, sendo que o atendimento em hospitais com profissionais habilitados ajudou muito para esse resultado. Porém de acordo com Pasche et al., (2010), este fenômeno é considerado complexo e desafiador, o que se percebe é que somente o uso de tecnologias, profissionais capacitados e formulações normativas não é o suficiente para garantir a reversão do quadro atual de mortalidade materna e neonatal em tempo esperado.

Uma das soluções para esse problema é que, ainda de acordo com Pasche et al. (2010, p. 108), as mudanças nas práticas de saúde vão além de uma boa estrutura e de novas políticas públicas. Para que haja realmente mudanças significativas, deve ser levada em conta a forma como estão sendo realizados os processos de trabalho e de como está sendo feita a gestão na prática, devendo ser tomada como orientação nos processos de mudanças “a inseparabilidade entre gestão e atenção”.

Reconhecendo a existência da má assistência e desrespeito aos direitos reprodutivos da mulher e o desconhecimento dos seus próprios direitos, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria nº 569/GMem 1/6/2000. Com o intuito de garantir o respeito ao direito e a humanização, para melhorar o acesso e a qualidade da assistência de gestantes e recém-nascidos.

Em consonância com PHPN, a Portaria nº 570/GM em 1/6/2000 instituiu o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de incentivar a realização do cadastramento das gestantes na assistência ao Pré-natal. A Portaria nº 571/GM em 1/6/2000 instituiu o componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - responsável pela organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. E a Portaria nº 572/GM em 1/6/2000 instituiu o componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - estabelece nova sistemática de pagamento à assistência ao parto.

O PHPN instituiu ainda uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios a implementar as ações, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e transferindo-os mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a qualidade da assistência.(SERRUYA et al., 2004, p.1283).

Os critérios são: a assistência integral ao pré-natal com a realização de no mínimo seis consultas e uma consulta no puerpério, a realização de exames laboratoriais em municípios acima de 50 mil habitantes, a oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta, vacina antitetânica, realização de atividades educativas, entre outros.

Outra medida fundamental foi à criação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), com o objetivo de monitorar o pagamento dos incentivos financeiros, fornecer relatórios e indicadores planejados para monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito municipal e estadual e assim contribuir para a melhoria da gestão dos serviços.

No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Incluem-se aí a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto. (SERRUYA et al., 2004, p.1282/1283).

Segundo Rattner (2009),o Prêmio Professor Galba de Araújo criado em 1998, é uma iniciativa do MS que tem como objetivo valorizar experiências na gestão pública que inovam e priorizam o acolhimento da gestante e do recém-nascido, e que incentivam à humanização na assistência, estimulam o parto normal e o aleitamento materno. Até hoje foram feitas cinco edições e cerca de vinte maternidades que estavam de acordo com os quesitos foram premiadas. Para capacitar os profissionais de saúde o MS desde 2004 vem promovendo Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas no Brasil.

Outra iniciativa do MS foi a criação em 2005 do programa Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), qualificação da Estratégia Saúde da Família.

Esta é uma metodologia de auto-gestão ou gestão interna com vistas ao desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade, direcionado especificamente para este modelo de atenção, que por meio de instrumentos de auto-avaliação diferenciados, oferece aos gestores municipais, coordenadores e profissionais, a possibilidade de identificar pontos críticos, acompanhar o processo de implantação da estratégia e o desenvolvimento da qualidade da Saúde da Família de maneira incremental e permanente. (BRASIL, 2005).

Em 2012 a AMQ, foi revisada e adaptada passando a se chamar Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) com isso o MS reafirma seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade no atendimento das redes de saúde do SUS, essa ferramenta de autoavaliação é entendida como o ponto de partida da fase de desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ foi criado pela Portaria 1.654 do MS em 19/7/2011, com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Para Pinto (2012), esta medida é um importante instrumento para modificar o processo de trabalho em equipe, que deve ser demandadas tanto pela própria equipe, quanto por gestores e usuários em um espaço de diálogos. Para que haja mudanças concretas as equipes e gestores municipais devem ser avaliados, a gestão municipal tem que ser estimulada a atuar mais próxima das equipes para que possam identificar e compartilhar problemas e soluções e por meio de planejamento conjunto resolver os problemas identificados nas ações prioritárias.

O PMAQ contribui para que a Estratégia Saúde da Família possa promover uma transformação nas práticas de saúde para que haja mudanças no atual modelo tecnocrático, buscando assim, garantir a qualidade da atenção básica no SUS.

O ATENDIMENTO ÀS GESTANTES NO SUS

O atendimento ao pré-natal é uma forma da mulher acompanhar sua gestação para saber se está tudo bem e prevenir qualquer problema que possa acontecer, como uma doença que o bebê poderia ter antes mesmo de nascer, além de controlar a mortalidade materna e perinatal, mas para que isso ocorra é necessário um atendimento de qualidade. E para que a gestante tenha realmente um atendimento ideal é preciso um acompanhamento com uma equipe

multiprofissional integrada e de preferência que o atendimento da equipe seja feito até o momento do parto.

“A atenção à mulher na gestação deve ser concluída somente depois da consulta puerperal, mas, a atenção ao puerpério no País não é realizada a contento, apesar da elevada cobertura de vacinação BCG aplicada no primeiro mês do recém-nascido”. (COSTA et al., 2005, p. 769). O que sugere que os serviços estariam perdendo a oportunidade de avaliar a puérpera por ocasião de seu comparecimento para essa vacinação.

Segundo Costa et al., (2005) aos poucos está havendo uma expansão do atendimento e melhorias na atenção ao pré-natal, porém existem lacunas e desafios que precisam de aperfeiçoamento, há uma necessidade de estratégias diferenciadas para o enfrentamento desses problemas e de promover a equidade do acesso à saúde. Avaliações sobre a qualidade da atenção às mulheres gestantes, principalmente na modalidade gestão, são também de extrema importância.

O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) compondo o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil, foi um projeto elaborado pelo MS em 2009 para qualificar a atenção hospitalar das maternidades e redes perinatais daquelas regiões. O PQM implantou a cogestão com o objetivo de provocar mudanças na organização e gestão para melhorar a humanização do cuidado, envolvendo as equipes de profissionais e usuários. Foi realizado nas 26 principais maternidades dessas regiões, tendo início do final de 2009 até o final de 2011.

As estratégias deste projeto têm 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 de 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. (PASCHE et al., 2010, p. 111).

Nessas duas regiões foram escolhidas as maternidades vistas como as mais prioritárias. O MS indicou um apoiador institucional para cada maternidade que com

a ajuda de trabalhadores e gestores teriam que realizar um plano de ação para implantar dispositivos como: acolhimento e classificação de risco, o direito de ter um acompanhante no momento do parto, gestão democrática, e o direito da gestante de conhecer a maternidade antes do parto.

De acordo com Pasche et al., (2010) o que se pode observar dos resultados do plano é que mudar a forma de trabalho é um desafio, e para haja mudanças no atendimento é preciso o envolvimento de vários setores não somente no âmbito hospitalar mas também em áreas de mobilização social, áreas científicas, mudanças na cultura e valores das organizações, e nos fatores técnicos e financeiros das instituições governamentais responsáveis.

Para promover atenção humanizada no parto e nascimento é relevante que os gestores dos sistemas de saúde utilizem como base estudos de casos baseados em evidências científicas. As evidências comprovadas por pesquisas científicas que foram capazes de modificar os processos de gerir e o cuidado em saúde e que tiveram bom resultado na prática podem ser um instrumento importante na aplicação de políticas públicas, pois a intervenção que poderá ser realizada não terá um efeito muito diferente de experiências anteriores.

A REDE CEGONHA

A Rede Cegonha é uma estratégia que foi criada pelo MS para que seja colocada em prática a humanização na atenção às mulheres e crianças, ela é uma convergência das boas políticas de humanização passadas, como o PHPN, e é uma continuidade do PQM da Amazônia Legal e Nordeste.

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, em seu Art. 1º define que: “A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha”.

“Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios: O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; O respeito à diversidade cultural, étnica e racial; A promoção da equidade; O enfoque de gênero; A garantia dos direitos sexuais e dos

direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; A participação e a mobilização social; E a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados”.

“Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha: I- fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II- organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III- reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal”.

“Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes: Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; E garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo”.

“São quatro os componentes da Rede Cegonha: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (transporte sanitário e regulação)”. (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha tem como proposta mudar o paradigma tecnocrático, intervindo na **Gestão do Cuidado** para implementar uma atenção qualificada, humanizada e respeitar a autonomia incentivando o protagonismo feminino. De acordo com Rattner et al., (2013) a Rede Cegonha pretende adotar práticas baseadas em evidências científicas, e inclui alguns dispositivos da PNH.

Portanto, para a Gestão do cuidado, serão adotadas práticas com base em evidências científicas, incluindo alguns dispositivos da Política Nacional de Humanização: acolhimento com classificação de

risco, clínica ampliada (trabalho em equipe multiprofissional), projeto terapêutico singular-assistência singularizada, Individualizada, com base num plano de expectativas para o parto, preocupação com o bem-estar do neonato e sua possível prematuridade pela antecipação do parto. (RATTNER et al., 2013, p.24).

Conforme apontam Rattner et al., (2013) as práticas baseadas em evidências devem ser utilizadas no processo de acolhimento e acompanhamento do trabalho de parto e a assistência ao parto, tais medidas estão disponíveis tanto nas recomendações da OMS de 1996 e do MS Brasil (2001), quanto nas revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane, que são periodicamente atualizadas. Alguns exemplos são: Assegurar o direito de escolha do local de parto; Estimular políticas de admissão tardia, em fase ativa do trabalho de parto; Não apenas permitir, mas incentivar a presença do acompanhante ou dos acompanhantes de escolha da mulher, inclusive doulas; Evitar práticas comprovadamente desnecessárias e que podem se prejudiciais como jejum, tricotomia e enteróclise; Garantir liberdade de posição durante o trabalho de parto, entre outros.

Para as mudanças na **Gestão do Sistema**, a proposta é organizar redes de atenção à saúde (RAS) com pontos de atenção que integram a linha de cuidado para que as mulheres não precisem peregrinar em busca de um leito hospitalar durante o trabalho de parto.

...A proposta é constituir uma rede com pontos de atenção que ofereçam cobertura à saúde da mulher desde antes de sua gestação, para seu planejamento reprodutivo, até os dois anos de vida da criança. Para tal, foram criadas diferentes modalidades de pontos de atenção, como a Casa da Gestante de Risco, para abrigar casos que necessitam monitoramento mais constante, porém não de internação; a Casa da Puérpera, para casos em que a mãe teve alta, mas o bebê continua internado em Unidade de Terapia Intensiva ou de Cuidados Intermediários: em respeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente, o recém-nascido tem direito a acompanhante e, principalmente em casos de moradia distante, ou em outro município, essa mãe poderá ficar alojada no hospital, porém sem ocupar leito hospitalar, que é mais caro e deve ser destinado a quem o necessita; e, antes da alta, poderá ficar com seu bebê prematuro sob orientação da equipe, até que se sinta segura para lidar com essa fragilidade da prematuridade. (RATTNER et al., 2013, p.25).

A Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre: “a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”. Em seu art. 7º “As redes de atenção à saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de varias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. *Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: Seus limites geográficos; População usuária das ações e serviços; Rol de ações e serviços que serão ofertados; E respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade, e escala para conformação dos serviços*”.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer e real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. (BRASIL, 2014).

De acordo com Pasche et al., (2010) no atual modelo tecnocrático a ambiência do pré-parto nas maternidades geralmente é um lugar marcado pelo descaso, estes espaços na sua maioria são coletivos e impessoais desrespeitando a identidade, e as referências culturais e sociais da mulher. O ambiente hospitalar passa a ser um tormento para as pacientes que não conseguem ter controle sobre suas vidas e suas escolhas. “Nos ambientes de pré-parto, em geral, as noções de confortoabilidade como iluminação, redução de ruídos, privacidade, não são minimamente cuidadas”. (PASCHE, et al., 2010, p. 109/110).

Os processos de trabalhos são fragmentados e tem se tornado unicamente técnico, os profissionais tem pouca participação nas decisões e acaba dificultando o trabalho em equipe.

Na Rede Cegonha a **Gestão dos Serviços**, inspirada no PQM, propõe o método de cogestão e gestão compartilhada, para incluir todos os trabalhadores nos processos de tomada de decisão. No componente parto e nascimento, além de outras ações, propõe o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e o estímulo à implementação de

Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Mudanças no modelo de gestão e qualificação dos serviços de saúde na atenção materna e infantil são necessários, tais medidas irão proporcionar um atendimento de qualidade, além de criar ambientes saudáveis tanto para os gestores quanto para as equipes de trabalho e usuários do SUS, também pode fazer com que haja uma diminuição nas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil em nosso país.

Interferir na estrutura organizacional de um hospital para promover mudanças é complicado, porque engloba diversas questões que podem estar ligadas à burocracia, relação interpessoal entre os profissionais, desigualdade de poder, entre outros. De acordo com Pasche(2009), as intervenções sobre a complexa realidade dos hospitais devem incidir sobre os elementos que interferem na produção da crise como na arquitetura organizacional e os arranjos de trabalho que podem indicar a origem do problema sobre quem faz e em quais condições é feito.

Para Pasche(2009), a forma de gerir uma organização reflete diretamente na construção da relação do indivíduo com o grupo. Desse modo uma gestão mais democrática que permite a participação do gestor, dos profissionais e usuários nas criações e nos diálogos com distintos interesses e necessidades tende a produzir sujeitos livres e autônomos e esses efeitos podem ir além do local de trabalho, interferindo também nos demais campos da vida social e afetiva de cada um.

CONCLUSÕES

No Brasil a preocupação com a qualidade na atenção materna e infantil e com as altas taxas de mortalidade materna e neonatal vem de muito tempo. Mas a luta pela humanização só realmente começou há alguns anos, o que se percebe é que a gestão da atenção materna e infantil no SUS está sendo modificada aos poucos, mas ainda são necessários avanços nesse sentido.

Promover atendimento de qualidade para a gestante e o recém-nascido na rede pública de saúde não é uma tarefa fácil, devem ser levados em consideração os aspectos psicológicos, sociais, culturais, bem como respeitar os direitos da gestante e do neonato. Os profissionais de saúde são os atores mais importantes nessa relação, e a qualificação desses profissionais é indispensável para que saibam lidar com a situação, e para superar os problemas de gestão e atenção hospitalar é imprescindível uma criação de espaços coletivos. Porém somente o cuidado profissional não é suficiente para que os pacientes tenham um atendimento digno e humano, é necessário que se tenha um ambiente adequado para o parto e que os recursos financeiros sejam suficientes para que o sistema de saúde tenha estrutura física e gerenciamento adequados.

A Rede Cegonha pretende humanizar a atenção na saúde da mulher e da criança, contudo essas propostas não devem ficar apenas em documentos, para que se tenha qualidade no cuidado tem que haver inserções com métodos de cogestão, valorização dos trabalhadores, redes com interação entre os serviços na prática, ou seja, para isso é preciso mudanças na gestão das organizações de saúde em um modo geral.

Portanto, é necessária uma adequação complexa no SUS utilizando as ações propostas pela Rede Cegonha tanto na gestão do cuidado, como na gestão dos serviços e do sistema, implantando redes de atenção à saúde que sejam resolutivas, para que então possa promover a humanização na atenção materna e infantil.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para Melhoria da Qualidade-Qualificação da Estratégia Saúde da Família*. Informe da atenção básica 29. Ano VI, 1806-1192, Brasília, DF, maio/junho de 2005-ISSN.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-AMAQ*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL.OPAS/OMS/Brasil. *Legislação*. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=496&Itemid=818. Acesso em 24 de Novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha*. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acesso em 03/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 03/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Cegonha. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1. Acesso em 03/12/2014.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 04/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Redes de Atenção à Saúde*. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em 04/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

COSTA, AM.; et al. *Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde*. *Rev. Saúde Pública*.39(5),p. 768-74, 2005.

DINIZ, CSG. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3),p. 627-637. 2005.

FORTES, PAC. *Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde*. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

OMS. *Atenção ao Parto Normal: Um Guia Prático* (OMS 1996).

PASCHE, DF.; et al. *Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado*. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. V. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PASCHE, DF. *Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos*. In: Revista Médica de Minas Gerais. 19(4 Supl. 2), p.33-41, 2009.

PINTO, Hêider Aurélio. *Informe técnico institucional: O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. Trabalho em Saúde*. Tempus Actas de Saúde Coletiva. V.6, n.2, p. 315-318, 2012.

RATTNER, D. *Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas*. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl. 1, p.759-68, 2009.

RATTNER, D.; AMORIM, M.; KATZ L. *Implementação da humanização na atenção a partos e nascimentos pelo Ministério da Saúde*. In: Urbanetz AA & Luz SH (orgs.). PROAGO. Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed/Pan-americana Editora Ltda., 2013.

RATTNER, D.; et al. *Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil*. In Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, Humanização do parto e do nascimento. V. 4, p.109-132, Brasília-DF, 2014.

ROCHA, JA.; NOVAES PB. *Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal*. REVISÃO SISTEMATIZADA, Feminina, vol. 38, nº3, Março 2010.

SANTOS FILHO, SB. *Análise coletiva do trabalho em saúde, cogestão e protagonismo dos trabalhadores: dimensões indissociáveis de intervenção na PNH*. Tempus Actas de Saúde Coletiva- O Trabalho em Saúde. V.5, n.1, p.45-54, 2011.

SANTOS NETO, ET.; et al. *Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil*. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SERRUYA, SJ.; et al. *O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais*. Cad. Saúde Pública, 20(5), p. 1281-1289, Rio de Janeiro, set-out, 2004.

SOUZA, TG.; GAIVA, MAM.; MODES PSSA. *A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 32(3), p. 479-86, Porto Alegre, set-2011.