

Humanização na atenção a nascimentos e partos:

ponderações sobre políticas públicas

Daphne Rattner¹

Dedico este trabalho aos ativistas dos movimentos de mulheres e pela humanização do parto e nascimento, que tanto contribuem para configurar a política pública, e espero lhes ter feito justiça.

Introdução

A partir de 2000, é introduzida na política pública federal a proposta de humanização da assistência. Este relato se propõe documentar a trajetória institucional da humanização na atenção a nascimentos e partos (NeP), do ponto de vista de profissional que a acompanhou de perto, ponderando-a com fatos, reflexões sobre alguns paradoxos e antevendo desafios para sua ampliação.

Humanização na atenção a nascimentos e partos como política pública no Brasil

No início da década de 1990, a informação circulante na sociedade decorrente da atuação de ativistas pela humanização deixava claro que o modelo de atenção a NeP era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeitando os direitos da mulher. Além de experiências pioneiras herdadas da década anterior – de Galba de Araújo (Ceará), Moisés e Cláudio Paciornik (Paraná), Hugo Sabatino, do Grupo de Parto Alternativo na Universidade Estadual de Campinas (São Paulo), e Caldeyro-Barcia no Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP/OPAS/OMS, Uruguai –, já havia iniciativas isoladas de humanização na atenção a NeP se institucionalizando no Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte), no Hospital São Pio X (Ceres, Goiás), e outras. Assumidamente como política pública, pioneira foi a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro que, como alegoria de sua política pró-mulheres ousada, em 1994, denominou Maternidade Leila Diniz o hospital-laboratório de novas práticas de atenção, experiência relatada por Ratto (2001) e Boaretto (2003). O Rio de Janeiro também foi pioneiro ao publicar resolução determinando a obrigatoriedade de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e no parto nos hospitais municipais (Rio de Janeiro, 1998).

¹ Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Eplanada dos Ministérios, bloco G, sala 629. Brasília, DF, Brasil. 70.058-900 daphne.rattner@gmail.com

Já havia críticas ao excesso de intervenções e, em 1996, são publicadas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendações sobre tecnologias para atenção a NeP, classificando as práticas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada.

Ao final de 1997, ampla parceria é costurada entre governo e sociedade civil, tendo como sede o Conselho Federal de Medicina e, como mote, "Natural é parto normal". Foi elaborado um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas. Alguns Conselhos Regionais, como o de São Paulo, assumiram essa campanha, que teve como "madrinha" Malu Mader, atriz global com dois filhos nascidos de parto normal.

Em maio de 1998, o Ministério da Saúde adota medidas objetivando mudanças: aumenta em 160% o valor da remuneração do parto vaginal; institui pagamento de analgesia de parto; para coibir o abuso das cesarianas no SUS, a portaria 2816/1998 estipula crítica para pagamento de cesarianas aos hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998, prevendo redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000 (Brasil, 1998a). Essa portaria foi modificada pela Portaria 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais (Brasil, 2000a).

Essas medidas corajosas interferem com interesses corporativos instituídos, atendendo parcialmente aos reclamos da sociedade civil. Todavia, a denominação *Humanização* somente será adotada oficialmente a partir de 2000, quando será lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria 569/2000 e outras) (Brasil, 2000b). O sentido do termo humanização adotado será o de *equidade/cidadania*: toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. Haverá estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e hospitais garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN.

Paralelamente, serão criados os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS, com a Portaria 985/1999 e a linha de financiamento para construção e/ou equipamento de CPNs (Brasil, 1999); possibilitar-se-á a remuneração de enfermeira no atendimento ao parto eutócico (Portaria 2815/1998) (Brasil, 1998b); serão financiados cursos de especialização em enfermagem obstétrica; a partir de 2002, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), iniciar-se-á convênio de cinco anos que, anualmente, permitirá estágio de três meses em casas de parto no Japão para dez profissionais de saúde (oito enfermeiras obstetras e dois funcionários administrativos); a partir de 2003, convênio com o Hospital Sofia Feldman instituirá o Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias; e desde 2000 adotar-se-á método inovador e fortalecedor de capacitação de parteiras tradicionais, em parceria com a ONG Grupo Curumim Gestação e Parto, projeto merecedor do prêmio Hélio Beltrão de inovação na administração federal em 2002.

À época, também foram publicadas normas técnicas sobre: pré-natal normal, de alto risco, parto normal, urgências e emergências obstétricas (parceria com a Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo e Associação de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas - Abenfo), tradução das recomendações da Organização Mundial de Saúde (parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde), a Cartilha dos Direitos da Gestante (parceria com o movimento de mulheres) e o Livro da Parteira (parceria com a ONG Grupo Curumim), além da Agenda da Gestante, com orientações sobre gestação e atendimento. Foram produzidos e distribuídos: material instrucional 'Parto e Nascimento'; os vídeos 'Um dia de vida' (2004), 'Proximidade e Cuidado' (2007), parceria com a equipe do Hospital São Pio X de Ceres; e um vídeo sobre a II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em dezembro de 2005. O termo *humanização* constou apenas do manual 'Parto, Aborto, Puerpério – Atenção Humanizada à Mulher' (Brasil, 2001). Saliente-se que o termo "humanização" é polissêmico, admitindo diferentes significações (Rattner, 2009). Nessa publicação, o sentido adotado foi o de *práticas legitimadas pelas evidências científicas*, além de incluir competente discussão sobre *gênero e direitos das mulheres*.

A partir de 2004, para sensibilizar e capacitar profissionais de saúde nesse novo modelo, o MS promoveu trinta Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências

Científicas em todos os estados, com participação de 1857 profissionais de 457 instituições de saúde importantes para o SUS, resultado de ampla parceria com o CLAP, Departamento para o Desenvolvimento do Reino Unido (DFID) e com Febrasgo, Abenfo e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), além das instituições: Hospital Sofia Feldman, Hospital São Pio X, Hospital Santa Marcelina (SP) e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (SP). O programa incluiu apresentações e debates sobre: políticas do MS; fundamentos éticos e filosóficos da assistência; práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas; avaliação crítica do tipo de parto (vaginal e cesáreo); atenção ao parto nos diferentes estágios; atenção puerperal; assistência às principais causas de óbito materno: eclâmpsia, hemorragia e infecção; prevenção da transmissão vertical do HIV, hepatite e sífilis; assistência ao recém-nascido normal e de risco; atenção humanizada à mulher em situação de abortamento e pós-aborto; aloimunização materno-fetal; assistência à gestação em adolescentes; e depressão puerperal, além de visita a serviço modelo.

Ademais, o MS apoiou financeiramente: a II Conferência Internacional de Humanização do Parto e Nascimento de 2005, quando foram realizados Fóruns sobre cesáreas com escolas médicas; atualizações para profissionais sobre humanização no Hospital São Pio X; cursos de especialização em enfermagem obstétrica; e cursos de capacitação de doulas.

Em 8 de março de 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma parceria entre os diferentes níveis de governo – federal, estaduais e municipais, por meio de suas representações (CONASS e CONASEMS) e representações da sociedade civil, que tem disseminado a consciência da gravidade desses problemas e da necessidade de esforço coletivo para redução dessa mortalidade evitável. A OMS considera o Pacto um modelo de mobilização social e articulação entre governo e sociedade civil para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e, em 2006, lhe outorgou o prêmio de reconhecimento International Highlight in Social Mobilization and Dialogue to Promote the Millennium Development Goals.

O Prêmio Galba de Araújo, criado em 1998, destina-se a reconhecer serviços que atendam ao SUS com práticas adequadas e humanizadas. Objetiva estimular serviços a modificarem suas práticas em produtiva emulação, uma vez que esse reconhecimento se traduz em placa a ser exposta no hospital, estatueta e recurso financeiro a ser investido na instituição para humanização. Já houve cinco edições, que premiam cerca de vinte maternidades do país.

Outras iniciativas do MS incluem: campanhas pelo Parto Normal, humanizado, com presença de acompanhante, e pela redução das cesáreas desnecessárias, em 2006 e 2008; e a distribuição da tradução do livro sobre evidências científicas de Enkin et al. (2005), 'Guia para atenção efetiva à gravidez e ao parto', a todos os hospitais participantes nos Seminários e Secretarias Estaduais de Saúde.

As iniciativas relatadas integram duas linhas de atuação estratégica: (1) estímulo ao parto normal e humanizado, e (2) desincentivo à realização de cesáreas desnecessárias. São complementares, embora adotem medidas em direções diversas.

Papel do movimento social

Nesse processo de humanização da atenção a NeP, as ONGs têm sido fundamentais, salientando, entre elas, a ReHuNa. Inspirada nas idéias e publicações de Frédérik Leboyer e Michel Odent, foi criada, em 1993, por pessoas que se tornariam importantes ativistas e que comungavam preocupações e indignações, durante encontro organizado pelo Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas, liderado por Hugo Sabatino. Compareceram representantes do Cais do Parto (PE), Casa de Partos "Nove Luas, Lua Nova" (RJ), Centro Integrado de Estudos e Pesquisa do Homem – CIEPH (SC), Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (SP), Grupo Curumim (PE), Hospital São Pio X (GO), Instituto Aurora de Yoga e Terapias (RJ), Instituto de Saúde (SP), Maternidade Escola Assis Chateaubriand (CE), Maternidade Odete Valadares (MG), Prefeitura Municipal de Campinas (SP), Puccamp (SP), Rede de Defesa da Espécie Humana – REDEH (RJ), SOS Ação-Mulher Família (SP) e da Universidade Federal de Santa Catarina (SC).

Na 'Carta de Campinas' de sua fundação, a ReHuNa denuncia as "circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco

humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (ReHuNa, 1993, p. 1). Esses pioneiros conseguiram mostrar, na prática, que era possível outra forma de atenção, e atualmente, por seu acúmulo, vários são consultores do MS e referência para estados e municípios.

A ReHuNa assumiu a difusão das recomendações da OMS sobre tecnologias apropriadas para NeP e organizou publicações, eventos e debates para polemizar sobre as práticas de assistência; ademais, teve importante papel na publicação brasileira do livro da Colaboração Cochrane, Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto (Enkin et al., 2005).

Organizou a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Fortaleza em novembro de 2000, em parceria com a JICA, com cerca de 2000 participantes de 26 países, a que compareceram os principais ativistas do movimento internacional, proporcionando a abertura do movimento nacional para o âmbito internacional, assim como ativistas estrangeiros tomaram conhecimento da efervescência do processo brasileiro.

Nessa Conferência foi criada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan), inspirada na ReHuNa - e, atualmente, há redes em vários países da América Latina.

A ‘Amigas do Parto’, uma ONG de usuárias ou clientes de serviços, tem importante papel na difusão de informações e formação de opinião, objetivando o empoderamento das mulheres. Surgiu em 2001, como repercussão dessa Conferência, e oferece cursos para profissionais, disponibiliza banco de teses e artigos, e tem papel de mobilização das mulheres em defesa de sua integridade corporal e psicológica.

A rede ‘Parto do Princípio’ congrega mais de duzentas usuárias de planos de saúde de vários estados e se conecta virtualmente. Em 2006, entrou com ação no Ministério Público (MP) de São Paulo contra o excesso de cesarianas na Saúde Suplementar, defendendo o direito ao parto normal e humanizado. Como consequência, houve audiência pública no MP e medidas vêm sendo adotadas no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Outras organizações com atuação no sentido de mudança do paradigma são: a Abenfo, mobilizando enfermeiros obstetras; a Associação Nacional de Doulas (ANDO), e, atualmente, há ONGs com atuação local, a exemplo da ‘Bem Nascer’, de Belo Horizonte.

Também houve bem-sucedidas articulações com o legislativo. A Lei 11.108, ‘Lei do Acompanhante’, projeto da Senadora Ideli Salvatti baseado em proposição da ReHuNa – núcleo de Santa Catarina, garante às mulheres acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (Brasil, 2005). E a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais aglutina parteiras em torno de reivindicações pelo reconhecimento de seu trabalho, apoiada pela Deputada Janete Capiberibe.

Praticamente inexistente há dez anos, atualmente é rica a difusão de informação, por parte de ativistas, em livros, trabalhos científicos ou vídeos, e proliferam sites, blogs e espaços virtuais. A lista de discussão <www.partonatural@yahoogrupos.com.br>, moderada por Fadyinha - doula, educadora perinatal e articuladora dos anuais Encontros de Gestação e Parto Natural Conscientes - foi pioneira, conta com mais de oitocentos assinantes, mas há outras: partonosso, materna, partohumanizado-rs, gestarbeminterior-sp.

Contexto atual das políticas

Alguns avanços podem ser contabilizados no período desta gestão:

1) Até 2000, o MS definia políticas e diretrizes apenas para o setor público. Com a constituição da ANS, estruturou-se a regulação da Saúde Suplementar e, atualmente, há convergência das atuações. Exemplo flagrante dessa disparidade: taxas de cesárea no setor público variavam entre 25 e 30% e, desde 1998, havia diretrizes para sua redução, ao passo que, só em 2004, evidenciou-se que a taxa média no setor suplementar era de 80%, e foram delineadas medidas para esse setor.

A saúde suplementar não se baseia em territorialidade: a ANS regula operadoras (medicinas de grupo, filantrópicas, seguros saúde e outros) que, por sua vez, relacionam-se com prestadores (profissionais, hospitais, laboratórios e outros). Há planos de saúde com abrangência nacional (Amil, Unimed, Seguro Bradesco), assim como instituições privadas que atendem sob qualquer dessas bandeiras. Isso demonstra a complexidade da regulação desse setor.

A ANS adapta as políticas instituídas para o setor público e propôs organizar redes com base em linhas de cuidado, priorizando quatro: saúde da mulher e da criança, doenças crônicas (sobretudo hipertensão arterial e diabetes), ortopedia/ traumatologia e saúde bucal. Avalia as operadoras nessas áreas por meio de indicadores e, para a Saúde da Mulher e da Criança, a atualização do rol de procedimentos cobertos pelos planos de saúde está sintonizada no projeto de mudança de paradigma para atendimento humanizado, multiprofissional, com possibilidade de participação de doulas. Ademais, estabeleceu parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública para realizar pesquisas objetivando dimensionar o problema no setor, disponíveis na publicação “O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas” (ANS, 2008), e empenhou-se intensamente no lançamento da Campanha pelo Parto Normal de 2008.

2) Em 2008, a Área Técnica de Saúde da Mulher organizou o I Encontro Nacional de Centros de Parto Normal para atualizar a Portaria 985, reconhecendo-os como experiência bem-sucedida de organização de ambiência para atenção humanizada a NeP. Contribuíram para a proposta preliminar de portaria, a ser encaminhada à tripartite: profissionais de CPNs intra, peri- ou extra-hospitalares, urbanos e rurais, representantes da academia, Febrasgo, Abenfo, ReHuNa, Rede Feminista e outros.

3) A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) organizou, em 2006, grupo de trabalho com participação do Conselho Federal de Medicina, Febrasgo, Abenfo, ReHuNa, ANS, Sociedade Brasileira de Pediatria, além dos setores do MS afeitos ao tema. Esse GT atualizou as orientações para construção e organização de ambientes para atenção obstétrica e neonatal com base no que é preconizado pela OMS e evidências científicas, promovendo uma ambiência favorecedora do parto normal e humanizado. A Resolução da Diretoria Colegiada RDC 36 foi publicada em meados de 2008, estipulando prazo de seis meses para a adequação dos processos de atenção, e deixando flexível a adaptação da estrutura, para a oportunidade de reformas ou ampliações dos estabelecimentos.

4) Uma conquista foi a inserção do indicador “Taxa de Cesáreas” no Pacto pela Saúde/ Pacto de Gestão, ainda que como indicador complementar e com meta constando genericamente como redução. A proposta encontrou resistência na discussão da Câmara Técnica, mas prevaleceu o consenso de que é indicador importante e necessário para monitorar a qualidade da atenção perinatal.

5) A Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em parceria com várias organizações da cidade - públicas, privadas, associações profissionais, ONGs -, coordena um movimento denominado “BH pelo parto normal”. Periodicamente, há eventos, discussões com profissionais, mobilizações sociais, exposições de fotografias, e isso tem mantido o debate sobre o tema na mídia local. Tanto o MS como a ANS são parceiros desse laboratório de regulação conjunta dos setores público e suplementar. A gestão municipal assumiu que munícipes beneficiários de planos de saúde são cidadãos, estando a proteção de sua saúde sob sua responsabilidade. Portanto, há que evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários e potencialmente danosos também para esse grupo populacional.

6) Em novembro de 2008, ocorreu a I Conferência Nacional e I Conferência Internacional sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio no âmbito da Saúde (objetivos 4, 5 e 6), com importante participação de organismos internacionais, países do continente americano e de língua portuguesa, além de representantes de setores do governo e sociedade civil envolvidos no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Alguns paradoxos

Nesse processo histórico de mudanças, emergem paradoxos curiosos. Como exemplo, Diniz comenta que “Para além da pobreza das relações humanas nessa forma de assistência e do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, o uso irracional da tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal” (Diniz, 2005, p.629).

Ela atribui o surgimento do movimento pela humanização do parto e nascimento, há 25 anos, à busca de utilização de tecnologia apropriada a NeP, de qualidade da interação entre parturientes e prestadores de cuidado, e à *des-incorporação* de tecnologia e procedimentos danosos.

Outro paradoxo refere-se a municípios que não conseguem fixar profissionais de nível universitário, sobretudo das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais, onde a principal e, muitas vezes, única provedora de cuidados a NeP é a parteira tradicional, que trabalha sem vínculo com o sistema formal de saúde, isolada, em condições precárias e nada recebe por seu trabalho. Seus recursos terapêuticos incluem rezas, massagens e ervas medicinais. Essas parteiras envolvem as mulheres num círculo de apoio e lhes transmitem força e segurança. Embora sejam desvalorizadas por muitos profissionais de saúde como pessoas atrasadas, sem higiene e ignorantes, é irônica a constatação de que muitas de suas práticas estão sendo ratificadas, pelas evidências científicas, como aspectos essenciais do cuidado, como: o suporte emocional, o respeito pela mulher, a facilitação do processo fisiológico por meio de posições variadas para o parto, e o estímulo ao vínculo e ao aleitamento materno (Rattner et al., 2009).

Esperar-se-ia que a universidade fosse o *locus* da busca do saber e do conhecimento, e que estas instituições incorporassem rapidamente as práticas baseadas em evidências científicas ao ensino, assistência e pesquisa. Ocorre que essas práticas foram inicialmente adotadas e disseminadas em serviços públicos do SUS e, paradoxalmente, um dos grandes focos de resistência para sua efetiva adoção é a academia: catedráticos de medicina de importantes universidades têm publicado, na mídia, editoriais desqualificando as propostas de humanização do MS.

Pesquisa etnográfica em duas conceituadas escolas de medicina de São Paulo buscou verificar como se articulam a competência técnica/científica e o cuidado/relação com a parturiente no ensino teórico e prático (Hotimsky, 2007). Identificou que: preponderam a transmissão oral do conhecimento e a memória sobre o registro escrito e consulta ao prontuário; as condutas rotineiras seriam questionáveis, com base nas evidências científicas; as decisões acerca das condutas/tratamentos não são compartilhadas com as mulheres, que geralmente nem sequer são informadas a respeito; e não há parâmetros para avaliar as atitudes de alunos em suas interações com as mulheres. Ela comenta os acordos informais entre assistentes de ensino na divisão de plantões, que se contrapõem aos organogramas formais e subordinam os objetivos da boa formação e assistência aos interesses dos obstetras responsáveis, como um componente oculto do currículo que serve de modelo para acordos envolvendo residentes e alunos. Esse paradoxo refere-se à transmissão de conteúdos não cientificamente embasados, mas, sobretudo, ao modelo de formação profissional carente em transmissão de valores humanistas.

[Outro foco de resistência, esperado, procede de associações médicas, como o conselho de medicina do Rio de Janeiro: o Cremerj não apenas buscou impedir a implantação do CPN de Realengo (iniciativa da SMS-RJ) em 2004, como publicou, em 2008, parecer em que considera ética, em certas circunstâncias, a cesárea a pedido (Cremerj, 2008), o que conflita frontalmente com o Código de Ética Médica (Cremesp, 1988). E, em 2008, o novo presidente da Federação Nacional dos Médicos – FENAM, ao assumir, faz defesa da cesariana e ataque à política ministerial que, em nada, enaltecem a categoria.]

Paradoxo interessante é que a atenção humanizada e com melhor qualidade é encontrada com maior frequência no SUS. Mulheres beneficiárias da saúde suplementar buscam o SUS para oferecer a seus filhos um nascimento pela via baixa e humanizado. Aquelas sem condições de remunerar um profissional acabam demandando os poucos CPNs existentes, ou mesmo instituições públicas reconhecidamente qualificadas.

Desafios futuros

Pode-se traçar um paralelo: a migração na atenção básica do SUS, do modelo tradicional para a Estratégia Saúde da Família, constitui-se em alteração radical do paradigma vigente, com: adscrição de clientela ao serviço de saúde e sua responsabilização pelo bem-estar da família; equipes multidisciplinares (médico, enfermeiro, dentista, auxiliares, agentes comunitários e referências) oferecendo maior gama de ações e atuando sobre prioridades epidemiológicas; e incorporação de atividades de promoção de saúde. A proposta do MS de reorganização da atenção em direção à humanização, baseada em evidências científicas, possibilitando atendimento em CPNs por equipes

multiprofissionais e valorizando a atuação da enfermagem obstétrica, também representa uma mudança radical de modelo de atenção, transferindo o foco usual de organização dos serviços, centrado na conveniência de profissionais e da instituição, para o bem-estar de quem é atendido, e privilegiando a humanização do atendimento e o fortalecimento da mulher.

Para que o projeto de atenção humanizada a NeP se torne realidade cotidiana dos serviços, há importantes desafios para a gestão do sistema. O primeiro é institucionalizar a atenção humanizada com base em evidências científicas no setor público e no suplementar. Para tal, é fundamental que gestores estaduais e municipais adotem essa política pública, a exemplo do Rio de Janeiro na década de 1990, e Belo Horizonte na atualidade. CONASS e CONASEMS têm papel fundamental na indução dessa adesão, além do MS e Agências (ANS e ANVISA). Para vencer resistências, também é fundamental a participação da sociedade civil, ou seja, profissionais, mulheres e suas organizações reivindicando direitos e propondo avanços, já que o acesso a atendimento humanizado e de qualidade é direito garantido na Constituição de 1988 e previsto nos princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Mudanças de paradigma exigem firmeza e constância do gestor, pois sempre haverá oposição dos setores interessados pela manutenção do modelo hegemônico e, até o presente, a política oficial tem sido coerente. Há que se dar continuidade à formação de enfermeiras obstetras voltada para a mudança de paradigma e apoiar iniciativas de capacitação de doulas comunitárias voluntárias, assim como a implantação de centros de parto normal, com supervisão da atuação. Imprescindível é reconhecer o trabalho da parteira tradicional, integrando-a no sistema de saúde e estabelecendo referências para encaminhamento de complicações. Também é importante incentivar o trabalho conjunto da equipe, estabelecendo protocolos assistenciais locais que contemplem peculiaridades e diversidades regionais e a complementariedade das atuações (médicos, enfermeiros, doulas, parteiras tradicionais).

Outro desafio é estruturar a rede perinatal com garantia de assistência, exames, atendimento para os casos de risco e garantia de vaga para o parto, assim como o acompanhamento mais constante em casos de vulnerabilidade (como bebês prematuros). São inspiradores o Programa Mãe Curitibana e a organização da rede assistencial em Belo Horizonte pela Comissão Perinatal. A Lei 11.634/2007, proposição da Deputada Luiza Erundina, dispõe sobre o direito de a gestante conhecer e ficar vinculada à maternidade onde receberá assistência (Brasil, 2007). Caberá ao MS sua regulamentação, alinhada à proposta da organização da rede para a linha de cuidado perinatal.

A rede internacional Coalition for the Improvement of Maternity Services (CIMS) desenvolveu, em parceria com a OMS, proposta semelhante aos Dez Passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), denominada The Mother Baby Friendly Childbirth Initiative, sendo um dos passos a própria IHAC. A proposta está em teste em hospitais dos cinco continentes que se voluntarizaram. Sugere-se sua adaptação para o contexto brasileiro, e desafio adicional é sua adoção como política pública.

A competência e a autonomia da enfermeira para prestar assistência ao parto normal sem distocia foram conferidas pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 do exercício da enfermagem, que, no Art. 9º, incumbe profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou Enfermeira Obstétrica de: 1) prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; 2) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências, até a chegada do médico; 3) realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestésico local, quando necessário (Brasil, 1986). Atualmente, cresce a demanda pelo parto domiciliar e há enfermeiras e médicos obstetras enfrentando o desafio de reconstituir a possibilidade de parto domiciliar atendido por profissional qualificado, a exemplo do que ocorre na Holanda, Inglaterra, Alemanha e outros países que mantiveram essa assistência como prerrogativa do sistema de saúde. Grande desafio é a institucionalização dessa possibilidade de atendimento, integrando-a na atenção básica, por um lado, seja por parteira ou enfermeira, e na Saúde Suplementar, para a clientela desta.

Pesquisadoras da OMS (Gruskin et al., 2008) afirmam que intervenções supostamente efetivas, como a triagem de risco no pré-natal, pouco impactaram nos resultados da atenção, e reiteram que a persistência da mortalidade materna e infantil, evitáveis, é um atentado aos direitos humanos. Grande desafio é organizar a atenção, num país de dimensões continentais, de forma a obter impacto sensível nos indicadores de resultado.

Um problema sério é que as mudanças preconizadas pela política estão ocorrendo sobretudo no sistema de saúde, enquanto o aparelho formador continua preparando profissionais dentro do modelo

intervencionista considerado inadequado. Portanto, outro desafio é a articulação com o Ministério da Educação para que a grade curricular dos cursos de saúde incorpore os fundamentos da Medicina Baseada em Evidências Científicas, além da visão de humanidades imprescindível ao bom exercício profissional.

No âmbito da gestão clínica, também há desafios. É antológica a cena de Chaplin em *Tempos Modernos*, em que a mecanização o transforma em peça da máquina, objetificando-o. Para escapar dessa 'coisificação' e como contraposição à linha de produção de partos, faz-se necessária a 'singularização' da atenção, a exemplo do plano de parto, identificando como proporcionar a cada parturiente (e seu filho) uma vivência legitimamente única. Mais do que trabalhar presos a rotinas e protocolos, profissionais poderão exercer sua expertise e criatividade, adaptando o cuidado a cada nova situação e demanda, num trabalho de equipe.

Outro desafio é inserir, nas atualizações profissionais, conteúdos relacionais, de forma a modificar a relação cuidador – pessoa cuidada. Há métodos que propiciam uma relação noutra patamar de qualidade, com escuta qualificada e sintonia fina, a exemplo do desenvolvido por Jean Paul Résséguier na França; ou a haptonomia, também na França; ou, ainda, o Tac-Tic para bebês prematuros, desenvolvido pela brasileira Elvidina Adamson-Macedo, especialista em psicologia sensorial da Universidade de Wolverhampton, Inglaterra, pioneira a combater a idéia de que prematuros deveriam permanecer sem contato; a hidroterapia, também para bebês prematuros; e outros. Essas técnicas representam desenvolvimento do cuidado e são fundamentais para a obtenção de melhores resultados, devendo ser integradas na rotina dos serviços, pois há evidências de seu impacto nos processos e nos resultados.

Outro aspecto essencial é trabalhar, com os profissionais, o "como fazer" para propiciar que as mulheres assumam o protagonismo do nascimento de seus filhos. Em serviços de saúde com cultura institucional de instituições totais, será mais difícil que nos que já adotam algum conteúdo de humanização. Dias e Domingues (2005, p.702) afirmam: "O grande desafio que se coloca, para todos os profissionais que prestam esta assistência, é o de minimizar o sofrimento das parturientes, tornando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher e sua família"; e seguem na proposta de fortalecer o modelo de atenção multiprofissional, integrando cada vez mais enfermeiras obstetras no atendimento ao parto eutócico, a exemplo da experiência desenvolvida na Maternidade Leila Diniz.

Finalmente, para que mudanças efetivamente aconteçam, são necessárias parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social. O atendimento humanizado nos serviços de saúde é projeto para a sociedade como um todo, um grande avanço no sentido da equidade como direito de cidadania.

Agradecimentos

Agradeço as contribuições, para aprimoramento do texto, de Ricardo Jones, Herdy Alves, Heloísa Lessa, Maria Auxiliadora (Dôra) Benevides, Adriana Tanese Nogueira, Henrique Rattner, Simone Diniz, e a grande ajuda de Sonia Nussenzweig Hotimsky na complementação de reflexões e identificação de referências relevantes.

Referências

- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 36/2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Republicada em 11/07/2008. Brasília, 2008.

BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. Lei n.11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Seção I, p.2.

_____. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.67, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

_____. **Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria GM/MS n.466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimento no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2000a. p.43.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.

_____. Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 1999. p.69.

_____. Portaria GM/MS n.2816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar SISAHO1, seja implantada crítica visando o pagamento de percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. Institui medidas para redução de cesáreas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a. Seção I, p. 48.

_____. Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 1998b. Seção I, p.47.

_____. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.9273, 26 jun. 1986. p.1.

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado Rio De Janeiro. **Parecer 190/2008**. Direito de a gestante escolher o tipo de parto. Disponível em: <<http://www.cremelj.org.br/skel.php?page=legislacao/resultados.php>>. Acesso em: 12 jul. 2009.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Código de Ética Médica**. São Paulo: Cremesp, 1988.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.699-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.627-37, 2005.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GRUSKIN, S. et al. Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach. **Bull. World Health Organ.**, v.86, p.589-93, 2008.

HOTIMSKY, S.N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** 2007. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Brasília: OPAS, 1996.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RATTNER, D. et al. Humanizing childbirth to reduce maternal and neonatal mortality: a national effort in Brazil. In: DAVIS-FLOYD, R. et al. (Orgs.). **Birth models that work.** Berkeley: University of California Press, 2009. p.385-413.

RATTO, K. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz. **Saúde em foco**, v.21, p.115-34, 2001.

ReHuNa. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Carta de Campinas**, 1993. (Mimeogr).

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS n.667, de 20 de outubro de 1998. **Diário Oficial do Município**, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms667>>. Acesso em: 12 jul. 2009.

Este trabalho aborda como vem sendo desenvolvida no Brasil a política pública no que tange à humanização na atenção a nascimentos e partos, descrevendo a atuação governamental e o papel dos movimentos sociais. Discute, ainda, o contexto atual da política federal, identificando interessantes paradoxos na prática corrente e apontando importantes desafios para a concretização do projeto em âmbito nacional.

Palavras-chave: Parto humanizado. Políticas públicas de saúde. Saúde da mulher.

Humanizing childbirth care: pondering on public policies

This paper looks into how Brazilian public policies are being developed with regard to humanization of childbirth care, describing governmental activities and the role of social movements. It also discusses the current context of the federal policies, identifying interesting paradoxes within current practices, as well as important challenges for the effective extension of this project throughout the country.

Keywords: Humanizing childbirth. Health public policy. Women's health.

Humanización en la atención a nacimientos y partos: pontieraciones sobre políticas públicas

Este trabajo plantea el modo en que viene siendo desarrollada en Brasil la política pública en cuanto a la humanización en la atención a nacimientos y partos, describiendo la actuación gubernamental y el papel de los movimientos sociales. Discute e también el contexto actual de la política federal, identificando incesantes paradojas en la práctica corriente y señalando importantes desafíos para la concretización del proyecto en el ámbito nacional.

Palabras clave: Parto humanizado. Políticas públicas de salud. Salud de la mujer.

Recebido em 11/01/09. Aprovado em 01/07/09.