



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

ISABELLE GODINHO CARVALHO WU

O NASCIMENTO HUMANIZADO:
A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO
NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS

MANAUS

2015

ISABELLE GODINHO CARVALHO WU

O NASCIMENTO HUMANIZADO:
A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO
NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Dr^a. Amélia Regina Batista Nogueira

Manaus

2015

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

W959n	<p>Wu, Isabelle Godinho Carvalho O nascimento humanizado: a assistência pré-natal e ao parto na saúde pública do Município de Manaus / Isabelle Godinho Carvalho Wu. 2015 112 f.: il. color; 31 cm.</p> <p>Orientadora: Amélia Regina Batista Nogueira Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas.</p> <p>1. cuidado pré-natal. 2. nascimento. 3. humanização. 4. parto humanizado. I. Nogueira, Amélia Regina Batista II. Universidade Federal do Amazonas III. Título</p>
-------	--

ISABELLE GODINHO CARVALHO WU

O PARTO HUMANIZADO:
A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO
NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social e Sustentabilidade na
Amazônia da Universidade Federal
do Amazonas como requisito
obrigatório para a obtenção do título
de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em: 18/12/2015

Amélia Regina Batista Nogueira, doutora em Geografia, UFAM

Simone Eneida Baçal de Oliveira, doutora em Serviço Social, PUC-SP

Semírames Cartonilho de Souza Ramos, doutora em Medicina, UNESP

Dedico este trabalho a Mário Vinícius Rosário Wu, meu esposo, por todo o incentivo e ajuda e a Mateus Carvalho Wu, nosso filho, que foi gerado e nasceu durante a realização desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me fortaleceu ao longo de todo o mestrado. Ao meu marido que em todo tempo me incentivou e me apoiou. Aos meus familiares e amigos que me ajudaram em oração.

Agradeço à minha orientadora por todo auxílio, direcionamento e persistência.

Agradeço também a todas as mulheres e enfermeiras que me concederam entrevista e às assistentes sociais que me auxiliaram nesse processo.

RESUMO

WU, Isabelle Godinho Carvalho. **Avaliação da Assistência Pré-Natal e ao Parto na Saúde Pública do Município de Manaus**. Manaus. 2015. Dissertação (Mestrado de Serviço Social) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

Esta dissertação analisa a assistência pré-natal e ao parto ofertada na saúde pública no Município de Manaus. Para alcançarmos os objetivos propostos buscamos conhecer a orientação legal para a oferta de ambas as assistências e utilizamos, prioritariamente, dados primários colhidos em 2015. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa realizada em quatro maternidades públicas de Manaus: Maternidade Ana Braga, Maternidade Azilda da Silva Marreiro, Maternidade Balbina Mestrinho e Maternidade Alvorada. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com vinte puérperas que haviam dado à luz, cinco em cada maternidade e com três enfermeiras, nas três primeiras maternidades citadas. Foram selecionadas as puérperas que estavam internadas no período do levantamento dos dados e que já haviam passado pelo processo de atendimento ao parto. As enfermeiras foram selecionadas conforme tinham atuação direta no trabalho de parto e parto. A mestranda contribuiu com a pesquisa como usuária da assistência ao parto. Não planejou o ocorrido, mas aproveitou a oportunidade para conhecer melhor a realidade do serviço e da pesquisa dando à luz em uma das maternidades que participaram da pesquisa. Quanto à assistência pré-natal, avaliou-se a adequação da assistência recebida pelas mulheres com relação ao proposto pela legislação, a portaria 569 de 2000 que instituiu o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Os principais resultados revelaram elevada cobertura, porém com expressiva dificuldade de acesso, o que resultou na impossibilidade de todas as gestantes realizarem o mínimo de seis consultas de pré-natal. Foi identificada, principalmente, a necessidade de ampliação da oferta da assistência nas unidades básicas, prioritariamente na zona Norte do Município. Quanto à assistência ao parto, avaliou-se o uso das boas práticas obstétricas durante o parto e o nascimento, cujas orientações legais estão contidas no manual técnico “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher” de 2001. Os resultados obtidos revelaram que o uso das boas práticas durante o trabalho de parto ocorreu em menos da metade das mulheres e que um número expressivo de mulheres foi submetido a intervenções desnecessárias e prejudiciais. Para a melhoria da qualidade da assistência ao parto o Município de Manaus deve investir na construção de Centros de Parto Normal, fora do ambiente hospitalar, para abarcar todas as gestantes de risco habitual. Além disso, deve reformar as maternidades para propiciar um ambiente adequado ao parto humanizado e investir na capacitação dos médicos para que tenham condutas baseadas em evidências científicas e respeitem o protagonismo da mulher.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, nascimento, humanização, parto humanizado.

ABSTRACT

WU, Isabelle Godinho Carvalho. **Avaliação da Assistência Pré-Natal e ao Parto na Saúde Pública do Município de Manaus**. Manaus. 2015. Dissertação (Mestrado de Serviço Social) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

This master's dissertation analyzes the prenatal and parturition assistance offered in the public health system of Manaus. To achieve the proposed objectives, we seek to know the legal advice to the offer of both assistances and we used, priority, primary data obtained at 2015. It is a quantitative and qualitative research made in four public maternity hospitals of Manaus: Ana Braga, Azilda da Silva Marreiro, Balbina Maestrino and Alvorada. It was made semi-structured interviews with twenty mothers who had given birth - five at each maternity hospital – and with three nurses - at the first three hospitals cited. For that, the mothers who were hospitalized in the data survey period and who had already gone through childbirth care process were selected. Nurses were selected as they had direct involvement in labor and delivery. The graduate student contributed with the research as user of the assistance of child-birth. It was not planned, but the opportunity was used to know better the reality of the service, giving birth at one of the public maternity hospitals part of the research. Concerning prenatal assistance, it was evaluated the adequacy of the assistance received by women with what is proposed by legislation – “*Portaria 569/2000*”, that established the program of humanization of labor and birth. The main results show high coverage, but with expressive access difficulty, which resulted in the impossibility of all pregnant women carry a minimum of six prenatal consultations. It was identified, mainly, the need of enlargement of assistance offer at basic units, priority in North Zone of Manaus. Concerning parturition assistance, was evaluated the use of good obstetric practices throughout labor and birth, which legal orientations are in the technical manual named as “*Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher*”, from 2001. The results show that good practices throughout the labor occurred in less than half of cases and that expressive number of women was submitted to unnecessary and harmful obstetric intervention. In order to improve the parturition assistance quality, the municipality of Manaus must invest in the construction of normal delivery centers, outside the hospital ambience, to cover all usual risk pregnant women. Also, it must reform the maternity hospitals to provide a suitable environment for humanized birth and invest in the training of doctors to have appropriate practices based on scientific evidence and respect the role of women.

Key-words: prenatal care, birth, humanization, humanized birth

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fotografia da Marcha pela Humanização do Parto ----- 62

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	09
CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: A SAÚDE DA MULHER EM FOCO	
1.1 Breve histórico da Política Social na Europa, na América Latina e no Brasil -	14
1.2 A Política de Saúde no Brasil -----	21
1.3 O Sistema Único de Saúde brasileiro -----	25
1.4 A política de saúde da mulher no Brasil -----	29
1.5 O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) -----	33
CAPÍTULO 2 – A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A SUA OFERTA NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS	
2.1 O Município de Manaus e suas características sociais, políticas e econômicas	38
2.2 A saúde pública no Município de Manaus -----	43
2.3 Um breve histórico da assistência pré-natal -----	47
2.4 A assistência pré-natal enquanto uma política pública brasileira -----	49
2.5 A assistência pré-natal ofertada na saúde pública do Município de Manaus -	51
CAPÍTULO 3 – A ASSISTÊNCIA AO PARTO E A SUA OFERTA NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS	
3.1 A assistência ao parto no Brasil -----	62
3.2 Desafios à humanização do parto no Brasil -----	68
3.3 A mudança está em curso, a luta permanece -----	71
3.4 A assistência ao parto ofertada na saúde pública do Município de Manaus --	73
3.5 Relato de uma experiência de parto numa maternidade pública de Manaus -	87
CONCLUSÃO -----	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	96
GLOSSÁRIO -----	102
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS PUÉRPERAS -----	103
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A ENFERMAGEM -----	109

INTRODUÇÃO

Esta dissertação aborda sobre a política pública brasileira de assistência pré-natal e ao parto com foco de análise no Município de Manaus, capital do Estado do Amazonas.

O interesse por este assunto surgiu quando a mestrandia atuou como assistente social em maternidades em seu Estado natal, Rio de Janeiro. Encantou-se com este momento tão singular da vida, o nascimento, momento em que a mulher precisa se sentir segura e acolhida, o qual a assistência pré-natal pode fornecer grande suporte.

Sendo assim, quando surgiu a oportunidade de realizar o mestrado desejou de imediato pesquisar sobre a assistência pré-natal e ao parto. Inicialmente, quando preparou o projeto de pesquisa para participar do processo seletivo delimitou o assunto no seguinte tema: A atuação do serviço social junto à assistência pré-natal no Município de Manaus. Porém, ao longo das disciplinas do mestrado, especialmente da disciplina Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Pesquisa, pôde, com o auxílio das docentes, aperfeiçoar o tema de estudo, deixando apenas um objeto de estudo, as usuárias do serviço, e abarcar os dois tipos de assistência que estão intrinsecamente relacionados.

Com o amadurecimento obtido ao longo das disciplinas e das leituras a cerca deste novo prisma do assunto chegou-se ao seguinte tema: analisar se a assistência pré-natal e ao parto têm sido executadas no Município de Manaus conforme as orientações do Ministério da Saúde. Ambos os serviços são regimentados, principalmente, pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído através da portaria 569, de 2000 e pelo manual técnico: “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, de 2001. Além destas orientações, para a padronização do serviço prestado, o Ministério da Saúde, publicou também o manual técnico: “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada”, em 2005; lançou o Programa Rede Cegonha em 2011, através da portaria 1.459 e mais recentemente, em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma atualização das diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde.

Deste modo, esta dissertação possui como objetivo geral: Analisar se a assistência pré-natal e ao parto estão sendo ofertadas na rede pública de saúde em Manaus conforme as orientações do Ministério da Saúde. E como objetivos específicos:

1. Entender a política de saúde no Brasil, com enfoque na política de saúde da mulher;
2. Conhecer a assistência pré-natal ofertada na rede pública de saúde no Município de Manaus a partir das informações das puérperas;
3. Conhecer a assistência ao parto ofertada nas maternidades públicas no Município de Manaus a partir das informações da equipe de enfermagem e das puérperas.

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos do trabalho, trata-se de um estudo quanti-qualitativo onde procuramos inicialmente identificar a regulamentação para a prestação dos serviços de assistência pré-natal e ao parto para podermos confrontar com a realidade encontrada e analisarmos a sua adequação.

Quando identificamos a regulamentação para a assistência pré-natal na portaria 569 de 2000 que institui o Programa de Humanização do Parto e Nascimento colhemos os elementos necessários para a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado a ser aplicado às usuárias do serviço de assistência pré-natal com o intuito de analisar a adequação da oferta deste serviço.

Do mesmo modo, quando identificamos as orientações para a assistência ao parto no manual técnico do Ministério da Saúde: “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, de 2001, colhemos elementos para a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado a ser aplicado às usuárias do serviço de assistência ao parto com o intuito de analisar a adequação da oferta deste serviço. Também elaboramos um roteiro de entrevista semiestruturado a ser aplicado aos enfermeiros com atuação direta na assistência ao parto para colhemos informações complementares.

Escolhemos como local para a pesquisa a maternidade pública uma vez que encontraríamos neste local tanto as usuárias do serviço de assistência pré-natal, quanto as usuárias do serviço de assistência ao parto, assim como os enfermeiros com atuação na assistência ao parto.

Assim sendo, entrevistamos vinte puérperas em quatro maternidades públicas do Município de Manaus, sendo cinco puérperas em cada maternidade. O Município de Manaus possui oito maternidades públicas; quatro delas participaram da pesquisa: Maternidade Balbina Mestrinho, Maternidade Ana Braga, Maternidade Alvorada e Maternidade Azilda da Silva Marreiro. Foram priorizadas tais maternidades uma vez que concederam a autorização para a realização da pesquisa diretamente na unidade, não sendo necessário a autorização da Secretaria de Saúde, fato que trouxe mais dinamismo à pesquisa.

Entrevistamos apenas três enfermeiros tendo em vista que uma das maternidades não autorizou a realização dessa entrevista.

Como critérios de inclusão para a seleção das puérperas utilizamos: puérperas que estavam internadas no período do levantamento dos dados, que já haviam passado pelo processo de atendimento ao parto, que haviam dado à luz a bebês vivos, independentemente do tipo de parto, do grau de instrução e da faixa etária.

Entrevistamos uma amostra de 20 puérperas. Para a análise da adequação da assistência pré-natal acabamos tendo que excluir três puérperas em alguns quesitos de análise: uma das puérperas porque não realizou o pré-natal, porém foi um dado importante para mensurarmos uma perspectiva da cobertura da assistência pré-natal no Município de Manaus; a segunda puérpera porque realizou o pré-natal na rede privada de saúde; e a terceira puérpera porque realizou o pré-natal em outro Município. Assim sendo, para a maior parte dos quesitos da assistência pré-natal que foram analisados foram considerados os dados de apenas 17 puérperas. Ao longo da análise tais explicações estarão detalhadas.

Para a análise da adequação da assistência ao parto utilizaríamos, dentre as 20 puérperas entrevistadas, os dados das 13 puérperas que foram classificadas como de risco habitual. Porém, tivemos também que desconsiderar os dados de outras 6 puérperas que informaram ter chegado na maternidade pouco antes de dar a luz. Não seria possível analisar o uso das boas práticas obstétricas nem tão pouco o uso das intervenções que devem ser evitadas por meio de dados de mulheres que não estiveram na maternidade durante o trabalho de parto. No entanto, estas 6 mulheres que decidiram procurar a maternidade momentos antes do parto forneceram informações reveladoras a cerca da fragilidade da humanização do parto nas maternidades em Manaus. Assim sendo, para a análise da adequação da assistência ao parto utilizamos uma amostra de 7 puérperas.

Já as enfermeiras entrevistadas foram selecionadas conforme tinham atuação direta na assistência ao parto e segundo a indicação da chefia de enfermagem.

A mestranda contribuiu de modo singular com o trabalho uma vez que se tornou usuária da assistência ao parto no decorrer da pesquisa. Apesar de o fato não ter sido planejado, aproveitou a oportunidade para narrar a sua experiência de parto e analisá-la segundo as orientações do Ministério da Saúde para uma adequada assistência ao parto.

Visto que a assistência pré-natal e ao parto são uma política social, consideramos importante proceder com uma discussão acerca da concepção de Estado e de política social que vigoram, inclusive no Brasil, pois nos traz maior clareza a cerca das possibilidades de efetivação das políticas sociais. Também avaliamos como necessário uma revisão da política de saúde no Brasil, das características do SUS e, principalmente, das políticas de saúde direcionadas para as mulheres, com enfoque nas políticas de saúde reprodutiva e mais especificamente a de assistência pré-natal e ao parto.

No que tange a trabalhos anteriores que tratam do mesmo assunto, há uma dissertação de mestrado, “Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus”, apresentada à FIOCRUZ/AM em 2004. Há trabalhos similares

realizados em outros municípios brasileiros e dois estudos de abrangência nacional que avaliam a assistência pré-natal, Serruya 2003 e Viellas 2014, e um de abrangência nacional que avalia a assistência ao parto, Leal 2014. Os dois últimos artigos analisam os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” realizada pela FIOCRUZ/RJ.

CAPÍTULO 1 – A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: A SAÚDE DA MULHER EM FOCO

Concordamos com Boschetti, 2009, que ao se analisar uma política social é necessário: situar a concepção de Estado e de política social, pois isso que determinará seus resultados; considerar o papel da política social na consolidação do Estado democrático de direito, uma vez que propicia a universalização de direitos; e apontar em que medida as políticas e programas sociais são capazes e estão conseguindo expandir direitos, reduzir a desigualdade social e propiciar a equidade.

Sendo assim, pretendemos neste primeiro capítulo situar a nossa concepção de Estado e de política social, trazendo um histórico da política social. Além disso, traremos uma breve apresentação da trajetória da política de saúde no Brasil, da organização do Sistema Único de Saúde brasileiro e da configuração da política de saúde da mulher, como foco na área da saúde reprodutiva.

1.1 Breve histórico da política social na Europa, na América Latina e no Brasil

A burguesia europeia, no contexto da Revolução Francesa (1789), possuía um viés transformador com o intuito de romper com a aristocracia e com o clero do Estado absoluto. Mas logo busca a sua hegemonia política, visto que a sua hegemonia econômica já havia sido conquistada, através de um ante estatismo radical (BEHRING, 2006).

Entre os séculos XVII e XIX, as teorias políticas liberais concebem as funções do Estado essencialmente voltadas para a garantia dos direitos individuais, dentre os quais o direito de propriedade, sem qualquer interferência nas esferas da vida pública, principalmente, na esfera econômica. O mercado era considerado autorregulado, capaz de progredir e de promover por si só o bem-estar coletivo. Quanto aos direitos políticos, apenas os proprietários possuíam participação política visto que eram pagantes de impostos. Quanto aos direitos sociais qualquer intervenção estatal representaria desrespeito à autonomia dos indivíduos e do mercado (BEHRING, 2006).

Entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX houve o enfraquecimento das bases da teoria liberal como resultado de alguns processos político-econômicos, dos quais Behring, 2006, destaca: a monopolização do capital que restringiu o empresariado a uma minoria e desmontou seus argumentos de que o mercado produziria o bem-estar coletivo; a crise do capitalismo em 1929 que convenceu as elites político-econômicas de que o mercado não era autorregulado; além disso, o crescimento do movimento operário, com o advento do fordismo, e as suas crescentes reivindicações por direitos políticos e sociais estavam colocando em xeque a hegemonia capitalista. Já neste período, os setores populares alcançam suas primeiras conquistas, como a participação no cenário político por meio do sufrágio universal e a fixação da jornada de trabalho em oito horas.

Neste contexto de enfraquecimento das teorias liberais, ganham espaço, na Europa, as teorias de Keynes que propõe a estratégia de regulação econômica e social através do Estado para a manutenção do processo de acumulação capitalista e da legitimidade da ordem burguesa (BEHRING, 2006).

A regulação social, o estabelecimento do welfare state, se fez necessária uma vez que participação ativa dos setores populares no cenário político passou a demandar a realização dos seus interesses e o Estado capitalista, para manter a sua legitimidade, precisou usar o consenso, e não apenas a coerção, ampliando e efetivando, ainda que parcialmente, os interesses de tais setores (BEHRING, 2006).

É necessário considerar que as políticas sociais, as reformas sociais, não são uma revolução ou mesmo uma revolução em etapas, pois não são capazes de superar o capitalismo, apenas de ampliar as funções sociais do Estado capitalista. Concorde-se com Borón, 1995, que o contexto internacional e nacional não está favorável à realização de uma revolução. Desde o contexto do pós Primeira Guerra Mundial a social-democracia abandonou suas pretensões transformadoras e de construção do socialismo contentando-se com metas muito modestas, e o socialismo existente sucumbiu ao associar-se ao autoritarismo burocrático que o tornou inaceitável e insuficiente na gestão

econômica. Diante disso, apesar de as forças socialistas almejarem mais do que reformas sociais conformam-se temporariamente com elas como único meio de avançar enquanto aguardam melhores condições objetivas e subjetivas para, por meio da revolução, alcançar o socialismo. Apesar dos avanços sociais, inicialmente, fortalecem a sociedade capitalista, posteriormente, cria condições que, amadurecidas, possibilitam o trânsito para o socialismo.

Diante disso, nos surge o seguinte questionamento: qual é o limite de concessões, de políticas sociais, para um Estado capitalista de sistema hegemônico? Tal indagação foi respondida por Coutinho, 1989, através de uma analogia com a teoria marxista do salário. Ele relata que para Marx a fixação do salário varia entre dois limites: um limite mínimo determinado pela garantia da reprodução biológica do trabalhador e um limite máximo que assegure a reprodução ampliada do capital, e o que define o salário é a força entre os dois direitos que se enfrentam. Assim também seria com relação às políticas sociais, possuem um limite de variação a depender das forças políticas exercidas pelas classes sociais antagônicas.

A teoria keynesiana operacionalizada no contexto europeu foi capaz de reestabelecer democraticamente a Europa que estava arrasada política, social e economicamente no pós Segunda Guerra Mundial. As transformações na gestão do capitalismo se basearam em profundas reformas que efetivaram o desenvolvimento econômico e social nestas sociedades. Conforme relata Borón, 1995, os compromissos sociais efetivados pelo Estado se mantiveram consolidados por aproximadamente 20 anos (1960 e 1981), independentemente da orientação ideológica dos seus governantes. Mesmo após a crise de 1973 esta tendência persistiu, ainda que de forma atenuada. Tal fato revela que os reajustes econômicos não necessitam sacrificar substancialmente os gastos sociais do Estado.

É bem verdade que este reestabelecimento europeu se deu em um contexto extremamente favorável: expansão econômica internacional, recebimento de maciças quantias financeiras, ausência de representantes do autoritarismo que sucumbiram com a Revolução Francesa (BORÓN, 1995).

Na década de 1970 houve o enfraquecimento da teoria keynesiana, especialmente a partir de 1973, e o consequente retorno da teoria neoliberal. Os neoliberais atribuíram a reversão do ciclo econômico à maior participação política dos setores populares e suas conquistas sociais, que estariam prejudicando a devida acumulação do capital. Os neoliberais realizaram duras críticas à gestão keynesiana e ao estabelecimento do welfare state. Anderson, 1995, apud Behring, 2006 expõe que a forma neoliberal para sair da crise consiste em: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior.

Já no final dos anos 1970 e início dos 1980, as indicações neoliberais começaram a ser efetivadas pelos governos, a começar pelos países de capitalismo avançado e espraiando-se aos de capitalismo periférico. Anderson, 1995, apud Behring, 2006, expõe que apesar do neoliberalismo ter alcançado o controle da inflação e a retomada das taxas de lucro, baseadas no crescimento do desemprego e na queda da tributação sobre as rendas mais altas, não alcançou a reanimação do capitalismo, com taxas de crescimento estáveis, como no período anterior, visto que a desregulamentação financeira levou a uma verdadeira explosão das operações especulativas, e também não conseguiu reduzir significativamente o welfare state, uma vez que o aumento do desemprego gerou alta na procura por proteção social.

Cabe reforçar que apesar da prevalência da ideologia neoliberal o Estado europeu conseguiu manter seus compromissos sociais ainda que de forma atenuada. Fato que não encontra correlato na América Latina que vivencia fortalecimento democrático e a ampliação das políticas sociais de modo muito distinto (BORÓN, 1995).

Diferentemente da Europa, a América Latina, diante da abertura democrática, não conseguiu abolir a ideologia autoritária que se coloca em confronto com suas novas e frágeis coalizões democráticas. A prolongada vigência política do autoritarismo na América Latina retardou a participação política dos setores populares e deixou como legado para a sociedade o descrédito para com a democracia (BORÓN, 1995).

A América Latina em seu contexto econômico e social também dista enormemente ao da Europa. A burguesia latino-americana não foi presidida com orientação democrática e nacionalista voltada à construção de um desenvolvimento capitalista interno autônomo, mas de modo dependente e subalterno ao capitalismo das economias centrais. Condição que resultou em uma alarmante desigualdade social e no aprofundando de problemas elementares na sociedade como a pobreza extrema, a deterioração dos níveis de saúde, de educação e nutricional (BORÓN, 1995).

Sposati, 2008, relata que como na América Latina ainda não havia um welfare consolidado, se configurou enquanto celeiro não só de matéria-prima, mas também de mão-de-obra barata para a Europa que buscava, a partir dos anos 70, ampliar a sua capacidade concorrencial sem prejudicar a proteção social já concedida aos seus cidadãos.

Além disso, Borón, 1995, aponta outros entraves que frearam as conquistas democráticas no contexto latino americano, como: a prolongada recessão econômica internacional e o pagamento da dívida externa. Este inviabiliza a canalização de excedentes para financiar um projeto reformista, tão urgente para essas sociedades.

Sposati, 2008, expõe algumas conclusões do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que apontam a fragilidade da proteção social vigente na América Latina: 1) O modelo de proteção social prevalecente nos países do sul têm se restringido a executar apenas proteção social privada através do emprego, cobrindo entre 1/5 e 1/4 dos cidadãos, e serviços públicos focalizados para 1/5 da população mais pobre, como forma de alívio do seu sofrimento. Sendo necessária a consolidação de uma proteção social permanente e eficaz; 2) São necessários novos níveis de orçamento social,

pois os gastos sociais são insuficientes na maioria dos casos analisados para prover proteção social adequada à maioria da população; 3) É necessário nova regulação da colaboração público-privado na proteção social, uma vez que a privatização da proteção social se mostrou prevalente e ocasionou a deterioração dos serviços e, por outro lado, a insuficiente regulação gera graves reducionismos e precarizações na proteção social. A referida autora chega à conclusão de que as políticas sociais na América Latina são insuficientes em cobertura e financiamento, precárias e pouco relevantes para garantir seguridade social à população.

Diante disso, concordamos com Borón, 1995, que se faz urgente um ambicioso programa de reformas sociais que modifiquem substancialmente o capitalismo periférico na América Latina. Tais mudanças são desafiadoras no contexto latino-americano, uma vez que, diferentemente da Europa, a ideologia neoliberal afetou substancialmente o frágil welfare latino-americano. A América Latina vivencia o retorno da sua inexperiente democracia e experimenta suas primeiras conquistas sociais em meio à recessão econômica internacional e ao fortalecimento do ideário neoliberal.

Behring, 2006, expõe que, em fins dos anos 90, o resultado geral deste programa, que repõe a negação da política e, em consequência, da política social, é desalentador. Atesta-se o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade, ao lado de uma enorme concentração de renda e riqueza no mundo.

O liberalismo brasileiro se associou historicamente ao conservadorismo político das elites dirigentes e se constrói ao lado da escravidão e da prática do favor ao invés de ser consolidado sob a ótica das tradições republicanas e democráticas. Assim, o Estado brasileiro orientado pelo bloco de poder econômico tem assumido os seus interesses e os irradiado para o conjunto da sociedade (IAMAMOTO, 2009).

A burguesia nacional não nasceu com orientação democrática e nacionalista com vistas à construção de um desenvolvimento capitalista autônomo, mas importou um modelo de industrialização já pronto das economias capitalistas centrais, através do recebimento de corporações

multinacionais no Brasil e, assim, configura a economia capitalista brasileira de modo dependente e subalterno. O insipiente desenvolvimento econômico proporcionado pelo capitalismo periférico ocasionou o insuficiente desenvolvimento social e como resultado tem-se uma sociedade cercada de desigualdade social e pobreza extrema (IAMAMOTO, 2009).

As políticas sociais começaram a surgir no Brasil no início do século XX como resposta do Estado hegemonicamente capitalista às primeiras reivindicações dos setores populares. Nas duas primeiras Constituições Federais do Brasil não havia sequer menção de direitos sociais que só surgiram no governo de Getúlio Vargas. No entanto, as poucas experiências democráticas reprimidas pelo prevalente autoritarismo não alcançaram efetivos êxitos que pudessem melhorar substancialmente a condição social da população brasileira.

Na década de 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de redemocratização e luta pela ampliação dos direitos sociais que contou com a mobilização de amplos setores da sociedade. Foram alcançadas inúmeras conquistas que foram inscritas Constituição Federal de 1988.

Bravo, 2006, nos afirma que a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave desigualdade social ao introduzir avanços que buscariam corrigir as históricas injustiças sociais da população brasileira. A Constituição teve como um dos seus maiores avanços a concepção de Seguridade Social composta pela saúde, assistência social e previdência social.

Porém, as inexperientes e frágeis coalizões democráticas e suas conquistas sociais começaram a ser reprimidas logo na década de 90 pela prevalência dos ideais neoliberais. Iamamoto, 2009, relata que o governo Cardoso e dos seus sucessores fizeram escolhas que levaram o país ao ápice do neoliberalismo; alcançando a estabilização da moeda, mas privatizando o patrimônio público e aumentando a desnacionalização da economia e a vulnerabilidade externa, e retomando a inflação da dívida pública. Escolhas que não superaram as fragilidades da economia brasileira, mas ampliaram o

desemprego e a precarização do trabalho, e limitaram grandemente a aplicação dos recursos públicos em políticas sociais.

Tais tendências tem se consolidado nos governos seguintes que tem buscado seguir as orientações dos organismos internacionais que ratificam que só há gestão responsável com a política neoliberal. Assim, tem ocorrido o desmonte dos direitos sociais conquistados (BRAVO, 2006).

1.2 A Política Pública de Saúde no Brasil

A atuação do governo brasileiro na área da saúde teve início no século XX, tendo em vista as reivindicações do nascente movimento operário no país. Durante os séculos XVIII e XIX as ações restringiram-se às práticas filantrópicas e liberais. O governo federal atuou na política de saúde brasileira ao longo do século XX, até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob duas ramificações: como cofinanciador do sistema previdenciário brasileiro, que incluía serviços de saúde apenas para os trabalhadores segurados, e através de ações coletivas pontuais como saneamento básico e campanhas vacinais. Ou seja, antes do SUS não havia a garantia do direito a todos os serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros (BRAVO, 2006).

No início do século XX o nascente movimento operário brasileiro obtém as primeiras conquistas, fruto das suas reivindicações. Em 1923, foi promulgada uma lei de autoria do deputado Eloy Chaves instituindo o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). As caixas eram atreladas às categorias profissionais e forneciam serviços previdenciários, assistência médica e medicamentos, porém nem todas as categorias conseguiram organizá-la e havia diferença entre os planos de benefícios. Tais serviços eram financiados pelos empregadores, empregados e pelo Estado. Sendo assim, o início da intervenção do Estado na assistência à saúde se deu sobre a forma de seguro, apenas os trabalhadores, que participavam do financiamento das Caixas tinham direito a este serviço. Não muito tempo depois, o sistema extremamente fragmentário das CAPs foi substituído pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que congregaram os ofícios ou setores de atividade (BRAVO, 2006).

Mercadante et al, 2002, relata que a maior inovação na assistência à saúde do período ocorreu em 1949, durante o segundo governo Vargas, com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Serviço inovador por ter sido financiado pelo conjunto dos IAPs e por ser de atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência.

As diferenças de abrangência entre os serviços de saúde oferecidos nos diversos IAPs contribuíram para que surgissem entre os trabalhadores reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual, porém havia divergência na medida em que outros trabalhadores consideravam que a unificação dos IAPs significaria perda para os trabalhadores com risco de centralização e concentração de poder no Estado. Tal impasse deu origem há solução intermediária: a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 que uniformizou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada. Apesar disso, prevaleceu a falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas, além da recorrente ociosidade nos serviços de saúde oferecidos por certos institutos, sem que os trabalhadores pertencentes a outras categorias pudessem ter acesso a eles (MERCADANTE et al 2002).

Apesar do crescimento gradual da previdência social com a inclusão de novas categorias profissionais e ampliação dos benefícios, em 1960, após quatro décadas, final do período desenvolvimentista de Kubitschek, os segurados da previdência somavam pouco mais de 5 milhões (entre contribuintes ativos, aposentados e pensionistas), apenas 7,3% de uma população da ordem de 70 milhões (MERCADANTE et al, 2002).

No âmbito da saúde pública, a primeira mudança na cultura campanhista verticalizada do governo federal se deu com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este serviço foi criado por um acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos com o intuito de disponibilizar serviço médico-sanitário às regiões que produziam materiais de interesse para a Segunda Guerra Mundial; assim, sua atuação limitou-se à Amazônia, que produzia borracha, e aos estados de Goiás e Vale do Rio Doce, que produziam minérios. Em 1960 o SESP foi transformado em fundação do Ministério da

Saúde e atuou em áreas geográficas distantes e precarizadas através de assistência médico-sanitária e da atenção básica domiciliar, proporcionando serviços preventivos e curativos (MERCADANTE et al 2002).

No período 1966-1976 se consolidou a divisão da atuação do Estado brasileiro no campo da saúde, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, visto que a fusão das instituições de seguro social, em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) fortaleceu a previdência social administrativa, financeira e politicamente, fracassando duas significativas tentativas do Ministério da Saúde de assumir a assistência à saúde e de universalizar o seu acesso (BRAVO, 2006).

O Ministério da Previdência, logo depois, deu um passo significativo em direção à ampliação da assistência à saúde nos limites da previdência social com o Plano de Pronta Ação (PPA). Através desta iniciativa todos os casos de emergência poderiam ser atendidos em suas unidades ou afiliadas, independentemente de contribuição à previdência social. Tal iniciativa foi viabilizada em um contexto em que as receitas previdenciárias iam bem, em que estavam ocorrendo denúncias graves de omissão de socorro, e em que o regime autoritário possuía interesse em mostrar sua face social (MERCADANTE et al, 2002) .

No final dos anos 1970 e no início da década seguinte, repercutiam sobre o setor saúde os primeiros movimentos da transição democrática. Com o movimento de abertura política emergiram novos atores e movimentos sociais e cresceram as reivindicações por serviços e ações de saúde. Consolidou-se, na ocasião, um amplo movimento político na área da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 (BRAVO, 2006).

A VIII CNS contou com a participação dos segmentos técnicos não só do Ministério da Saúde como também da Previdência Social e com ampla representação dos usuários dos serviços de saúde. Ela propôs a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que desenvolveu trabalhos técnicos e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional que de fato foram amplamente aderidos na Constituição de 1988. O direito à saúde foi

reconhecido como direito inerente à cidadania e como dever do Estado na promoção desse direito. O Estado passou a ter como responsabilidade a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo como forma de organização, e a participação popular como instrumento de controle social (BRAVO, 2006).

A saúde foi uma das áreas em que os avanços da Constituição de 1988 foram mais significativos. O acesso à política pública de saúde passou a ser baseado no princípio da universalidade, ou seja, um direito de todos os cidadãos independentemente de condicionantes de renda ou de contribuição direta. Houve o reconhecimento da saúde como um direito social e responsabilidade do Estado e isso implicou em uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro a ser efetivado através do SUS (BRAVO, 2006).

Porém a possibilidade de efetivação destes direitos sociais ficou extremamente comprometida diante da prevalência dos ideais neoliberais no cenário político brasileiro, a partir da década de 90, com a decisão do Estado de priorizar o investimento público no setor financeiro em detrimento das políticas sociais. O Estado brasileiro opta por eximir-se ao máximo de suas responsabilidades, garantindo um mínimo aos cidadãos que não podem pagar pelos serviços e deixando nas mãos do setor privado o atendimento aos cidadãos que têm acesso ao mercado. As principais decisões do Estado, diante da política pública de saúde, passam a ser: a adoção de um caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde e a ampliação da privatização, com o estímulo ao seguro privado (COSTA apud BRAVO, 2006).

Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção da política pública de saúde, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (BRAVO, 2006). De um lado, os cidadãos que não podem pagar por cuidados com a saúde e do outro, os cidadãos que não dependem do SUS por terem condições de custear os serviços de saúde.

Através da configuração da atual política pública de saúde brasileira o Estado brasileiro favorece duplamente os empresários: reduzindo os investimentos na saúde o Estado canaliza maiores proporções do fundo público para o pagamento da dívida pública que alimenta o setor financeiro, e através da oferta de um serviço insuficiente e precário convida aos cidadãos, com um pouco mais de acesso ao mercado, a usufruir dos serviços privados de saúde. Assim, os empresários do ramo hospitalar, farmacêutico e de convênios médicos são extremamente beneficiados pelas intervenções e omissões estatais.

A intervenção do Estado brasileiro na política pública de saúde se deu, majoritariamente, a uma restrita parcela da população: aos trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Prestando apenas limitados serviços de caráter universal, como campanhas de vacinação e ações no âmbito sanitário. No momento em que o Estado brasileiro assume a responsabilidade pela assistência à saúde de toda a população é direcionado pelos ideais neoliberais a favorecer a economia capitalista em detrimento da proteção social da sociedade. Neste contexto, a política pública de saúde é oferecida de modo insuficiente e precário, aquecendo cada vez mais o comércio da mercadoria saúde.

1.3 O Sistema Único de Saúde brasileiro

A Constituição Federal definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado e a Lei Federal 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, como princípios do sistema, entre outros: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

O SUS brasileiro foi regulamentado em 1990 por duas legislações: a lei 8.080 e a 8.142. O SUS foi definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo

poder público. Podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência.

A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, a porta de entrada preferencial. Compreendendo os procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. Possui como infraestrutura as Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por equipe multiprofissional e garante os fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar. Já a média complexidade é composta por ações e serviços, a nível ambulatorial, que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade demanda profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. E alta complexidade é o conjunto de procedimentos, a nível hospitalar, que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Conforme a lei federal 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde tem três esferas de atuação: federal, estadual e municipal. O nível federal tem principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas; normatizar ações; prestar cooperação técnica aos estados, ao Distrito Federal e municípios; e controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. A direção Estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. À direção Municipal do SUS compete, principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços das ações de saúde.

A descentralização foi defendida pelo projeto da reforma sanitária enquanto uma estratégia para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, a participação social e o poder local (BRAVO, 2006).

A participação da comunidade, como uma das diretrizes para a organização do SUS, foi uma das maiores inovações da Constituição de 1988, propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre as esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas (BRAVO, 2006).

Na área da saúde, tais mecanismos são de duas naturezas. Uma se refere aos fóruns dos secretários de saúde: o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que reúne os secretários de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal; e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em que estão filiados quase todos os secretários municipais de saúde.

A outra se refere aos colegiados que funcionam como mecanismos de participação popular para o controle social. São eles: as Conferências de Saúde, que se reúnem a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; e o Conselho de Saúde que é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

Nos anos de 1991 e 1996 foram lançadas pelo Ministério da Saúde as Normas Operacionais Básicas (NOBs) para auxiliar na regulação do SUS. Elas introduziram modificações como: pagamento por produção de serviços, mediante a apresentação de faturas; definição dos critérios para alocação de recursos, condicionando a sua liberação à apresentação de planos, programas e projetos; e criação de mecanismos de decisão com eminente caráter participativo e descentralizador.

Em 1998 o pagamento por produção de serviços foi alterado passando a ser estabelecido um valor fixo a ser repassado para os municípios por habitante. Foi criado o Piso Assistencial Básico (PAB) onde o município habilitado passava a receber mensalmente recursos federais pelo Fundo Municipal de Saúde, a quantia igual a R\$10,00 per capita para a execução de

serviços essenciais, individuais e coletivos, de promoção e assistência à saúde e bem-estar da sua população, para o atendimento básico, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias em ambulatórios etc.

Porém, a proposta do PAB também encontrou limitações visto que a fixação do quantitativo por habitante não conseguia corresponder às necessidades dos municípios de suprir suas demandas de saúde. Diante das limitações encontradas, o Ministério da Saúde decidiu redefinir o PAB, rebatizando-o com o nome de Piso de Atenção Básica que pretendia agora financiar não só às ações de assistência, mas também às de prevenção e promoção. O Piso de Atenção Básica foi multiplicado em dois componentes distintos: o PAB Fixo, que manteria um valor per capita nacional e o PAB Variável, destinado aos programas prioritários da iniciativa federal tais como: o Programa de Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Combate às Carências Nutricionais, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Ações Básicas de Vigilância Sanitária, o Programa de Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (MERCADANTE et al, 2002).

Em 2001, os recursos transferidos do Ministério da Saúde aos estados e municípios foram subdivididos em quatro itens principais: recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável); recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças; recursos para a Assistência de Média Complexidade; e recursos para a Assistência de Alta Complexidade.

O período de implementação da NOB/96, compreendido entre os anos de 1998 e 2000 foi marcado por uma série de avanços na descentralização do SUS. Muitos municípios integraram-se voluntariamente às NOBs e às suas condições. Porém, os mesmo não ocorreu com os serviços de maior complexidade; estava faltando uma organização regional mais adequada à estrutura administrativa do país e suas particularidades. Estava se tornando comum que os municípios capacitados a oferecer serviços de maior complexidade tentassem impedir que os habitantes dos municípios vizinhos utilizassem os seus serviços sob a alegação de que não possuíam recursos suficientes para atendê-los. Fato que impulsionava os municípios menores a

prestar tais serviços, mesmo não tendo demanda e recursos suficientes (MERCADANTE et al, 2002).

Diante deste contexto, seria necessário uma política que ampliasse a cobertura das ações e serviços para além dos limites do município, com economia de despesas e ganho de qualidade para a saúde. Em 2001, o Ministério da Saúde, apoiado pela Comissão Intergestores Tripartite, instituiu as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) em substituição às NOBs. Conforme Mercadante et al, 2002, no ano 2000 o Ministério da Saúde coordenou debates e negociações com as representações nacionais dos secretários de saúde dos estados (CONASS) e dos municípios (CONASEMS), com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o propósito de aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS.

A NOAS tem como objetivo central promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção; para alcançá-lo, instituiu a regionalização como macroestratégia fundamental. Devendo cada Estado, através da Secretaria de Saúde, com a participação dos municípios, elaborar um Plano Diretor de Regionalização. A NOAS propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam, no âmbito microrregional, o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de procedimentos de saúde necessários para o atendimento de problemas mais comuns, nem sempre oferecidos em municípios menos populosos (MERCADANTE et al, 2002).

1.4 A política de saúde da mulher no Brasil

A saúde da mulher foi incluída nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, e até a década de 1980, tais ações em saúde ficaram limitadas aos programas materno-infantis que restringiam a intervenção na saúde da mulher ao seu ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2009).

A modificação a esta orientação veio a partir do lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo

Ministério da Saúde em 1983 e concebido com a participação do movimento brasileiro de mulheres e de profissionais de saúde, que fizeram parte do contexto de intensa mobilização social pela democracia e pela ampliação de direitos sociais ao longo das décadas de 1970 e 1980 (OSIS, 1998).

As bases programáticas do PAISM trouxeram um conteúdo inovador para a saúde das mulheres na medida em que reconheceu a necessidade de atender todas as necessidades de saúde das mulheres e não apenas as relativas ao seu ciclo gravídico-puerperal, além de prever a implantação do planejamento familiar, como uma oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade, desvinculado de qualquer caráter coercitivo (BRASIL, 1985).

O novo programa para a saúde da mulher incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1985). Além da incorporação dos princípios norteadores da reforma sanitária: de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social.

O PAISM foi pioneiro inclusive no cenário mundial ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres de modo integrado às suas demais necessidades de saúde, apesar de não conter no programa a expressão “saúde reprodutiva”, que só foi conhecida internacionalmente no final dos anos 80 (OSIS, 1998).

A saúde reprodutiva implica na possibilidade da pessoa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer, mediante a informações e métodos eficientes, seguros e permissíveis de sua escolha e tendo acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (VENTURA, 2009).

Apesar de ser a concretização da vontade política do movimento de mulheres e dos interessados no avanço das políticas de saúde para as mulheres, o PAISM não tem alcançado implementação efetiva, porém, não se trata de uma realidade isolada, mas compartilha do mesmo quadro das políticas sociais e das políticas de saúde no Brasil. Estudos apontam que a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, traduz a falta de compromisso político com a implementação do programa (OSIS, 1998).

Osis, 1998, relata também que: “Apesar dessa situação, as concepções em que o programa se sustenta sobreviveram ao tempo e à negligência do poder público em seu processo de implantação, e continuam a ser defendidas pelas pessoas genuinamente preocupadas com a saúde das mulheres”.

Além de outros serviços na área da saúde da mulher que vinham sendo mal implementados, a assistência ao pré-natal e ao parto também vinham apresentando muitas limitações, apesar de estarem sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde. Levando isso em conta, somado às reivindicações do movimento de mulheres pela humanização do parto no Brasil, o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, por meio da portaria de número 569. Este documento reconhece que precisavam ser melhores revistas questões como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, 2004).

Conforme relata Serruya, 2004: “A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto”.

O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Compreendendo a humanização em 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; o que requer uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor com condutas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Além do PAISM e do PHPN a área da saúde das mulheres teve outras conquistas legais. Algumas delas são:

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que representa a consolidação dos avanços do PAISM, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da: garantia de direitos; e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Também em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que objetiva monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha através da portaria de número 1.459, em face da necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança.

A Rede Cegonha consiste em um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres desde o planejamento familiar, passando pela confirmação da gravidez, pelo pré-natal, parto, puerpério e cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2013).

O governo federal coordenou ações estratégicas de saúde com repasse de recursos para qualificar a assistência prestada até 2014. Os recursos

deveriam ser destinados à atenção primária e ao reforço da rede hospitalar, principalmente na qualificação de leitos. Foram priorizadas as cidades do Plano Brasil Sem Miséria, onde está concentrada a população mais carente desses recursos e as regiões abrangidas pelos Pactos pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil (Amazônia Legal e Região Nordeste), regiões com maior relevância epidemiológica e maior carência por serviços de assistência à mulher e à criança (PORTAL BRASIL, 2011).

Resta-nos compreender se tais avanços nas conquistas legais no âmbito da saúde da mulher têm se traduzido na efetivação desses direitos. Analisaremos se a assistência pré-natal e ao parto no Município de Manaus está sendo efetivada como deveria, para isso passaremos adiante a conhecer mais detalhadamente o Programa que as regulamenta.

1.50 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

O PHPN deve ser executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000b).

O Programa possui, segundo a portaria que o instituiu, 569/GM/MS de 2000, os seguintes princípios e diretrizes:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas;
- Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas;

- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- As autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia desses direitos.

Segundo a mesma portaria, os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal, são:

O município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial realizando as seguintes atividades:

Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; Garantir os seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; Realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; exame de urina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; Aplicação de vacina antitetânica: dose imunizante ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; Realização de atividades educativas; Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; e Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000b).

Além da realização das atividades citadas acima, para a oferta de um adequado acompanhamento pré-natal, o Estado e o Município devem ainda fazer uma avaliação dessa assistência. Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas

nacionais de informações em saúde, o município e o estado devem utilizar um mínimo de parâmetros que estão descritos na legislação.

Segundo a portaria citada, a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas. Sendo assim, para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidades: Atender a todas as gestantes que as procurem; Garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem; Estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente; Transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário; Estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local; Garantir a presença de pediatra na sala de parto; Realizar o exame de VDRL na mãe; e Admitir a visita do pai sem restrição de horário.

Além de garantir a realização das seguintes atividades: realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas; recepcionar e examinar as parturientes; assistir as parturientes em trabalho de parto; assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos; proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos; assistir a partos normais; realizar partos cirúrgicos; assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita; assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intrauterina (AMIU); prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido; elaborar relatórios médico e de enfermagem e fazer registro de parto; registrar a evolução do trabalho de parto em partograma; proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto; garantir o apoio diagnóstico necessário. Além de dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto (BRASIL, 2000b).

A legislação prevê que o PHPN seja constituído pelos seguintes componentes:

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal

Este componente possui o objetivo de estimular os estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes.

Inicialmente, o município deverá ser incluso no componente I através da apresentação do Termo de Adesão que será viável comprovada sua participação nos Planos Regionais para a Assistência à Gestação, ao Parto e ao Recém-Nascido, articulados pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde. Além de dispor dos seguintes requisitos:

- Sistema de assistência pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar;
- Rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério;
- Laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso;
- Unidade(s) de Referência para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à Gestante de Alto Risco ou garantir acesso;
- Mecanismos de vinculação pré-natal/parto;
- Mecanismos de cadastramento das gestantes no pré-natal. Além de ter condições de cumprir com as condições exigidas para o adequado acompanhamento pré-natal.

O incentivo à assistência pré-natal a ser pago pelo Ministério da Saúde aos municípios que aderirem ao componente, será operacionalizado da seguinte forma: a unidade de saúde deve cadastrar cada gestante, já na primeira consulta (até o 4º mês de gravidez), através da Ficha de Cadastramento da Gestante e enviar as informações dessa ficha ao SISPRENATAL. O profissional responsável, a cada consulta pré-natal, deverá preencher a ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. A unidade que cadastrou a gestante, nestas condições,

receberá a importância de R\$ 10,00. Se constar no SISPRENATAL a conclusão da assistência pré-natal que compreende: seis consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica, a realização do parto e da consulta do puerpério, a unidade receberá a importância de R\$ 40,00 (BRASIL, 2000b).

Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal

A portaria prevê que este componente possui duas frentes:

- 1- Criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares;
- 2- Financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos. Como a aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais.

Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto

Conforme a portaria referente, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados e terá dois componentes:

1. Alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto;
2. Pagamento de um adicional sobre o valor de assistência ao parto para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo.

CAPÍTULO 2 – A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A SUA OFERTA NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS

2.1 O Município de Manaus e suas características sociais, políticas e econômicas

Manaus, capital do Estado do Amazonas, é o principal centro financeiro, corporativo e econômico da região norte do Brasil, tendo como principal motor econômico o seu polo industrial, a Zona Franca de Manaus, criada em 1967, como uma das estratégias de ocupação da Amazônia brasileira. Manaus é a cidade mais populosa do Amazonas, com uma população estimada em quase dois milhões de pessoas, abriga um pouco mais da metade da população do Estado, sendo hoje o sétimo município brasileiro mais populoso. A população manauara é quase toda urbana, em torno de 99%, e se concentra em menos de 5% da extensão territorial do município (EPIA, 2012).

O Município de Manaus é dividido em seis regiões administrativas, zonas: Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-Sul e Centro-Oeste.

A zona Norte forma com a zona Leste a macro-zona, também conhecida como "zona de crescimento". Cada uma dessas regiões possui uma população de aproximadamente 500 mil habitantes. São as zonas mais populosas da cidade, juntas abrigam em torno da metade dos habitantes do município. Os bairros mais populosos são na zona Norte, Cidade Nova, e na zona Leste, Jorge Teixeira, possuindo mais de 100 mil habitantes cada um. A região Norte é a que mais cresce em termo populacional na última década (IBGE, 2010).

Conforme PNUD 2006, Manaus é um retrato típico do perfil socioeconômico do Brasil. Em uma área que é duas vezes o Distrito Federal (11,4 mil quilômetros quadrados), Manaus abriga cerca de 2 milhões de habitantes que vivem em realidades tão diversas como a Noruega e a Bolívia.

A desigualdade social é revelada pelo Atlas do Desenvolvimento Humano de Manaus. O estudo que traz indicadores por bairros relativos a áreas como educação, renda, saúde, habitação, população e saneamento, além do IDH-M – índice de Desenvolvimento Humano Municipal, uma adaptação do IDH aos indicadores regionais brasileiros. O Atlas expõe Manaus

possui bairros como Nossa Senhora das Graças, mais especificamente no conjunto Vieiralves, e Adrianópolis, localizados na zona Centro-Sul, com IDH-M semelhantes aos da Noruega, que possui o maior indicador do mundo e, no entanto, revela também que possui bairros como Gilberto Mestrinho, mais especificamente na comunidade Grande Vitória, localizado na zona Leste, que apresenta IDH-M semelhante ao da Bolívia (PNUD, 2006).

A renda per capita média de Manaus é de R\$ 262,40. Entretanto, em Vieiralves, Adrianópolis e Flores a renda média é de R\$ 1.356,87, enquanto que nas comunidades Val Paraíso e Chico Mendes, localizadas no bairro Jorge Teixeira, na zona Leste, a renda média é de R\$ 86,00, 16 vezes menor. Assim sendo, em Manaus, como no Brasil os 20% mais ricos ganham em média 21 vezes mais que os 40% mais pobres (PNUD, 2006).

Desde a instalação da Zona Franca, Manaus vem sofrendo um inchaço populacional pelo forte processo migratório, de pessoas advindas dos municípios do interior do Estado do Amazonas e de outros Estados, com destaque, das regiões Norte e Nordeste, principalmente paraenses e maranhenses como mão-de-obra barata para as indústrias. O crescimento desordenado tem dificultado o fornecimento adequado de uma série de serviços como: abastecimento de água, saneamento básico, serviços de saúde, transporte público, energia elétrica, moradias, entre outros (EPIA, 2012).

No período de 1890 a 1920 Manaus vivenciou o seu primeiro grande surto de urbanização, quando teve suas funções comerciais e administrativas ampliadas ao assumir atribuições como a capital nacional da borracha. O maior objetivo dos administradores desta época foi transformar a pequena cidade, em que conviviam ricos e pobres em uma moderna cidade, inspirada em Paris, limpa, bela, que se transformara em um importante centro do comércio internacional e nacional. Muitas reformas foram empreendidas em nome do progresso, melhoria das ruas por meio de alargamento, calçamento, ampliação dos serviços de saneamento, de luz elétrica, água encanada, de transportes, porém tais benefícios foram priorizados nas áreas centrais da cidade, onde se

encontravam os estabelecimentos comerciais de importação e exportação (DIAS, 2007).

Conforme Dias, 2007, para as novas condições de vida urbana, muitos casebres foram desapropriados e os seus moradores conduzidos para as áreas mais afastadas da cidade, onde o acesso a bens e serviços era extremamente precário; muitos igarapés foram aterrados e com eles costumes do povo, como os banhos diários e o trabalho das lavadeiras; o discurso da civilização e do trabalho urbano permanecia doutrinando os índios, que possuíam outra relação com a natureza. O poder do capital determinou uma nova concepção de cidade, apressou-se em transformar Manaus sem levar em conta os negativos impactos sociais e ambientais.

A borracha dá à Manaus um grande dinamismo. A nova cidade, higienizada e formosa, vivencia um grande crescimento populacional, pois passa a atrair pessoas, de diversas nacionalidades e estados brasileiros, em busca de investimentos e de alternativas de subsistência. A chegada de grandes contingentes populacionais propiciou a ampliação de atividades ligadas à circulação, ao consumo e aos serviços de infraestrutura (DIAS, 2007).

O serviço de urbanização de Manaus foi realizado para a criação de um centro de negócios vantajoso e benéfico aos interesses e necessidades do grupo extrativista; deste modo excluiu a classe trabalhadora dos benefícios da modernização, causando-lhes grandes prejuízos nas condições de viver, de morar e de trabalhar, no saneamento, em transportes, saúde e abastecimento. As coisas públicas, que todos deveriam ter acesso, tornaram-se privilégios de poucos. Os serviços públicos eram voltados e disponibilizados na área central; os bairros mais afastados conviviam com a ausência de políticas públicas, sendo constantes as reclamações por falta de serviços básicos como fornecimento água encanada, luz elétrica, saneamento, transporte. Houve a ampliação da questão social, tornaram-se comuns as expressões de roubos, mendicância, doenças, contradizendo a idealização de uma cidade ordenada e sem problemas (DIAS, 2007).

Na década de 1910 o ciclo da borracha entrou em declínio devido a perda do monopólio de produção. Os ingleses, através dos seringais plantados

na Malásia, no Ceilão e na África tropical, com sementes oriundas da própria Amazônia, passaram a comercializar mundialmente o látex com melhores preços. A crise da borracha provocou uma estagnação na economia, um mal-estar contagiante de inquietações numa sociedade criada em torno de um único produto. Durante a década de 1930 o processo de desenvolvimento brasileiro através da industrialização não atingiu bem a região amazônica que viveu abandono, atraso e falta de perspectivas (BATISTA, 2007).

Manaus vivenciou novamente o ciclo da borracha durante a Segunda Guerra Mundial. O domínio militar de forças japonesas nas áreas de produção da borracha culminou com a queda brusca da comercialização do produto, fato que impulsionou a aliança dos Estados Unidos com o Brasil, ocasionando a entrada do Brasil na guerra e a retomada da produção da borracha brasileira. Porém, esta nova movimentação na economia de Manaus durou pouco tempo (BATISTA, 2007).

Durante a Guerra Fria houve a influência para uma associação aos norte-americanos ou aos soviéticos ao mesmo tempo em que ocorria o avanço do processo de descentralização industrial, impulsionado pelas inovações nas comunicações e transportes. O Brasil com a implantação da ditadura militar em 1964 conduziu a política econômica nacional de modo a privilegiar o capital estrangeiro no processo de apropriação e uso das forças produtivas do país (BATISTA, 2007).

Em 1967 entrou em funcionamento a Zona Franca de Manaus, atrelada a circunstâncias políticas e econômicas locais, nacionais e mundiais. A Zona Franca de Manaus foi justificada pela ditadura militar com a necessidade de: integrar uma região despovoada e dinamizar uma economia estagnada; dar andamento ao modelo de desenvolvimento econômico nacional fundado na industrialização e promover o desenvolvimento regional da Amazônia; e atrair o capital estrangeiro com o intuito de promover o desenvolvimento do capitalismo brasileiro associado ao capital internacional (SERÁFICO; SERÁFICO, 2005).

A Zona Franca transformou Manaus no principal centro econômico da região norte do Brasil, na sexta cidade mais rica do Brasil, em uma das 20 melhores cidades no ramo de negócios da América Latina, no sétimo município

brasileiro mais populoso, com uma população estimada em quase dois milhões de pessoas, abrigando mais da metade da população do Amazonas, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2012. A Zona Franca modificou Manaus radicalmente, abrindo-se uma avalanche de casas comerciais e iniciando uma intensa atividade comercial, há muito desaparecida na cidade, que se encheu de gente recém-chegada, à procura de enriquecimento (BATISTA, 2007).

A cidade de Manaus se modernizou “pelo alto” e cria a ilusão de que a próspera economia proporcionada pelo Modelo Zona Franca possibilita que os manauaras desfrutem de direitos de cidadania. O que se tem percebido é uma significativa mudança socioeconômica para poucos e a disseminação dos dilemas da questão social para muitos, com o acirramento da desigualdade social, da pobreza e da miséria, do desemprego e da precarização do trabalho. São muitos os manauaras que vivem sem acesso a saneamento, água constante, habitações adequadas, luz elétrica e transporte de qualidade (SCHERER, 2009). A ilusão de outrora, fruto do extrativismo, retorna, com nova roupagem: a Manaus da era industrial. Pode-se falar de uma nova ilusão, de um outro fausto, já que a indústria não garante, por si só, a cidadania e o bem-estar social. Hoje, o cenário político e econômico é outro, muito mais complexo em suas particularidades regionais e nacionais (HATOUM apud DIAS, 2007).

Discutir e enfrentar os desdobramentos da questão social é reabrir a discussão em torno da justiça social; da justiça à cidade. É retomar a redefinição do Estado como provedor histórico da regulação da questão social e, sobretudo, das suas responsabilidades públicas. A questão social põe desafios que não são simples de resolver, especialmente, numa cidade como Manaus (SCHERER, 2009). Ela engendra problemas que só podem ser resolvidos no âmbito da economia política, portanto da possibilidade de uma regulação democrática dos processos econômicos e da sociedade, questões essas que não são exclusivas da sociedade amazonense e nem brasileira (IANNI apud SCHERER, 2009).

2.2 A saúde pública no Município de Manaus

Durante as primeiras décadas do século XX a administração pública brasileira implementou diversas ações de saneamento e higienização visando modernizar e embelezar os espaços urbanos das cidades, em Manaus não foi diferente. A elite manauara buscando transformar a cidade em um agradável e atraente ambiente de negócios buscou afastar o que era considerado feio e atrasado. Os trabalhadores foram direcionados para bairros distantes da cidade sem condições de sobrevivência digna, conviviam com a ausência de serviços públicos, enquanto os poucos abastados desfrutavam da moderna Manaus. As péssimas condições em que viviam a maioria da população foram agravadas com a intensa onda imigratória, com isso vários tipos de doenças e epidemias passaram a ameaçar a vida da população (DIAS, 2007).

Os bairros com precária estrutura urbana, que não contavam com serviços de saneamento regular e serviços para o atendimento aos moradores adoecidos, ficavam ainda mais vulneráveis aos altos índices de doenças infectocontagiosas como tuberculose, varíola, malária, febre amarela, sarampo, entre outras. A malária foi a que fez mais vítimas em Manaus ao longo do crescimento da cidade. A estatística mortuária de 1901 atribui a esta doença 49,9% dos óbitos da cidade (DIAS, 2007).

O aparecimento de algumas doenças incomuns na cidade passa a ser explicadas, também, pela presença de imigrantes, especialmente dos cearenses. Era notório o preconceito com os nacionais por parte de muitos homens públicos; estes consideravam que os trabalhadores europeus que trariam o progresso. O máximo que se queria do nordestino era a exploração da sua força de trabalho nos seringais, os que permaneciam no centro urbano sofriam fortes preconceitos, pela sua condição de vítima da seca, sem recursos materiais e, muitas vezes, pela franqueza física, sem condições para o trabalho. Considerava-se que as péssimas condições físicas dos cearenses e seus precários alojamentos na cidade determinavam o aparecimento de doenças (DIAS, 2007).

A mortalidade gerada pelas várias enfermidades que assolaram Manaus é percebida pela elite manauara como empecilho para o desenvolvimento da

cidade, prejudicando a entrada de mão-de-obra e de capitais estrangeiros, afetando os seus interesses. O serviço sanitário, visando zelar por estes interesses, executou uma política autoritária de intervenção na vida da população, com a fiscalização da higiene e da saúde das famílias, removendo os enfermos para as casas de saúde, não dando às famílias a opção de cuidar dos seus doentes e estabelecendo multas para as famílias que não comunicassem a presença de pessoa com doença contagiosa em sua casa (DIAS, 2007).

As moléstias afetavam principalmente a parte mais miserável da população e as autoridades detectaram que, em muitos casos, a morte não estava associada à doença, mas à falta de higiene e alimentação. Os poderes públicos tinham conhecimentos destes problemas, mas não realizavam nenhuma intervenção efetiva para saná-los ou para melhorar as condições de saúde da população destes bairros (DIAS, 2007).

Nas décadas de 1980 e 1990, houve muitos progressos no setor da saúde no contexto brasileiro. A Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado e instituiu um sistema único de saúde direcionado pelos princípios da universalidade, da descentralização municipal, da integralidade, da regionalização e da hierarquização, onde suas ações e serviços pressupõem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

O município de Manaus, assim como os demais municípios brasileiros, buscando adequar-se às diretrizes e aos princípios do SUS implementa mudanças na estrutura de sua política de saúde. O município estabeleceu um novo modelo assistencial de cuidados com a saúde da população, o sistema de saúde em forma de distritos sanitários, baseado em critérios geográficos e demográficos, e organizado em cinco distritos de saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural. A legitimação dos distritos de saúde em Manaus aconteceu tardiamente, demonstrando a resistência do governo municipal em efetivar o SUS (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

A distritalização da saúde que objetiva organizar a distribuição dos serviços de saúde, na cidade de Manaus representou uma reatualização da

distribuição desigual de infraestrutura, no que diz respeito, agora, aos serviços de saúde. Houve a reorganização e a expansão dos serviços de saúde em Manaus, porém buscou-se priorizar os bairros centrais da cidade, que já possuíam ótima estrutura urbana, onde se instala a elite local, em detrimento dos bairros mais distantes que convivem com precária estrutura urbana (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

As autoras Luna e Oliveira, 2010, traçaram um panorama dos distritos sanitários da cidade:

A zona Norte é formada por aglomerados populacionais de ocupação e loteamento clandestinos, possuindo péssima estrutura urbana, com insuficiência de saneamento e de serviços sociais básicos. A área convive com a precariedade no acesso aos serviços de saúde necessitando deslocar-se para outros bairros em buscas de atendimento.

As zonas sul e centro-sul compreendem os bairros centrais da cidade com privilegiada infraestrutura urbana. Estas duas zonas formam o Disa Sul e contam com ampla rede de serviços de saúde para a população, atendendo também aos usuários dos outros distritos e do interior do Estado, que não possuem acesso a tais serviços próximo às suas residências.

A zona Leste, uma zona de ocupações, concentra um grande contingente populacional de baixo nível econômico e dispõe de péssima estrutura de saneamento básico. As condições desordenadas de ocupação, associadas à pobreza, ocasionam uma grande incidência de doenças neste local. No Disa Leste, os serviços de saúde disponibilizados são insuficientes para atender a demanda da sua população.

As zonas Oeste e Centro-Oeste são marcadas por um grande contraste social, compõe o bairro Ponta Negra, com a presença da população de classe alta e com uma ótima estrutura de saneamento e, ao mesmo tempo, o bairro Compensa, que possui, majoritariamente, uma população pobre e com uma precária estrutura de saneamento básico. O Disa Oeste possui uma razoável estrutura de serviços de saúde, que, no entanto, precisa ser ampliada para suprir adequadamente a demanda da população.

Além da distribuição desigual dos serviços de saúde, o sistema de saúde manauara possui paralelismo de ações desenvolvidas pelo governo do Estado e pelo Município e insuficiência de serviços de saúde em todos os níveis de atenção. O desinteresse na efetivação do SUS conforme as conquistas sociais presentes na Constituição brasileira não é uma especificidade da Manaus, mas uma realidade no Brasil (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

A prevalência dos ideais neoliberais no cenário político brasileiro, a partir da década de 90, com a decisão do governo brasileiro em priorizar direcionamento do fundo público para o pagamento da dívida pública, privilegiando os interesses do capital financeiro, em detrimento do investimento em políticas públicas e sociais, que favoreçam aos interesses da sociedade brasileira, ampliando a sua qualidade de vida, ocasionam um financiamento insuficiente na política pública de saúde. Com a oferta de um serviço insuficiente e precário o governo brasileiro também beneficia os empresários em detrimento do povo brasileiro, pois convida os cidadãos, a buscarem o acesso a saúde na Saúde Suplementar. Dando possibilidades, por exemplo, para o slogan da Unimed, em 2013, na cidade ser: “Unimed Manaus: você não está sozinho”.

Na década de 1990, Manaus, juntamente com outras cidades amazônicas, vivencia um surto de cólera, doença que já havia sido erradicada na região, fato que revelou a fragilidade do sistema de saúde, as precárias condições de saneamento da região e acomodação por parte dos governantes (BARROS, apud LUNA; OLIVEIRA, 2010).

Em 2010 a Diretoria de Vigilância em Saúde informou que foram encontradas em instituições de saúde públicas e particulares irregularidades como infiltrações, macas enferrujadas, banheiros em condições precárias de higiene, lençóis sujos e falta de manutenção em condicionadores de ar. Revelou ainda que os problemas sanitários estão entre as principais causas de infecção hospitalar (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

2.3 Um breve histórico da assistência pré-natal

Concordamos com Zampieri, 2006, que o histórico da assistência pré-natal é um tema pouco abordado. Os autores que discutem o histórico da obstetrícia enfatizam e se detém nos dados históricos sobre a assistência ao parto. Esta autora, em sua tese de doutorado em enfermagem, aborda o tema da assistência pré-natal e traz uma exposição de seu histórico. Para ela esse histórico ocorre de modo semelhante em todo o mundo, com diferença cronológica entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos.

Zampieri, 2006, relata que Martins, 2004, uma historiadora social, afirma que o acompanhamento médico da mulher grávida, a assistência pré-natal, teve início no século XIX, quando se expandiu o estudo acadêmico de medicina e os seus campos de investigação. Antes disso, a gestação e o parto eram uma área de atuação exclusiva para mulheres, mulheres da comunidade, conhecedoras da gestação e do parto. Mulheres que davam aconselhamento sobre dieta e estado de humor, além de apoio emocional no período gestacional e eram parteiras quando chegada a hora.

No início da atuação médica na assistência pré-natal e no parto houve divergência dentro da categoria, uma vez que parte dos médicos considerava esta área muito simples e própria para as mulheres. Porém, a outra corrente argumentava que esta área de atuação deveria acompanhar as transformações científicas e ser uma ciência médica, onde apenas os médicos ou parteiras treinadas por médicos e sob a autoridade médica poderiam realizar partos. Esta corrente prevaleceu e a obstetrícia foi uma das primeiras especialidades médicas. Avanços nesta área de conhecimento ocorreram ainda no século XIX, como os estudos anatômicos e fisiológicos sobre o corpo feminino, a gravidez e o seu diagnóstico, o exame físico da mulher (palpação e toque), a cerca do parto e nascimento e suas possíveis complicações (MARTINS, 2004 apud ZAMPIERI, 2006).

No final do século XIX houve a criação de hospitais e maternidades em países desenvolvidos – como Estados Unidos, França, Alemanha, Inglaterra – que somado ao uso do fórceps e do avanço no procedimento cirúrgico

cesariana auxiliaram na diminuição da mortalidade materna e neonatal e contribuíram para a aceitação do parto hospitalar.

Zampieri, também cita Chasan (2005) que informa que entre o final do século XIX e início do XX se destaca nas ciências médicas o paradigma corpo-máquina de base científica racionalista, onde a gravidez é concebida pela medicina como um fenômeno patológico ou potencialmente patológico e o parto como se estivesse sob controle médico, como um processo mecânico onde se pode intervir para melhorar. As parteiras realizavam o exame de toque, quando solicitado pela gestante, para confirmar a gravidez e a proximidade do parto, já os médicos o utilizam segundo seus conhecimentos acadêmicos.

Para muitos estudiosos da temática as primeiras evidências da importância da assistência pré-natal vieram com o lançamento do estudo de J. Whitridge Williams, 1914, que constatou que a mortalidade infantil poderia ser reduzida mediante uma sistemática e organizada assistência pré-natal. Diante disso, muitas maternidades foram abertas nos Estados Unidos e o governo lançou diretrizes e passou a apoiar a prestação do serviço. Na primeira década do século XX, a assistência pré-natal estava presente nas maternidades dos países desenvolvidos, em caráter preventivo e curativo (ZAMPIERI, 2006).

Ainda no final do século XIX e início do XX o número expressivo de mortes neonatais ao redor do mundo movimentaram avanços na saúde pública como a criação de hospitais para crianças, a criação da primeira incubadora humana e aumentaram os recursos públicos na proteção de bebês e nos cuidados com a gestação e o parto. Tais medidas auxiliaram na redução da mortalidade materna e perinatal e contribuíram para a medicalização do parto, tornado o parto uma responsabilidade médica e o descaracterizando como parte da construção da identidade da mulher, a expropriando sua condição de sujeito do processo (ARRUDA, 1989 apud ZAMPIERI, 2006).

A década de 1970 teve grande número de pesquisas relativas à assistência pré-natal nos Estados Unidos e o Instituto de Medicina (IOM) definiu categorias essenciais para um pré-natal adequado tais como: momento propício para o início da assistência, número de consultas de acordo com a

idade gestacional e o local de realização do cuidado (ALEXANDRE E KOTELCHUCK, 2001 apud ZAMPIERI, 2006). Porém, foi no final da década de 1980 que orientações mais detalhadas foram traçadas para a assistência pré-natal nos Estados Unidos. Neste período foi lançado por especialistas na área duas publicações, um livro contendo a revisão da literatura que embasou suas diretrizes e um relatório, contendo as recomendações, intitulado “Caring for our future: the content of prenatal care”. Tais especialistas definiram a assistência pré-natal como contatos/consultas com cuidadores que devem conter: 1) Atenção precoce (preferencialmente no primeiro trimestre gestacional) e contínua avaliação de risco; 2) Promoção da saúde; 3) Acompanhamento e intervenções psicossociais e médicas. Além da necessidade de anamnese completa, exames físicos e laboratoriais conforme o trimestre gestacional e de avaliação do crescimento e do bem-estar fetal. Ainda definiram outras recomendações tais como: 1) Que os atendimentos profissionais às mulheres em idade reprodutiva, que não estejam grávidas, fossem uma oportunidade de cuidado de pré-concepção tratando de assuntos como: nutrição, condições de saúde da mulher, atividades físicas, imunizações, entre outros; 2) Que a frequência das consultas fosse específica para cada caso, com base em avaliação de risco individualizada, devendo ser algo em torno de nove contatos com mulheres primíparas e sete com mulheres múltíparas em situação de baixo risco; 3) Que a documentação da consulta fosse unificada para facilitar a comunicação, a continuidade e a avaliação dos seus resultados (GREGORY E DAVIDSON, 1999, apud ZAMPIERI, 2006).

Zampieri salienta que o desenvolvimento da assistência pré-natal e ao parto em países desenvolvidos como Estados Unidos e países europeus influenciaram o Brasil e muitos outros países.

2.4 A assistência pré-natal enquanto uma política pública brasileira

A assistência pré-natal foi uma das primeiras ações da saúde pública no Brasil, porém ainda apresenta limitações como: o acesso em algumas regiões do país, a qualidade da atenção prestada e o vínculo entre o pré-natal e o parto (SERRUYA, 2004).

Ao lado concentração de renda, da desigualdade social, e do elevado índice de pobreza na sociedade brasileira a morbimortalidade materna e neonatal também se configuram enquanto importantes problemas sociais. Em 2010, a razão de morte materna foi de 68,2 por 100 mil nascidos vivos (DATASUS 2011 apud VIELLAS, 2014). No Brasil 92% dos casos de mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto são evitáveis e que, do total de mortes de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, em grande parte associadas à atenção dispensada à gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2005).

Tais dados associados ao fato do Brasil ter atingido uma elevada cobertura na assistência pré-natal, alcançando quase todas as mulheres brasileiras, e ter alcançado um percentual maior que 98% de parto hospitalar em 2010, revelam a baixa qualidade da assistência oferecida (VIELLAS, 2014).

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas à redução da morbimortalidade materna e neonatal (VIELLAS, 2014).

O Ministério da Saúde instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito aos direitos reprodutivos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores. O Programa visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde através do PHPN orienta que a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

Devendo a primeira consulta de pré-natal ser até o 4º mês de gestação e garantindo os seguintes procedimentos: a realização de no mínimo, 06 (seis) consultas de assistência pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; a realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; a realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; exame de urina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; o recebimento de vacina antitetânica: dose imunizante ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; a realização de atividades educativas; a classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; e a garantia às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Estudos nacionais de abrangência local têm apontado a existência de falhas na assistência pré-natal, como a dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da mulher e seu recém-nascido (VIELLAS, 2014).

2.5 A assistência pré-natal ofertada na saúde pública do Município de Manaus

Iremos avaliar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias dos serviços públicos de saúde no município de Manaus, tendo em vista a sua adequação conforme alguns parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde principalmente no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

(PHPN), sua forma de organização e relação com outros serviços do sistema de saúde, bem como o perfil das usuárias dos serviços de pré-natal.

Utilizaremos informações da pesquisa “Nascer no Brasil” – uma pesquisa nacional coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que buscou estudar o pré-natal e o parto em nosso país e divulgou os seus resultados, em 2014, através de 14 artigos – para compararmos a assistência pré-natal ofertada no município de Manaus com os dados a nível nacional. O artigo utilizado para tanto foi LEAL et al, 2014.

Para a avaliação dessa assistência foi verificada a cobertura do pré-natal (realização de pelo menos uma consulta de pré-natal); as razões referidas para a não realização da mesma; a proporção de gestantes com início precoce do pré-natal (até o quarto mês de gestação) e as razões referidas para seu início tardio; o número de consultas realizadas; a proporção de gestantes que receberam cartão de pré-natal durante a assistência pré-natal; a cerca da realização dos exames básicos necessários; do recebimento de informações sobre o trabalho de parto e parto; se participaram de atividade educativa em grupo; e sobre o tipo de unidade de saúde onde a mulher realizou a maioria das consultas de pré-natal.

Também se buscou aferir a integração da assistência pré-natal a outros serviços da rede de saúde com base nas gestantes consideradas de risco encaminhadas e atendidas em serviços de referência e nas gestantes orientadas sobre o local de internação para o parto e a proporção das que foram atendidas nesses serviços; e a necessidade de busca de mais de um serviço no momento da internação para o parto.

As variáveis relacionadas à assistência pré-natal foram analisadas segundo características maternas: zonas de residência no Município (Norte, Sul e Centro-Sul, Leste, Oeste e Centro-Oeste), idade (15-19 anos, 20-34 anos, 35 e mais), escolaridade (ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto, ensino superior completo e incompleto ou mais), cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela, indígena), com quem reside (pais, companheiro, marido, sozinha), situação conjugal (casada, união estável, solteira, viúva), situação de trabalho (não trabalha fora, trabalho

formal, trabalho informal), gestações anteriores (0, 1, 2, 3 ou mais). Também colhemos informações sobre o planejamento da gestação atual e à satisfação da gestante com essa gravidez com o intuito de analisar os desfechos “cobertura do pré-natal”, “motivos para a não realização do pré-natal”, “início precoce”, e “motivos para o início tardio do pré-natal”.

Realizamos entrevistas semi-estruturadas com vinte puérperas que deram a luz em quatro maternidades públicas de Manaus, são elas: Maternidade Alvorada, localizada no bairro Alvorada I, na Zona Oeste; Maternidade Ana Braga, localizada no bairro São José I, na Zona Leste; Maternidade Azilda da Silva Marreiro, localizada no bairro Monte das Oliveiras, na Zona Norte; e na Maternidade Balbina Mestrinho, localizada no bairro Praça 14, na Zona Sul. O critério de inclusão/exclusão das puérperas consistiu em que todas as mulheres que deram à luz a bebês vivos estariam aptas a participarem da pesquisa, independente do tipo de parto, do grau de instrução e da faixa etária.

Das 20 puérperas entrevistadas, 3 não tiveram os seus dados analisados na maior parte dos quesitos: a 1ª porque não realizou o pré-natal sob o motivo de que o seu trabalho não a possibilitou sair durante o dia. Esta informou trabalhar como cuidadora de idoso de modo informal e residir no local de trabalho. A 2ª uma vez que realizou o pré-natal na rede privada, através de plano de saúde. Esta puérpera relatou que deu à luz em uma maternidade pública porque o seu plano de saúde estava em carência para parto. E a 3ª visto que realizou o pré-natal no Município de Iranduba, tendo sido, segundo ela, encaminhada para o pré-natal de risco em Manaus, mas quando a equipe médica observou que a sua pressão arterial não baixava com a medicação decidiu interromper a gestação em poucos dias. Sendo assim, para análise da assistência pré-natal ofertada nos serviços públicos de saúde de Manaus, serão consideradas predominantemente os dados das entrevistas realizadas com 17 puérperas.

Dentre as puérperas entrevistadas, 76,4% estavam na faixa etária entre 20 e 34 anos, sendo 5 na faixa etária entre 15 e 19 e apenas 2 na faixa de 35 ou mais anos, sendo que desta faixa etária as duas puérperas possuíam 42

anos. No que se refere à cor da pele 82,3% se declararam pardas e apenas 3 como sendo brancas. Um maior número de mulheres informou enquanto escolaridade o Ensino Médio, sendo que 6 o completaram e 3 não; das que informaram o Ensino Fundamental, 2 o completaram e 5 não, e apenas uma citou o Ensino Superior, porém estava trancado. A única mulher que declarou ter o Ensino Superior Completo não pode entrar nesta aferição visto que realizou o pré-natal na rede privada. Isso nos leva a refletir se também no município de Manaus as pessoas de maior escolaridade, que geralmente são as que possuem melhores condições financeiras, optam por não utilizarem os serviços do SUS. Ficando esses serviços aos que não tem condições de custear os serviços privados de saúde. O que indica, pelo menos, a visão da sociedade de que os serviços públicos de saúde não possuem qualidade ou são de difícil acesso.

Com relação ao local de residência por zona do Município 100% das puérperas entrevistadas na maternidade de pequeno porte da zona Norte era da zona Norte, assim como 100% das puérperas entrevistadas na maternidade da zona Oeste era da zona Oeste ou Centro-Oeste. Mas das gestantes entrevistadas na maternidade de grande porte da zona Leste se dividiram entre residentes da zona Leste e Norte. Com relação à maternidade de grande porte da zona Sul as gestantes residiam na zona Sul, Leste e Norte. No geral, a maior parte das gestantes, cerca de 50% eram residentes da zona Norte, apenas cerca de 5% da zona Sul e a outra percentagem igualmente distribuídas nas zonas Leste e Oeste ou Centro-Oeste.

Cerca de 65% referiam viver com o companheiro, sendo 9 em união estável e apenas 2 casadas, e 5 puérperas relataram ser solteiras e viverem com os pais. Também cerca de 65% informaram que não estavam trabalhando fora, 4 mulheres relataram estar trabalhando informalmente e 2 formalmente. A maior parte das mulheres estava na segunda gestação, 41,1 %, enquanto na nascer no Brasil 41,5% estavam na primeira gestação. O que revela uma maior fecundidade no município, se comparado aos dados nacionais.

Mais de 80% das mulheres informaram não ter planejado a gestação, mas apesar disso 100% relatou estar satisfeita com a gestação. Não

encontramos qualquer relação entre o não planejamento da gravidez e a não realização ou início tardio do pré-natal. A cobertura da assistência pré-natal, agora levando em conta 19 mulheres entrevistadas – sendo inclusa a mulher que não realizou o pré-natal e a que realizou no serviço privado e sendo excluída apenas a puérpera moradora do Município de Iranduba – foi de cerca de 95%. Apenas uma mulher não realizou a assistência pré-natal. A cobertura da assistência abrange a quase totalidade da amostra. Quantitativo semelhante à cobertura nacional que segundo a pesquisa Nascer no Brasil é 98,7%.

Através do PHPN o Ministério da Saúde regulamenta que a primeira consulta da assistência pré-natal ocorra até o 4º mês de gestação. Segundo a pesquisa realizada, conforme a informação das puérperas, cerca de 90% das mulheres realizaram a primeira consulta até o 4º meses de gestação. Sendo que mais de 75% iniciaram no primeiro trimestre de gestação e a maior parte das mulheres começou ainda entre o 1º e 2º mês de gestação. O que indica um ótimo resultado para o município visto que no Brasil, segundo a pesquisa Nascer no Brasil, apenas 75% das mulheres iniciaram a assistência pré-natal até o 4º mês de gestação.

Através do PHNP o Ministério da Saúde institui a realização de no mínimo 6 consultas de pré-natal e a pesquisa revelou que apenas cerca de 60% das mulheres alcançaram essa marca. Um quantitativo baixo se comparado à marca nacional que, conforme a Nascer do Brasil, é de 73,1%. 7 mulheres tiveram menos que 6 consultas de pré-natal, 2 relataram barreiras de acesso. Dentre estas, uma relatou que a unidade estava sem médico e/ou enfermeiro e remarca constantemente as consultas, e a outra informou que unidade distribuía fichas para as consultas de pré-natal, mas, que geralmente, quando ela chegava as fichas já tinham acabado. Outras 3 alegaram dificuldades pessoais: uma disse ter viajado por 2 meses, a outra disse que ficou um bom tempo sem a sua identidade e a terceira que estava trabalhando muito. As outras duas mulheres possuem em comum o fato de terem iniciado a assistência pré-natal no 4º mês de gestação e terem realizado apenas 5 consultas, dentre elas uma alegou que descobriu a gestação tardiamente, isso pode denotar que o teste de gravidez não tem sido disponibilizado nas UBSs como deveria. Porém, mesmo dentre as mulheres que realizaram mais de 6

consultas de pré-natal houve críticas quanto ao acesso ao pré-natal; duas puérperas que haviam realizado o pré-natal em policlínica informaram que procuraram tal unidade porque as UBS estavam muito cheias e só agendando consulta para uma data muito distante; uma outra puérpera relatou que realizou o pré-natal na 4ª UBS que buscou visto que as outras também só estavam agendando para uma data muito distante.

Quanto à unidade de saúde em que as mulheres realizaram a assistência pré-natal 82,3% realizaram em unidades básicas de saúde, sendo todas em UBS, exceto 1 que realizou em “casinha de saúde”. Quanto as demais, 2 realizaram, como já dito, em policlínica e 1 em ambulatório hospitalar.

O local onde a maioria das gestantes de baixo risco realiza a assistência pré-natal é na UBS, também conhecidas pelo Brasil como centros de saúde ou postos de saúde. No início da década de 2010 entrou em ação em Manaus o Programa de Reestruturação da Rede Pública Municipal de Saúde, onde, entre outras mudanças, iniciou a substituição das antigas “Casinhas de Saúde” pelas UBSs da Família. As “casinhas”, que funcionam em espaços de apenas 32m², oferecem consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares, enquanto as UBSs da família, possuem espaço de 130m² e além de fornecer os serviços anteriores ofertam também atendimento odontológico, coleta de exames, imunização, farmácia, nebulização e curativo (TORRES, 2011).

Diante das queixas das barreiras de acesso percebe-se que as UBSs existentes no município não estão conseguindo atender todas as gestantes que necessitam realizar a assistência pré-natal, impedindo que muitas gestantes consigam realizar o mínimo de 6 consultas de pré-natal. Sendo assim, mais “casinhas de saúde” precisam ser ampliadas para UBSs da Família, especialmente na zona Norte do Município.

25% das mulheres que informaram ter tido dificuldade para conseguir atendimento. Dentre essas mulheres 80% informaram residir na zona Norte. 2 dessas mulheres relataram que como as UBSs estavam superlotadas e agendando consultas para uma data muito distante buscaram e receberam atendimento em policlínica. Outras 2 informaram que tiveram dificuldade para

reagendar as consultas sendo informadas que havia insuficiência de profissionais. O caso mais alarmante foi o de uma mulher que, residente do Conjunto Viver Melhor no bairro Santa Etelvina, realizou apenas 3 consultas de pré-natal, porque, segundo ela, quando ia pegar a ficha para agendar a consulta a fichas já tinham acabado.

Diante disso, observamos que as UBS estão em quantidade insuficiente especialmente na zona Norte, que como já dito, é a zona da cidade que mais cresceu em termos populacionais nos últimos anos e abriga cerca de $\frac{1}{4}$ da população do Município.

No que tange a realização dos exames laboratoriais 100% das gestantes relataram ter realizado os exames laboratoriais básicos sem encontrar barreiras de acesso, porém algumas gestantes que realizaram menos consultas relataram que não conseguiram repetir alguns exames que seriam necessários. Isso reforça a necessidade de ampliar a oferta de assistência pré-natal no município para que todas as gestantes tenham acesso à no mínimo 6 consultas.

Quanto às atividades educativas em grupo apenas cerca de 10% das gestantes informaram ter participado. Levando em consideração que apenas 52,9% das mulheres relataram ter recebido algum tipo de informação sobre o trabalho de parto e o parto, tais atividades educativas seriam muito importantes para abordar, além deste tema crucial, outros temas como o aleitamento materno, as transformações físicas e hormonais no corpo da mulher durante a gestação e pós-parto, os cuidados básicos com o bebê, entre muitas outras informações que tornariam as mulheres mais seguras para o parto e satisfeitas com a assistência pré-natal.

Conforme Brasil, 2013, a portaria que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, o pré-natal de alto risco poderá ser realizado nas UBSs, quando houver equipe especializada ou matriciamento, e nos ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade. Assim como, Brasil 2000b, a portaria que regulamenta o PHPN garante às gestantes classificadas como de risco o direito ao acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à

gestação de alto risco. A primeira portaria citada orienta ainda que o encaminhamento ao pré-natal de alto risco deve ser realizado, prioritariamente, pela atenção básica que também deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado.

Quanto a esse quesito da integração da assistência pré-natal a outros serviços da rede de saúde a pesquisa encontrou fragilidades no município de Manaus. Apenas uma puérpera relatou ter realizado o pré-natal de alto risco e informou que o fez em ambulatório hospitalar e, segundo ela, ela mesma procurou o serviço por estar ciente de que sua idade, 42 anos, lhe permitiria o acesso. Ainda nos disse que conseguiu atendimento sem qualquer dificuldade. Isso denota que a gestante de alto risco não possuía vínculo com uma UBS, que deixou de referenciá-la e acompanhá-la como deveria. Em contrapartida, realizamos entrevista com uma puérpera que estava na sua segunda gestação e realizou o pré-natal de baixo risco em uma UBS próxima à sua casa, sendo que além de possuir 42 anos, na sua primeira gestação o bebê nasceu morto. Durante a realização da entrevista ela estava como acompanhante do seu bebê que estava internado por ter nascido durante o 6º mês de gestação. Ela relatou que entrou em trabalho de parto e buscou a maternidade onde a equipe tentou retardar ao máximo o parto através de medicações, mas sem sucesso.

Outro caso que demonstra falhas na integração da assistência prestada é o da gestante que realizou o pré-natal de baixo risco em uma UBS em Iranduba e após desenvolver hipertensão descontrolada no sexto mês de gestação foi encaminhada para o pré-natal de alto risco no Município de Manaus. Quando chegou de ambulância no ambulatório da maternidade o médico que a atendeu, segundo ela, realizou uma rápida avaliação em que constatou que a sua pressão não estava tão alta e que ela poderia voltar para casa e manter uma dieta com pouco sal. Como estava ciente de que em seu caso a sua pressão não estava respondendo às medicações a puérpera relatou que, em companhia do seu marido, pegou um taxi e foi para outra maternidade que realizava pré-natal de alto risco. A equipe médica desta maternidade considerou necessário deixá-la internada para melhor avaliação e constatando que a elevada pressão não cedia com a medicação decidiu, em poucos dias, interromper a gestação para resguardar a vida da mulher e do seu bebê.

Ainda com relação à integração da assistência pré-natal a outros serviços de saúde pesquisamos sobre a vinculação da gestante, durante o pré-natal, ao local de internação para o parto. O Ministério da Saúde, por meio da portaria de número 1.020 de 2013, regulamentou que a gestante deverá estar vinculada e ser informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação. Porém, a pesquisa revelou que apenas 35,2% receberam orientação sobre qual maternidade procurar no momento do parto. Percentual muito baixo quando comparado ao nacional, trazido pela pesquisa Nascer no Brasil, que é de 58,7%. Esta pesquisa afirma que nas regiões Norte e Nordeste as mulheres relataram ter recebido menos esse tipo de orientação (LEAL, 2014).

O percentual de mulheres que peregrinaram em busca de maternidade foi de 23,5%, considerando as 20 mulheres com as quais realizamos as entrevistas. Percentual também mais crítico que o nacional que, segundo a pesquisa Nascer no Brasil, foi de 16,2%. Dentre as mulheres que peregrinaram, 2 conseguiram internação na 2ª maternidade em que foram e as outras 2 só conseguiram na 3ª maternidade. Em 50% dos casos as maternidades alegaram não ter vaga e apesar das duas mulheres estarem em trabalho de parto não foram encaminhadas para outras maternidades de ambulância, mas deixadas à sua própria sorte. Dentre elas, uma estava em carro próprio e a outra em carro de parentes/amigos. Nos outros 50% dos casos, as maternidades não acharam que era o momento da internação para o parto, porém as mulheres não desistiram e outras maternidades as aceitaram. Dentre estas, uma mulher não foi aceita por duas maternidades consecutivamente porque, segundo ela, os médicos a informaram que ela estava com apenas 3 centímetro de dilatação.

A inspeção do colo do útero é um dos passos da avaliação obstétrica para diagnóstico do início do trabalho de parto e a consequente internação da gestante. Quando o colo do útero dilata totalmente, 10 centímetros, inicia-se o período expulsivo. Conforme Brasil, 2001, é constatado o início do trabalho de parto uma vez observadas contrações uterinas regulares e a dilatação cervical entre 3 e 4 centímetros.

A avaliação da dilatação uterina sofre variações de acordo com diferentes médicos, assim como estes também divergem quanto ao momento propício para a internação. Alguns não consideram adequado internar uma mulher com 3 centímetros de dilatação, assim como ocorreu no caso citado a cima. Diante disso, a gestante talvez mal orientada a cerca dos estágios do trabalho de parto ou sem interesse de voltar para reavaliação na mesma maternidade, sai em busca de uma maternidade que a acolha para o seu parto. É possível ainda que diante de um início do trabalho de parto e levando em conta a alta demanda, se priorize as gestantes com o trabalho de parto mais avançado e se dispense as demais sem a responsabilidade de encaminhá-las à outra maternidade via ambulância.

Os resultados desta pesquisa apontam que a cobertura da assistência pré-natal no município de Manaus é quase universal, 95%. Deixando de abranger a totalidade não por uma incapacidade do serviço, mas devido a dificuldades das gestantes de buscar o serviço. A única gestante que não realizou o pré-natal informou que a sua atividade laboral, cuidadora de idoso que mora no local de trabalho, a impossibilitava de sair durante o dia para buscar atendimento.

Contudo, a adequação dessa assistência é ainda baixa. Apesar de 90% das mulheres conseguirem iniciar o pré-natal até o 4º mês de gestação. Constatamos que as mulheres que começaram neste período não conseguiram completar o mínimo de 6 consultas, visto que encontrou-se dificuldade no agendamento mensal das consultas. 75,0% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. O percentual de mulheres que conseguiu realizar o mínimo de 6 consultas de pré-natal foi muito baixo: apenas 60% das mulheres conseguiu. Isso compromete grandemente a assistência ofertada, a avaliação de risco, a realização do elenco básico de exames laboratoriais, entre outras ações que deixam de ser realizadas para a garantia da redução da morbimortalidade da mulher e seu recém-nascido.

Quando outros parâmetros são incluídos, como a realização de exames de rotina, informações sobre o trabalho de parto e o parto e orientações a cerca

da maternidade onde poderão realizar o parto verificou-se que apenas cerca de 35% das gestantes receberam os procedimentos recomendados.

Podemos afirmar que assim como o Brasil, a Manaus foi bem sucedida na ampliação do acesso à assistência pré-natal. Entretanto, desafios persistem para a melhora da qualidade dessa assistência, para que seja viável a realização de todos os procedimentos considerados efetivos visando a redução dos desfechos desfavoráveis para as mulheres e seus recém-nascidos.

Para a oferta de uma adequada assistência pré-natal em Manaus é necessária a ampliação da oferta do serviço e do número de profissionais envolvidos para que todas as gestantes consigam realizar o elenco mínimo de consultas e procedimentos.

Também é necessário que as unidades de saúde incorporem a rotina de orientar a mulher a cerca do local do parto e do agendamento da visita à essas maternidades para que a mulher conheça o trajeto e as instalações do local. Apenas uma puérpera entrevistada relatou que além da unidade orientá-la a cerca da maternidade ainda agendou uma visita. Ela relatou que gostou muito da oportunidade. A vinculação das gestantes às maternidades está garantida em lei desde de 2007, conforme Brasil 2007b, além de ser uma recomendação do Programa Rede Cegonha para integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, visando ao acolhimento das parturientes e à garantia de leito para internação.

Melhorias também são necessárias objetivando minimizar o alto grau de peregrinação existente no município. É fundamental que as maternidades utilizem a central de regulação de vagas para a garantia da proteção da mulher e seu recém-nascido.

CAPÍTULO 3 – A ASSISTÊNCIA AO PARTO E A SUA OFERTA NA SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE MANAUS

3.1 A assistência ao parto no Brasil

Figura 1: Fotografia da Marcha pela Humanização do Parto



Fonte: Villela, 2012.

Esta fotografia foi registrada pela Tânia Rego, da Agência Brasil, em 06 de agosto de 2012, no Rio de Janeiro, na ocasião de uma marcha em prol da humanização do parto. Segundo a jornalista que produziu a matéria, Flávia Villela, mulheres e entidades em defesa do parto humanizado realizaram a manifestação simultaneamente em outras 23 cidades brasileiras, entre elas Recife, Fortaleza, João Pessoa, Salvador e São Paulo. Conforme o relato da Ellen Paes, jornalista e uma das organizadoras do evento, a mobilização das mulheres para a manifestação iniciou na internet onde se conheceram e se indignaram com a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) que proibiu a atuação das acompanhantes profissionais (obstetizes, doulas e parteiras) em maternidades e comunicou que seriam punidos os médicos obstetras que acompanhassem partos domiciliares (VILLELA, 2012).

As mulheres e interessados pela causa do parto humanizado continuam lutando pelo direito a um parto com o mínimo de intervenções médicas possíveis, pelo direito de estar acompanhada por uma profissional qualificada a dar-lhe apoio e acolhimento em seu trabalho de parto e parto e pelo direito de dar à luz onde se sentir mais segura, em casa, em uma casa de parto ou em uma maternidade. Continuam lutando por um parto seguro, respeitoso e com a devolução do protagonismo à mulher.

A luta pelo parto humanizado no Brasil teve início na década de 1970, quando cresceu a resistência do movimento de mulheres às imposições médicas no parto. Com a bandeira “O nosso corpo nos pertence” o movimento questionava a quem o parto pertencia, em que eram baseadas as intervenções médicas e reclamavam a retomada dos partos normais. As resistências femininas às imposições médicas se concentravam quanto ao momento do parto por ser este o cenário em que ocorriam as maiores intervenções, no sentido de padronizar e ordenar a assistência (SERRUYA, 2004).

Conforme Wagner apud Serruya (2003), a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher enquanto ser humano e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas.

A assistência ao parto no Brasil, centralizada na figura do médico obstetra, é exercida na perspectiva tecnocrática, caracterizada pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas. Nesta assistência impera a ideia de passividade das mulheres, imobilizadas durante o parto, enquanto sofrem intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento. O uso exacerbado de procedimentos desnecessários e danosos é conduzido pela lógica mercantil assumindo expressão mais visível na crescente epidemia de cesáreas. Tal modelo tecnocrático impera de modo distinto no SUS e na saúde suplementar. Nos serviços públicos é frequente a desarticulação entre a atenção pré-natal e ao parto, a peregrinação em busca de internação e o excesso de intervenções médicas quase sempre desnecessárias e prejudiciais. Na assistência suplementar sobressai o excesso

de cesariana agendada. Em ambos os setores, não é garantido o direito à informação nem o respeito à autonomia das mulheres, nem sempre é permitido o direito, previsto em lei, ao acompanhante. Tudo isso torna o parto solitário, inseguro e doloroso (AQUINO, 2014).

Tais questionamentos e bandeiras do movimento feminino Brasil e em outros países suscitaram reflexões sobre o assunto e chegaram a um consenso da necessidade de “humanizar” o parto. Em 1985, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde se reuniram para avaliar o conjunto de práticas consideradas de “rotina” no parto e nascimento. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências. Houve o reconhecimento de que o nascimento, na grande maioria dos casos, necessita apenas de observação, devendo ser criterioso o uso de técnicas resultantes do progresso da obstetrícia e baseado nas indicações científicas, mesmo para as práticas consideradas mais simples. Também se concluiu que o excesso de intervenções é responsável por um conjunto de desvantagens que incluem desde o desperdício de recursos até importantes complicações na saúde (DINIZ, 2005).

Mas, quando se deu o início dessa desumanização na assistência ao parto?

A cena de uma mulher entrando em trabalho de parto e solicitando que chamem a parteira porque é chegada a hora fez parte, hegemonicamente, da vivência humana durante milhares de anos. Esta cena está presente em nossa memória coletiva, nos contos, nos filmes. O universo do nascimento inseria-se absolutamente no mundo das mulheres. Aos homens cabia a contemplação e o encantamento.

No entanto, a ampliação do conhecimento científico a cerca da área biológica, no início do século XX, possibilitou a entrada do saber médico, na ocasião majoritariamente masculino, no âmbito do nascimento humano, tomando o lugar que era até então ocupado pela intuição e pela experiência (JONES, 2014).

Com o passar dos anos mais tecnológica a assistência obstétrica foi se tornando, inicialmente com a utilização do fórceps e posteriormente com a hospitalização do parto e mais recentemente com a popularização da cesariana. Atualmente, quase todos os partos são feitos em hospitais apartando, ainda em muitos casos, as mulheres de um ambiente acolhedor, da companhia de pessoas de sua confiança e sendo permeado por excesso de intervenções, na maioria das vezes desnecessárias e prejudiciais (JONES, 2014).

O obstetra Jones, 2014, relata que é reconhecida a importância dos avanços científicos na área obstétrica para a diminuição da morbi-mortalidade materna e infantil. As recomendações da OMS reconhecem, por exemplo, a necessidade da utilização da cesariana para 15% dos partos em que, devido à intercorrências, estão em risco de vida a mulher ou o recém-nascido. Em muitos países desenvolvidos que conseguem conjugar uma qualificada assistência pré-natal com o parto humanizado e a utilização da cesariana para os casos necessários, é mínima a percentagem da mortalidade materna e neonatal.

Embora o Brasil tenha alcançado uma elevada cobertura na assistência pré-natal e o percentual de parto hospitalar em 2010 tenha sido maior que 98%, ainda convive com elevada razão da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos) sugerindo problemas na qualidade da assistência prestada (DATASUS 2011) (LEAL, 2014).

O índice de mortalidade materna no município de Manaus no ano de 2012 obteve a razão de (53,6/100 mil nascidos vivos), quase a metade do registrado em 2009, que obteve razão de (98,6/100 mil nascidos vivos). A principal causa de morte materna em Manaus é infecção no período após o parto, seguido de hipertensão arterial e hemorragias (SEMSA, 2013).

A luta das mulheres pela humanização do parto somado às orientações da OMS levou o Ministério da Saúde a elaborar uma estratégia que sensibilizasse gestores e profissionais à melhoria da assistência obstétrica no país. Esta estratégia consistiu no desenvolvimento do Programa de

Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, que se somaria a outras estratégias já em andamento.

Este Programa possui o objetivo de alcançar a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, buscando 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 (BRASIL, 2000).

Desde então o Ministério da Saúde vêm desenvolvendo ações para fomentar tais melhorias. São exemplos: as Casas de Parto, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal e a Rede Cegonha.

As Casas de Parto, também chamadas de Centros de Parto Normal, foram criadas no âmbito do SUS, em 1999, com o objetivo de humanizar e melhorar a assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, diminuindo, assim, o número de óbitos por causas evitáveis e o número de cesárias no país (ANVISA, 2004).

A legislação define normas e critérios a serem utilizados para criação e funcionamento das mesmas como: a impossibilidade de funcionar sem a licença da autoridade sanitária competente do estado ou município, a quem compete ainda aprovar projetos de construção, reforma ou ampliação de sua estrutura física; e devem estar a, no máximo, uma hora de distância dos seus hospitais de referência, e possuir ambulância com motorista para a transferência imediata da mulher do recém-nascido, em caso de necessidade.

As Casas de Parto configuram-se enquanto um ambiente acolhedor e tranquilo que realiza o parto normal em gestantes de baixo risco, além de pré-natal e reuniões em grupo. As Casas, chefiadas por enfermeiras obstetras que buscam desenvolver relações de afetividades com as mulheres e seus familiares, seguem as orientações do Ministério da Saúde quanto às boas práticas da assistência obstétrica, apoiando o protagonismo da mulher e não expondo a intervencionismo desnecessário e prejudicial.

Este modelo, que depende do interesse da administração pública local, tem avançado, mas ainda é ausente na maioria das cidades brasileiras, assim como na cidade de Manaus.

O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal foi executado em 2010 em 26 maternidades com o intuito de apoiar a humanização do parto e nascimento. O Plano investiu na capacitação técnica dos profissionais de saúde e na forma de acolher e tratar as mulheres buscando assegurar: a implementação do acolhimento com classificação de risco e do direito à acompanhante de livre escolha da gestante; a ambiência do pré-parto e parto (adequação de duas salas que permitem a realização de todos os procedimentos de pré-parto, parto e pós-parto) (MARIELLA, 2010).

Este Plano atuou no Estado do Amazonas em duas maternidades estaduais localizadas no município de Manaus, Ana Braga e Balbina Mestrinho. Os Profissionais das maternidades selecionadas pelo Plano realizaram visitas técnicas a serviços de referência de assistência obstétrica humanizada, realizaram mini-estágios e receberam treinamento em seu local de trabalho (JORNAL A CRÍTICA, 2011).

Além disso, a Rede Cegonha realizou um trabalho, em 2013, com seis maternidades brasileiras com o objetivo de apoiar a qualificação da assistência obstétrica e neonatal orientadas pela humanização e pelas práticas baseadas em evidências científicas; gestão participativa, com envolvimento do controle social; e monitoramento e avaliação (MARIELLA, 2013).

Tais maternidades tornaram-se Centros de Apoio da Rede Cegonha tendo o compromisso de apoiar uma as outras e aos serviços de mesma natureza em sua localidade. O trabalho consistiu na capacitação de cinco profissionais de cada maternidade no Hospital Sofia Feldman, localizado na capital mineira, que é referência no Brasil para as boas práticas no parto e nascimento (MARIELLA, 2013).

Dentre as seis maternidades selecionadas está a Maternidade Estadual Balbina Mestrinho. A técnica fomentadora do trabalho nesta maternidade,

Loiana Melo, relatou que iria reunir as outras oito maternidades públicas da cidade para compartilhar o estímulo a melhorias na assistência obstétrica e apoiar as mudanças que possam ocorrer. A Rede Cegonha pretende estender esta iniciativa a outras maternidades brasileiras que apresentem experiências expressivas na atenção obstétrica e neonatal (MARIELLA, 2013).

Durante as entrevistas nas maternidades chegamos ao conhecimento que na Maternidade Balbina Mestrinho e na Maternidade Ana Braga foram inaugurados em 2013 os Centros de Parto Normal Intrahospitalar (CPNin), cada um com 3 leitos. Apenas podem ser conduzida para os CPNin as gestantes de risco habitual.

Porém, a concretização da humanização do parto no Brasil ainda encontra muitos desafios.

3.2 Desafios à humanização do parto no Brasil

A luta das mulheres brasileiras pelo parto humanizado na década de 1970 impulsionou alterações na assistência obstétrica do país, mas apesar do trabalho que tem sido desenvolvido o Brasil ainda está distante de ser reconhecido por ter um parto humanizado. A mudança está em curso, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Apesar de o Brasil ter ampliado cobertura da assistência pré-natal para a quase totalidade das gestantes brasileiras, estar apto para atender a necessidade, da maior parte dos casos, de parto cesariana e estar investindo na humanização da assistência obstétrica, ainda está longe de ser reconhecido como um país que oferece uma assistência pré-natal qualificada, um parto humanizado e uma percentagem adequada de cesariana. E ainda tem enfrentado dificuldade de reduzir a mortalidade materna que se encontra em percentual inaceitável.

A pesquisa Nacer no Brasil, coordenado pela Fiocruz, com a parceria do Ministério da Saúde, nos traz dados relevantes a cerca dos desafios ainda precisam ser enfrentados para a humanização do parto no Brasil. A pesquisa foi realizada com mulheres que estavam realizando pré-natal e com mulheres que realizaram seus partos em maternidades públicas, privadas ou

conveniadas ao SUS entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 (MOROSINE, 2014).

Enquanto o percentual aceitável de cesárias segundo as orientação da OMS é de 15%, a pesquisa revela que o percentual de cesarianas no Brasil está em 52%, sendo o mais alto do mundo. Na rede do SUS este índice está em 38% e na rede privada chega a 88%. Em países como Suécia e Hungria o percentual é menor que 20%, em Portugal está em 35% (MOROSINE, 2014).

A coordenadora da pesquisa, Maria do Carmo Leal, médica epidemiologista da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), que pesquisa parto e nascimento há mais de 20 anos, afirma que não há justificativas clínicas para este percentual, já que nos últimos dez anos estudos vêm mostrando seus malefícios, que não estavam muito claros. Segundo ela, entre os riscos para a mãe estão o aumento da possibilidade de hemorragia, infecção, implantação anormal da placenta em gravidezes posteriores, atraso na amamentação, maior dificuldade de recuperação no pós-parto e morte materna (MOROSINE, 2014).

Conforme a pesquisa acima, no Brasil, 28% das mulheres no início da gestação dizem desejar a cesariana, percentual alto, já que no mundo, fica entre 10% a 15%. Maria do Carmo acredita que isso se deve a “cascata de intervenções dolorosas” que a mulher é submetida no parto vaginal aumentando o desejo pela anestesia e pela cirurgia (MOROSINE, 2014).

A Nascer no Brasil revela que 57% das mulheres que desejavam ter parto normal alcançaram esse objetivo (63% no setor público e apenas 21% no privado) e entre as mulheres que desejaram a cesariana, 73% tiveram esse parto, sendo o percentual de 97% no setor privado. Enquanto a decisão da mulher pela cesárea é respeitada, o mesmo não ocorre quando se trata de normal (MOROSINE, 2014).

A coordenadora relata que muitos obstetras acabam induzindo as mulheres durante o pré-natal a escolher a cesariana, seja porque preferem a cesariana por uma questão de conveniência ou convicção de que ela é melhor do que o parto normal (MOROSINE, 2014).

A pesquisa também revelou a predominância da medicalização abusiva, com excesso de intervenções inclusive no parto normal. Foi verificado: o alto uso de ocitocina para acelerar as contrações, que pode levar o útero à exaustão, interferindo no processo natural do trabalho de parto; a prevalência dos partos na posição deitada, de profissional de saúde aplicando a manobra de Kristeller (empurrar a barriga “auxiliando” a saída do bebê) e da episiotomia (corte do períneo para “facilitar” a passagem do bebê). Recursos que causam dor e sofrimento evitáveis. Enquanto apenas: 25% puderam se alimentar durante o trabalho de parto, 46% foram estimuladas a se movimentar e 28% tiveram acesso a procedimentos não farmacológicos para alívio da dor (LEAL, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda para os casos de parto normal que, antes de ofertar uma analgesia de parto, o hospital deve ofertar os métodos não farmacológicos de alívio da dor, que oferecem menos riscos e podem resolver o problema da sensibilidade a dor sem os riscos da analgesia. Esses métodos incluem apoio contínuo, liberdade de movimentação e adoção de posições, acesso à água - como chuveiro e banheira – acesso a escadinha de ling, ao cavalinho e banquinho, que são instrumentos de fisioterapia para adotar outras posições para o parto normal, além do apoio pela doula, a ambiência da maternidade e a privacidade (BARBA; BARIFOUSE, 2014).

Foi constatado também pela Nascer no Brasil que no Brasil apenas 5% das mulheres puderam vivenciar um parto sem alterações na fisiologia do trabalho de parto. Índice que Reino Unido é de 40%. A pesquisa informa que para cerca de 95% das mulheres, apenas o fato de estar hospitalizada é tido como sinônimo de ser objeto de procedimentos, a maioria caros e não necessários. As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e mais frequentes nos hospitais próprios do SUS (LEAL, 2014).

Apesar de o Ministério da Saúde estar investindo para humanizar a assistência obstétrica no SUS e de já serem observados alguns avanços ainda há um longo caminho a ser percorrido. A assistência obstétrica na Saúde Suplementar precisa avançar por esse caminho. Responsável, como visto

através da pesquisa acima, por 20% dos partos brasileiros está com um percentual de quase 90% de partos cesarianas e tem sido menos frequente que o SUS nas boas práticas durante o trabalho de parto. Enquanto a luta em prol da humanização do parto tem ocasionado melhorias na assistência obstétrica do SUS o mesmo não se observa na Saúde Suplementar (LEAL, 2014).

A coordenadora Maria do Carmo Leal informou que o processo de mudança já começou e pode ser observado através do aumento da participação das mulheres na luta por um bom parto, do movimento entre os profissionais de saúde na busca por uma mudança no modelo de atenção obstétrica e por iniciativas como Governo Federal como a Rede Cegonha. Mas que o processo de mudança será longo e que devem ser tomadas iniciativas na mudança da formação médica, na atuação e valorização da enfermagem obstétrica e das obstetrias no atendimento ao parto e do investimento em campanhas de massa dirigidas às mães e familiares para que entendam que a cesárea implica riscos para a mãe e o bebê (LEAL, 2014).

Diante de tais evidências de que o Brasil ainda está distante de possuir um parto humanizado fica claro porque ainda nestes dias as mulheres continuam lutando por este ideal.

3.3 A mudança está em curso, a luta permanece

A postura adotada pelo CREMERJ, que desencadeou a manifestação abordada na fotografia, ocorreu após a veiculação, através da internet e da televisão, do aumento da ocorrência de partos domiciliares. Em 2012 foi noticiado o parto domiciliar da Gisele Bündchen e da filha da apresentadora Ana Maria Braga e foi transmitido pelo Programa Televisivo Fantástico o vídeo “Parto da Sabrina, nascimento do Lucas” que vinha sendo muito acessado no youtube (RIOS, 2014).

Isso é resultado do aumento da informação entre as mulheres sobre o parto humanizado que as faz rejeitar a, ainda predominante, assistência obstétrica desumanizada. As mulheres buscam o retorno do seu protagonismo e da possibilidade de dar à luz em um ambiente acolhedor, com pessoas de

sua confiança e sem o receio de serem submetidas a intervenções desnecessárias, dolorosas e prejudiciais.

Acreditamos que se em breve a Saúde Suplementar não aderir ao parto humanizado, como é de interesse das mulheres, o seu percentual de partos de 20% cairá ainda mais, estas optarão por partejar na rede do SUS ou, as que puderem custear os profissionais competentes, optarão partejar em seus domicílios.

Em 2013 foi lançado o documentário “O Renascimento do Parto”, produzido por Érica de Paula e Eduardo Chauvet, que destaca a importância do parto normal. Entre os especialistas entrevistados estão a antropóloga americana e ativista do parto natural Robbie Davis-Floyd, o obstetra e cientista francês Michel Odent, a psicóloga Laura Uplinger, a obstetra e professora da Universidade de Brasília (UnB) Maria Esther Vilela, que coordena o Núcleo de Saúde da Mulher e o Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde, o obstetra Ricardo Jones, a epidemiologista e professora da UnB Daphne Rattner e a enfermeira obstetra Heloisa Lessa (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

O obstetra Ricardo Jones informa que, segundo a OMS, o lugar mais adequado para a mulher ter seu filho é onde ela se sente segura. Para muitas mulheres, o lugar mais seguro é a sua casa; para outras, é uma casa de parto; e para outras vai continuar sendo o hospital. Todas elas devem que ser contempladas pelo SUS (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

O documentário relata que atualmente apenas 1% dos partos realizados no Brasil ocorre em casa, sendo esta é uma opção para as gestações de baixo risco sabendo-se que ao se desconfiar de algum problema é necessário procurar um hospital (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

Segundo a antropóloga Robbie Davis-Floyd, na Holanda onde 20% dos partos, em 2011, foram domiciliares a taxa de cesarianas é de 15%; e em todo o mundo, o ideal seria que as parteiras profissionais atendessem de 70% a 80% dos partos, e os obstetras, de 20% a 30% (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

A obstetra Melania Amorim comenta que a OMS considera habilitados para assistência ao parto os médicos obstetras, os médicos da família, as enfermeiras obstetras e as parteiras formadas ou obstetras (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

Para a produtora do documentário as mulheres precisam se informar mais e aumentar a demanda pelo parto normal, quanto aos profissionais, estes devem ter uma visão mais fisiológica do processo; no que tange o governo e as agências reguladoras, precisam fiscalizar para que haja indicações reais de cesariana (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

3.4 A assistência ao parto ofertada na saúde pública do Município de Manaus

Através do PHPN, de manuais técnicos e portarias o Ministério da saúde busca regulamentar a assistência obstétrica ofertada no Brasil. Também através da promoção de capacitação profissional e da adequação da ambiência do parto o Ministério da Saúde visa implementar uma assistência obstétrica humanizada, calcada na adoção de boas práticas obstétricas e na ausência de intervenções obstétricas prejudiciais à puerpera e ao seu recém-nascido.

Enquanto a realização de uma assistência obstétrica apropriada pode reduzir as possíveis complicações que venham a ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto, em contrapartida a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a puerpera e seu recém-nascido (BRASIL, 2001).

Apesar de todo empenho do Ministério da Saúde, apoiado e incentivado pelos movimentos sociais e de mulheres em prol da humanização do parto no país, o Brasil continua sendo reconhecido por desempenhar uma assistência obstétrica extremamente intervencionista, tendo como expressões disso a mais elevada taxa de cesária do mundo e excessivas intervenções no trabalho de parto e no parto normal (LEAL, 2014).

A OMS, através do documento “Assistência ao Parto Normal: Um guia prático Guia Prático” de 1996, e o Ministério da Saúde, através do Manual Técnico “Aborto, Parto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher” de

2001, orientam que haja no trabalho de parto: a oferta de líquidos por via oral; o estímulo à movimentação e à posições verticalizadas (além da deambulação, do uso de recursos como bola, escadinha de ling, cavalinho); a presença de um acompanhante, da escolha da mulher, durante todo o seu período de internação; uso do partograma e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (como banho, massagens e técnicas de relaxamento); tecnologias que são acessíveis, não invasivas, de baixo custo e que podem ser ofertadas por todos os serviços de saúde.

O Ministério da Saúde também regulamentou as boas e humanizadas práticas a serem desenvolvidas com os recém-nascidos como o contato cutâneo precoce entre a puérpera e o seu recém-nascido, o aleitamento na primeira hora de vida e o clampeamento do cordão umbilical depois de cessadas as pulsações do recém-nascido (aproximadamente de 1 a 3 minutos) e de modo imediato apenas para as puérperas isoimunizadas ou HIV / HTLV positivas (BRASIL, 2014).

A OMS e o Ministério da Saúde orientam também quanto às intervenções que podem ser prejudiciais no momento do parto, devendo ser evitadas ou eliminadas, são algumas delas: o uso de ocitocina antes do parto; a prática rotineira de amniotomia no 1º estágio do trabalho de parto; o uso rotineiro da posição de litotomia durante o parto; e a realização rotineira de episiotomia.

Iremos avaliar a assistência ao parto, também conhecida como assistência obstétrica, na rede pública do município de Manaus com o intuito de saber se a oferta do serviço segue os parâmetros da OMS e do Ministério da Saúde quanto ao uso das boas práticas e quanto à eliminação ou uso adequado de intervenções que podem ser prejudiciais para a puérpera e o seu recém-nascido. Para tanto realizamos 3 entrevistas com enfermeiras em 3 diferentes maternidades públicas do Município e 20 entrevistas com puérperas que deram a luz em 4 diferentes maternidade públicas do município, sendo 5 entrevistas em cada uma dessas maternidades.

Nas entrevistas com as enfermeiras também as questionamos sobre o uso do partograma, da existência de limites à cesariana e da incorporação do enfermeiro obstetra no trabalho de parto e parto.

A pesquisa Nascer no Brasil, através do artigo LEAL et al, 2014, realizou um estudo inédito ao descrever os processos e procedimentos empregados na atenção ao parto e nascimento no Brasil para revelar a frequência de utilização das boas práticas de atenção e de intervenções obstétricas. Traremos esses dados a nível nacional para uma melhor análise da qualidade da assistência ao parto e nascimento ofertada no Município de Manaus.

Para a análise das boas práticas obstétricas e das intervenções que devem ser evitadas, consideraremos apenas os dados referentes às mulheres de risco obstétrico habitual, visto que nas mulheres de alto risco obstétrico muitas intervenções se justificam. As mulheres de risco habitual foram assim definidas por não apresentarem diabetes ou hipertensão durante a gestação e por darem à luz, via parto normal, a bebês em boas condições de saúde e que puderam permanecer no alojamento conjunto.

Assim sendo, das 20 mulheres que entrevistamos, só consideraríamos os dados de 13 mulheres, visto que deixaríamos de considerar os dados de referentes a 7 mulheres: 5 mulheres que realizaram cesarianas, 1 mulher que deu à luz no 6º mês e o seu recém-nascido ficou na UTI e 1 mulher que apresentou hipertensão na gravidez.

Porém, durante as entrevistas 6 dentre essas 13 puérperas informaram ter chegado à maternidade dando à luz (2 mulheres relataram ter dado à luz cerca de 1 hora depois da internação e 4 em menos de 30 minutos). Estas puérperas informaram que não tiveram tempo de usufruir das boas práticas obstétricas, nem tão pouco foram submetidas a intervenções obstétricas desnecessárias e prejudiciais. Este é um fato extremamente instigante, quase 50% das mulheres optaram por chegar na maternidade nos últimos momentos do trabalho de parto. Indaguei a 2 delas sobre o motivo e disseram que na maternidade sofrem e veem o sofrimento dos outros, uma delas relatou que na primeira gestação procurou a maternidade no início do trabalho de parto e na segunda deixou para ir próximo da hora do parto. Essas mulheres preferem

aguardar a dilatação cervical em suas casas, no conforto e no aconchego dos seus lares, o que pode ser um pouco arriscado. Uma relatou que pariu na cadeira, pois sequer deu tempo de deitar-se na maca, a outra informou que o seu companheiro sequer viu o nascimento, visto que enquanto ele fornecia os dados para a internação o bebê nasceu.

A pesquisa Nascer no Brasil chegou ao seguinte resultado:

A menor prevalência de boas práticas foi verificada nas regiões Norte e Nordeste, áreas menos desenvolvidas do país. Nessas regiões, a frequência de algumas intervenções também foi menor, o que não significa necessariamente a adoção de um modelo menos intervencionista e mais “natural”. É provável que esses dados sejam mais o reflexo de uma prática de abandono das mulheres à própria sorte do que um modelo humanizado de atendimento, já que todas as boas práticas apresentaram menor frequência nessas regiões e os indicadores obstétricos e perinatais são os piores do país (LEAL et al, 2014, p. 11).

Talvez seja esse um dos motivos para a menor frequência de boas práticas e de intervenções obstétricas. As mulheres preferem ficar sem os “cuidados hospitalares”; se de fato fosse um cuidado as mulheres optariam recebê-lo durante o trabalho de parto, mas preferem ficar “abandonadas” em casa, onde devem estar cercadas de carinho e auxílio das pessoas queridas.

Deste modo, como apenas 7 mulheres de risco habitual vivenciaram o trabalho de parto nas maternidades, apenas essas 7 fizeram parte da amostra para a análise da assistência ao parto.

A execução das boas práticas obstétricas no trabalho de parto

Com relação à oferta de líquidos por via oral 100% informaram ter recebido, porém 30% relataram que só lhes foi oferecido água; provavelmente a oferta de chá não foi contínua nestas maternidades. Não existem evidências que apoiem a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações (BRASIL, 2001).

No que tange à oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, que não são invasivos e parecem ser seguros para as puérpera, foram citados banho morno e massagem. Apenas 42,8% relataram ter tido acesso a banho morno, sendo que em uma das quatro maternidades nenhuma gestante relatou ter tido acesso a banho morno. Sendo que a oferta de banho morno, exceto no

Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPNin) que fica dentro de duas das maternidades em que se realizou a pesquisa, é precária. Em uma das maternidades um único chuveiro é compartilhado por 9 leitos de pré-parto, as gestantes precisam fazer revezamento e ficar pouco tempo no chuveiro para não impedir que outras possam usufruir do serviço. Quanto a massagem, apenas a gestante que deu a luz no CPNin informou ter recebido, 2 relataram ter recebido massagem dos seus acompanhantes e 57,1% informou não ter recebido massagem.

Quanto ao estímulo à movimentação e às posições verticalizadas, 100% das gestantes informaram que foram estimuladas a deambular, mas nem todas tiveram acesso a recursos que auxiliam como bola, cavalinho e escadinha de ling. Em uma das maternidades esses recursos só estão disponíveis no período diurno, quando há fisioterapeuta na unidade, como se as mulheres pudessem escolher o horário para dar à luz. Quanto às outras sabemos todos os leitos de pré-parto tem acesso a esses recursos de modo satisfatório.

A adoção de posições verticalizadas durante a primeira fase do trabalho de parto, como o estímulo à deambulação e a liberdade de movimentação reduz o tempo de trabalho de parto e não parece estar associada com o aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem-estar da mulher e seu feto (OMS, 1996).

Quanto à presença do acompanhante durante todo o período de internação 100% das 20 gestantes informaram ter tido acesso sem qualquer dificuldade. Todas avaliaram essa possibilidade como muito boa por transmitir: segurança, tranquilidade, apoio/ajuda e força.

A prática de intervenções obstétricas quase sempre desnecessárias e prejudiciais

Continuaremos avaliando os dados de 7 mulheres, mulheres de baixo risco e que estiveram na maternidade durante o trabalho de parto.

Quanto à realização de episiotomia, 42,8% das mulheres foram submetidas a esse procedimento. A pesquisa Nascer do Brasil encontrou um

resultado parecido; revelou que cerca de 50% das mulheres são submetidas a este procedimento.

A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Porém, estudos comprovaram que a prática do uso restrito de episiotomia tem mais benefícios do que a episiotomia de rotina, uma vez que esses estudos demonstraram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária (BRASIL, 2011).

A OMS, 1996, orienta que a episiotomia pode ser indicada em partos que estavam evoluindo normalmente, mas que apresentaram: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto ou ameaça de laceração de terceiro grau. Ou ainda para mulheres que apresentaram laceração de terceiro grau em parto anterior. Salaria que o profissional deve ser habilitado para suturar lacerações e episiotomias de modo adequado, devendo receber treinamento para isso. Sendo aceitável a taxa de episiotomia entre 10% e 30%.

Brasil, 2011, informa que a ocorrência de lacerações perineais é frequente, especialmente em primíparas. Lacerações de primeiro grau às vezes não necessitam sutura, as de segundo grau podem ser suturadas sob analgesia local e as lacerações de terceiro grau devem ser suturadas para prevenir problemas de fístula ou incontinência fecal.

Assim sendo, as taxas de episiotomia tanto a nível nacional quanto, muito provavelmente, em Manaus, estão acima do aceitável, o que significa que muitas mulheres estão sendo submetidas a esta intervenção obstétrica indevidamente, desnecessariamente. O que torna o momento do parto e do pós-parto mais dolorosos do que precisavam ser.

Quanto à intervenção de amniotomia, que é o rompimento manual da membrana que envolve o feto, 85,7% das mulheres.

Quanto à amniotomia, embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o aumento do risco infecção para a puérpera e seu recém-nascido, quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas, entre outros. Então, a rotura artificial da bolsa deve ser evitada e utilizada somente diante de uma dificuldade na evolução do parto em que sua prática seja claramente benéfica (BRASIL, 2011).

A pesquisa Nascer do Brasil descobriu que a infusão de ocitocina é muito associada à amniotomia para provocar a aceleração do trabalho de parto. Os dados nacionais revelaram que ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres risco habitual (LEAL et al, 2014).

Essa associação mostra que, provavelmente, o uso de ocitocina também é alto na assistência ao parto em Manaus. Este intervencionismo na assistência obstétrica em mulheres de risco habitual demonstra que, em grande parte, foi desnecessário e cumpriu o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo (LEAL et al, 2014). Além de tornar o parto mais doloroso e sob o controle dos médicos, onde a mulher deixa de ser a protagonista na condução do seu trabalho de parto e onde o nascimento deixa de ocorrer de forma natural.

Quanto à desconfortável e inadequada posição de litotomia, também conhecida como posição ginecológica, foi utilizada por 85,7% das mulheres no momento do parto, não lhes sendo dada a oportunidade de dar à luz em outra posição. A pesquisa Nascer no Brasil revelou que a posição de litotomia foi uma regra, alcançando mais de 90% das parturientes de risco habitual, apesar dos benefícios das posições verticalizadas para a mulher e para o feto.

Quanto à posição no momento do parto, a OMS (1996), no seu Guia Prático de Assistência ao Parto Normal, recomenda que as mulheres devam adotar a posição que melhor lhes agrada e que os profissionais estejam treinados no manejo do parto em outras posições além da supina. Este guia da OMS ressalta que estudos científicos apontam as vantagens da posição

verticalizada sobre a posição de litotomia no momento do parto, tais como: menor desconforto e dificuldade de puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais ou perineais e de infecções na incisão. Além de menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais, menores proporções de índices de Apgar <7.

Quanto às 3 enfermeiras, que trabalham em 3 das maternidades públicas de Manaus, com as quais realizamos entrevistas com as puérperas, 2 delas que não são enfermeiras obstetras, nos informaram que as maternidades nas quais trabalham apenas realizam episiotomia e amniotomia e só é utilizada a ocitocina mediante a necessidade. Já a enfermeira obstetra da outra maternidade relatou que os médicos usam indiscriminadamente tais intervenções. Esta informação coincide com os dados encontrados nesta pesquisa.

A enfermeira obstetra que nos concedeu entrevista nos relatou que porque os médicos não costumam usar o partograma acabam realizando, com frequência, os desconfortáveis e muitas vezes dolorosos exames vaginais para acompanhar a evolução do trabalho de parto. Situação que fica ainda mais crítica uma vez que os médicos de plantão fazem revezamento entre si a cada 4 horas entre os setores da maternidade (admissão, pré-parto e parto), o que significa que a mulher, com uma internação mais longa, além de passar por vários exames vaginais, estes ainda são feitos por diferentes médicos. O Ministério da Saúde em 2001, há mais de 10 anos, lançou o manual técnico Aborto, Parto e Puerpério para adequar a assistência ao parto elencando os “Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador” como práticas nos partos normais claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas. Será desconhecimento ou desinteresse por parte dos médicos, da gestão da maternidade, que geralmente é feita por um médico.

Dentre as 20 puérperas que entrevistamos 95% tiveram os partos realizados por médicos. Dentre estas uma mulher relatou ser sido acompanhada por uma enfermeira obstetra ao longo do trabalho de parto e apenas uma mulher, 5%, relatou ter sido acompanhada no trabalho de parto e parto por uma enfermeira obstetra.

A atuação da enfermagem obstétrica no trabalho de parto e parto

Ao indagarmos as enfermeiras acerca da presença do enfermeiro obstetra no trabalho de parto e parto fomos informados que das 3 maternidades, 2 possuem enfermeiros obstetras atuando. Nestas duas maternidades há um Centro de Parto Normal Intrahospitalar (CPNin), com 3 leitos em cada, onde os enfermeiros obstetras são os profissionais responsáveis pelo trabalho de parto e parto. Em uma destas, segundo relato da enfermeira obstetra que lá trabalhava, também havia enfermeiros obstetras trabalhando em conjunto com os médicos junto ao trabalho de parto e parto.

Segundo esta enfermeira obstetra, o Ministério da Saúde, está estimulando o aperfeiçoamento da assistência obstétrica por meio dessa adequação da estrutura do parto normal, da inclusão de enfermeiros obstetras na assistência ao parto e através da oferta de capacitação profissional tanto para a sua categoria quanto para os médicos obstetras. Segundo ela, os enfermeiros obstetras, que são formados tendo como foco o ser humano e não a patologia, têm conseguido atuar na assistência obstétrica conforme as orientações do Ministério da Saúde procedendo com a utilização das boas práticas, propiciando a mulher um parto com naturalidade, sem as intervenções que podem ser prejudiciais, desde que estejam como responsáveis pela assistência como ocorre através do CPNin. Porém, que o mesmo não ocorre, na maioria dos casos, quando os médicos estão à frente da assistência ou quando estão atuando em conjunto com os enfermeiros obstetras visto que fazem prevalecer suas opiniões. Informação que foi comprovada em entrevista com a única puérpera que deu à luz no CPNin sob os cuidados de enfermeiras obstetras, a única gestante que relatou não ter sido submetida a intervenções desnecessárias e a única que teve a oportunidade de dar a luz em outra posição que não a de litotomia, mas de modo vertical na cama PPP.

A enfermeira obstetra relatou que muitos médicos não concordam com a atuação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto e isso tem sido um entrave ao CPNin visto que os enfermeiros obstetras ainda não podem realizar a internação de uma usuária do serviço de saúde, sendo assim, os médicos da admissão das maternidades simplesmente deixam de encaminhar as gestantes

de risco habitual ao CPNin ou quando encaminham, muitos se recusam ir até lá diante de uma necessária intervenção médica, exigindo que as enfermeiras obstetras a levem onde estão atuando. Ou seja, é um avanço a criação dos CPNin em Manaus, mas dentro das maternidades, que ainda estão centradas na figura do médico e não na da mulher, na patologia e não na singularidade que é o momento do nascimento para a família, as enfermeiras obstetras não estão conseguindo desempenhar o seu valoroso trabalho em sua plenitude.

Tivemos a oportunidade de conhecer a estrutura de um dos CPNin: são 3 suítes espaçosas, cada qual com estrutura própria para estimular a movimentação da gestante durante o trabalho de parto composta por: bola, cavalinho e escadinha de ling. As salas também possuem cada uma 1 cama PPP que além de ser mais larga, possibilita o parto na posição vertical que, como já dito, proporciona muito mais vantagens para a puérpera e o recém-nascido. Tal estrutura permite à gestante privacidade e comodidade e segue as orientações da OMS, possibilitando que a mulher permaneça no mesmo ambiente e com mesma cama durante o pré-parto, parto e pós-parto.

As demais maternidades e estas mesmas maternidades na estrutura fora do CPNin funcionam no método tradicional em que a mulher permanece no pré-parto – num leito estreito, com uma maca estreita, geralmente separados por uma cortina apenas, até o início do período expulsivo, quando é levada em outra maca até a sala de parto e novamente transferida para a maca em que dará a luz, sendo, na maioria dos casos uma maca estreita que só permite a posição de litotomia. Após o término do parto a mulher é transferida para uma maca que a levará, junto com o seu bebê para a outra maca do alojamento conjunto, onde ficará com o seu bebê e o seu acompanhante até receber alta, que consiste em uma grande sala com uma média de 7 leitos sem qualquer divisão entre os leitos. Assim, durante a sua internação a mulher perpassa por 3 ambientes e por 5 macas, uma situação extremamente desconfortável.

Porém, até mesmo nas maternidades que possuem alguns leitos com camas PPP fora do CPNin as mulheres continuam sem a oportunidade de dar à luz verticalmente e sendo transferidas de um lugar para o outro, de uma

maca para outra. Ou seja, só as camas PPP não são suficientes. É necessário um ambiente adequado, em que a mulher tenha condições de permanecer na mesma sala durante o pré-parto, parto e pós-parto, com acesso adequado aos recursos necessários ao estímulo de sua movimentação e aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. É necessário um cuidado centrado na figura da mulher e não do médico. É ela a protagonista, é dela o momento único, é ela quem está recebendo a assistência.

Quanto ao uso do partograma uma das enfermeiras relatou que os médicos não utilizam rotineiramente, mas apenas quando estão orientando algum aluno, a outra enfermeira informou que é utilizada pelas enfermeiras obstetras e alguns médicos, a enfermeira obstetra informou que os médicos quase não utilizam, mas as enfermeiras obstetras sempre o utilizam como um guia de atitudes e caso haja uma progressão normal menos toques vaginais são necessários.

Brasil, 2001, informa que: “o partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias”. Ressalta ainda que o método é simples, podendo ser feito em qualquer folha de papel, e traz inúmeros benefícios.

Boas e humanizadas práticas aos recém-nascidos

O Ministério da Saúde também atualizou as boas e humanizadas práticas a serem desenvolvidas com os recém-nascidos através da portaria de nº 371 em 2014 tais como: o contato cutâneo precoce entre a puérpera e o seu recém-nascido, o aleitamento na primeira hora de vida e o clampeamento do cordão umbilical depois de cessadas as pulsações do recém-nascido (aproximadamente de 1 a 3 minutos) e de modo imediato apenas para as puérperas isoimunizadas ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV (BRASIL, 2014).

Esta portaria informa que se deve assegurar o contato pele a pele do recém-nascido, que esteja com o ritmo respiratório normal, com a mãe

imediatamente após seu nascimento, colocando o bebê sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida. Paulo Bonilha, coordenador da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, relata em entrevista que tais medidas deixam a criança mais calma, melhoram o vínculo entre mãe e bebê e ainda estimulam a amamentação (HELENA, 2014).

Quanto ao aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas, a portaria orienta que o exame físico, pesagem e vacinação do recém-nascido, entre outros procedimentos, sejam feitos apenas depois da sua primeira hora de vida. Paulo Bonilha também relata que no momento do parto o seio da mulher ainda não está cheio de leite e quando o bebê mama estimula produção do leite e quando ele acordar faminto após a primeira dormida vai encontrar o seio com mais leite e isso facilitará o sucesso do aleitamento materno. Segundo ele, a amamentação precoce ainda apresenta benefícios para a mãe, já que a sucção estimula a produção da ocitocina, hormônio que protege a mãe ao auxiliar na eliminação da placenta e na minimização do risco de hemorragia uterina pós-parto, que é uma das principais causas de morte materna (HELENA, 2014).

Quanto ao o cordão umbilical, este só deve ser cortado depois que parar de pulsar, exceto nos casos das puérperas isoimunizadas ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV. Paulo Bonilha explica que os estudos comprovam que, quando o corte do cordão é feito de imediato, o bebê deixa de receber cerca de 80 ml de sangue que sairia da placenta e essa quantidade de sangue fará falta quando o bebê tiver mais de seis meses, pois os estoques de ferro vão caindo e grande parte das crianças desenvolve anemia a partir do segundo semestre (HELENA, 2014).

Todas as enfermeiras relataram que as maternidades propiciam o contato cutâneo precoce entre a puérpera e o recém-nascido com o estímulo à amamentação ainda na sala de parto. 70% das 20 puérperas entrevistadas relataram que isso de fato ocorreu. Não ocorreu com 1 puérpera que informou ter dado à luz de madrugada e que não lhe deram a oportunidade de amamentar e com outras 5 puérperas que realizaram cesariana.

Quanto ao clampeamento precoce do cordão umbilical não indagamos as puérperas, apenas as enfermeiras. Duas enfermeiras relataram que este procedimento inadequado, na grande maioria dos casos, não é realizado nas maternidades nas quais trabalham, porém a enfermeira obstetra, que atua no momento do parto em conjunto com os médicos, relatou que geralmente os médicos realizam esse procedimento e que sempre que ela está junto ela solicita que isso não seja feito.

Os limites à cesariana

O Brasil atualmente ocupa o topo de um *ranking* mundial do qual não podemos nos orgulhar: é o país que mais realiza cesariana. Se, por um lado, a cesária se realizada com indicação clínica pode reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos desnecessariamente do sistema de saúde (LEAI et al, 2014). Brasil, 2001, relata que “essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais – mas tem, na forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encara a mulher, a gênese dessa permissividade”. Informa que Ehrenreich & English “apontam para o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças: a medicalização do corpo feminino – que ‘trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico’ – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura”.

Já foi por nós relatado que o percentual de cesariana no SUS é 38% enquanto na Saúde Suplementar é de 88%, sendo a orientação da OMS é de que o índice seja de 15%.

O Ministério da Saúde através do manual técnico: Parto, aborto e puerpério de 2001 informa que entre as décadas de 1970 a 2000 os fatores determinantes para a realização excessiva de cesariana foram: o maior pagamento dos honorários dos profissionais para a cesária, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto.

Diante disso, o SUS buscou equiparar os honorários de ambos os tipos de partos e desvincular o interesse pela laqueadura ao momento do parto e vinculando-o à realização do Planejamento Familiar que impõe critérios para a realização da cirurgia tais como: idade mínima e número de filhos. Assim, o SUS tem conseguido diminuir o seu índice de cesarianas.

Todas as enfermeiras entrevistadas relataram que as maternidades só realizam cesária mediante indicação clínica.

25% das 20 puérperas que entrevistamos realizaram cesária. Segundo relatos das puérperas, 80% obtiveram indicação clínica: pressão alta fora de controle, membrana rompida sem a dilatação necessária, e pouco líquido amniótico comprovado por ultrassonografia. Porém, em um dos casos, a puérpera relatou que agendou a cesária para realizar a laqueadura de trompas.

A luta, das mulheres e interessados, pela humanização da assistência obstétrica brasileira objetiva que o momento do parto possa contar com os avanços tecnológicos conquistados para os casos em que seja necessária uma cesariana e/ou outros procedimentos que auxiliem mulheres e recém-nascidos em situação de risco, e com o respeito às boas práticas do trabalho de parto, para os casos de parto normal, com profissionais qualificados e ambientação adequada.

Assim, a luta que se ampliou na década de 70 e permanece até os dias atuais é muito pertinente e as mulheres continuam tendo muitos motivos para reivindicar, como melhorias na: qualificação da assistência pré-natal, ampliação da cobertura dos Centros de Parto Normal, humanização de todas as maternidades públicas, melhor capacitação dos obstetras, realização da cesariana apenas com indicação clínica e humanização da assistência obstétrica na Saúde Suplementar.

Esta pesquisa constatou que a assistência obstétrica no Município de Manaus já avançou em alguns aspectos, entre os principais estão: a criação dos CPNin e a garantia do acompanhante em todo o período de internação da mulher. Entre os principais desafios estão: a ambientação das maternidades para tornar viável o parto humanizado e a capacitação da equipe médica na

assistência ao parto para que sua atuação seja baseada em evidências científicas e com respeito ao protagonismo da mulher.

O Município de Manaus deve investir na construção de Centros de Parto Normal, fora do ambiente hospitalar, para abarcar toda a demanda de gestantes de risco habitual da cidade e deixar as maternidade para atender aos demais casos. Assim, com a necessidade de atender uma demanda menor, as maternidades precisariam passar por uma adequação do ambiente para o atendimento ao parto humanizado similar à estrutura do CPN, visto que grande parte das mulheres que precisam dos cuidados médicos ainda terão parto normal.

3.5 – Relato de uma experiência de parto numa maternidade pública de Manaus

O relato que agora se inicia é da própria pesquisadora que vos escreve; que deu à luz a seu primeiro filho no dia primeiro de março de dois mil e quinze em uma das quatro maternidades com as quais realizamos a pesquisa.

Para expor a experiência de parto é fundamental trazer as minhas expectativas e o planejamento em torno do parto que foram estabelecidos durante a assistência pré-natal.

Possuo contrato privado de saúde, contraditoriamente, através do meu esposo que é funcionário público federal. O órgão para o qual ele trabalha fornece auxílio para gasto com Saúde Suplementar e ainda possui convênio com uma empresa desse ramo para onde esse auxílio pode ser destinado. É interessante observar como o próprio Estado Brasileiro apoia e incentiva a Saúde Suplementar, além auxiliar por meio de isenção fiscal, de investimentos insuficientes na Saúde Pública, conduz os seus funcionários a contratar os seus serviços.

O contrato privado de saúde para quem o pode custear torna-se atraente uma vez que dá acesso facilitado e rápido a alguns serviços, diferentemente do que se encontra na Saúde Pública que não recebe o investimento necessário para dar conta da demanda de todos os cidadãos com qualidade, em especial na atenção básica de saúde.

Diante disso, mesmo sabendo o quão rico poderia ser para a pesquisa se eu realizasse o pré-natal na Saúde Pública do município de Manaus, decidi não fazê-lo uma vez que o acesso a essa assistência poderia ser lento e havia pouco tempo hábil para a realização de toda a dissertação.

Sendo assim, iniciei o pré-natal no consultório de uma médica obstetra que aceitava o convênio de saúde. Na realidade essa já era a minha 4ª consulta com médicas obstetras, uma vez que de imediato eu perguntava se realizavam parto normal pelo convênio e para a minha surpresa todas disseram que não, inclusive essa última com quem decidi ficar.

Como eu me tornei uma pesquisadora da assistência pré-natal e ao parto, sabia das vantagens do parto normal, das boas práticas obstétricas a serem realizadas com a mulher e seu recém-nascido e dos prejuízos das intervenções obstétricas desnecessárias.

Eu já havia chegado no pré-natal com todos esses interesses e fiquei frustrada ao saber que as obstetras não realizariam o meu parto normal pelo convênio. A médica com a qual decidi fazer o pré-natal, assim como as demais, cobra em torno de 6 a 8 mil reais para realizar o parto normal particular. Ela me revelou que os médicos não realizam o parto normal via convênio, visto que recebem por ambos os tipos parto o valor de cerca de R\$ 250,00 e o parto normal é longo, muitas vezes, e as faz perder, geralmente, um dia inteiro de consultório que é muito mais rentável. Já a cesária realizam pelo convênio visto que marcam o dia de modo que se encaixe na agenda (essa informação comprova o motivo do índice de cesária ser tão alta na Saúde Suplementar: conveniência médica). Segundo ela, o valor cobrado pelo parto normal particular é alto uma vez que envolve os custos hospitalares e o pagamento da equipe envolvida. Mas como eu e meu esposo não sabíamos disso e não estávamos preparados para esse alto investimento não poderíamos contratar esse serviço. Onde e com qual profissional ocorreria o meu parto não sabíamos. Possuir esse questionamento é bastante angustiante. Saber que um estranho poderá auxiliar em seu parto é um tanto assustador.

Inicialmente estávamos pensando em vivenciar o parto na maternidade que o convênio cobre com o médico que estivesse de plantão, mas ao realizar

visita a essa maternidade fomos informados que a depender o médico que está de plantão não é permitida a presença do acompanhante no pré-parto. Confirmamos essa informação quanto precisamos de atendimento médico nesta maternidade. A médica nos disse: acompanhante pra quê? Só atrapalha nesse momento! Ficamos eu e meu esposo com um misto de surpresa e frustração. Porém, ambos sabíamos que esse direito é assegurado em lei, mas desanimamos de escolher esse local que poderia nos dar trabalho quando o foco deveria estar em outro tipo de trabalho, o meu trabalho de parto.

Paralelamente, eu já estava dando andamento à pesquisa em duas das maternidades públicas. Porém, nada nessas maternidades me deu a certeza de que gostaria de dar à luz em uma delas. Fato que mudou quando uma enfermeira, com quem conversei, falou que a maternidade na qual trabalhava era melhor do que a maternidade privada onde eu estava pensando em ir.

Entretanto, quando entrei em trabalho de parto busquei avaliação, no início da tarde do dia 28/02/2015, sábado, na maternidade privada porque imagine que o atendimento fosse ser mais rápido. A médica que me atendeu realizou um exame vaginal e me disse: Nossa! Você já está com 5 pra 6 de dilatação, vou preparar a sua internação. Eu disse: Não irei me internar aqui. Então, ela disse: Vá para a maternidade que você quer. Eu disse: Posso deixar pra ir amanhã? Ela então respondeu: Não, isso seria uma negligência; você tem no máximo tempo de ir pra casa e tomar um banho. Apenas após 3 horas fui à maternidade de minha escolha. O atendimento foi rápido e o médico me atendeu muito bem, antes de me examinar explicou detalhadamente os estágios do trabalho de parto. Não relatei que já sabia de tudo aquilo porque gostaria de ver como ele ia me atender. Após o exame vaginal ele me informou que eu estava com 3 de dilatação, no início do trabalho de parto, e que seria melhor eu voltar a noite para uma nova avaliação. Eu estranhei muito o fato de ele ter constatado uma dilatação muito diferente da anterior. Cheguei a pensar que ele pudesse estar mentindo para me dispensar. Mas ao longo da internação eu vi que ele é quem estava certo, a dilatação foi progredindo lentamente a partir daquele estágio de dilatação.

Voltei após 4 horas, cerca de 20 horas, para uma nova avaliação. O atendimento foi mais demorado devido a troca de plantão. A médica que me atendeu não foi nada cordial, parecia estar de mal com o mundo. Através do exame vaginal constatou que eu estava com 3 pra 4 de dilatação e deveria ser internada.

Coincidentemente, ao mesmo tempo em que eu me internei se internou uma moça com idade similar à minha, também primeiro filho e ela ficou num leito ao lado do meu.

Após a notícia da internação, a médica me orientou a retirar todos os meus pertences e entregá-los a meu acompanhante, que foi o meu marido, e ficar apenas com uma bata que eles forneceram. Ao vestir apenas algo que não era meu me deu a sensação de estar presa àquele local, como uma propriedade deles. Em trabalhos de pesquisa similares que indagam às mulheres a cerca desse procedimento, muitas o criticam argumentando o quão desconfortável se despir de todos os seus pertences.

Então, fui direcionada juntamente com o meu acompanhante ao leito onde ficaria ao longo do pré-parto, até o momento em que o bebê coroa-se.

Quanto às boas práticas obstétricas

Quando chegamos ao leito tivemos uma triste surpresa; se tratava de uma maca estreita em um espaço tão estreito quanto a maca, com uma cadeira para o acompanhante.

Não me deram qualquer orientação ou informação, mas logo indaguei à equipe de enfermagem sobre o que estaria a minha disposição para o estímulo da minha movimentação. Fui informada de que poderia apenas deambular por um pequeno e estreito corredor do pré-parto e que os demais recursos, como bola e cavalinho, não estariam disponíveis porque a fisioterapia, que é a responsável por conduzir esse apoio, só trabalha de segunda a sexta no período diurno. Nesse momento a minha vontade foi de ir embora daquela maternidade e ir para a maternidade que aceitava o meu convênio de saúde, mas com a esperança de que fosse sofrer menos intervenções desnecessárias

durante o momento do parto, tendo um parto mais humanizado, optei por permanecer.

Quanto à oferta de líquidos, estava à disposição das mulheres água e chá, porém, em um determinado momento da madrugada o chá acabou e quando informei à equipe de enfermagem da necessidade de repor fui informada de que àquela hora não seria mais feito, apenas quando amanhecesse o dia. Como fiquei ao todo cerca de 16 horas internada até o nascimento do meu filho apenas com água e um pouco de chá tive necessidade de comer escondido a comida do meu acompanhante. Foi constrangedor me esconder para satisfazer uma necessidade básica. Ainda compartilhei o meu lanche com a mulher que estava no leito ao lado do meu. Ela também estava com muita fome, me viu comendo e me pediu um pouco. As mulheres em trabalho de parto, em especial as que internam no começo da dilatação cervical, deveriam receber sucos e sopas, desde que estivessem em boas condições, para que pudessem ficar bem ao longo do trabalho de parto que é bem cansativo devido à necessidade de ficar deambulando.

Quanto aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, só ofertaram a possibilidade de tomar banho morno. Porém, o banho era bem disputado, pois só havia um chuveiro para ser dividido entre cerca de 8 leitos.

Quanto ao uso do partograma, em momento nenhum foi usado em nenhuma das mulheres que estavam internadas. A cada hora os médicos passavam para realizar exame vaginal e anotavam o número atual em um quadro branco que ficava visível no posto da enfermagem.

Quanto às intervenções obstétricas desnecessárias e prejudiciais

Gostaria que não precisasse haver esse tipo de relato na minha experiência de parto, mas infelizmente não escapei dessas desagradáveis intervenções.

Como os médicos não utilizavam o partograma, realizavam exames vaginais repetidas vezes, a cada hora. Além disso, havia grande rotatividade de médicos; fui examinada por 4 médicos diferentes durante o trabalho de parto. Depois em entrevista com uma enfermeira obstetra fui informada que os

médicos fazem rodízio entre os setores da maternidade durante as 12 horas do plantão. Tais coisas contrariam totalmente as orientações do Ministério da Saúde.

Além disso, durante os exames vaginais, apenas 1 médico me informou em quanto estava a minha dilatação. A maioria dos médicos só se aproxima da mulher no momento do exame vaginal, ao término não transmite qualquer informação e depois vai embora. Assim, não é estabelecida nenhuma relação entre as mulheres e os médicos. Como também não se podia estabelecer nenhuma relação com a enfermagem que de modo similar agia pontualmente, porém concedendo mais informações a cerca de suas ações, como por exemplo, na aplicação de alguma medicação.

Quando a minha dilatação chegou em 8, o médico, sem me fornecer qualquer informação, prescreveu para mim ocitocina para acelerar o meu trabalho de parto. Eu que estava até então sentindo dores fracas passei a sentir dores quase que insuportáveis.

Depois disso, veio até mim um médico, que até então eu não tinha visto, para realizar mais um exame vaginal e sem me fornecer qualquer informação ele rompeu manualmente a minha bolsa. Eu fiquei totalmente chocada com isso. Eu percebia que o exame que ele estava fazendo estava diferente e cheguei a pensar que ele faria isso, mas não conseguia acreditar que seria possível que um médico fizesse isso sem nem ao menos avisar que faria. O inacreditável é que ele rompeu a bolsa e foi embora, sem me dar qualquer tipo de informação ou orientação sobre como proceder a partir daquele momento.

Pedia auxílio da enfermagem que me orientou sobre quais exercícios a mais eu poderia realizar.

Quando a dilatação já estava completa veio até mim uma médica que me auxiliou a dar início ao período expulsivo e quando o meu filho já estava quase nascendo, me colocaram em uma cadeira, uma vez que não tinha maca próxima disponível e me levaram para a sala de parto normal onde o meu filho nasceu poucos minutos depois.

Assim que eu entrei na sala de parto, observei que quem realizaria o meu parto seria o mesmo médico que rompeu a minha bolsa sem trocar uma palavra comigo, mesmo em meio à frustração e às dores me revesti de coragem e pedi que não realizasse episiotomia. Apesar de a minha vontade ter sido respeitada, ao decidir dar pontos na pequena laceração que houve o médico errou e tive que posteriormente realizar uma cirurgia reparadora.

Após o nascimento fui transferida para outra maca e levada junto com o meu filho e meu acompanhante para o alojamento conjunto. Lá chegando fui transferida para outra maca onde permaneci até a alta médica.

CONCLUSÃO

Intensas foram as lutas e as reivindicações dos movimentos sociais no Brasil para a ampliação dos direitos sociais referentes à saúde e à saúde da mulher nas últimas décadas do século passado. Movimentos que continuaram no início desse século e nos últimos anos, como observamos na luta pelo parto humanizado no Brasil.

Paralelamente pode-se afirmar que foram grandes as conquistas sociais. Muitos direitos sociais foram inclusos na mais recente Constituição Federal e nas portarias ministeriais.

Porém, quanto à tradução dos direitos sociais em políticas sociais são encontrados muitos descompassos que retratam a falta do comprometimento político brasileiro com a equidade social.

O Município de Manaus, assim como o Brasil, abriga mesmo em meio à prosperidade econômica elevada desigualdade social e de renda. Apesar ambos recolherem grandiosas quantias em impostos não se observa adequado investimento nas políticas sociais, na política de saúde.

Esta realidade pode ser observada na assistência pré-natal e ao parto no Município de Manaus, apesar das preciosas conquistas sociais firmadas em leis, a insuficiência de investimentos impede a sua plena concretização.

Quanto à assistência pré-natal, é necessária a ampliação da oferta do serviço, uma vez que muitas mulheres deixaram de concluir o elenco mínimo de seis consultas, por encontrarem dificuldade em reagendar as consultas devido a, principalmente, superlotação.

Quanto à assistência ao parto, é necessário investimento na criação de Centros de Parto Normal que atendam a demanda das mulheres de risco habitual, para que as maternidades deem conta de atender aos demais casos e às demandas das mulheres dos demais municípios de pequeno porte do Estado. Sendo imprescindível também o investimento na ambientação das maternidades para que torne possível o parto humanizado, com a execução

das boas práticas obstétricas e a redução das intervenções obstétricas desnecessárias e prejudiciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. **Casas de Parto Humanizado**. Revista Boletim Informativo, nº 44, 2004.

AQUINO, Estela. **Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014.

BARBA, Mariana Della; BARIFOUSE, Rafael. **'Desvalorização' de parto normal torna Brasil líder mundial de cesáreas**. BBC Brasil em São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_principal_mdb_rb>. Acessado em: 10/10/2014.

BATISTA, Djalma. **O complexo da Amazônia** – Análise do processo de desenvolvimento. 2ª edição. Editora Vale, Edua e Inpa, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social**. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Abepss, 2006.

BENAION, Noval. **A Subordinação Reiterada: imperialismo e subdesenvolvimento no Brasil**. Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2006.

BORÓN, Atílio. **Democracia e reforma social na América Latina: reflexões a propósito da experiência européia**. In: BORÓN, Atílio (Org.). Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1995.

BOSCHETTI, Ivanete et al (Org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 1ed. Brasília: CFESS, 2009, v. 1, p. 575-592.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000.

_____. Portaria de número: 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000, que instituiu, no âmbito do SUS, o **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Diário Oficial da União 2000b.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-**

natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, 2005.

_____. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Lei de número 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o **direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.** Diário Oficial da União, 2007b.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria de número: 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a **Rede Cegonha.** Diário Oficial da União, 2011.

_____. Portaria de número: 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que instituiu as **diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçã de Alto Risco.** Diário Oficial da União 2013.

_____. Portaria de número: 371/GM/MS de 7 de maio de 2014, que instituiu, no âmbito do SUS, a **Atualização das Diretrizes para a Atenção Humanizada a Recém-Nascido.** Diário Oficial da União 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. [s.l.]: Abepss, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo - Fundamentos Sócio-Históricos.** Editora Cortez, 2013.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia.** In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). Reforma Sanitária – Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

DIAS, Edineia Mascarenhas. **A Ilusão do Fausto – Manaus – 1890-1920.** 2ª edição. Editora Valer, 2007.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência e Saúde Coletiva, 10(03), 627-637, 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria et al. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro.** Brasil. Cad. Saúde Pública, 2012.

_____. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial à via de parto final. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea**. In: HOCHMAN, G. et al. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ESTUDO PRÉVIO DE IMPACTO AMBIENTAL (EPIA). **Programa Social e Ambiental dos Igarapés de Manaus (PROSAMIM)**. Acessado em: 20/09/2012. Disponível em: <<http://prosamim.am.gov.br/wp-content/uploads/2012/05/estudo-impacto-amb-prosamim1.pdf>>

HELENA, Beatriz. **Parto humanizado no SUS**. Entrevista com Paulo Bonilha, coordenador da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.bolsademulher.com/bebe/gravida/materia/parto-humanizado-sus>> Acessado em: 12/11/2015.

IAMAMOTO, Marilda V. **Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil**. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Orgs). Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo 2010. **Indicadores de bairros da região Norte**. Acessado em: 02/12/2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000488.xls>>

JONES, Ricardo Herbert. As Metamorfoses do Parto: Como o Parto Passou a Ser Assunto Médico. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac002.html>>. Acessado em: 06/06/2014.

JORNAL A CRÍTICA. **Maternidade de Manaus amplia assistência a parto humanizado**. 2011. Disponível em: <http://acritica.uol.com.br/manaus/Maternidade-Manaus-amplia-assistencia-humanizado_0_478152467.html>. Acessado em: 09/10/2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014.

LUNA, Maria Rute de Souza; OLIVEIRA, Simone Eneida Baçal de. **O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise**. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 91-106, jan.-jun. p 104. 2010.

MARIELLA. **Visitas técnicas do Plano de Qualificação das Maternidades para redução da mortalidade infantil já começaram**. 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizadas.net/node/9781>>. Acessado em: 09/10/2014.

MARIELLA. **Saiba quais maternidades vão apoiar outros serviços na Rede Cegonha**. 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizadas.net/61828->

saiba-quais-maternidades-vaio-apoiar-outros-servicos-na-rede-cegonha>. Acessado em: 09/10/2014.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino: medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al (Org). **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: FINKELMAN, J (Org.) Caminhos da saúde pública. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MOROSINI, Liseane. **Nascer é normal!** 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/143/reportagens/nascer-e-normal>>. Acessado em: 11/10/2014.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao Parto Normal: Um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Paula e Eduardo Chauvet. 2013. 90 min.

OSIS, Maria José Duarte. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). **Na capital do AM, uma Noruega e um Vietnã**. 2006. Acessado em 02/12/2015. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=1073>>

PORTAL BRASIL. **Rede Cegonha garante a organização de uma rede de cuidados materno-infantil**. Publicado em 30/09/2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/10/rede-cegonha>> Acessado em 21/10/2014.

RIOS, Ângela. **A Luta pelo Parto Normal Seguro e Respeitoso**. 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/60784-a-luta-pelo-parto-normal-seguro-e-respeitoso>>. Acessado em: 25/09/2014.

SÁ, Dias. **Parto Normal X Cesariana**. Ano IX - Número 107 - outubro – 2009. Acessado em: 09/08/2014. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senado/portaldoservidor/jornal/jornal107/saude_parto.aspx>

SCHERER, Elenise. **Questão Social na Amazônia**. In: SCHERER, Elenise (Org.) **Questão Social na Amazônia**. Manaus: Edua, 2009.

SES-MG (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais). **Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto**. Protocolos Clínicos. 2011. Acessado em 23/11/2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011__1.pdf>

SEMSA (Secretaria Municipal De Saúde De Manaus). **SEMSA busca redução da mortalidade materna**. 2013. Acessado em: 01/12/2015. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/semsa-busca-reducao-da-mortalidade-materna/>>

SEMSA (Secretaria Municipal De Saúde De Manaus). **Prefeitura de Manaus começa a substituir “casinhas de saúde”**. 2011. Acessado em: 01/12/2018. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/prefeitura-comeca-a-inaugurar-novas-unidades-que-substituem-casinhas-de-saude/>>

SERÁFICO, José; SERÁFICO, Marcelo. **A Zona Franca de Manaus e o capitalismo no Brasil**. Estud. av. [online]. 2005, vol.19, n.54. Acessado em 30/07/2013. Disponível em: [<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142005000200006>].

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil, Recife, 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde do Brasil**. Tese de doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Orientador: José Guilherme Cecatti. 2003.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; e MARQUES, E. (Org.) Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

SPOSATI, Aldaiza. **Proteção Social na América Latina em Contexto da Globalização**. In: Debates Sociais, nº 69-70, ano XLIII, 2008.

TORRES, Terezinha. **Terceira UBS da Família, na comunidade Nossa Senhora de Fátima II**. Reportagem no sítio da SEMSA, 2011. Acessado em: 21/11/2015. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/terceira-ubs-da-familia-na-comunidade-nossa-sr%C2%AA-de-fatima-ii/>>

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil. Direitos Reprodutivos no Brasil**. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Brasília, DF, 2009.

VETTORE Mário; LAMARCA Gabriela. **Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna?** Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=10326&preview=true>>. Acessado em 07/08/2014.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. **Assistência Pré-Natal no Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014.

VILLELA, Flávia. **Mulheres e entidades em defesa do parto humanizado promovem marcha no Rio**. Agência Brasil, 2012. Disponível em:

<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-08-05/mulheres-e-entidades-em-defesa-do-parto-humanizado-promovem-marcha-no-rio>. Acesso em: 18/09/2014.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho**. In: BOGUS, L.; YASBEK, M.C. & BELFIORI-WANDERLEY, M. (Org). Desigualdade e a Questão Social. São Paulo: EDUC, 1997.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. Tese de doutorado em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Orientador: Alacoque Lorenzini Erdmann. 2006.

GLOSSÁRIO

Puérpera – mulher que deu à luz recentemente.

Consulta de puerpério – consulta com o ginecologista até 42 dias após o parto.

Anamnese – história clínica pregressa.

Primípara – mulher que está em sua primeira gestação.

Múltipara – mulher que já teve mais de uma gestação.

Período expulsivo – passagem do bebê pelo canal vaginal.

Clampeamento – corte.

Amniotomia – rompimento manual da membrana que envolve o feto.

Posição de Litotomia – também conhecida como posição ginecológica, posição em que a mulher fica em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas em perneiras.

Deambulação – caminhar sem rumo definido.

Partograma – é um gráfico onde são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mulher e do feto.

Ocitocina – hormônio produzido naturalmente pelo corpo. Pode ser injetada em sua forma sintética. Algumas de suas funções são: promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto e estimular a liberação do leite materno.

Episiotomia – corte na região do períneo para ampliar o canal de parto.

Índices de Apgar – teste que avalia as condições do bebê minutos após o nascimento.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS PUÉRPERAS

Dia da visita:

Nome da maternidade:

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO

1- Qual é a sua idade?

2 - Em que bairro você mora?

3 - Qual é a sua cor?

a- Branca ()

b- Negra ()

c- Parda ()

d- Amarela ()

e- Indígena ()

4 – Grau de escolaridade

a- Nunca frequentou a escola ()

b- Ensino Fundamenta Incompleto ()

c- Ensino Fundamental Completo ()

d- Ensino Médio Incompleto ()

e- Ensino Médio Completo ()

f- Ensino Superior Incompleto ()

g- Ensino Superior Completo

h- Outro:_____.

5 - Estado civil?

a- Casada ()

b- Divorciada ()

c- Solteira ()

d- Viúva ()

e- União estável ()

6 – Com quem você reside?

a- Sozinha ()

b- Pais ()

c- Companheiro / marido ()

7 – Possui vínculo empregatício?

a- Não ()

b- Sim ()

8- Com carteira assinada?

a- Sim ()

b-Não ()

1 – Quantas gravidezes anteriores?

a- 0 ()

b- 1 ()

c- 2 ()

d- 3 ou + ()

BLOCO III - GRAVIDEZ ATUAL

1 - Sua gravidez foi planejada?

a- Sim ()

b- Não ()

2 - Ficou satisfeita com a gravidez?

a- Sim ()

b- Não ()

3 – Teve algum problema nesta gravidez?

a- Sim (). Qual: _____.

b- Não ()

BLOCO IV - ACESSO AO PRÉ-NATAL

1 - Você realizou o pré-natal gestação?

a- Sim ()

b- Não ()

Número de consultas: _____

Em que mês gestacional iniciou: _____

2 – Porque não realizou o pré-natal ou porque realizou poucas consultas?

3 - Onde realizou seu pré-natal?

a- Casinha de saúde ()

b- UBS ()

c- Policlínica ()

e - Ambulatório Hospitalar ()

f - Clínica privada ()

4 – Você teve alguma dificuldade para realizar o pré-natal?

a- Sim (). Qual:_____.

b- Não ()

BLOCO V - ATENDIMENTO NO PRÉ-NATAL

Quais os procedimentos você realizou durante a assistência pré-natal?

1- Exame de urina para teste de gravidez?

a- Sim ()

b- Não ()

2- Exame de sangue para sífilis (VDRL)?

a- 1 exame ()

b- 2 exames ()

c- não realizou ()

3- Exame de sangue para diabetes?

a- Sim ()

b- Não ()

4- Exame de sangue para o teste da HIV?

a- Sim ()

b- Não ()

5- Exame de urina?

a- Sim ()

b- Não ()

6- Exame de sangue, hemograma?

a- Sim ()

b- Não ()

7- Realizou preventivo ginecológico?

a- Sim ()

b- Não ()

8- Você recebeu o Cartão da gestante?

a- Sim ()

b- Não ()

9- Consulta com dentista?

a- Sim ()

b- Não ()

10 - Teve algum problema de saúde nesta gravidez?

a- Sim () . Qual: _____.

b- Não ()

11- Quais medicamentos você tomou? _____.

12 - Você participou de algum grupo de gestantes?

a- Sim ()

b- Não ()

13 - Nas consultas do pré-natal você recebeu alguma orientação sobre como acontece o trabalho de parto e o parto?

a- Sim ()

b- Não ()

14 - Foi orientada no pré-natal a procurar alguma maternidade?

a- Sim ()

b- Não ()

BLOCO VI - A MATERNIDADE

1 - Você pôde escolher a maternidade onde teria o seu filho?

a- Sim ()

b- Não ()

2 - Esta maternidade em que você está internada foi a sua primeira escolha?

a- Sim ()

b- Não (). Neste caso, sua internação foi na: 2ª (); 3ª (); 4ª ou mais ()

3 - Qual o meio de transporte que você utilizou para chegar na maternidade?

a- A pé ()

b- Ônibus ()

c- Carro próprio ()

d- Carro de parentes / amigos ()

e- Ambulância ()

f- Taxi ()

4- Você teve direito a acompanhante ao longo de sua internação?

a- Sim ()

b- Não ()

5- O que você de ter alguém junto com você na maternidade?

a- Bom

b- Nem bom nem ruim

c- Ruim

Por que? _____.

BLOCO VIII – INFORMAÇÃO/PROCEDIMENTOS

1 - Você foi assistida no seu parto por:

a- Médico ()

b- Enfermeiro(a) ()

c- Médico e enfermeiro ()

2 - Sabe o nome do profissional que te acompanhou?

a- Não ()

b- Sim (). Qual? _____

3- Você teve a oportunidade de dar à luz na posição vertical?

a- Sim ()

c- Não ()

4 - Você foi estimulada a se movimentar durante o trabalho de parto?

a- Sim ()

c- Não ()

5 - Te ofereceram a possibilidade de tomar banho de chuveiro?

a- Sim ()

c- Não ()

6 - Te fizeram massagens para melhorar a dor?

a- Sim (). Quem: _____.

b- Não ()

7 - Te ofereceram líquidos durante o trabalho de parto?

a- Sim (). Quais? _____.

b- Não ()

8 - Pegaram a tua veia e te colocaram no soro logo após a internação?

a- Sim ()

b- Não ()

9 - Romperam a tua bolsa?

a- Sim ()

b- Não ()

10- Foi feito corte no períneo?

a- Sim ()

b- Não ()

11 - Em caso de cesariana, você foi informada sobre a necessidade da mesma?

a- Sim ()

b- Não ()

12- Seu bebê foi colocado no seu colo assim que nasceu, ainda na sala de parto?

a- Sim ()

b- Não ()

13 – Você amamentou o seu bebê ainda na sala de parto?

a- Sim ()

b- Não ()

14- Qual o tempo decorrido entre a internação e o nascimento do bebê?

_____.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A ENFERMAGEM

Dia da visita:

Nome da maternidade:

1 – A maternidade consegue atender todas as mulheres que procuram o serviço?

a- Sim ()

b- Não ()

2 – O que é feito com as mulheres quando não há vaga?

a- São dispensadas ()

b- São transferidas (). Como _____.

3 – Esta maternidade recebe parturientes de outras maternidades?

a- () Sim

b- () Não

4 - Atende pacientes com médio e alto risco? () sim, () não

5 - É permitida a presença do acompanhante ao longo da internação?

a- Sim ()

b- Não ()

6- São impostos limites à cesariana?

a- Sim ()

b- Não ()

7- É realizado o estímulo ao aleitamento materno ainda na sala de parto?

a- Sim ()

b- Não ()

8- É realizado o contato precoce entre a mulher e o seu recém-nascido?

a- Sim ()

b- Não ()

9- Há nesta maternidade há a incorporação do profissional enfermeiro obstetra no trabalho de parto e parto?

a- Sim ()

b- Não ()

Nesta maternidade há a REALIZAÇÃO ROTINEIRA dos seguintes procedimentos?

10 - Uso do partograma?

a- sim ()

b- não ()

11- Estímulo à movimentação e à posições verticalizadas no trabalho de parto?

a- sim ()

b- não ()

12- Analgesia peridural no parto normal?

a- sim ()

b- não ()

13 - Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor?

a- Sim ()Quais:_____.

b- Não ()

14 - Tricotomia?

a- Sim ()

b- Não ()

15 - Cateterização venosa?

a- Sim ()

b- Não ()

16 - Enema (lavagem intestinal)?

a- Sim ()

b- Não ()

17 - Utilização ocitocina no trabalho de parto?

a- Sim ()

b- Não ()

18 - Episiotomia?

a- Sim ()

b- Não ()

19 - Amniotomia?

a- Sim ()

b- Não ()

20 - A as88piração do recém-nascido?

a- Sim ()

b- Não ()

21 - Clampeamento precoce do cordão umbilical?

a- Sim ()

b- São ()

22 - Estímulo ao parto na posição vertical?

a- Sim ()

b- Não ()