

RESENHA

REVIEW

RESEÑA

CARNOT, Eliane. Delicadeza no parto: cidadania ou retórica? In: NEGRI, B; VIANA, A.L.A. (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002. Cap.13, p. 299-312.

Rita de Cássia Rocha Moreira¹
Regina Lúcia Mendonça Lopes²

Atualmente, as discussões sobre mortalidade materna estão presentes em quase todos os espaços em que profissionais e instituições, envolvidos em ações na área de atenção à saúde da mulher, questionam problemas de saúde pública. Neste sentido, o texto de Eliane Carnot, doutoranda pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro, contém elementos importantes para o debate acerca de um grave problema: a mortalidade materna. Enfoca também a perspectiva das políticas do Ministério da Saúde (MS) direcionadas a modificar esse indicador, tomando como base a melhoria da qualidade da atenção à gestante, mediante o subprograma do pré-natal.

Delicadeza no Parto: Cidadania ou Retórica possui uma característica especial porquanto se baseia em um trabalho de pesquisa realizado com administradores, coordenadores e técnicos de saúde de municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), nas três esferas de governo. A pesquisa

teve como objetivo conhecer o processo de efetivação do referido programa, na tentativa de identificar obstáculos e conquistas, assim como, seu efeito sobre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços de saúde.

Além desse trabalho, a autora efetuou uma extensa pesquisa bibliográfica, incluindo artigos, teses, legislações, como forma de superar as dificuldades na obtenção de dados que favorecessem uma avaliação dos resultados do programa, particularmente por seu pouco tempo de vigência, bem como por ainda estar em fase preliminar de implementação. Vale dizer que, a despeito de a temática exigir conhecimento prévio para ser compreendida, ela consegue, de forma clara e objetiva, porém, aprofundada, esclarecer termos e concepções em notas de rodapé, o que facilita a tarefa.

Como ponto de partida, Carnot refere a menção e as considerações de órgãos de saúde nacionais e internacionais sobre a mortalidade materna, além de aludir a autores de obras que

¹ Profa. do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EUFBA) Área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

² Profa. Titular do Departamento de Enfermagem Comunitária da EEFBA. Dra. em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida da EEFBA.

se distinguem na abordagem do tema. Dividido em três seções, o texto remete-nos não só a um processo reflexivo sobre o modelo de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, que hoje se apresenta com características de impessoalidade, subjetividade e pouca resolutividade, como aponta alternativas de participação popular e exercício da cidadania feminina, como formas de resgatar as diretrizes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para adentrarmos o conteúdo do texto é indispensável que consideremos a seção introdutória. Nesta figuram as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), nas quais esses órgãos fazem alusão à estimativa de que, em todo o mundo, meio milhão de mulheres na faixa etária entre 15 e 49 anos está na lista de óbitos por morte materna³. Ressaltam que 99% desses óbitos ocorrem em países em desenvolvimento, onde se verifica a deficiência na declaração de óbitos, o que significa que esse número pode ainda ser bem maior.

No Brasil, o índice estimado pelo Ministério da Saúde (MS), segundo dados de 1998, é de 130 mortes por 100 mil nascidos vivos, números que se assemelham aos registrados nos países mais pobres da América Latina, revelando, conforme Tanaka (2002), a falta de atenção do governo e da sociedade para este grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os óbitos relacionados ao aborto e às complicações da gravidez estão entre as dez primeiras causas de morte entre mulheres férteis, em 23 países da região das Américas.

Nesse sentido, a autora cita Boyaciyan (1998), referindo que o índice de mortalidade materna apresenta estreita relação com o desenvolvimento social, econômico e cultural de uma população. Em contrapartida, refere diversos estudos que apontam para o aumento da cobertura de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, como forma de reduzir a morbi-mortalidade materna.

Porém é necessário repensar as providências para se enfrentar o elevado índice de morte materna e a abusiva indicação de cesarianas, haja vista que a OMS considera aceitável a cobertura de 15% de partos cirúrgicos, e o Brasil apresenta atualmente uma taxa de 35% do total de partos realizados pelo SUS. Conforme Tanaka (2002), mesmo considerando que muitas cesarianas são realizadas por causa das complicações clínicas, o que dificulta estabelecer uma relação entre o óbito e o parto, ainda assim, a morte por parto cirúrgico (cesariana) é mais freqüente que no parto normal.

Vale destacar que, na década de 1990, a OMS estabeleceu recomendações para a realização de procedimentos na gravidez e no parto, instituindo que a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal deveria ser a de menor intervenção possível. Sugeriu, ainda, que a mulher desempenhasse um papel ativo no parto, exercitando, sempre que possível, seu direito de fazer escolhas.

Não obstante as sugestões da OMS, o que vivenciamos no cotidiano da prática do exercício profissional da enfermagem, seja nas Unidades Hospitalares ou na Rede Básica de Saúde, é que há uma grande deficiência no atendimento à mulher, seja pela limitada capacitação do profissional de saúde para atender ao subprograma pré-natal, seja pelas condições precárias em que se encontram as unidades públicas de saúde, no que se refere à falta de equipamento permanente, bem como, de material de consumo, medicamentos, entre outras necessidades.

Observamos que as mulheres são recebidas nessas unidades de saúde como “mais uma” entre as inúmeras que buscam atendimento. Normalmente, suas queixas não são valorizadas, e elas não são informadas sobre as ações ou procedimentos a que serão submetidas. Portanto, vivenciando habitualmente essa situação no exercício profissional da enfermagem, questionamos: Como fazer valer as recomendações da OMS sobre a mulher ser protagonista do processo gravídico-puerperal nessa realidade vivenciada por nós, enfermeiras, nos serviços de saúde?

³ O Ministério da Saúde (MS) define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não em consequência de causas acidentais ou incidentais.

Ao discutir a temática de atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, Carnot reporta-se à atuação do MS, que regulamentou, nas últimas duas décadas, diversas portarias dirigidas à melhoria da assistência obstétrica e à redução da mortalidade materna. Contudo, permanecem ainda os problemas relacionados à sistematização da assistência e ao desrespeito aos direitos básicos de cidadania.

No que se refere à sistematização da assistência, a ausência de um sistema de referência e contra-referência entre a rede básica de saúde e a rede hospitalar, e a excessiva intervenção sobre o processo gravídico-puerperal continuam a definir uma assistência à mulher ainda marcada pelo alto coeficiente de mortalidade materna, alto índice de partos cesáreos, *déficit* de leitos de maternidade e neonatais, bem como as dificuldades no atendimento à gestação de alto risco⁴.

Desse modo, a autora nos leva a fazer uma reflexão sobre o PHPN, estabelecido pelo MS, para responder não só à baixa qualidade na atenção ao pré-natal, parto e puerpério, como aos elevados índices de mortalidade materna no Brasil. Vale dizer que o PHPN propõe, em sua estrutura, a modificação das práticas médicas já bem definidas, a formação de recursos humanos em saúde, especialmente do médico. Este, ao pensar que detém o “poder pleno” sobre a saúde da mulher, acaba por intervir de forma demasiada no processo parturitivo, contribuindo, talvez, para a ampliação do quadro da mortalidade materna existente hoje no Brasil, representada por 64,84% por 100.000 nascidos vivos.

O PHPN, conforme Carnot, representa um programa instituído pelo MS, pela Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000, que estabelece como prioridade a redução dos índices de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, por meio da melhoria do acesso das mulheres aos serviços de saúde, bem como o aumento de cobertura e da qualidade do acompanhamento da gravidez, parto e puerpério, defendendo também a ampliação das ações do MS na assistência à gestação de alto

risco e investimentos nas unidades hospitalares integrantes da rede SUS.

Para a implementação desse programa, o MS integra três componentes, definidos como: o incentivo à assistência pré-natal, mediante repasse financeiro de fundo a fundo de saúde; a organização, regulação e investimento na assistência obstétrica e neonatal; e a alteração na remuneração da assistência ao parto nos hospitais cadastrados no SUS, por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

O programa oferece ainda o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), que é de utilização obrigatória pelos municípios que implantaram o PHPN. Esse sistema oferece dados para análise qualitativa sobre a assistência prestada em cada município, favorecendo o acompanhamento do percurso das gestantes na rede e a avaliação da qualidade do atendimento.

Avaliando o programa sob a ótica do MS, parece que os problemas das gestantes que procuram os serviços públicos de saúde estão ou serão resolvidos. No entanto questionamos: Como implementar todas as ações previstas se os recursos humanos na maioria dos municípios ainda não foram capacitados nem sensibilizados para essa nova estratégia de atendimento nos serviços públicos de saúde, que encara a humanização como o eixo principal da assistência?

A despeito desse questionamento, concordamos que os manuais elaborados por técnicos do MS são excelentes para determinar parâmetros, discutir questões epidemiológicas e listar atividades. Mas, com referência à capacitação de recursos humanos em saúde, num processo reflexivo, o quadro da mortalidade materna no Brasil, possivelmente, só será alterado quando cada profissional transformar sua prática. Consideramos que não basta apenas legislação, portarias e regulamentações. É necessário que o profissional “perceba” a outra, sua cliente, como cidadã.

A autora apresenta o PHPN como uma proposta que requer uma nova forma de lidar com

⁴ O Ministério da Saúde (MS) define gestação de alto risco aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada.

a mulher no ciclo gravídico-puerperal. Estabelece que sejam eliminadas as intervenções desnecessárias, reconduzindo a mulher a ser protagonista de sua saúde. Nesse sentido, é enfatizado que a obstetrícia atual é a mesma realizada há muitos anos, quando os médicos se apropriavam do corpo da mulher como objeto de seu trabalho, padronizavam a assistência e cuidavam do nascimento.

Carnot reforça que os obstetras são cirurgiões mais preparados para um parto cirúrgico do que para um parto natural. Nesse encadeamento de idéias, Tanaka (2002) aponta para a existência de uma lacuna na formação obstétrica, referenciando que se torna urgente uma revisão dos conteúdos de obstetrícia, tanto nas escolas médicas como nas de enfermagem, uma vez que procedimentos básicos não são valorizados no ensino, e, por vezes, situações simples não são diagnosticadas.

O texto refere ainda que os programas desenvolvidos pelo MS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde muitas vezes não conseguem superar a inércia do sistema, a falta de interesse dos profissionais e a dificuldade de se estabelecer paradigmas de atenção à saúde. A autora afirma que é freqüente o desencontro entre propósitos pré-definidos pelos administradores e as práticas realizadas pelos atores na execução do trabalho, assim como, entre a oferta de serviços e a demanda da sociedade.

Num processo de identificação dos problemas do cotidiano dos serviços de saúde, a pesquisa da autora revelou que a assistência ao pré-natal, na maioria dos estados, mostrou-se dispersa, descontinuada e subsidiada por dados imprecisos. Em algumas cidades, o Programa de Assistência ao Pré-natal e ao Nascimento já existia, porém, em grande parte, sem sistematização. Observou-se uma assistência fragmentada, com baixo índice de resolutividade, altos coeficientes de partos cesáreos e elevado índice de mortalidade materna por causas evitáveis.

Foi constatado também que há importantes contradições entre o discurso e a prática dos atores, quer diretamente, por observações e en-

trevistas, quer pela comparação entre discursos oficiais e as ações efetivamente executadas. Mas, não obstante essa realidade, de acordo com a gerência nacional do PHPN, esse programa está sendo estruturado para oferecer uma análise qualitativa em termos da atenção ao pré-natal em todo o território nacional. Muito embora seja pertinente essa pretensão, a autora, por meio de entrevistas com gestantes jovens, adultas e mulheres no pós-parto, registrou informações importantes, em que as mulheres referiram que só perceberam diferença no atendimento; no que se refere à quantidade de exames e de consulta, não identificaram melhora na qualidade do atendimento.

Vale dizer que os dados sobre o PHPN apontam para a melhoria na construção dos indicadores de atenção ao pré-natal e não na assistência. A autora coloca que o MS vem idealizando um projeto-piloto, que será desenvolvido nas cidades de Maceió, Belém e Goiânia, cuja proposta é capacitar médicos e enfermeiras que atuam em assistência ao pré-natal e em planejamento familiar.

Nas considerações finais, a autora faz uma abordagem que vai além dos paradigmas técnicos e biológicos de atenção à saúde da população feminina. Ela busca discutir a reestruturação da atenção à saúde da mulher, na perspectiva da participação das usuárias dos serviços de saúde, para que se possam discutir os princípios constitucionais do SUS, como eixos que garantam a participação da comunidade na construção, acompanhamento e avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher, bem como o estabelecimento de hierarquia, descentralização e integralidade das ações de saúde.

O texto de Carnot oferece importantes subsídios para que reflitamos sobre nossa prática de enfermagem nos programas de atenção à saúde da mulher, em especial no período reprodutivo, e nos provoca estes questionamentos: Como nós, enfermeiras, estamos realizando as consultas de pré-natal? Estas consultas contribuem para redução da morbi-mortalidade materna?

Neste sentido, penso que nós enfermeiras

podemos contribuir de forma efetiva para a melhoria dos indicadores citados acima, realizando consultas de pré-natal com qualidade, tentando inserir o companheiro e a família da gestante como sujeitos no processo educativo, informativo e de acolhimento que deve ser estabelecido em cada consulta, além de perceber e compreender que cada gestante vivencia o período gravídico-puerperal de forma diferenciada e, portanto, deve ser vista e compreendida em sua integralidade e singularidade, devendo ser valorizados seus valores e suas crenças.

REFERÊNCIAS

- BOYACIYAN, K. **A Mortalidade materna no Brasil**. Disponível em: <<http://www.obgyn.net>> Acesso em: 1998. Apud CARNOT, Eliane. Delicadeza no parto: cidadania ou retórica? In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002. Cap. 13, p. 299-312.
- TANAKA, A.C.d'A. O desperdício de vidas numa realidade que não se altera. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n.17, maio 1999. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br.html/artigos_e_dados.html>. Acesso em: 12 out. 2002.

