

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**Humanização e Políticas de Saúde:
Um Estudo Sobre os Usos e Sentidos das Propostas de
Humanização nas Políticas de Atenção à Saúde da Mulher**

Autor: Eliane Carnot de Almeida

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**Humanização e Políticas de Saúde:
Um Estudo Sobre os Usos e Sentidos das Propostas de
Humanização nas Políticas de Atenção à Saúde da Mulher**

Autor: Eliane Carnot de Almeida

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos (Orientador)

Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Vianna

Profa. Dra. Regina Duarte Benevides de Barros

Profa. Dra. Jane Dutra Sayde

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Rio de Janeiro
2005

À minha mãe,

Exemplo de coragem, determinação e amor.

Obrigada por me ensinar o valor da verdade e do respeito ao outro.

Por me ensinar a ter fé na vida e a lutar pelos meus sonhos.

***A minha alma crescerá sempre,
Mas, mesmo assim,
Nunca chegará até um lugar
Onde não poderei segui-la.***

***Quando acordo de noite,
E caminho pela praia,
Quando olho para cima
E contemplo a infinidade de estrelas,
Pergunto à minha alma:***

***“Quando eu morrer, e você estiver lá em cima,
E puder estar presente em todo este universo,
Estará satisfeita?”***

E minha alma responde:

***“Quando eu chegar lá,
saberei que posso crescer ainda mais”.***

(Whitman)

AGRADECIMENTOS

Finalizar essa tese me provoca sentimentos contraditórios: por um lado a felicidade de ver concluído um projeto, de fechar mais um círculo, de ter a oportunidade de agradecer às pessoas que foram importantes para mim nessa jornada e aquelas que são importantes em toda a minha vida. Por outro lado, a tristeza que toda partida provoca pela perda do convívio com tantas pessoas queridas, com a instituição que por tantos anos foi a “minha casa”.

*Agradeço ao **Instituto de Medicina Social, a todo seu corpo docente**, pela oportunidade de desenvolver aqui meus estudos, pelo tanto que aprendi, e principalmente pelo incentivo a buscar sempre novos conhecimentos. Quero expressar aqui a minha admiração pelo exemplo de seriedade e compromisso com a produção e transmissão de conhecimento e com a incansável luta pelo “SUS que queremos”.*

*Gostaria de formular um agradecimento especial aos professores **Madel Luz, Jurandir Costa, Ana Luiza, Alba Zaluar, Eduardo Levcovitz, Fiori, Cid Manso, Hesio Cordeiro, Jane Sayd, Kenneth, Kornis, Mario Monteiro, Noronha, Plastino, Ruben, Sergio Carrara e Sulamis**, pelos seminários fascinantes e pelo incentivo constante.*

Aos meus orientadores,

***Ana Luiza Vianna**, obrigada pelos ensinamentos, pela orientação no início dos meus estudos, pelo carinho e principalmente pela amizade. “Tudo que é bom dura o tempo necessário para ser inesquecível”.*

***Ruben Mattos**, obrigada por me “pegar no meio do caminho” e aceitar orientar meu trabalho de forma tão objetiva e ao mesmo tempo tão afetiva. Difícil expressar em palavras toda admiração e carinho que sinto por você, o quanto foi importante para mim conviver com alguém como você, o quanto aprendi nos seminários, durante os encontros de orientação, nas conversas informais. Obrigada!*

*Gostaria de fazer um agradecimento especial ao **Kenneth**, meu mestre, meu amigo. Por suas mãos iniciei essa caminhada na saúde coletiva, conquistando novos conhecimentos, abrindo novos horizontes. Obrigada pela acolhida constante e pelo carinho.*

*A **Jane Sayd**. Algumas pessoas, mesmo sem saber, se tornam fundamentais na nossa vida, pelas portas que nos abrem, pela forma como nos acolhem. Obrigada Jane, serei eternamente grata a você!*

Regina Benevides, minha admiração pelo trabalho desenvolvido na Coordenação da Política Nacional de Humanização. Obrigada pelos comentários na Qualificação do Projeto de Tese, pela disponibilidade com que sempre me atendeu, e pela delicadeza em aceitar o convite para participar deste debate.

Tatiana Vargas, amiga que ganhei na época do mestrado, companheira de ideais. Obrigada pelo convívio tão agradável, pela força e pela disponibilidade em ajudar nas minhas pesquisas.

Rosa Mitre, companheira de tantos anos na luta por uma assistência digna e humanizada aos nossos “pequenos pacientes”. Obrigada pela acolhida sempre tão carinhosa, pela ajuda nas pesquisas, pela amizade.

Fabiola Rohden, pelos valiosos comentários na qualificação do projeto de tese e pelo carinho com que sempre me recebeu. **Maria Auxiliadora**, pela importante contribuição na qualificação do projeto. **Célia Pierantoni**, pela ajuda fundamental neste último momento. **Ana Sílvia** pela presteza em me ajudar com o inglês. Obrigada!

A “equipe da biblioteca” – **Regina**, muito obrigada pela imensa disponibilidade em ajudar, com seu jeito alegre e afetivo transformando os momentos de pesquisa em gostosas horas de lazer. **Ana Beatriz e Vanessa**, obrigada pela atenção, pela ajuda constante, por estarem sempre disponíveis a “decifrar seus incríveis códigos”

A **Márcia e toda sua turma da secretaria**, pela constante disponibilidade em ajudar e pela atenção e carinho com que sempre me receberam.

A **Direção da Clínica Nefrológica**, especialmente **Dr. João, Dr. Severino, Dr. Olavo, Dra. Livia, Dr. Walcyr, Dr. Eduardo e Alexandre**, seus funcionários e todo corpo técnico, por acreditarem no ideal de uma atenção humanizada aos portadores de insuficiência renal crônica. A **Ana Maria** pelo apoio e por abraçar essa causa. Ao **Enfermeiro Sérgio**, enquanto representante de todo corpo de enfermagem, pelo belíssimo trabalho em prol da humanização da assistência.

Glória Harrison, pela disponibilidade em me ajudar nas pesquisas, pelo carinho com que me recebeu mesmo sem me conhecer. Obrigada!

Ana Costa e Maria José Osis, minha admiração pelo trabalho desenvolvido na área da saúde da mulher e pela disponibilidade em me enviar suas teses de doutorado que tanto auxiliaram nas minhas pesquisas.

Denise Morsch, pela delicadeza e sensibilidade com que luta pela humanização da assistência aos bebês e famílias nascidos prematuramente, pelo importantíssimo trabalho que vem desenvolvendo. É um presente para mim poder conviver com alguém como você!

Nicole Giannini, pela enorme disponibilidade em me receber, orientar, ceder material. Sua atuação profissional, sua delicadeza em lidar com os pequenos pacientes e com a equipe, se transformaram em um exemplo para mim.

Aos **alunos e aos pacientes** com quem convivo no cotidiano da minha prática, obrigada por tudo que me ensinam, e pelo tanto que me estimulam.

Jaime Betts, pela acolhida em Porto Alegre, pelas conversas enriquecedoras que muito contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Elisa Santa Rosa, com quem iniciei meu sonho de doutorado. Obrigada amiga pelos momentos que passamos juntas, pelas discussões nos seminários, pelas dinâmicas no Brincar, pelas conversas tão divertidas. Sei que “lá de cima” você está comemorando comigo!

César, pela naturalidade com que me ajudou a tomar decisões tão importantes.

Alba Lyrio e Maria Cecília, pela força, pelo estímulo constante, pela compreensão nas minhas ausências tão freqüentes nos últimos meses, e acima de tudo, pelo exemplo do exercício de uma prática na saúde verdadeiramente “humanizada”.

Alexandre, pela força nos plantões, pela alegria que você sempre transmitiu e que me fez tanto bem enquanto escrevia esta tese!

Tia Baby, “modelo” de mulher na minha infância, eterna fonte de motivação na maturidade.

Ana Rosa e Flávia, amigas de sempre, obrigada pela força, por estarem sempre presentes.

A **Maria Inês França**, pela seriedade e pelo carinho com que sempre me acolheu e incentivou.

Aos meus filhos, **Nicholas, Stephanie e Gisella**, por dividirem comigo meus sonhos, por suportarem minhas ausências, por serem as pessoas lindas que são, não mais minhas crianças, mas companheiros de vida e de felicidade!

A **Luna**, que transborda meu coração de alegria e de amor, que me faz acreditar na renovação e na beleza da vida.

A todos vocês, meu carinho e meu muito obrigada!

Dedicatória

Agradecimentos

Sumário

Resumo / Abstract

I.	Introdução.....	1
II.	Saúde da Mulher: Revisitando sua História	32
III.	Ações de Humanização na Saúde	45
	3.1 Cartas aos Usuários	47
	3.2 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares	48
	3.3 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde	49
	3.4 Programa de Acreditação Hospitalar	51
	3.5 Programa Centros Colaboradores para a Qualidade Hospitalar e Assistência	52
	3.6 Programa de Modernização Gerencial Grandes Estabelecimentos de Saúde	53
	3.7 QualiSus	54
	3.8 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar ..	56
	3.9 Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS: HUMANIZASUS	59
	3.9.1 O Prêmio HumanizaSus	63
	3.9.2 Projetos Selecionados	65
	3.9.3 Projetos Vencedores	69

IV. Humanização e a Saúde da Mulher	71
4.1 Planejamento Familiar	72
4.2 PAISM	79
4.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	86
4.4 Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru	92
V. Usos e Sentidos das Propostas de Ações de Humanização	99
5.1 Humanização Enquanto Atributo das Relações Interpessoais	100
5.1.1 A Racionalidade Médica e o Processo de Medicalização do Espaço Social	101
5.1.2 A Relação Médico-Paciente	107
5.2 Humanização e Redução da Mortalidade Materna	116
5.3 Humanização e Otimização de Recursos	126
5.4 Humanização e Organização do Processo de Trabalho	132
VI. Considerações Finais	141
VII. Bibliografia	161
VIII. Anexo I – Propostas de Ações voltadas à da Saúde da Mulher	167

A humanização tem sido um termo freqüentemente utilizado em relação às práticas de saúde no SUS, tornando-se uma “bandeira de luta” levantada sempre que se pensa em políticas públicas de saúde. A polissemia do termo chama a atenção para a possibilidade de sua utilização em diferentes contextos, direcionada a diferentes auditórios.

Esse trabalho tem por objetivo analisar os usos e sentidos da noção de humanização nas propostas de ações voltadas à saúde da mulher.

A história das práticas e saberes construídos em torno da saúde da mulher, com ênfase no movimento feminista, no planejamento familiar e na constituição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi resgatada no sentido contextualizar a discussão proposta.

Diversas propostas de ações de saúde foram analisadas, assim como os projetos selecionados pelo Prêmio David Capistrano da Política Nacional de Humanização, visando a identificação de núcleos de sentidos no discurso oficial sobre a humanização, e a forma como esse discurso está sendo percebido pelos profissionais. Foram identificados e discutidos quatro núcleos de sentidos: humanização enquanto atributo das relações interpessoais; humanização e redução da mortalidade materna; humanização e otimização de recursos; e humanização e processos de organização de trabalho.

Concluimos que a manutenção do processo de formulação e implantação de ações de forma verticalizada, fragmentada, sem que as modificações propostas sejam pactuadas com os profissionais que deveriam implantá-las e os usuários que deveriam se beneficiar delas, acaba por promover a perpetuação do modelo assistencial vigente.

PALAVRAS CHAVE: Humanização, Saúde da Mulher, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The term humanization is frequently employed to refer to health practices within the Brazilian Unified Health System (SUS), and this idea is defended whenever one thinks about public health policies. This polysemous word emphasizes the possibility of its being employed in different contexts, addressed to different publics.

This work aims to analyze uses and senses of the notion of humanization in actions proposals concerned with women's health.

The history of practices and knowledge on women's health, focusing on the feminist movement, on family planning and on the constitution of the Women's Integral Healthcare Program, has been recovered so as to contextualize this discussion.

Several health actions proposals have been analyzed, as well as the projects selected by the David Capistrano Prize for National Humanization Politics, to identify central meanings in the official discourse on humanization, and how such discourse is being apprehended by health workers. Four nucleus of senses have been identified and discussed: humanization as attribute of interpersonal relations; humanization and reduction of maternal mortality; humanization and resources optimization; and humanization and labor organization processes.

We came to the conclusion that the processes of formulation and implantation of actions in a vertical and fragmented way, without making a pact with the professionals supposed to implement changes, nor with the users who would benefit from them, ends up in perpetuating the present healthcare model.

Key words: Humanization, Women's Health, Health Policies.

“Se existe muito a ser modificado em quase tudo que diz respeito ao saber e a prática da medicina, é um exercício ilusório de onipotência do pensamento acreditar-se que, com intervenções tópicas, isoladas, se conseguirá reverter estruturas tão abrangentes e tão profundamente enraizadas na história e tradição de nossa cultura”.

(Camargo Jr., 2003:59)

Humanização tem sido um termo amplamente utilizado em diversas esferas, quer na área do direito, das ciências sociais, da engenharia, quer na área da saúde, tomando, assim, diferentes e inúmeros significados. Falar em humanização da assistência à saúde nos parece algo no mínimo curioso uma vez que estamos falando de serviços prestados por seres humanos em benefício de outros seres humanos, e mais ainda, estamos falando de práticas de saúde cujo objetivo maior deveria ser o cuidado com o outro, a busca do seu bem estar.

O trabalho desenvolvido durante muitos anos em instituições de saúde pública sempre nos trouxe um grande incômodo, assim como várias inquietações em relação ao modelo assistencial¹ vigente. Inúmeras situações vivenciadas tanto pelos usuários e seus familiares, como pelos profissionais de saúde colocam em questão, pelo menos para nós, a forma como esse modelo se organiza e que, apesar das inúmeras, persistentes e antigas queixas, se mantém.

¹ Modelo assistencial diz respeito ao “*modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las*”. (Campos,1997)

Essas queixas tem sido atualmente utilizadas pelo Ministério da Saúde como justificativa para implantação de diversos programas e ações apresentados sob a rubrica de “Humanização da Assistência”.

Humanização tem sido um termo freqüentemente utilizado no discurso político da saúde, quer pelos formuladores de políticas, quer pelos gestores e também pelos usuários. Diferentes sentidos podem ser percebidos na utilização deste termo, assim como diferentes são as suas aplicações práticas, o que chama a atenção para a polissemia deste termo e a sua consagração enquanto representante de um valor positivo a ser alcançado. A humanização se tornou, podemos dizer, uma “bandeira política” levantada sempre que se pensa políticas de saúde. Podemos pensar a humanização como uma “imagem objetivo”² que, segundo Mattos,

“... designa uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido”. (2001:41)

Camargo Jr. (2003) chama a atenção para o surgimento de diversas rubricas conceituais que, se por um lado demarcam e apresentam problemas e soluções, por outro se tornam inócuas política e academicamente em função da sua polissemia. Uma condição para o debate se torna, então, a precisão do termo utilizado, uma vez que *“uma rubrica que pode absorver diversos significados acaba por não significar nada”*.(Camargo Jr., 2003:26). O autor cita como

² Imagem objetivo designa, em planejamento, uma configuração que se pretende alcançar. Distingue o que se deseja construir do que já existe. Indica a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Parte de um pensamento crítico, se indigna com determinada realidade e busca superá-la. Não é detalhada, é expressa através de enunciados gerais. Ela é polissêmica.

exemplo o conjunto de tendências cognitivas e políticas que se agrupam sob a rubrica da integralidade, apontando para a crítica contida nesta noção à ênfase nos aspectos biológicos da biomedicina, na perspectiva fragmentada e fragmentadora que esta apresenta e na hierarquização implícita dos saberes e práticas, crítica essa que também é pertinente no discurso da humanização.

Mas o que é humanização? Como delimitar essa noção³ que se apresenta nos mais diversos contextos, com os mais diversos significados? O “Novo Dicionário Aurélio” define humanização como,

HUMANIZAÇÃO – *Ato ou efeito de humanizar (-se)*

HUMANIZAR – *tornar humano; dar condição humana a; tornar benévolo, afável, tratável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; tornar-se humano.*

HUMANO – *pertencente ou relativo ao homem; bondoso, humanitário;*

Como podemos perceber, o dicionário também aponta uma diversidade de sentidos da palavra humanização, contrapondo definições de humano ao não humano – efeito de humanizar-se, tornar humano; de possibilidades morais – bondoso, humanitário; e, também, comportamentais – adquirir hábitos sociais polidos, civilizar. Temos, então, um conjunto de significados que torna possível a aplicação desta palavra em diferentes contextos.

Assim sendo, pensemos a sua utilização na saúde. Poderíamos transpor essas definições para o que se propõe quando se fala em humanização da

³ Neste estudo será utilizado o termo “noção” sempre que for feita referência à humanização no sentido de ampliar as possibilidades de discussão sem o aprisionamento a determinados conceitos.

saúde? No caso da atenção à saúde da mulher, foco do nosso estudo, o que seria humanizar essa assistência? Estaríamos falando sobre a possibilidade de se “fazer adquirir hábitos sociais polidos, tornar-se humano, ou bondoso” conforme as definições do dicionário? Mas a que estaríamos nos referindo exatamente, ou seja, quem deveria adquirir hábitos polidos, bondosos? O que há de não humano na atenção à saúde que torna necessária a sua humanização?

Estudar os usos e sentidos das propostas de humanização voltadas para a atenção à saúde da mulher nos remete a uma intrincada teia composta por inúmeros elementos que se entrecruzam em um processo dinâmico de construção e reconstrução de uma complexa rede. Partindo da noção de rede proposta por Latour (1994) tomamos estes fatores como fios de uma complexa rede que comporta todos os atores capazes de traçá-la.

Para Latour (1994) rede não é uma coisa, mas o registro do movimento de uma coisa, sendo que nenhuma rede existe independentemente do próprio ato de traçá-la e nenhuma atividade de traçar é feita por um ator fora da rede. Um ator nessa rede é uma definição semântica, é um atuante, e um atuante pode literalmente ser qualquer coisa desde que seja a fonte de uma ação.

O autor se refere a uma rede híbrida de atores, com propriedades dinâmicas, composta por associações e conexões. Um elemento vai se tornar estratégico, em determinado momento, em função das conexões que realiza, assim como vai perder importância quando perde suas conexões. Ele fala em uma rede híbrida de atores, com propriedades dinâmicas, composta por associações e conexões. Em lugar de opor o nível individual à massa, simplesmente seguimos como um elemento dado se torna estratégico através do número de conexões que determina e como ele perde importância quando perde suas conexões.

Latour (1994) concebe aos objetos uma natureza híbrida, determinada unicamente pela rede que os produz e pelos desdobramentos que provoca,

“... nós mesmos somos híbridos, instalados precariamente no interior das instituições científicas, meio engenheiros, meio filósofos... optamos por descrever as tramas onde quer que elas nos levem. Nosso meio de transporte é a noção de tradução ou de rede ... a rede é o fio de Ariadne destas histórias confusas” (Latour, 1994:9).

Nesse trabalho convidamos o leitor a percorrer conosco essa rede, desvendando os diversos fios e nós encontrados no debate sobre o tema proposto, nos detendo naqueles que se apresentam como estratégicos para alcançar nosso objetivo. Dessa forma, um primeiro “fio a ser puxado” diz respeito a estrutura dos serviços, ao tipo de assistência prestada, ao acesso, aos recursos disponíveis, assim como à organização dos processos de trabalho. Propomos, então, uma reflexão sobre o contexto sobre o qual as propostas de ações⁴ pretendem incidir.

Ao se propor intervir na assistência prestada pela rede pública de saúde, faz-se necessário definir sobre que contexto se pretende atuar uma vez que a diversidade de contextos sociais não comporta modelos globais. Cada instituição apresenta uma realidade particular de acordo com a população atendida, a infraestrutura disponível, a capacitação do seu corpo técnico, a inferência de agentes políticos locais, a posição que ocupa na rede, entre tantos outros fatores.

⁴ Ao longo de todo trabalho vamos nos referir aos programas, políticas, decretos, normas, leis, etc como “propostas de ações” de maneira a tornar o texto mais fluente e entendendo que a não distinção entre esses diversos atos não compromete a discussão aqui proposta.

“Em uma sociedade complexa como a nossa convivemos permanentemente com esta tensão entre uma tendência à globalização e uma força de resistência representada pelas particularidades de cada contexto social. A racionalidade objetiva visa a universalização, mas esta esbarra nas singularidades subjetivas”. (Ribeiro, E.M., s/d⁵)

A situação das instituições públicas de saúde também precisa ser levada em conta ao se pensar propostas de ações que pretendam incidir sobre a assistência. Tomamos como exemplo a atenção à mulher no momento do parto.

No Brasil o parto se constitui em um evento eminentemente hospitalar, sendo a porcentagem de nascimentos ocorridos fora do hospital muito reduzida. As internações relacionadas ao parto e problemas obstétricos constituem a principal causa de internação nos hospitais públicos e conveniados do SUS, tendo atingido 22,6% do total de internações e 13,7% do gasto total com as hospitalizações realizadas no país em 2001. (MS/Datasus)

Esse período de vida reprodutiva das mulheres tem sido objeto de atenção do Ministério da Saúde através da formulação de diversas propostas de ações visando, especialmente, a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e infantil (MS/Datasus). Conhecer, portanto, o perfil dos estabelecimentos hospitalares que atendem a mulher no período gravídico-puerperal, nos possibilita perceber não só o nível de adequação da rede às necessidades da população feminina, como também o nível de adequação das propostas do Ministério da Saúde a essa rede.

⁵Ribeiro, E.M. Universalidade e Singularidades no Campo da Saúde. Disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=50>

Neste estudo tomaremos como referência para conhecer a assistência prestada à mulher no parto, a pesquisa realizada por pesquisadores da Fiocruz (Leal & Viacava, 2002) em que foi apresentado um perfil da assistência prestada às mulheres nos hospitais públicos que atendem ao parto, apontando as condições em que são atendidas, os recursos disponíveis – materiais, físicos e humanos, o acesso, o número de leitos disponíveis, a oferta de serviços de média / alta complexidade e a qualidade da assistência em todo o país.

O hospital pensado enquanto organização sofre influências dos processos de produção, do regime político e do sistema de representações da formação social a qual pertence. Segundo Baremlitt⁶, os conflitos pessoais assim como os conflitos intersetoriais, de classes, inter-organizacionais e interpessoais fazem parte dessa organização podendo ser minimizados de acordo com a forma de gestão estabelecida.

“... os baixos salários, as más condições de trabalho, a falta de instrumental adequado, a ausência de um plano de carreira, o excesso de demanda, a inadequada formação profissional ou específica, a carência de reciclagem periódica de conhecimentos, a concorrência não construtiva, a exigência de eficiência não sustentada, o autoritarismo, a verticalidade radical, assim como a liderança indiferente ou ausente, a falta de comunicação ou as distorções da mesma, a inexistência de uma atenção médica e psicológica permanente para os agentes de uma consultoria periódica institucional para o estabelecimento... são as causa principais de deflagração de conflitos”. (Baremlitt, s/d⁷)

⁶ Baremlitt, G. Conflitos e Malestares na Prática Hospitalar, s/d. Disponível em <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=36>

⁷ idem.

Segundo o autor a não expressão dos conflitos pode transformá-los em sintomas que se apresentam sob a forma de acidentes de trabalho, sabotagens, individualismos, clientelismos, entre outros. A sua solução é fundamental para o bom funcionamento dos serviços, o bem estar dos agentes, assim como a melhoria do estabelecimento de maneira geral. Dessa forma, faz-se necessário conhecer a organização das instituições, como se dão os processos de trabalho no seu interior, quais são suas vicissitudes, antes de se buscar intervir na sua realidade.

A gestão dos serviços está subordinada à política predominante em determinado período, constituindo-se em instrumento de implementação das políticas que são elaboradas a partir de uma disputa de interesses de diversas categorias – profissionais, usuários, indústrias, gestores, etc. Segundo Campos (1989) a gestão além de ser importante para efetivação da política, é condicionante e condicionada pela forma de organização da produção de serviços de saúde.

“As opções por determinadas delimitações dos programas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas”. (Merhy et All, s/d :84⁸)

O processo de formulação de políticas, a maneira pela qual um determinado problema passa a fazer parte da agenda política, quer seja originário de uma demanda da população, quer seja uma decisão técnica, também se constitui em importante elemento para este debate.

⁸ Merhy, E.E., Cecílio, L.C.O., Nogueira, R.C. Por Um Modelo Técnico-Assistencial da Política de Saúde em Defesa da Vida: Contribuição para as Conferências de Saúde. In: Cebes: Saúde em Debate, no 32. Disponível em ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/conteud1.html

Viana (1997) afirma que a definição do conceito de políticas públicas se faz necessária no sentido de se delimitar o espaço de atuação do objeto de investigação. Dessa forma, a proposta de Lemieux (apud Viana, 1997) de compreender políticas públicas como tentativas de regular situações surgidas na coletividade, ou entre coletividades, que apresentam problemas públicos, independentemente das áreas sobre as quais atuam e/ou interferem, nos parece adequada ao nosso propósito. O autor define problema público como aquele que interfere na repartição de meios entre os atores sociais, e se refere à coletividade de forma abrangente podendo ser desde o Estado, instâncias sub-nacionais de governo ou mesmo uma instituição. Essa definição ressalta a natureza normativa e regulatória das políticas independentemente das suas funções distributivas ou redistributivas (Viana, 1997)

A entrada de um programa na agenda não é um processo livre nem politicamente neutro, assim como os atores não permanecem neutros nem passivos. Ele resulta de conflitos e consensos que vão determinar a inclusão na agenda de determinado problema em determinado momento, em detrimento de outros. Assim, pode se dizer que sua construção ocorre de forma seletiva sendo caracterizada, de maneira definitiva, pelo grau de consenso ou de conflito que o problema suscita.

“A inclusão ou não na agenda é sempre política no sentido de que sempre é produto da negociação entre diferentes grupos (governamentais ou não) que demandam e/ou resistem a essa inclusão”. (Mattos, 2003:49)

Mattos (2003) concebe políticas como respostas do governo a determinados problemas públicos. Ele aponta para o processo de entrada de um problema na agenda enquanto um processo dinâmico que envolve diversos atores e diferentes grupos de interesses.

“Não só a inclusão, mas também as características das respostas governamentais são influenciadas pelo jogo político entre diversos grupos sociais interessados naquela política específica”. (Mattos, 2003:49)

Faz-se necessário inicialmente reconhecer as demandas impostas e o processo pelo qual estas serão selecionadas, algumas passando a fazer parte da agenda, outras deixadas de lado e outras eventualmente excluídas. Nas ações e programas citados fica claro esse constante movimento político de inclusão e exclusão de propostas na agenda da saúde.

Segundo Mattos (2000), a noção de agenda é importante na formulação de políticas públicas na medida em que aponta para preferências das instituições envolvidas no debate. Entretanto ele sugere a utilização da expressão “propostas de políticas” no sentido de ressaltar seu caráter retórico. Segundo o autor, propostas de políticas configuram,

“.. conjunto de argumentos elaborados com a intenção de persuadir determinados grupos acerca da conveniência de adotar uma certa política ... incluem a importância dos problemas que tais intervenções supostamente resolveria, os argumentos em defesa da eficácia das medidas sugeridas, e aqueles voltados para demonstrar que a adoção de tais medidas se faz oportuna”. (2000:62)

As propostas de ações que serão citadas neste trabalho apontam para a emergência do problema da *“qualidade da assistência”* na agenda política, atendendo a pressões de ordem política, econômica e social. Essas propostas vão desde ações técnicas e normativas até a reorganização física dos estabelecimentos através de obras e / ou fornecimento de equipamentos e alta

tecnologia, passando pela ênfase na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e os usuários, assim como os aspectos subjetivos envolvidos nesta relação.

A formulação dessas propostas de ações, sua implantação e, em muitos casos, sua retirada da agenda e/ou substituição por outras ações, em algumas situações muito semelhantes àquelas que estão sendo excluídas, em outras apresentando como proposta exatamente o que se via como problema na ação anterior, nos dá uma visão desse jogo político de forças onde se estabelece uma arena de disputa de interesses diversos.

Podemos perceber então a complexidade desse processo, assim como o grau de conflitos e disputas envolvidos no acesso à agenda. Vale ressaltar que esse acesso não significa que se “venceu a guerra”, mas apenas “que uma das batalhas foi vencida” uma vez que a entrada de um problema na agenda e a formulação de ações para responder a ele não garantem sua efetiva implantação.

Meny Y Thoenig (1992) referem que as necessidades e os problemas da população podem ser percebidos e acolhidos pelas autoridades públicas gerando propostas de ações, ou podem ser as próprias autoridades públicas que modelam essas necessidades através da oferta que estrutura e condiciona as necessidades de ação pública da população, ou seja, a população aceita como aspirações próprias os bens e serviços que o setor público lhes oferece. As ações voltadas pra a saúde da mulher, conforme será demonstrado no presente trabalho, se apresentam muito mais como orientações técnicas formuladas a partir da identificação de necessidades por um corpo técnico da saúde do que como reconhecimento de uma demanda expressa pelas usuárias dos serviços.

Para esse autor, a agenda se constitui em um mecanismo seletivo de um conjunto de problemas objeto de controvérsias públicas que requerem a intervenção das autoridades públicas legítimas. As controvérsias traduzem as diferenças de opinião, interesses, normas, percepções e julgamentos cognitivos que atravessam a opinião pública ou pelo menos os grupos e atores envolvidos no processo de constituição da agenda.

A estrutura do problema público é conflituosa na medida em que grupos e instituições competem pela apropriação do problema, definindo causas e responsabilidades. A definição do problema se dá no âmbito da controvérsia ou porque a formulação implica em conseqüências julgadas inaceitáveis para algumas das partes implicadas, ou porque põe em questão princípios fundamentais ou valores absolutos de uma das partes, ou ainda porque os atores podem solicitar apoio externo gerando resistências.

Política de saúde se refere, portanto, a processo e poder, a quem influencia quem no processo político, e como isso ocorre. Política de saúde tem significados diferentes para pessoas diferentes. A formulação de políticas envolve um diálogo entre intenções e ações, constituindo um espaço político de trocas e indeterminações, conflitos e poder.

“É necessário uma perfeita interação entre formuladores, implementadores e público alvo das políticas para o sucesso de determinada política” (Hope apud Viana, 1996:13)

As propostas de ações apresentadas trazem como justificativa, ou a queixa dos usuários em relação à assistência recebida, ou uma proposta técnica a partir da não resolutividade dos serviços, da dificuldade de acesso, da necessidade de reformas nas instalações físicas e de fornecimento de equipamentos, muitas vezes de alta tecnologia.

Esses problemas são incluídos na agenda política e resultam na formulação de propostas de ações que pretendem reorganizar a assistência, a partir de modelos pré-determinados pelos técnicos numa reprodução da atitude paternalista tantas vezes criticada, reproduzindo a construção de modelos ideais que nem sempre respondem ou nem sempre são aplicáveis à variedade dos contextos já mencionados.

Em muitas situações sequer os Conselhos de Saúde são consultados. Segundo Campos (1997) os Conselhos de Saúde propostos pelo SUS como locus de participação e controle social do sistema através da representação por segmentos organizados da sociedade tem exercido pouca influência sobre os métodos de gestão ou sobre a formulação de ações em saúde. Em setembro de 1999 o Conselho Nacional de Saúde manifestou, através da Moção 005/99 seu desagrado frente a constante desatenção dos setores da Secretaria de Assistência à Saúde para com o Conselho a partir da publicação de portarias sem a prévia discussão na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho, da elaboração de portarias modificando políticas e pactos já existentes, entre outros fatores. (Baptista, 2003)

A organização dos serviços de saúde tem se dado através da aplicação de modelos idealizados que os planejadores e os gestores procuram implantar através de normas e regras que requerem, também, uma situação idealizada para se concretizar. A elaboração dos programas se baseia na orientação técnica, através de prescrições de atos, medicamentos, costumes, valores, entre outros, geralmente com pouca ou nenhuma participação dos atores envolvidos na sua execução e da clientela a ser atingida. Dessa forma, é freqüente o desencontro entre os objetivos pré-definidos pelos gestores e as práticas realizadas pelos distintos atores na execução do trabalho, assim como entre a oferta de serviços e a demanda da população. (Pinheiro & Camargo Jr., 2000)

“A implementação falha porque os formuladores de política não compreendem as condições reais sob as quais são prestados os serviços e a tendência à inércia mina os propósitos dessa política. Ao propor-se a política seria então necessário averiguar como essas condições afetam as rotinas diárias das pessoas que prestam o serviço e quais seriam suas reações a elas” (Medina, Apud Viana, 1996:39)

A descontinuidade político-administrativa se constitui em mais um obstáculo à implantação de políticas, como demonstram os estudos de Luz (1996) sobre a implantação da homeopatia nos serviços públicos e de Viana e Dal Póz (1998) sobre a implantação do Programa de Saúde da Família. Em ambos estudos podemos verificar como a conjuntura político-administrativa influencia a implementação dos projetos que ficam a mercê da vontade política do gestor podendo, em alguns casos, ser suspensos ou interrompidos.

“Política é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições; uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam, e corrigem as regras gerais sob as quais vivem, sendo inseparável tanto do conflito quanto da cooperação, visto que serão mediados valores e opiniões diferentes, necessidades concorrentes e interesses opostos”. (Baptista,2003:132)

Diversos autores apontam a dificuldade de distinguir, na prática, a implementação da própria política e do programa. A implementação é precedida de duas fases fundamentais, a de formação e a de formulação da política. A fase de formação inclui a constituição da agenda, a delimitação do campo e a identificação das diversas alternativas; a formulação consiste na definição das metas, objetivos, recursos e definição de estratégias de implementação. Os

processos de formulação e implementação são processos de lutas, conflitos, estabelecimentos de consensos, acordos, alianças e oposições. (Perez, 1999).

“O momento de implementação é de intensa negociação em que se vê realmente onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é um momento

de grande consenso, onde tudo é possível, é no momento da implementação que se vê a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apóiam e o que cada um dos grupos disputa de interesses”. (Baptista, 2003:137)

Segundo Baptista (2003) a construção de uma política representa um processo dinâmico e constante de negociação que evoca o implícito e a habilidade de mediar interesses sem necessariamente explicitá-los. Consiste em um processo de diálogo e/ou composição assim como de confronto entre interesses com possibilidade de não diálogo e desqualificação dos outros. Segundo a autora, é difícil determinar quando se inicia e quando finaliza o processo de construção de uma política.

“A análise de uma política coloca em questão o próprio Estado, pois revela os princípios políticos e ideológicos que norteiam sua ação, a forma de relação estabelecida com os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política”. (Baptista, 2003:134)

Neste trabalho, embora não tenhamos o propósito de nos deter na discussão dessas fases da construção de uma política, voltamos um olhar crítico

sobre a justificativa oficial para a entrada da proposta de humanização da saúde na agenda política, assim como para as vicissitudes enfrentadas no processo de implantação.

Para compreensão desse processo, faz-se necessário “puxar outros fios dessa rede”, alguns destes que muitas vezes se apresentam como obstáculos para sua efetivação. A organização da prática médica, a racionalidade científica que lhe dá sustentação e transforma as relações interpessoais em relações de poder, desautorizando o discurso do outro que tanto pode ser o usuário na relação profissional de saúde / usuário, quanto o trabalhador quando se trata da relação gestor / trabalhador de saúde ,constituem alguns deles.

O objetivo da prática médica tende a reduzir o sujeito a condição de objeto de uma prática, o que caracterizaria de antemão a relação entre usuários e profissionais como uma relação não humana na medida em que se dá entre um sujeito e um objeto e não entre dois sujeitos. Na relação que se estabelece então, o sujeito/objeto só importa enquanto “*relação de sintomas*”, ele se constitui em sua própria patologia, “*nem mesmo um objeto, mas apenas uma doença*”. (Ribeiro, s/d ⁹)

Apesar de todo avanço científico-tecnológico a medicina atual chamada por muitos autores de “biomedicina”¹⁰ tem sido alvo de inúmeras críticas na medida em que não apresenta resposta efetiva e eficaz a muitas situações. A formação médica estimula o pensamento cartesiano que separa corpo/mente, não capacitando o profissional para compreender e atuar sobre os aspectos

⁹Ribeiro, E.M. Universalidade e Singularidades no Campo da Saúde. Disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=50>

¹⁰ Denominação que expressa a vinculação da racionalidade da medicina ocidental contemporânea ao conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia. Segundo Camargo Jr (2003), a lógica desta racionalidade traz conseqüências na determinação do modelo assistencial caracterizado pelo uso excessivo de exames complementares, por uma farmacologização excessiva e pela desvalorização da subjetividade do paciente e também do profissional de saúde.

emocionais, sociais, econômicos que perpassam o adoecer. Os médicos que percebem essa interação muitas vezes não sabem como incorporá-las na formulação do diagnóstico e no programa terapêutico.

Os mais diversos tipos de problemas, muitos dos quais de natureza eminentemente econômico-social passam a ser considerados como doenças, demandando, então, procedimentos médicos. É o que vai caracterizar o processo de medicalização do espaço social que diz respeito ao aumento da dependência dos indivíduos e da sociedade em relação a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial, o que torna seu consumo cada vez mais intenso. (Barros, 2002)

O uso do medicamento passa de um recurso adicional que os médicos dispunham no século XVIII, pra uma representação simbólica que o coloca como representante de uma possibilidade de cura, não se devendo, portanto, questionar sobre os gastos que seu uso acarreta.

“A dimensão simbólica referida vai servir, igualmente, para escamotear o viés econômico que não se coaduna ao caráter sagrado, sacerdotal, inerente ao profissional que atua como agente da cura”. (Barros, 2002:30)

A associação da medicina com o ideal de praticar o bem, atender ao próximo, o seu caráter humanitário, neutro, encobre a compreensão da transformação da doença em mercadoria, característica da economia de mercado do mundo capitalista. (Barros, 2002)

O Estado tem respondido à crítica da medicalização através da formulação de propostas de ações que enfatizam a importância da relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, a valorização dos aspectos subjetivos dessa relação e, principalmente, a implantação de rotinas que visam minimizar as

intervenções médicas. A assistência à mulher no ciclo gravídico -puerperal constitui um exemplo paradigmático da construção de propostas de humanização como resposta a essa assistência altamente medicalizada, vista pelas mulheres como desrespeitosa aos seus direitos reprodutivos e sexuais e pelo Estado como um dos fatores de risco para a alta incidência de mortalidade materna.

“Para mudar a assistência ao parto é necessário mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica”. (Tornquist, 2002:87)

Nas conferências sobre a mulher realizadas no Cairo e em Beijin, o parto tal qual ocorria nas instituições hospitalares foi denunciado como tratamento humilhante, caracterizado pelo abuso de intervenções cirúrgicas, dificuldade de acesso aos leitos e desinformação. As propostas humanizadoras diziam respeito a desestimular o parto medicalizado estimulando práticas e intervenções naturais, assim como a redução do número de partos cesáreos e conseqüentemente da taxa de mortalidade materna.

A princípio o ato do nascimento era restrito às mulheres, que acompanhadas por parteiras davam à luz seus bebês na intimidade de seus lares. O desenvolvimento de conhecimentos médicos, principalmente em relação ao controle de infecções, fortaleceu o surgimento da obstetrícia enquanto especialidade médica e favoreceu a transferência dos nascimentos para o interior dos hospitais. O nascimento foi sendo, então, cada vez mais medicalizado, cada vez mais submetido a regras e procedimentos padronizados de acordo com a lógica médica.

O movimento de mulheres começa a se posicionar contra essas ações e novas alternativas vão sendo propostas, redução das intervenções médicas, liberdade para as mulheres deambularem e/ou se posicionarem de forma mais confortável no pré-parto, escolha do tipo de parto, presença de acompanhante.

Diversas ações são então elaboradas visando a desmedicalização do parto, sendo a implantação dos Centros de Parto Normal –CPN, as conhecidas “casas de parto”, um exemplo dessa forma de entender a desmedicalização. As “casas de parto” visam incentivar o parto normal além de possibilitar à mulher uma participação ativa no momento do parto, excluindo a figura do médico desse processo. As mulheres são acompanhadas por enfermeiras obstétricas devendo, no caso de emergências, serem encaminhadas para um hospital de referência.

O projeto atende às recomendações da OMS já estando implantado em cidades como São Paulo, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Recife, Brasília e Rio de Janeiro, porém sua implantação tem causado muita polêmica. No Rio de Janeiro, por exemplo, o Cremerj se manifestou contra, alegando que o funcionamento de uma unidade de saúde sem médicos coloca em risco a vida de mulheres e crianças.

Não pretendemos aqui entrar no debate sobre a implantação das “casas de parto”, mas apontar a peculiaridade da proposta de humanização do parto associada a sua desmedicalização envolvendo a exclusão do médico do momento do parto. Desmedicalizar seria excluir o médico do atendimento? Estaria a humanização vinculada a essa exclusão, assim como a abstenção do uso de tecnologias?

As diferentes ações de humanização propostas pelo Ministério da Saúde trazem de forma explícita ou não, a afirmação da necessidade de uma mudança de paradigma na atenção prestada na rede pública de saúde.

Segundo Kuhn (1991) paradigma se refere a um conjunto de premissas e pressupostos considerados válidos pelos membros de uma determinada comunidade científica. Diz respeito a uma matriz disciplinar que se divide em generalizações simbólicas, compromissos com crenças em modelos, valores e

exemplos. São pressupostos que definem não só os problemas a serem investigados como também a metodologia e os conceitos a serem utilizados.

Para Santos (2000) a passagem de um paradigma para outro requer a morte do primeiro para possibilitar o surgimento do novo, o que constitui um longo processo. Essa passagem é definida pelo autor como “*transição paradigmática*”, representando um processo incomensurável, só podendo ser entendido através da construção de um pensamento que transforme silêncios em sinais.

Essa transição pode ser epistemológica, onde o paradigma dominante da sociedade moderna é substituído pelo paradigma emergente, ou societal, em que ao paradigma dominante se sucede outro paradigma ou um conjunto de paradigmas ainda não conhecidos.

“A definição de transição paradigmática implica a definição das lutas paradigmáticas que visam aprofundar a crise do paradigma dominante e acelerar a transição para o(s) paradigma(s) emergente(s). (Santos, 2000:19)

A humanização da atenção à saúde da mulher pensada em termos da qualidade da assistência envolve o questionamento sobre a relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e as usuárias, relação essa marcada por uma racionalidade biologizante, mecanicista, que estabelece uma zona de conflito onde predomina a hierarquia em que o profissional detém o saber e, portanto, o poder, e as usuárias submetem-se.

Em relação às usuárias do SUS que freqüentam os ambulatórios de pré-natal e as maternidades, vemos sua submissão aos procedimentos e técnicas da ginecologia-obstetrícia, às regras e rotinas da instituição, mesmo que em

desrespeito aos seus direitos, desde a concepção até o nascimento do bebê, ainda que esses procedimentos venham de encontro ao que pensam ou desejam.

A medicina produz silêncios sobre determinadas formas de saber através da medicalização dos espaços, silêncios esses que, como diria Santos (2000), tornam as necessidades e aspirações da população impronunciáveis. Para o autor, o consenso não é buscado na medida em que as classes dominantes consideram irrelevantes as idéias que vêm de encontro às suas.

“Como proceder em uma situação em que o consenso deixou de ser necessário e, portanto, sua desmistificação deixou de ser a mola do inconformismo? É possível lutar contra a resignação com as mesmas armas teóricas, analíticas e políticas com que se lutou contra o consenso?”
(Santos, 2000:35)

Os estudos sobre retórica enquanto teoria da argumentação realizado por autores como Perelman e Olbrechts-Tyteca (2000), Hirschman (1992), Mattos (2000) entre outros, serão utilizados como ferramentas para compreensão dos usos e sentidos da noção de humanização.

“Retórica representa técnicas discursivas que permitem provocar ou aumentar a adesão dos espíritos às teses que se lhe apresentam ao assentimento” (Perelman & Olbrechts-Tyteca, 2000:4)

Perelman retoma uma concepção de retórica característica da Grécia antiga que se destinava a transformação das coisas através da utilização de técnicas persuasivas para influir sobre as pessoas. A modernidade vai imprimir à idéia da retórica o sentido de engodo, de artifícios do discurso destinados a enganar o

receptor. A retórica grega que Perelman propõe resgatar visa alcançar a adesão do auditório através do discurso verbal, ampliando essa noção de auditório que abrange as pessoas a quem a argumentação se dirige. Ele vai afirmar a argumentação escrita como principal meio de persuasão no mundo contemporâneo. (Lemgruber, 1999).

Esse resgate da importância da retórica vai se dar a partir da crítica à busca de uma verdade objetiva, produzida por um conhecimento independente de crenças e valores de qualquer grupo humano. A cultura moderna busca identificar o conhecimento verdadeiro distinguindo do conhecimento que reflete as crenças e valores de determinado grupo.

Santos (2000) afirma que o fato da ciência moderna se converter em conhecimento hegemônico promoveu o domínio do conhecimento regulação sobre o conhecimento emancipação.

“Nesta forma de conhecimento conhecer é reconhecer, é progredir no sentido de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito. Esse conhecimento-reconhecimento é o que designo por solidariedade” (Santos, 2000:30)

No conhecimento regulação, caminha-se do caos para a ordem, enquanto que no conhecimento emancipatório, do colonialismo para a solidariedade, entendendo colonialismo como a concepção do outro enquanto objeto, não reconhecendo seu estatuto de sujeito.

“Todo ato de conhecimento é uma trajetória de um ponto A que designamos por ignorância para um ponto B, que designamos por conhecimento” (Santos, 2000:29)

O autor enfatiza a dificuldade que normalmente se tem para compreender um conhecimento que funciona como princípio de solidariedade em virtude de estarmos tão acostumados a pensar o conhecimento enquanto organizador, ordenador das coisas.

A solidariedade é uma forma de conhecimento que se obtém através do reconhecimento do outro. O conhecimento emancipação, segundo o autor, é construído de forma multicultural e apresenta duas dificuldades: o silêncio e a diferença. A hegemonia do conhecimento regulação acaba por destruir as formas de saber diferentes, especialmente aquelas advindas dos povos que foram objeto do colonialismo, promovendo silêncios que impedem a manifestação das necessidades e aspirações dos povos ou grupos sociais.

“Não esqueçamos que sob a capa dos valores universais autorizados pela razão foi de fato imposta a razão de uma “raça” de um sexo e de uma classe social. A questão é, pois: como realizar um diálogo multicultural quando algumas culturas foram reduzidas ao silêncio e as suas formas de ver e conhecer o mundo se tornaram impronunciáveis? Por outras palavras, como fazer falar o silêncio sem que ele fale necessariamente a linguagem hegemônica que o pretende fazer falar”. (Santos, 2000:30)

Perelman & Olbrechts-Tyteca (2000) falam em retórica enquanto ligada a quem elabora o discurso, porém enfatizam a interação que se estabelece entre o orador, que é aquele que argumenta, que propõe, e seu auditório, que constitui o grupo de pessoas a quem o orador quer influenciar. Segundo os autores, a argumentação parte de um acordo inicial entre ambos que se constitui em um conjunto de premissas que o orador julga serem aceitas pelo seu auditório. Portanto, as premissas identificadas no discurso não constituem valores do orador, e sim aquilo que ele identifica como aceito, ou desejado, pelo seu

auditório. Segundo Mattos (2000), reconhecer os elementos retóricos de um discurso persuasivo não significa buscar o seu conteúdo latente, o que não é dito, mas perceber as imagens que o orador tem do auditório a que se dirige.

Mattos (2000) afirma que o conhecimento científico, assim como os outros conhecimentos, são marcados por um conjunto particular de crenças e valores, constituindo-se a retórica em importante instrumento para o seu reconhecimento.

Perelman & Olbrechts-Tyteca (2000) enfatizam a interação entre quem argumenta e seu auditório. A argumentação parte de um acordo inicial que envolve as premissas consideradas necessárias para persuasão, entre o orador e seu auditório. Eles propõem que *“algumas argumentações possam ser dirigidas a toda espécie de auditórios”* (2000:8). Nesse caso o orador pressupõe que todas as suas premissas são universalmente aceitas. Essa universalidade pode levar a afirmação de um auditório de elite, que comporta os sábios e exclui como incapacitados aqueles que lhe fazem oposição.

Um dos propósitos da análise do discurso persuasivo a partir da teoria da argumentação, segundo Mattos (2000), diz respeito à reconstituição da estratégia adotada pelo autor a partir das representações que faz do seu auditório.

“Elementos retóricos como marcas deixadas no discurso ao longo da sua construção, marcas que não falam das crenças e valores do autor, mas das expectativas que orientaram sua elaboração”. (2000:71)

Reconhecer os elementos retóricos contidos no discurso político sobre a humanização da assistência permite identificar a que auditório esse discurso se dirige, assim como as representações feitas sobre ele. Por outro lado, conhecer as respostas a esse discurso humanizante por parte dos gestores e

profissionais nos permite identificar de que forma esse auditório percebe o discurso que lhe é endereçado. Esse auditório pode ser considerado pelo orador como da maior importância, ou completamente irrelevante de acordo com os objetivos do discurso, da mesma forma que o auditório pode dar ao discurso sentidos diversos daqueles originalmente propostos.

Os projetos selecionados para o prêmio David Capistrano oferecido pela política Humanizaus, assim como os projetos vencedores, por um lado podem ser tomados como representantes daquilo que o Ministério da Saúde reconhece enquanto resposta à proposta de humanização e, por outro, possibilita identificar a percepção que o auditório apresenta desse discurso oficial de humanização.

Hirschman (1992) faz referência à falta sistemática de comunicação entre determinados grupos e o conseqüente isolamento de indivíduos que se tornam anônimos na sociedade de massas.

“Práticas de “não diálogo” que alimentam o isolamento e que derivam, em última instância, da impossibilidade de entrar em contato com as crenças e valores daqueles que parecem ser os adversários (ou os diferentes)” (Mattos, 2000 :27)

Freud (1930) ao falar do narcisismo das pequenas diferenças, assim como Goffman (1988) quando se refere às “não pessoas”, buscam explicar esse movimento de exclusão a que o diferente é submetido. Segundo Goffman (1988) a criação de um estigma gera uma ideologia para explicar a diferença, muitas vezes atribuindo-se imperfeições, provocando discriminações e reduzindo a possibilidade de reconhecimento de outros atributos àqueles que passamos a ver como “não pessoas”, aqueles que não são dignos de atenção.

Hirschman (1992) faz referência às práticas do “não-diálogo” que resultam da dificuldade de entrar em contato com as crenças e valores daqueles diferentes.

Essa prática do não diálogo tem caracterizado o atendimento na rede pública de saúde onde os usuários são, na sua maioria, provenientes de uma classe social diferente daquela a que geralmente o médico pertence¹¹. Esse não reconhecimento do outro, a imposição de valores morais e comportamentais por parte dos profissionais de saúde tem marcado o atendimento na rede pública.

Ayres (2004) afirma que para melhorar o cuidado não basta melhorar a aplicação de verdades e a construção de objetos, mas é preciso garantir que as verdades e artefatos presentes no encontro sejam compartilhadas pelo usuário. Nesse sentido faz-se necessário pensar a comunicação não apenas enquanto transmissão de informações ou estabelecimento de formas de levantamento da opinião do usuário sobre a assistência recebida, mas enquanto processo interacional.

Como podemos ver, falar sobre a humanização da assistência à saúde da mulher significa pensar em uma complexidade de elementos que, como em uma rede, constituem fios que em determinados momentos podem ser tomados isoladamente, mas sem perder de vista os nós que suas conexões promovem. Apontamos até aqui alguns desses elementos no intuito de demarcar o lugar de onde falamos e que autores nos servirão de guias para empreendermos essa caminhada.

¹¹ Pesquisa realizada pela FIOCRUZ em 1995 sobre o Perfil dos Médicos no Brasil, revela os seguintes dados sobre o Estado do Rio de Janeiro: 51,5% tem linhagem médica; 62,4% são natural do Estado do RJ, 17% de outro estado da região e 17,9% de outra região. 18,4% estão na faixa etária de 40-44 anos, 15,7% entre 235-39 anos e 13,9% entre 30-34 anos. Quanto à renda declarada, 36,1% estão na faixa de 1000-2000 dólares, 28,9% entre 2000-4000 dólares e 53,5% são profissionais liberais. A partir desses dados, podemos perceber que os médicos do nosso estado são, na maioria, adultos jovens, com rendimento mensal superior à maioria da população, profissionais liberais, não encontrando obstáculos ao exercício profissional e naturais da Região Sudeste. (Machado, 1996)

A história das práticas voltadas para a saúde da mulher envolvendo o movimento higienista e sua influência sobre a medicalização do seu corpo, assim como a expressão do movimento de mulheres no sentido de garantir seu direito a cidadania foram utilizados para contextualizar o debate sobre a saúde da mulher. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, apesar de anterior ao período estudado, será revisitado na medida em que contribui para a compreensão do movimento feminista e sua expressão no cenário político a partir da afirmação dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção à saúde da mulher.

Uma outra aproximação ao tema foi feita através do levantamento das propostas de ações de humanização a partir do ano de 2000. Esse ano foi estabelecido como ponto de partida para nossas pesquisas em função da realização da 11ª. Conferência Nacional de Saúde que introduz o tema da humanização no discurso oficial, passando essa noção a aparecer também nas propostas de ações do Ministério da Saúde.

As propostas de ações que apresentamos como “exemplos” das iniciativas do Ministério da saúde foram as que conseguimos ter acesso em nossa pesquisa. No decorrer do trabalho percebemos a importância de levantarmos também os projetos selecionados, assim como os vencedores do Prêmio Humanizaus, tomando esses projetos como representantes da percepção pelos profissionais de saúde do discurso de humanização do Ministério da Saúde.

A associação dos núcleos identificados a outras discussões teóricas, não necessariamente presentes nas propostas de ações, fazem parte do debate por sua pertinência e pela possibilidade de aprofundamento do tema. Dessa forma, quando trabalhamos o primeiro núcleo de sentidos “*humanização enquanto atributo das relações interpessoais*” propomos uma discussão sobre a formação

médica, sobre as características da relação que se estabelece entre os usuários e os pacientes a partir de vários teóricos deste campo, no sentido de aprofundar a discussão. Portanto, identificamos os núcleos de sentidos nas propostas de ações apresentadas e procedemos a uma reflexão mais ampliada dos fatores que entendemos como importantes na sua discussão.

Ao identificar o segundo núcleo de sentidos – *“humanização e redução da mortalidade materna”* percebemos a necessidade de contextualizar esse problema trazendo para o leitor algumas reflexões e alguns dados que apresentam a situação da mortalidade materna no nosso país como um problema de saúde pública que requer imediata e eficaz intervenção. Dessa forma, podemos compreender melhor que a prioridade dada à assistência ao período gravídico-puerperal pelas propostas de ações direcionadas à saúde da mulher esteja mais ligada a um problema de saúde pública do que propriamente a uma relação de poder sobre o corpo da mulher, como tantas vezes apontado. Isso não significa desconsiderar o problema da medicalização do corpo feminino, mas sim lançar um novo olhar sobre a questão percebendo a dinâmica do jogo de interesses que vai favorecer a entrada ou não de determinados problemas na agenda política da saúde.

A identificação da noção de *“humanização à otimização de recursos”* nos remeteu a discussão sobre algumas idéias do discurso da qualidade total que parecem presentes nas propostas de ações citadas. Utilizamos, então, autores que nos forneceram suporte teórico para a discussão sobre a lógica de mercado, da qualidade total e sua relação com a saúde.

A identificação do quarto núcleo de sentidos – *“Organização dos Processos de Trabalho”*, nos levou a uma discussão sobre a complexidade da organização dos serviços, sobre a forma de gestão onde profissionais, usuários e gestores possam participar das decisões políticas, sobre a saúde do trabalhador, a

importância da responsabilização e do estabelecimento de vínculos, a fragmentação dos serviços, entre outros fatores que nos ajudaram a compreender o modelo assistencial atual.

Esse trabalho tem por objetivo ***“Identificar e analisar os usos e sentidos da noção de humanização presentes nas propostas de ações voltadas para a assistência à saúde da mulher”***.

Propomos alcançar esse objetivo através de uma revisita aos debates sobre a saúde da mulher no Brasil, do levantamento das propostas de ações formuladas pelo Ministério da Saúde a partir do ano de 2000, e da discussão dos núcleos de sentidos identificados nessas propostas de ações a partir da contribuição de diversos autores.

No ***capítulo 2 – “Saúde da Mulher: Revisitando sua História”***, trazemos uma reflexão sobre o processo de medicalização do corpo feminino enquanto expressão de uma relação de poder que se estabelece principalmente a partir da união do Estado com a medicina, intervindo nas famílias através do higienismo, demarcando o lugar social da mulher enquanto mãe, protetora da prole. Discutimos a repercussão sobre a saúde da mulher provocada pelo movimento feminista que exige uma mudança do seu lugar social de “mulher mãe” para a mulher considerada em toda sua complexidade. A inclusão da noção de gênero na discussão sobre a saúde da mulher, assim como a defesa da integralidade e da universalidade das ações voltadas para saúde da mulher também foram objetos de reflexão neste capítulo.

No ***capítulo 3 – “Ações de Humanização na Saúde”***, apresentamos nove ações implantadas pelo Ministério da Saúde visando a humanização da assistência, a partir do ano de 2000. O “Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar – PHPN” e a “Política Nacional da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSus ” foram apresentados nesse capítulo de forma mais detalhada na medida em que explicitam mais claramente a proposta de humanização do Ministério da Saúde e apresentam uma mudança no discurso oficial. Foi apresentado também o prêmio Humanizasus, assim como os projetos selecionados e os vencedores, com o objetivo de identificar o que o Ministério da Saúde reconhece enquanto ação de humanização da assistência, assim como a forma como o discurso oficial do Ministério da Saúde está sendo percebido pelo seu auditório e que respostas tem produzido. A apresentação das outras ações se deu de uma forma mais descritiva, visando demonstrar o jogo de entrada e saída de diversas propostas de ações na agenda política, assim como apresentar ao leitor as propostas de ações que serviram de base para nossa análise.

No **capítulo 4 – “Humanização e a Saúde da Mulher”**, as propostas de ações voltadas para a saúde da mulher analisadas neste trabalho encontram-se de forma resumida no Anexo I. Neste capítulo propomos uma discussão sobre o planejamento familiar em função da sua relevância para a formulação das propostas de ações voltadas a saúde da mulher. A criação do “Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PAISM”, apesar de anterior ao período estudado, foi apresentado enquanto resultado do movimento de mulheres em direção à mudança na assistência prestada à saúde da mulher. Foram discutidos também, o “Programa de Humanização do Parto e do Nascimento” e a “Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru” enquanto modelos emblemáticos da forma de atuação do Ministério da Saúde sobre a saúde da mulher.

No **capítulo 5 – “Usos e Sentidos da Humanização”**, apresentamos os núcleos de sentidos identificados nas propostas de humanização, ampliando a discussão a partir da contribuição de diversos autores. A “*qualidade da assistência*” foi tomada enquanto uma imagem objetivo que promove a formulação

de diversas propostas de ações no sentido de alcançá-la. Assim, o primeiro núcleo de sentidos identificado diz respeito a *“humanização enquanto atributo das relações interpessoais”*, onde foram discutidas as características dessas relações.

A associação da humanização com a necessidade de redução das taxas de mortalidade materna enquanto preocupação essencial do Ministério da Saúde na formulação das propostas de ações voltadas à saúde da mulher foi apresentada como um segundo núcleo de sentidos. No terceiro núcleo de sentidos - *“Humanização e otimização de recursos”* discutimos a presença de uma lógica empresarial na saúde, e no quarto núcleo de sentidos identificado, *“humanização e organização dos processos de trabalho”* discutimos o processo de gestão, organização do trabalho e a saúde do profissional e suas implicações na proposta de mudança no modelo assistencial vigente.

II. SAÚDE DA MULHER: Revisitando Sua História

Para as mulheres, a saúde é um elemento potencial que transcende a classe e a raça. O sistema médico, mais do que qualquer outra instituição da sociedade, nos reduz a uma categoria biológica, nos despoja de nossas ocupações, estilos de vida e individualidades.

Necessitamos saber mais sobre nossa constituição biológica e nossas necessidades de saúde (...) necessitamos de fato saber muito mais sobre os riscos de trabalho específicos das mulheres; Sobre os padrões emocionais que acompanham a menstruação e a gravidez;

Sobre os danos potenciais dos vários métodos contraceptivos, e sobre muitos outros aspectos que têm sido ignorados ou distorcidos pela medicina.

Porém, na nossa preocupação por compreender mais sobre a nossa própria biologia, nunca devemos perder de vista o fato de que não é a nossa biologia que nos oprime, senão um sistema social baseado na dominação de classe e de sexo. Para nós, esta é a reflexão feminista mais libertadora:

A compreensão de que nossa opressão está social e não biologicamente determinada.

Bárbara Ehrenreich & Deirdre English.

Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness. London, 1976.(apud Labra, 1989)

Falar sobre saúde da mulher significa escolher de antemão, que fatores serão privilegiados dentre tantos possíveis, entendendo, “...o corpo e a sexualidade feminina como lugares onde se cruzam infinitas teias de poder” (Oliveira, 1997:20). Partindo da noção de rede de Latour (1994), entendemos os diversos fatores envolvidos nesse processo como fios de uma extensa e complexa rede que serão “puxados” para discussão na medida em que se apresentem como estratégicos para compreensão do tema proposto.

Ao longo da história, o corpo da mulher tem se constituído em um importante alvo de controle social, controle esse que se exerce através da medicina e do Estado e que se encontra intimamente ligado ao controle da sexualidade feminina (Osis,1994). O lugar social destinado às mulheres resulta de uma relação de poder que se expressa através da disciplina corporal, que determina os lugares sociais de acordo com os interesses políticos e econômicos, historicamente determinados, de uma dada sociedade. Segundo Foucault, essa disciplina vai incidir principalmente sobre os processos de atividade corporal, mais do que sobre seu resultado, constituindo-se em,

“.. métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade”.
(1986:126)

As primeiras ações voltadas à saúde da mulher no Brasil datam do século XVIII, como resultado das transformações sociais ocorridas em resposta às mudanças econômicas que deram à criança um novo lugar social. A criança até então desvalorizada socialmente, entregue aos cuidados de amas, deixadas em orfanatos, sem nenhum destaque na família e menos ainda na sociedade, se torna a partir deste século, objeto de preocupação do Estado na medida em que passa a representar a mão de obra futura da qual o capitalismo emergente vai necessitar. A mulher até então cuidadora do lar e do marido é colocada no lugar

de responsável pela sua prole, assumindo assim, um outro lugar na família onde o cuidado com as crianças começa a ser estimulado. A necessidade de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil em prol deste projeto econômico promove a aliança entre o Estado e a medicina higienista, que passa a intervir nos espaços públicos e privados, redesenhando a própria organização familiar. Tem início então uma grande produção de conhecimento sobre a saúde da mulher enquanto geradora e protetora da criança. (Costa, 1989, Donzelot, 1986, Almeida, 1998)

“Por ser extremamente incisivo e representar a verdade sobre os corpos, o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz a sua condição biológica” (Vieira, 2002:15)

A medicina através das técnicas higienistas, se torna objeto de reflexão e prática, assim como de apoio científico ao exercício de poder do Estado. (Machado, 1978). O controle social se estende à sexualidade e à reprodução, fatores com frequência confundidos no processo de medicalização e que acabam por tornar o corpo feminino objeto de saber médico.(Vieira, 2002)

Programas dirigidos a grupos populacionais específicos começam a ser desenvolvidos no século XIX, inclusive em relação à assistência pré-natal que, associada à institucionalização do parto, buscou o desenvolvimento de um recém-nascido saudável, assim como a redução dos índices de mortalidade infantil. A mortalidade materna e perinatal tornam-se objeto de preocupação político-econômica reforçando a necessidade da intervenção médica, o que vai levar à formação da obstetrícia como matéria médica, e à medicalização do parto que deixa de ser vivido na intimidade das famílias e se desloca para o espaço público dos hospitais, com a participação de outros atores sociais.

O início do século XIX é marcado pelo nascimento da clínica que traz, a partir da construção de uma racionalidade científica, o corpo, a saúde e a doença para o domínio de uma medicina científica. A medicina se apropria do corpo feminino ditando regras higiênicas e traçando seu destino a partir da valorização da reprodução e da maternagem.

O surgimento da obstetrícia e da ginecologia promove a exclusão das parteiras do ato de parter, introduzindo a presença do homem neste cenário antes tido como exclusivo de mulheres. A obstetrícia que vinha surgindo timidamente ganha importância a partir das possibilidades de controle de infecções surgidas com o desenvolvimento da medicina, transferindo definitivamente, o nascimento, da intimidade do lar para a neutralidade médica do hospital.

A estratégia biopolítica descrita por Foucault (1986) que toma o corpo da mulher como objeto de controle social, insere a idéia de uma *“natureza feminina”* que estaria ligada a sua capacidade de ter filhos e amamentá-los.

“A natureza feminina faz parte do conjunto de concepções através das quais a identidade de gênero e a divisão sexual do trabalho são construídas no interior da sociedade capitalista”. (Vieira, 2002)

Segundo Foucault o poder sobre a vida vai se desenvolver a partir do século XVII através da visão do corpo como máquina, passível de ser adestrado e ter suas capacidades ampliadas, e do século XVIII incidindo sobre a regulação da população, constituindo assim a *“era de um bio-poder”*. (1988:132)

“... aparecimento também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração, explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obter a sujeição dos corpos e o controle das populações”. (1988:131)

Para Foucault, esse biopoder se constituiu em elemento essencial ao desenvolvimento do capitalismo na medida em que tornava os corpos dóceis disciplinados, ao mesmo tempo em que ajustava as características da população aos processos econômicos. Esse poder, entretanto, que tem por objetivo a vida, terá que necessariamente fazer uso de mecanismos reguladores e corretos, qualificando, medindo, avaliando, hierarquizando.

“... a histerização das mulheres, que levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade”. (Foucault, 1988:137)

A atenção à saúde da mulher vai sendo construída, portanto, a partir de uma visão biologicista do corpo feminino ligada a uma idéia de natureza feminina que reforça a noção de instinto e reduz essa atenção a preocupação com a reprodução.

“A constante valorização da maternidade e da infância nas primeiras décadas do século XX está referida a um contexto que articula uma série de fatores entre os quais se pode destacar a ascensão da ideologia nacionalista, a presença das idéias eugênicas ... propagação da recursos de controle

da natalidade, os movimento de emancipação feminina e a entrada da mulher no mercado de trabalho, além de aspectos relativos a uma redefinição do papel da medicina na sociedade, especialmente da medicina da mulher e da criança. Também aqui, no Brasil, a questão da raça e do futuro da nação foram as bases a partir das quais se tentou elaborar um discurso e uma prática que envolviam a definição da mulher como presa ao único destino “natural” da maternidade”. (Rohden, 2000:390/391)

A noção de cidadania para as mulheres vai surgir no ocidente no século XX, a partir das idéias iluministas, passando as mulheres a reivindicar uma igualdade que se traduz por direito ao trabalho, à instrução, e principalmente ao voto, sem, contudo, neste primeiro momento, questionar os deveres tidos como próprios do seu sexo. O movimento por direitos civis pressupunha uma igualdade entre homens e mulheres estando,

“... ausente desta agenda a crítica da desigualdade como um componente das relações sociais baseadas na dominação de sexo que hierarquiza as relações de gênero enquanto relações de poder e constitui uma das bases fundamentais da ordem liberal.” (Ávila e Correa¹²)

A entrada da mulher no mercado de trabalho, no início do século XX, no Brasil, acenava com a possibilidade de sua independência econômica e fortalecia a sua organização política. A pressão exercida pelo Partido Republicano Feminino, criado em 1911, após a realização de importante movimento culminando com uma passeata em favor do voto feminino, obteve a assinatura,

¹² Avila, M.B., Correa, S. O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos. Disponível em <http://www.geocities.com/catolicas/articulos/dersex/omovim.htm>

em 1932, por Getúlio Vargas, do Decreto no. 21076 que institui o Novo Código Eleitoral que passa a garantir o direito de voto às mulheres.

A partir da segunda década do século XX começaram a surgir leis voltadas à proteção da mulher no trabalho, embora houvesse uma pressão para que ela retornasse ao lar, se mantivesse subordinada ao marido e cuidando dos filhos. A “mulher-mãe” se torna foco de interesse e proteção do Estado.

Um outro “fio a ser puxado” diz respeito a inclusão da noção de gênero¹³ na discussão sobre a saúde da mulher. Consiste em perceber a relação de gênero enquanto uma construção social e cultural e não puramente biológica. A introdução dessa discussão proporciona um novo olhar sobre a mulher. A relação de gênero vista como uma construção social e cultural traz a possibilidade de discutir as múltiplas formas de dominação a que as mulheres são submetidas. O “destino natural” da maternidade reforçado pelo discurso médico pode ser desconstruído se pensarmos no lugar da mulher na sociedade como algo que, para além da biologia, é determinado pela sociedade e pela cultura. Essa desconstrução não se dá de forma imediata na medida em que estamos falando de valores instituídos. Segundo Oliveira,

“Os valores não mudam ou caem por seu próprio peso, nem com o surgimento da pílula e de vários métodos contraceptivos” (1997:19)

O discurso médico fragmenta o corpo da mulher em sistemas e funções desconsiderando o significado simbólico que possam ter. O corpo visto apenas pelo seu aspecto biológico, destituído de toda subjetividade que caracteriza cada

¹³ Construção histórica, política, cultural, econômica e subjetiva, realizada a partir da diferença anatômica entre homens e mulheres, numa visão mais abrangente das relações de identidade, sexo e cultura. Falar de gênero na atenção à saúde significa falar de uma relação com o outro, sujeito construído social e historicamente”. (Boareto, 2000:217)

mulher é que vai promover o atendimento mecanizado, muitas vezes percebido pelas mulheres como “insensível”, que marca o atendimento prestado a elas especialmente na rede pública. A representação simbólica que determinadas funções biológicas possuem para a mulher como a menstruação, o parto e o climatério, é ignorada pelo discurso médico que visa intervir no funcionamento do corpo para a produção de crianças saudáveis. A discussão de gênero proposta pelo movimento feminista vai oferecer um discurso que vem de encontro ao discurso médico estabelecido, construindo,

*“.. um contra-discurso que resulta na reconstrução da sua própria identidade e na construção da sua cidadania.
(Oliveira, 1997:20)*

A participação da população nas questões ligadas a saúde era, no início do século XX, insípida, as reivindicações populares não eram tomadas em conta, predominando sempre a ação centralizadora onde as classes dominantes determinavam, de acordo com as necessidades político-econômicas, o rumo das políticas. Não se verifica uma preocupação com a qualidade da assistência nem tampouco com a satisfação do serviço prestado. A centralização das ações de saúde se concretiza com a criação, em 1953, do Ministério da Saúde, e se intensifica durante o regime militar pós-64, quando se estabelece a suspensão das liberdades individuais e do diálogo com a sociedade. As reformas institucionais implementadas pelo novo regime vão repercutir de forma decisiva sobre os modelos de saúde pública tomando o modelo de cuidados individuais como padrão de saúde, levando ao incremento na construção de hospitais particulares, postos, etc, financiados pelo poder público e conveniados a ele, caracterizando a saúde como “bem de consumo médico”. (Soares & Motta, s/d¹⁴)

¹⁴ Soares, N.R.F., Motta, M.F.V. As Políticas de Saúde. Os Movimentos Sociais e a Construção do SUS. Disponível em http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html

Segundo Luz (1991), esse período é marcado por intensa medicalização da sociedade e uma grande insatisfação popular em relação às políticas públicas de saúde, que vai possibilitar, na década de 1970, marcada pelo fim do “milagre econômico” e o início do processo de democratização do país, a reorganização de movimentos sociais, entre eles o movimento de mulheres.

Nesse período, a atenção à saúde da mulher, voltada para sua capacidade reprodutiva e de criação de filhos saudáveis, reafirmava através do discurso médico, uma natureza feminina definida a partir da necessidade da maternidade. Dessa forma, as ações de saúde voltadas a esse grupo se pautavam pela atenção à reprodução e a criação de crianças saudáveis que iriam constituir o futuro da nação. A “*doutrina de segurança nacional*” ditava a necessidade de se assegurar a grandeza da nação através da geração de crianças híidas e sadias que pudessem povoar o país.

A década de 1980 é marcada pelo movimento de democratização da sociedade após anos de governo militar, marcado pelo fracasso do “milagre econômico” e pelas intensas críticas ao governo, especialmente em relação a atenção à saúde. Esse momento político favorece o surgimento e/ou reorganização de diversos movimentos sociais (que podem ser vistos como outros fios dessa rede que estamos tecendo), que vão expressar as diversas demandas da população, até então oprimida pela censura exercida pela ditadura.

Em termos internacionais, o Brasil sofria intensa pressão, especialmente dos Estados Unidos, em relação a assunção de uma política de controle demográfico uma vez que o aumento populacional dos países em desenvolvimento era visto como situação de risco para os países desenvolvidos.

Todos os movimentos sociais surgidos nesse período no país tinham a saúde como pauta de reivindicação, sendo que para o movimento feminista esta

constituía sua principal demanda. A luta pela igualdade civil que caracterizava o movimento feminista no seu início é substituída pela igualdade respeitando-se as diferenças, trazida, principalmente, pela inclusão da noção de gênero neste debate. O movimento luta pela universalidade e pela integralidade da assistência prestada às mulheres, exercendo importante participação no movimento da reforma sanitária que vai culminar com a criação do SUS na nova Constituição, tendo como princípios básicos a universalidade, integralidade e participação da comunidade.

Dentro da visão de integralidade, o movimento feminista luta pelo conceito de saúde reprodutiva em substituição ao planejamento familiar até então proposto, afirmando os direitos reprodutivos como direitos humanos e tornando as mulheres atores políticos. Esse movimento vai trazer na década de 1960/70 uma importante reflexão sobre o lugar da mulher na sociedade, lugar esse reforçado pelo discurso médico, que enfatiza sua fragilidade afirmando uma natureza voltada à maternidade e ao cuidado com os filhos. Esse movimento denuncia o controle sobre o corpo da mulher como fator político e economicamente importante na medida em que é responsável pela reprodução da espécie.

O papel disciplinador do discurso médico é denunciado através do mote *“nosso corpo nos pertence”*, criado pelo movimento feminista na década de 1970, no sentido de valorizar uma nova concepção de cidadania da mulher que incorpora as vivências da sexualidade e da reprodução, demandando a liberdade sexual, o direito ao aborto e a contracepção, desfazendo o lugar do corpo como destino. Esse mote representa uma tomada de consciência da mulher que busca se apropriar do próprio corpo e passa a exigir a construção de políticas públicas de saúde que possam dar conta das suas especificidades.

“Desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como destino, desconstruir a heteronomia em que estiveram (e continuam) mergulhados os corpos femininos são os fundamentos de uma concepção renovada de cidadania a qual incorpora as vivências da sexualidade e da reprodução e por este caminho abre campo para que seja superado o “desposuimento de si” experimentado pelas mulheres nestas duas esferas. Tal perspectiva exigia, inevitavelmente, a elaboração de novos direitos sem os quais a cidadania plena das mulheres não seria realizável.” (Ávila & Corrêa, s/d.¹⁵)

O movimento feminista vai defender o direito a liberdade de decisão da mulher em relação às questões ligadas à reprodução e à sexualidade, trazendo à tona a discussão sobre o aborto e a contracepção não coercitiva. O movimento afirma a necessidade de construção de um novo saber sobre o corpo da mulher, saber esse que ressalte a sua autonomia enquanto sujeito deste corpo.

Dessa forma, questiona o saber médico enquanto um saber disciplinador que afirma a existência de uma natureza feminina, centrando toda a atenção a sua saúde nos aspectos relativos à reprodução, o que não atendia às necessidades de saúde das mulheres. (Osis, 1998)

Paralelamente ao movimento das mulheres, ganha força o Movimento Popular de Saúde, originário dos bairros pobres das grandes cidades, composto principalmente por médicos sanitários, estudantes, religiosos, integrantes de partidos políticos clandestinos, entre outros, que vai questionar, pela primeira vez,

¹⁵ Avila, M.B., Correa, S. O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos. Disponível em <http://www.geocities.com/catolicas/articulos/dersex/omovim.htm>

a qualidade do serviço oferecido, reivindicando a gestão e a organização da política de saúde. (Soares & Motta, s/d ¹⁶)

A discussão sobre a hierarquização dos serviços de saúde contida no movimento da reforma sanitária traz, também, a discussão sobre a qualidade da atenção médica oferecida pelas instituições de saúde às classes menos favorecidas.

“... o movimento social centrado na questão de saúde colocou em questão, desde o advento da Nova República, em 1985, qualquer projeto de organização de rede de cuidados baseada em atenção primária que supusesse uma medicina primária, limitada a oferecer uma medicina pobre aos pobres”.
(Luz, 1994:141)

A discussão sobre a saúde da mulher acontece no mundo, através de diversas organizações. Em 1975 a ONU decreta o “Ano Internacional da Mulher” acontecendo, no México, a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher. Em 1979 é aprovada pela ONU a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.

Esses fatos vão incrementar o movimento das mulheres no mundo, com reflexos importantes no nosso país onde, em 1981 já se registrava em torno de 100 grupos organizados de mulheres que tornaram a desigualdade de gênero um objeto de debate político. (Osis, 1994)

A profusão de organizações representativas de diversos segmentos da sociedade, a pressão social exercida por esses movimentos, a intensificação de

¹⁶ Soares, N.R.F., Motta, M.F.V. As Políticas de Saúde. Os Movimentos Sociais e a Construção do SUS. Disponível em http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html

uma reflexão intelectual crítica sobre a saúde, possibilitadas pelo processo de distensão política e transição democrática, vão marcar a década de 1980, favorecendo a formulação do projeto de reforma sanitária enquanto projeto de mudança político institucional na área da saúde.

As reivindicações do movimento feminista, presentes de forma significativa nos princípios defendidos pelo projeto de reforma sanitária e incorporados na Constituição de 1988, demandam equidade, universalidade e integralidade das ações de saúde.

A saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” defendida pelo projeto da reforma sanitária e incorporada na Constituição de 1988, traz uma nova visão sobre a saúde, não mais vista apenas como sinônimo de ausência de doença, mas considerada de uma forma mais ampla, e principalmente, como direito de cidadania.

Em relação à saúde da mulher, busca romper com o modelo médico oferecido propondo a atenção integral a sua saúde através de ações que levem em consideração os fatores sociais, políticos, econômicos, emocionais envolvidos no processo saúde-doença.

“As feministas viriam propor, entretanto, uma nova visão de integralidade: a integralidade do sujeito mulher, que deve ser encarada como indivíduo e sujeito de direitos e percebida como uma totalidade, e não reduzida a um corpo reprodutivo, individual ou populacional.” (D’Oliveira, 1999:108)

III. AS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

“..o Estado desenvolve “padrões de seletividade”, ou seja, desenvolve mecanismos – arenas de decisão, atores formuladores, questões a serem tratadas ou excluídas das agendas de governo, entre outros – que permitem que determinado conjunto de interesses, ou de formulações, consiga “penetrar” nas esferas de decisão das políticas sociais e, assim, “o que deve e o que não deve ser objeto de políticas públicas”. (Coutinho, Apud Mehry, 1992:46)

Neste capítulo apresentaremos ações formuladas pelo Ministério da Saúde onde o discurso “humanizante” se apresenta enquanto uma tentativa do Ministério da Saúde de dar uma resposta (o que não significa efetivamente responder) a insatisfação manifestada pelos usuários, profissionais, gestores e a sociedade em geral, em relação a assistência prestada pela rede pública de saúde¹⁷.

O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PAISM mesmo não trazendo explicitamente o discurso da humanização, será apresentado em função da sua importância para a discussão que propomos na medida em que representa um redirecionamento das ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

¹⁷ Os Programas serão apresentados de acordo com o que está definido nas respectivas normatizações e manuais não significando, portanto, nenhuma tomada de posição a priori da autora.

A apresentação dessas ações não tem por objetivo o estabelecimento de uma cronologia, mas sim chamar a atenção, a partir de alguns exemplos, para a profusão de ações que vão se superpondo, criando um amálgama de propostas e sentidos, muitas vezes não chegando sequer a ser implantadas, sendo logo substituídas de acordo com as mudanças políticas, gerando prejuízo tanto pelo investimento na sua formulação, quanto pela expectativa que um novo projeto cria.

Essa profusão de ações certamente confunde enormemente o gestor que se depara a todo momento com novos programas, novas ações, devendo se readaptar constantemente sem, na maioria das vezes, participar do processo de formulação. Os usuários, por sua vez, mantêm-se a parte, geralmente desconhecendo por completo a existência dessas ações que, a princípio, deveriam favorecê-los.

Optamos pelo ano de 2000 como ponto a partir do qual levantamos os programas de humanização e as ações voltadas à saúde da mulher, por ser o momento em que o Ministério da Saúde nomeia uma ação sua voltada para a saúde de todos os usuários do SUS como “Programa Nacional de Humanização” e por ser o ano da 11^a. Conferência Nacional de Saúde que traz como tema o “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”.¹⁸

Alguns programas aqui citados não explicitam a noção de humanização, porém apresentam como objetivo a melhoria da qualidade da assistência que, em virtude da sua freqüência no discurso oficial a partir da data mencionada, será tomada como um sentido geral da proposta de humanização da atenção à saúde.

A partir da apresentação dessas ações, buscaremos identificar, analisar e discutir os principais núcleos de sentidos presentes no discurso oficial da humanização.

¹⁸ 11^a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000.

3.1 Carta aos usuários ¹⁹

No início de 1999 o Ministério da Saúde adotou uma estratégia de comunicação com os usuários do SUS, através de cartas, onde buscava averiguar suas queixas e identificar possíveis irregularidades na assistência prestada. Através deste Programa, os usuários recebem um demonstrativo dos procedimentos realizados, dos materiais utilizados, assim como outros dados sobre sua internação.

O Ministério busca, através desse canal de comunicação com o usuário - SAC/SUS, ouvir suas opiniões, elogios, denúncias, sugestões e a correção dos dados, possibilitando a identificação de possíveis fraudes no sistema. O principal objetivo dessa fiscalização é, segundo o Ministério, o controle dos recursos públicos e a aferição da qualidade do atendimento prestado, possibilitando, também, a partir da análise dos resultados obtidos, a reorganização dos serviços no sentido de torná-los mais eficazes e humanos, assim como maximizar a utilização dos recursos disponíveis.

No período entre 1999 e 2001 foram enviadas cerca de 3 milhões de cartas, das quais 139.709 foram respondidas pelos usuários, sendo 13.183 contendo denúncias, 2.718 reclamações e 4.844 elogios. A estratégia utilizada pelo Ministério é agradecer ao usuário o recebimento da sua resposta, incentivando assim a sua participação na fiscalização do sistema, e encaminhar a notificação das irregularidades aos secretários de saúde, municipais e estaduais para averiguação e providências quando for o caso.

¹⁹ Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-2009.htm>

3.2 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH ²⁰

Nessa mesma época o Ministério da Saúde instituiu o “Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH”, através da Portaria GM/MS 3.408/1999, sob a coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde. Esse Programa foi reimplantado em 2001 sob a responsabilidade do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.

O Programa visa a utilização da avaliação da atenção à saúde no SUS enquanto instrumento de gestão. Compreende a avaliação da qualidade e satisfação dos usuários dos serviços de saúde, ressaltando a importância de ouvir de forma sistematizada os usuários e gestores. Seguindo a orientação de descentralização estabelecida pelo SUS, o Programa busca parcerias com os gestores estaduais e municipais.

A avaliação deve ser feita anualmente em todas as unidades de pronto socorro, ambulatório e internação da rede pública, através de quatro questionários padronizados, aplicados por equipes compostas por técnicos da vigilância sanitária e de controle e avaliação e auditoria, designados pelo gestor da rede do município.

Os questionários são divididos em: avaliação técnica; avaliação pelos usuários do ambulatório; avaliação pelos usuários da internação; e avaliação pelos usuários da emergência. Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação técnica representa 40% do resultado final e levanta dados sobre a visão do gestor avaliando itens como funcionamento e manutenção de equipamentos hospitalares, limpeza, condições do laboratório, alimentação do paciente, condições do centro

²⁰ Disponível em <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/buscar.cfm?inicio=6>

cirúrgico, do serviço de sangue, indicações visuais para os usuários, prontuários médicos, entre outros.

A avaliação pelos usuários comporta sua opinião sobre as instalações físicas, informações prestadas, refeições, horário de visitas, equipe médica, equipe de enfermagem, equipe administrativa, forma como foi tratado, nível de ruído, tempo de espera, entre outros.

Esse Programa foi realizado nos anos de 2001 e 2002 tendo como resultado a classificação dos serviços hospitalares em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. Em 2004 foi substituído pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS para, segundo o Ministério, torná-lo mais amplo e aplicável “as complexidades dos serviços de saúde”.

3.3 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde– PNASS ²¹

Em 2004 foi criado um Grupo de Trabalho para formular o PNASS contando com a participação de representantes de diversas secretarias e autarquias do Ministério da Saúde.

O PNASS tem por objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS a partir da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários. Busca incentivar uma cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde, produzir conhecimento qualitativo sobre a rede, aferir a satisfação dos usuários e conhecer as condições e relações de trabalho dos profissionais.

Para implantação do Programa foram definidas quatro dimensões avaliativas: roteiros de padrões de conformidade, baseado em um sistema de auto

²¹ Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/mostraPagina.asp?codServico=216&codPagina=7301>

avaliação que permite que seja aplicado em serviços de complexidades distintas; indicadores; pesquisa de satisfação do usuário, realizada pelo gestor local em todos os serviços de saúde; e pesquisa das condições e relações de trabalho. Um dos critérios para eleger os serviços que seriam priorizados em um primeiro momento, critério esse que não apresenta uma justificativa, foi ser hospital especializado com leitos obstétricos.

Para elaboração do roteiro de conformidade foram definidos 22 critérios agrupados em: gestão organizacional, apoio técnico-logístico e gestão da atenção à saúde onde a humanização da atenção se faz presente assim como a atenção materno-infantil. Os critérios são verificados de acordo com o serviço sendo que o critério de humanização está presente em todas as avaliações.

Os itens avaliados recebem também a classificação de imprescindíveis (I), necessários (N) e/ou recomendáveis (R). A avaliação da gestão da atenção à saúde inclui: redução de filas (I); garantia de acompanhante com condições de permanência para crianças, idosos, portadores de necessidades especiais, gestantes e puérperas (I); garantia de visita aberta (N); possibilidade de identificação dos profissionais pelo usuário (N); realização de ações para aumentar a satisfação dos usuários e funcionários (R); e existência de mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização (R).

Em relação ao atendimento às gestantes são apontados os critérios de assistência por profissionais habilitados e adequação do local em termos de infraestrutura, medicação e pessoal (I); utilização de partograma, adoção de alojamento conjunto e incentivo ao aleitamento materno (N); e a garantia da privacidade para a parturiente e seu acompanhante no pré-parto e a realização de ações educativas direcionadas à parturiente e seus familiares (R).

A avaliação feita pelos usuários se dá a partir de um questionário onde é verificado o acolhimento, acesso, ambiência, marcas da humanização, gratuidade, entre outros. O Programa institui também o S.I.PNASS, um sistema de informação que tem por objetivo gerenciar os dados apurados.

3.4 Programa de Acreditação Hospitalar²²

Dentro do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade para 1997/1998 foi definido o “Projeto Estratégico Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde”, de onde se originou o Programa de Acreditação Hospitalar.

A acreditação é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, realizado de forma voluntária, que visa à melhoria da qualidade da gestão e da assistência prestada pelos hospitais do SUS, sendo seu desenvolvimento referido pelo Ministério da Saúde como uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral.

A acreditação, segundo o Ministério, é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos profissionais, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

Para diferenciar este processo de qualquer outro de avaliação, gerenciamento, etc, foi criada através da Portaria GM/MS 538, de abril de 2001 a Organização Nacional de Acreditação – ONA, como uma entidade representativa de diversos segmentos sociais relacionados com a saúde, responsável por credenciar as agências acreditadoras, sendo o Ministério da Saúde parceiro da instituição em todas as suas ações.

²² Disponível em <http://www.farmaceticovirtual.com.br/html/acredapr.htm>

O processo de avaliação divide-se em quatro fases: fase de pré acreditação quando os próprios estabelecimentos avaliam seus serviços como forma de se preparar para a visita dos avaliadores; fase de avaliação quando a instituição acreditadora coleta as informações necessárias à proposta; fase de contratação da instituição acreditadora; e fase de aprovação do relatório de avaliação pela ONA que encaminhará o certificado de acreditação com validade de três anos à instituição aprovada.

3.5 Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar²³

Em 2000, outro Programa voltado para a assistência prestada pelos hospitais é constituído, o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar. Esse Programa propõe a transferência de conhecimentos, a humanização do atendimento, e o melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis.

O Ministério da Saúde aponta como um fator relevante o fato do Programa se constituir em uma forma de enfrentar os problemas gerenciais dos hospitais do SUS diferente do processo tradicional em que se contrata uma empresa especializada para fornecer assessoria e consultoria, passando, assim, a ser um processo bidirecional, ocorrendo entre hospitais parceiros, integrantes do SUS.

O objetivo específico do Programa é possibilitar a troca de conhecimentos e tecnologias entre os hospitais favorecendo o gerenciamento dos recursos

²³ Disponível em http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?coseq_noticia=164

disponíveis de forma racional, minimizando custos administrativos e de produção. O Programa vai identificar a redução de custos com a eliminação de perdas desnecessárias à formação de receita que possibilite investimentos no ambiente físico, na humanização da assistência e em infra-estrutura.

O Programa se constitui na seleção de “Centros Colaboradores” identificados pelo Ministério da Saúde como os hospitais detentores de melhores condições de gestão e assistência, que interagiriam com os “Hospitais Clientes”, identificados como aqueles que necessitam auxílio. Dessa forma, a interação entre eles promoveria um aprimoramento dos processos gerenciais e assistenciais. Em 2003 registrava-se a participação de 90 hospitais neste Programa, sendo 30 Centros Colaboradores e 60 Hospitais Clientes.²⁴

3.6 Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde²⁵

Também no ano de 1999, o Ministério da Saúde lança, através do Reforsus²⁶, O Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde. O Programa tem como objetivo modernizar os hospitais recuperando a capacidade operacional e gerencial do SUS, contribuir para a garantia dos princípios básicos do SUS e melhorar o atendimento aos usuários.

²⁴ Dados de janeiro de 2003 computavam 5613 hospitais na rede SUS (http://www.al.rs.gov.br/plen/SessoesPlenarias/visualiza.asp?ID_SESSAO=74)

²⁵ <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/7%20gestao.htm>

²⁶ Reforsus – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. Instituído em 1996 a partir de um acordo entre o governo brasileiro, o BID e o Banco Mundial, investe na recuperação da rede física de saúde do país que presta serviço ao SUS, mediante compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde, assim como em projetos para a melhoria da gestão do SUS.

http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=54

Esse Programa apresenta objetivos semelhantes aos do Programa de Centros Colaboradores citado acima, mas curiosamente estabelece como metodologia a contratação de empresas de consultoria, justamente o que o Programa de Colaboradores criticava para apresentar sua proposta como inovadora.

3.7 QualiSUS – Qualificação do Sistema²⁷

O QualiSUS se constitui em uma política prioritária do governo federal e tem como componente a implantação do SAMU, a regulação de leitos hospitalares e a qualificação do atendimento nos grandes hospitais de urgência através de parcerias entre a União, os estados e os municípios.

O Programa foi elaborado a partir da pesquisa “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”, realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, que revelou que as queixas mais frequentes dos usuários do sistema público de saúde dizem respeito às filas nas emergências, ao longo tempo de espera para realização de exames e/ou cirurgias, e à falta de acolhimento por parte dos profissionais. O Programa tem por objetivo,

“..proporcionar maior conforto ao usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência hospitalar”.

Os hospitais atendidos pelo QualiSUS receberão novos equipamentos e terão suas instalações reformadas.

²⁷ Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20388

O Programa teve início em 2004 através da ação em emergências de seis hospitais do Rio de Janeiro – Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Municipal Souza Aguiar, Hospital Municipal Andaraí, Hospital Municipal Salgado Filho, Hospital Municipal Rocha Faria e Hospital Geral de Bonsucesso.

Além da reforma das emergências, propõe o estabelecimento de ações de acolhimento aos pacientes que chegam às emergências, acabando com as filas que se formam fora dos hospitais; realização de triagem classificatória, priorizando os casos mais graves; criação de sistemas de sinalização que facilitem a autonomia do usuário; reorganização e informatização da área assistencial; e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192.

O Programa prevê também a capacitação de profissionais e a criação de grupos de humanização.

O SAMU foi criado em 2003 e é parte integrante do QualiSUS. Visa a organização e a racionalização das emergências através do funcionamento da central de regulação onde é feita uma triagem por um médico regulador que vai encaminhar o paciente de acordo com as vagas dos hospitais.

O QualiSUS pretende atuar também na adequação das unidades de atenção básica para que realizem procedimentos simples, reduzindo assim as filas nas emergências; garantindo acesso a consultas especializadas e cirurgias de média complexidade; implantação da política de humanização; criação de centrais de regulação de leitos e consultas; e informatização dos hospitais.

3.8 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH²⁸

Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde apontaram para a má qualidade da assistência prestada na rede pública em termos, principalmente, da humanização, como um dos aspectos mais críticos no sistema hospitalar público, e uma das maiores queixas dos usuários, mostrando que ele valoriza mais a capacidade do profissional de saúde em compreender suas demandas e expectativas do que a falta de médicos, vagas ou medicamentos.

A partir desses resultados, o Ministério formula, então, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH , com o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais de saúde / usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, a partir da valorização da dimensão humana e subjetiva da assistência.

Propõe a promoção da pessoa humana como valor fundamental nas práticas públicas de saúde. O Programa pretende difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar; melhorar a qualidade e eficácia da atenção; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes; capacitar profissionais para um novo conceito de saúde que valorize a vida e o respeito a cidadania; fortalecer a política de atendimento ético e de valorização da vida humana; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais além de fortalecer as já existentes; sensibilizar os gestores para uma gestão pautada pelo respeito, solidariedade e cidadania dos agentes e usuários; e desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e incentivos à humanização.

²⁸ http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza_SUS/Portaria%20SAS%20202%20de%2019-06-2001.doc

O Ministério da Saúde constituiu, então, um Comitê Técnico que elaborou um projeto piloto onde foram elencados dez hospitais de toda rede SUS, para levantar dados que subsidiassem a formulação e implantação do PNHAH²⁹.

É interessante notar que entre os 10 hospitais escolhidos para o projeto piloto, 6 são da região sudeste (sendo 5 de São Paulo) e um da região sul, regiões onde a qualidade da assistência a saúde, especificamente a saúde da mulher, apresenta enorme discrepância em relação a outras regiões.

O Projeto Piloto, segundo avaliação do Comitê Técnico responsável, produziu material significativo para embasar a segunda etapa do projeto que consistia na implantação do PNHAH.

Esse Programa visa, segundo a proposta apresentada, desenvolver mudanças no atendimento em benefício dos usuários e dos profissionais a partir dos princípios da solidariedade, respeito e ética. O PNHAH busca a integração com os Programas dos Centros de Colaboradores para Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e os programas que desenvolvam ações de humanização na área da saúde da mulher, embora não esteja indicado no projeto como se dará essa integração e, nem tampouco, porque privilegiar hospitais com ações voltadas à saúde da mulher.

Entre as estratégias de implantação, o PNHAH propõe a constituição de Grupos de Trabalho de Humanização³⁰ em cada hospital; a criação de uma Rede Nacional de Humanização³¹ responsável pela capacitação e informação dos

²⁹ Foram designados dois profissionais para cada um dos 10 hospitais, que seriam acompanhados por uma equipe de supervisores, coordenada pelo Comitê de Humanização.

³⁰ O objetivo desse Grupo é difundir o conceito de humanização contemplando os aspectos subjetivos e éticos presentes na relação entre usuários/profissionais.

³¹ Constituição de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde, para onde as ações do Programa ficam referidas. Constituída pelo comitê técnico, grupo de multiplicadores, Secretarias de Saúde, grupos de trabalho, instituições públicas de saúde que participam da primeira fase do Programa, entidades da sociedade civil e outros hospitais interessados.

usuários, gestores e profissionais; capacitação de Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar³²; criação de ouvidorias; sensibilização dos gestores para a humanização; e a criação do título “Hospital Humanizado” como programa de incentivo à humanização.

O Programa enfatiza a necessária articulação entre gestores municipais e estaduais e destes com as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Propõe também parceria com o Programa dos Centros de Colaboradores e com os hospitais que desenvolvam ações voltadas à humanização da assistência à saúde da mulher.

O PNHAH ressalta a comunicação como fator essencial para a humanização da assistência, comunicação no sentido do estabelecimento de um diálogo que dê lugar à palavra do usuário e do profissional de saúde. A outra ênfase do Programa recai sobre a necessidade de se estabelecer relações de solidariedade entre gestores, profissionais e usuários.

O PNHAH define humanização como uma nova cultura de atendimento em saúde enfatizando a relação entre humanização e qualidade da assistência e do trabalho.

“Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psicológicas presentes em todo relacionamento humano”. (Manual do PNHAH)

³² Acompanhados pelas equipes de capacitadores farão o treinamento dos agentes que levarão o processo de humanização aos hospitais. Esses grupos deverão ser formados através das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio das equipes de capacitadores do Ministério da Saúde.

3.9 Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS: HUMANIZASUS³³

O HumanizaSus vem substituir o PNHAH enquanto uma política nacional de humanização que se pretende transversal a toda rede SUS. Apresentada em novembro de 2003, essa política traz como valores a autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão.

A HumanizaSus aponta a fragmentação dos processos de trabalho enquanto responsáveis pela fragilização das relações que se estabelecem entre os diferentes profissionais da saúde, assim como entre eles e os usuários. Ela se coloca como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma política de qualificação do SUS.

Essa política critica o PNHAH enquanto um programa que, como tal, estabelece relações verticais e normativas, desconsiderando, muitas vezes, o contexto sócio-político de onde pretende atuar. Segundo Benevides (2003) apesar de ter alcançado resultados significativos em diversas regiões, o PNHAH apresenta fragilidade político-organizativa com pouca capilaridade intra-setorial, não mantendo vínculos com outros projetos de humanização ou com as secretarias estaduais e municipais de saúde, restringindo sua atuação aos hospitais.

A Política Nacional de Humanização se propõe, então, uma política de caráter transversal, visando operar em toda a rede do SUS, norteando, com seus princípios, todas as ações de saúde. Nessa lógica, propõe a unificação dos recursos destinados aos programas de humanização, assim como de outros

³³ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389

voltados à atenção e repassá-los, fundo a fundo, a partir do compromisso dos gestores com essa política.

“Como política deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e Serviços de Saúde, entre as instâncias que constituem o SUS.... nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos.” (MS. Humanizadas)

A política do HumanizaSus se baseia nos princípios de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS – respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e populações específicas; trabalho multiprofissional; construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; fortalecimento do controle social em todas as instâncias gestoras do SUS; democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Enfatiza a necessidade de criação de vínculos com os usuários, garantido os direitos contidos no “Código de Direitos dos Usuários do SUS” e estimulando sua participação enquanto protagonista do sistema de saúde através das ações de controle social. Por outro lado, enfatiza também a necessidade de melhoria nas condições de trabalho de forma que os profissionais possam ser co-gestores de seu processo de trabalho.

“A política de humanização não pode ficar reduzida à atenção aos usuários devendo ser vista como uma política que possa interferir em outras políticas, de modo positivo, criando interações, possibilidades de intercâmbio e sinergia entre os diferentes saberes e poderes que constroem o SUS” (Benevides, 2003³⁴)

A PNH apresenta como “marcas específicas”: melhoria do acesso através da redução de filas e do tempo de espera; identificação do profissional responsável pelo acompanhamento daquele usuário; respeito aos direitos estabelecidos no “Código de Direitos dos Usuários do SUS”; e gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Em termos de estratégias gerais, pretende *“fazer parte do Plano Nacional, dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente”*.

Quanto à estratégia de implantação, propõe a criação de Grupos de Trabalho de Humanização no Ministério da Saúde e nas Secretarias de Saúde – estaduais e municipais, e nos serviços de saúde; desenvolvimento da página virtual Humanizadas enquanto instrumento de divulgação e informação voltado para os gestores, profissionais e usuários; instituição do Prêmio Humanizadas – David Capistrano que contempla ações já implantadas com êxito e projetos em fase de implantação.

³⁴ http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_atividades_2003.pdf Humanizadas – Política Nacional de Humanização. Relatório de Atividades 2003; MS, Secretaria Executiva; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF. 2004

Apesar da crítica e de aparentemente não fazer uso do material produzido pelo PNHAH, a Política Nacional de Humanização apresenta pontos em comum com o programa que vem substituir como, por exemplo, a ênfase nas dificuldades apresentadas pelas relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, problemas em relação às condições de trabalho, ao processo comunicacional, assim como apresenta estratégias semelhantes como instituição de prêmio, constituição de Grupos de Trabalho e construção de uma página virtual enquanto ferramenta de comunicação voltada aos gestores, profissionais e usuários.

No relatório “Oficina Nacional Humanizaus: Construindo a Política Nacional de Humanização” encontramos humanização definida como:

“- valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;

- aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;

- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

- identificação das necessidades sociais de saúde;

- mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;

- compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.”

3.9.1 Premio HumanizaSus³⁵

“... concepções que imaginam recortar a realidade por meio de danos à saúde e, assim, através desta técnica, se aproximar das necessidades sociais pela via das doenças, padecendo do mesmo delírio positivista anteriormente descrito e que, quando levado à prática, termina por criar um aparelho burocratizado, centralizado e incapaz de articular de maneira produtiva a clínica, a saúde pública e as aspirações sociais dos cidadãos”. (Campos, 1994:79)

O Ministério da Saúde, através da Portaria 2406/GM de 19 de dezembro de 2003 instituiu o Premio da Política Nacional de Humanização David Capistrano com o objetivo de estimular experiências inovadoras no campo da humanização e promover o reconhecimento daquelas em andamento. Seu público alvo foram as instituições que integram o SUS e que desenvolvem ações voltadas para humanização da atenção e da gestão de acordo com a Política Nacional de Humanização - PHN.

O objetivo foi premiar 16 projetos – 8 “ações exitosas” (com mais de um ano de implantação) e 8 “novos projetos” (ações em fase de implantação), nas áreas de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade; Atenção Hospitalar; e Urgência e Emergência, assim como a revelação de experiências inovadoras implantadas pelo SUS.

Para avaliar os trabalhos enviados foi criada uma Comissão Nacional de Avaliação composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde –

³⁵ Disponível em <http://portal.saude.gov.br>

CONASS, representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, Organização Panamericana de Saúde – OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES.

Do total de projetos apresentados, foram selecionados 47 para serem submetidos à Comissão Nacional de Avaliação, sendo visitados por um grupo local de trabalho constituído por representantes dos seguintes órgãos: Secretaria de Estado de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Comissão Nacional de Avaliação.

As seguintes marcas da PNH foram consideradas como critérios de avaliação pela Comissão de Avaliação:

→ Redução de filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e ambiente acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

→ Conhecimento pelos usuários de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e responsabilização dos serviços de saúde por sua referência territorial;

→ Garantia de informação ao usuário, livre escolha de acompanhamento por pessoas da sua rede social, e garantia do Código do Usuário;

→ Garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários do SUS, assim como educação permanente aos trabalhadores.(Ministério da Saúde, 2004)

Os projetos vencedores receberam o prêmio de R\$ 50 mil para ser aplicado na experiência desenvolvida, além de uma placa, diploma de premiação e uma viagem para os 8 vencedores nas “ações exitosas” visando promover a troca de

experiências. Os finalistas não premiados receberam menção honrosa e convite a participar da II Oficina Nacional da Política Nacional de Humanização.

A análise das experiências premiadas possibilita a compreensão do diálogo estabelecido entre o Ministério e os profissionais de saúde, uma vez que esses projetos representam, por um lado, aquilo que o Ministério vai reconhecer como iniciativas / ações de humanização e por outro lado, a leitura que os profissionais estão fazendo dessa proposta, como estão percebendo e respondendo a elas.

3.9.2 Projetos Selecionados

Os projetos selecionados foram incluídos por seus autores em critérios de avaliação de acordo com as seguintes marcas:³⁶

- Acolhimento / Redução de Fila / Ampliação do Acesso / Critérios de Risco
- Estímulo a Democratização Institucional / Gestão Participativa / Educação Continuada
- Responsabilização / Equipe de Referência
- Resolubilidade / Acompanhamento / visita Aberta / Direitos do usuário

Dos 47 projetos selecionados, 10 foram identificados por seus autores como pertencentes a primeira marca, 16 como pertencentes a primeira e a segunda marcas, 14 identificados apenas à segunda marca, e os 7 restantes identificados a terceira e quarta marcas.

³⁶ Marcas: termo utilizado pela política nacional de humanização para designar as categorias.

Do total dos 47 projetos, portanto, 40 foram relacionados as duas primeiras marcas e os sete restantes as duas últimas. Esse dado aponta para a associação feita pelos profissionais entre humanização e acolhimento, redução de fila, aumento do acesso, democratização institucional, gestão participativa e educação continuada, sendo as outras marcas pouco referenciadas.

Entretanto, ao analisar os projetos percebemos a diversidade de temas que essas marcas comportam, fazendo-se necessário criar novas categorias para se proceder a análise das suas propostas.

Para alcançar o objetivo de Acolhimento / Redução de Fila / Ampliação do Acesso / Critérios de Risco, os profissionais apresentaram projetos que classificamos nas seguintes categorias:

- **Comunicação** – informatização, inter-relação entre equipe e usuários, produção de material educativo, ouvidoria, circuito interno de rádio, instalação de televisores, telefone público e sinalização do hospital;
- **Ações** – brinquedoteca, datas comemorativas, oficinas, prática de atividades físicas, centros de convivência, atividades de terapia ocupacional, atividades religiosas; incentivo ao aleitamento materno, confecção de bótomo símbolo de humanização, atendimento psicológico ao adolescente, qualificação do adolescente para o mercado de trabalho, e atualização de cartões de humanização.
- **Educação em saúde** – atividades educativas para usuários, reorientação alimentar, promoção à saúde;

- **Organização do trabalho** – redução de filas, implantação do sistema de referência e contra-referência, identificação de riscos, normatização e unificação de normas e condutas, constituição de moradias protegidas para pacientes com transtorno mental, flexibilidade em relação às visitas, organização do atendimento a partir de senhas coloridas;
- **Otimização de Recursos** - compra de equipamentos e mobiliário, compra de barcos, reforma, ampliação e pintura de área física;

Para promover o “Estímulo a Democratização Institucional / Gestão Participativa / Educação Continuada”, foram apresentados os projetos que classificamos conforme abaixo:

- **Comunicação** – estímulo à comunicação, ouvidoria, interação interpessoal, informatização da rede;
- **Ações** - mapeamento das comunidades, levantamento epidemiológico, implantação da vigilância em saúde, formação de equipes de PSF, melhoria do acesso aos serviços, medicamentos e cuidados, organização da farmácia básica, implantação de centros de referência para atenção básica;
- **Educação Continuada** – residência em Saúde da Família, troca de conhecimentos, reciclagem, alfabetização de Agentes Comunitários, educação permanente em saúde;
- **Organização do Trabalho** – conforto, higiene, lazer, espaço de circulação social, saúde do profissional, valorização da interação interpessoal, estabelecimento de rotinas;

- **Gestão Participativa** – participação popular, integração entre instituição e usuários, descentralização, gestão colegiada, desenvolvimento gerencial, estabelecimento de parcerias, e integralidade das ações; responsabilização.

A terceira marca - Responsabilização / Equipe de Referência, foi tomada como referência por poucos trabalhos, que classificamos na categoria abaixo:

- **Ações** – constituição de equipes de saúde da família, programas de saúde bucal, saúde do idoso e da mulher. (terceira categoria)

Poucos projetos se apresentaram como vinculados ao objetivo de garantir “Resolutividade / Acompanhamento / Visita Aberta / Direitos dos Usuários, sendo classificados como:

- **Comunicação** – ouvidoria, pesquisa de avaliação; cartilha de informação aos pacientes e familiares.
- **Ações** – brinquedoteca, artes plásticas, datas comemorativas, ginástica laboral, incentivo ao parto normal;
- **Direitos dos Usuários** – médico de referência, ampliação do horário de visitas;

3.9.3 Os Projetos Vencedores

Conforme mencionado anteriormente, foram premiados oito projetos relacionados à “ações exitosas”, ações essas que contam com um ano ou mais de implantação; oito “novos projetos” que dizem respeito às propostas de humanização que estão sendo implantadas; e quatro projetos que receberam

menção honrosa. Dos oito projetos em fase de implantação, dois são da região norte; dois da região nordeste; dois da região sudeste; um da região sul; e um da região centro-oeste.

Dos projetos de ação exitosa, três são da região sudeste; dois da região nordeste; um do norte; um do centro-oeste; e um da região sul.

Dos projetos vencedores podemos detectar a ênfase nas atividades tanto de educação continuada para os profissionais, como de educação em saúde direcionada aos usuários; implantação de atividades de lazer; reorganização de rotinas; otimização de recursos; gestão participativa; e reforço da atenção básica.

Mesmo delimitada através do estabelecimento das marcas da política, a noção de humanização se abre para a possibilidade de uma vasta gama de propostas uma vez que diferentes sentidos podem ser associados a essas marcas. Por exemplo, quando se fala em educação continuada, muitos trabalhos propõem ações de educação em saúde, voltadas aos usuários; a gestão participativa, muitas vezes associada a alteração de rotinas, conforto, lazer, etc.

Nos chama a atenção também determinados temas que se repetem e que são apresentados por seus autores ora em uma marca, ora em outra; projetos que se identificam a determinada marca mas cujo conteúdo estaria mais de acordo com outra; a necessidade de estabelecermos outras categorias que não as marcas propostas para classificar os temas dos projetos.

Os projetos que se identificaram às marcas “acolhimento / redução de fila / ampliação do acesso / critérios de risco; e à marca “estímulo a democratização institucional / gestão participativa / educação continuada, constituíram em torno de 80% do total dos projetos selecionados, nos dando uma visão de como os profissionais estão entendendo a proposta de humanização.

Esses dados reafirmam, por um lado, a noção de humanização como passível de assumir os mais diversos sentidos e promover as mais distintas ações, e por outro, o reconhecimento principalmente por parte dos profissionais de saúde de que o modelo assistencial que orienta a atenção a saúde na rede pública é precário, não dando conta de prestar uma assistência efetiva, eficaz e de qualidade.

IV. HUMANIZAÇÃO E A SAÚDE DA MULHER

Se pensarmos a atenção à saúde da mulher, especialmente no período da gestação, parto e puerpério – período sempre privilegiado, podemos perceber a transformação da expectativa das mulheres de um momento que seria de alegria e de amor (situação essa idealizada por nossa cultura que ainda supervaloriza a função materna da mulher na sociedade, associando o ato de dar à luz a um momento divino, abençoado), em uma vivência de sofrimento, decepção, solidão e medo. (Almeida, 2004: 7)

Tomaremos o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, como Programas representativos da proposta de humanização da assistência à mulher pelo Ministério da Saúde em função da sua abrangência e da sua repercussão na rede pública.

Por se tratar de programas relacionados a saúde da mulher, diferentemente dos programas citados anteriormente, nos deteremos um pouco mais na sua apresentação buscando, inclusive, uma discussão inicial sobre a repercussão da sua implantação.

As ações voltadas à saúde da mulher – decretos, leis, portarias, que serviram de base para nossa análise encontram-se citadas de forma sucinta no Anexo I, apresentadas pelo seu número, tema e, quando for o caso, a proposta de

humanização nela contida. As Portarias que instituem as Casas de Parto e criam o Centro de Parto Normal, apesar de anteriores a data estipulada para nosso estudo (1996 e 1999 respectivamente) também foram citadas devido a sua relevância para a discussão.

O debate sobre planejamento familiar também será trazido neste capítulo uma vez que representa importante elemento na formulação das ações dirigidas à saúde da mulher.

4.1 Planejamento Familiar

*“Se a natureza, oh! Mulher, de ser mãe deu-te o
prazer,
segue a lei da natureza, cumpre de mãe o dever.
Se os animais que não pensam cumprem de mãe a
missão
Só não saberás ser mãe tu, que possuis a razão?
(Borba Jr. apud: Osis, 1994)*

O planejamento familiar se constituiu, em meados do século XX, em um tema bastante polêmico estando presente nas discussões econômicas, da saúde, de segurança nacional, entre outras. O Brasil sofreu fortes pressões externas para adoção de um planejamento familiar efetivo e eficaz ao mesmo tempo em que a igreja e determinados segmentos sociais exerciam grande pressão interna contra a adoção de medidas “não naturais” de controle da natalidade.

A primeira etapa do governo militar, até meados dos anos 70, época do milagre econômico, foi marcada pela preocupação do Estado com a saúde materno-infantil vista como política de segurança nacional na medida em que se

precisava garantir a criação de filhos hígidos e saudáveis, pois eles representavam a mão de obra futura da nação.

A preocupação demográfica dos países desenvolvidos em relação aos países do terceiro mundo, associando o aumento da população a dificuldades financeiras e de produção, exercia importante pressão política sobre os países, especificamente sobre o Brasil, defendendo a noção de que,

"... uma família pobre é tão mais insatisfeita e revoltada quanto mais filhos tiver, e, portanto o número de filhos é diretamente proporcional ao nível de insatisfação social, e por decorrência ao risco de agressão interna" (Fonseca, S. apud Osis, 1994).

Os Estados Unidos enfatizavam três fatores determinantes do futuro do planeta que seriam: consumo, tecnologia e população.

"A única forma de garantir a felicidade e o bem-estar da imensa maioria é que a população total de habitantes da Terra seja proporcionalmente menor. Esta opção parece ser dura, mas é a que se impõe tanto pela razão como pela compaixão. Se quisermos preservar o sistema liberal – a própria premissa de nosso encargo – não há outra alternativa. Todo o resto é ilusão". (George, apud Costa, 2004:18)

Essa preocupação com o controle da natalidade, sobretudo a partir das fortes pressões internacionais, vai estar presente, de forma nem sempre muito clara, em muitos dos programas voltados à saúde da mulher.

A partir de 1975 os serviços de assistência à saúde da mulher se organizaram em torno do Programa de Saúde Materno Infantil – PSMI, que tinha como objetivo “*contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil*”. (Brasil, 1975).

Este Programa foi criado pela Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde – DINSAMI/SNPES, pautado nas recomendações da Organização Panamericana de Saúde – OPAS, constituindo-se, segundo Costa(1999), no estabelecimento de metas operacionais a partir de definições do Ministério da Saúde, sem levar em consideração o perfil epidemiológico da população sobre a qual incidia. Segundo a autora, o PSMI além de não corresponder às reais necessidades da comunidade, promovia a fragmentação da assistência a partir da desarticulação entre os programas relacionados à mulher.

Neste Programa, o planejamento familiar aparece de forma discreta sob a rubrica de “*paternidade responsável*”, em função da pressão exercida pela igreja católica que admitia, apenas, o controle natural, oriundo da abstinência sexual periódica.

Esse Programa era constituído pelos seguintes subprogramas e atividades:

- Assistência materna: gestante, parto, puerpério, doenças ginecológicas, incluindo as venéreas e o câncer;
- Assistência à criança e ao adolescente – controle da saúde das crianças menores de cinco anos, controle de saúde do grupo etário de 5 a 19 anos;
- Expansão da assistência materno-infantil;
- Suplementação alimentar;

- Educação para a saúde;
- Capacitação de recursos humanos. (Brasil, 1975)

O planejamento familiar era pensado em função da detecção de riscos buscando compatibilizar as gestações com as condições do organismo materno. A orientação médica no sentido de garantir o nascimento de crianças saudáveis e oferecer proteção à mãe, assim como a decisão da família sobre o número de filhos que desejariam ter deveria ser respeitada. (Osis, 1994)

Em 1977, o Ministério da Saúde, em parceria com diversas instituições, cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco – PPGAR, como uma norma que deveria ser incorporada ao PSMI, com o objetivo de implantar uma assistência especializada ao risco reprodutivo através de ações de planejamento familiar. Esse Programa levantou grandes controvérsias em diferentes setores da sociedade, culminando com sua não implantação. Segundo Costa,

“... os critérios de identificação e de classificação do risco materno e neonatal, adotados pelo programa, encaminhavam decisões por um controle de nascimentos de pobres, negros e outras populações excluídas, passíveis de controle”. (Costa, 2004:28)

Outra tentativa do Ministério da Saúde se dá em 1980, com a elaboração do PREVSAÚDE - Programa de Ações Básicas de Saúde, que propõe ações amplas na área materno-infantil trazendo, inclusive, uma revisão da legislação sobre fecundidade. Esse Programa também não foi implantado em parte devido a fortes pressões dos diferentes setores da sociedade.

A crítica ao planejamento familiar centrado no controle da natalidade enfocava a associação entre pobreza e excesso populacional nos países do terceiro mundo defendida por organizações internacionais, especialmente a ONU.

No Brasil, até a década de 1980, não havia uma posição oficial para lidar com o problema, ficando a questão a cargo de instituições como a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar – Bemfam³⁷ e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança – CPAIMC³⁸. As ações desenvolvidas por estas instituições foram alvo de severas críticas do movimento feminista em função da política controlista contida nas ações e propostas de planejamento familiar pautadas em uma visão neomalthusiana³⁹ que estabelece uma relação direta entre população e desenvolvimento.

Almeida (1984), em artigo publicado na Revista Saúde em Debate, aponta para seis razões que justificariam a oposição ao planejamento familiar. Entre elas, o autor vai discutir a relação proposta entre pobreza, aumento populacional e desenvolvimento, mostrando que essa relação não corresponde à realidade. Ele cita o exemplo do Japão e da Holanda onde o controle da natalidade surge apenas após os países terem alcançado um bom nível de distribuição de renda e, por outro lado, a Índia e o Paquistão, onde embora a esterilização tenha se dado em larga escala, a situação econômica continuava precária. Traz também o

³⁷ Sociedade filiada à International Planned Parenthood Federation – IPPF, criada em 1965 como entidade privada sem fins lucrativos e transformada em utilidade pública em 1971. Foi a primeira instituição a realizar planejamento familiar no Brasil, inicialmente através da distribuição de anticoncepcionais aos pobres, passando, depois, a ações mais incisivas através do estabelecimento de convênios com as esferas públicas. (Costa, 2004)

³⁸ A CPAIMC recebia financiamento da Agency for International Development (AID) através da Family Planning International Assistance – FPIA, Pathfinder Foundation e outras. Teve como forma de atuação o treinamento de profissionais ligados ao ensino médico, de enfermagem e outras áreas afins, além de contar com uma rede de médicos para realização de esterilização cirúrgica. Enquanto entidade de utilidade pública, distribuía material e insumos contraceptivos para diversas instituições congêneres. (Costa, 2004)

³⁹ Na visão malthusiana, o crescimento dos povos tende a se processar em progressão geométrica, enquanto a produção de alimentos aumenta em progressão aritmética. O entendimento neomalthusiano é de que o desenvolvimento econômico de uma nação é obstaculizado pelo aumento acelerado da sua população. (Almeida, 1984)

argumento histórico que aponta para uma posição ideológica marcada pela eugenia e representada, no Brasil, pela Benfam.⁴⁰

“... a proposta correta em termos de melhoria dos níveis da saúde da mulher passa pela execução de um programa que vise o atendimento integral à sua saúde e não unicamente ao seu útero”. (Almeida, 1984:39)

Canesqui (1984) chama a atenção para as ações desenvolvidas pela Benfam junto ao Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento - GPEPD⁴¹, no sentido da formulação de uma política demográfica baseada nos argumentos neomalthusianos. Esse grupo de parlamentares pleiteia o apoio financeiro de instituições como o Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde, entre outras, afirmando que,

“.. o rápido crescimento populacional ameaça esgotar os recursos naturais e superar o ritmo do aumento dos recursos alimentares” (Canesqui, 1984:30)

Ainda segundo a autora, no início da década de 1980, as ações da Bemfam se concentravam, principalmente, no nordeste onde estavam cerca de 85% do total dos seus postos de saúde, desenvolvendo ações exclusivamente de planejamento familiar através, basicamente, da distribuição de contraceptivos fornecidos pelo Estado. Esses dados reforçam as críticas do movimento feminista de uma ideologia neomalthusiana na orientação à saúde das mulheres.

⁴⁰ A eugenia foi uma ciência criada por Galton em 1869, que afirmava que a raça humana poderia ser melhorada através da seleção dos casamentos. Pearson, seu seguidor, vai afirmar que a alta taxa de fecundidade entre os pobres coloca em risco a civilização. Em 1922 é criada a “Sociedade para um Controle da Natalidade Construtiva e Progresso Racial”, associando, definitivamente racismo, eugenia, controle de natalidade e facismo. (Almeida, 1984)

⁴¹ Grupo constituído a partir de seminário promovido pela Bemfam em 1981, composto por 19 deputados estaduais e 18 federais.

“A ideologia neomalthusiana obscurece as bases que afetam as condições de saúde e sociais, colocando-se a par com as ortodoxias conservadoras cuja resultante tem sido a recessão econômica, o desemprego, a queda vertiginosa dos salários e a geração de uma população sobrando, miserável, entre outros”. (Canesqui, 1984:30)

A essa política controlista, marcada por uma visão neomalthusiana, o movimento de mulheres contrapunha a noção de saúde reprodutiva, onde a saúde da mulher seria abordada de forma integral e, acima de tudo, seria garantido a ela o direito de escolha em relação à natalidade.

A nova conjuntura política vigente a partir dos anos de 1980 como resultante do movimento de redemocratização da sociedade promove a reorganização e o incremento dos movimentos sociais que vão trazer como componente central a questão da atenção à saúde.

O movimento da reforma sanitária vai criar propostas que serão debatidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e que farão parte da nova Constituição Brasileira de 1988, dando origem à criação do Sistema Único de Saúde – SUS que representa um novo modelo de política pública.

Nesse período é criado o Conselho Nacional da Mulher, a Comissão Nacional de Estudos e Direitos da Reprodução Humana e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, organizações essas que representam a institucionalização da agenda feminista pelo Estado. (Ávila & Corrêa, s/d ⁴²)

⁴² Ávila, M.B., Correa, S. O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos. Disponível em <http://www.geocities.com/catolicas/articulos/dersex/omovim.htm>

4.2 Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM

“... sobre o fundo comum da natureza manifesto no imperativo da reprodução biológica, é a sociedade e a cultura que constroem para a mulher, como seu destino natural, posições de subordinação e submissão associadas à carga de negatividade em que são marcados seu corpo e sua sexualidade” . (Oliveira, 1997:19)

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher constitui um marco nas políticas de saúde na medida em que representa a consolidação da luta do movimento feminista pela integralidade e pela universalidade das ações voltadas para a saúde da mulher, buscando redescrever o conjunto de práticas e saberes que vão orientar a formulação e a implantação de políticas de atenção à saúde da mulher. Apesar das análises críticas que apontam para uma série de dificuldades ainda hoje enfrentadas para sua efetiva implantação, o PAISM representa a proposta de um novo olhar não só sobre a saúde da mulher, mas sobre ela própria, não mais reduzida à função reprodutiva, mas enquanto sujeito de direitos.

Em sua introdução o Programa critica o atendimento até então prestado à saúde da mulher voltado, quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal, atendimento este que exclui,

“... a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade” . (Brasil, 1985)

E propõe,

- “1. A expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde;*
- 2- Ênfase em atividades-chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência”. (Brasil, 1984)*

O conceito de assistência integral preconizado se refere a,

*“.. ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde”.
(Brasil, 1985)*

Os conteúdos programáticos do PAISM que constituem o documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática” se distribuem em três atividades principais: a assistência clínica ginecológica, a assistência pré-natal e a assistência ao parto e puerpério imediato, mesclando atividades clínicas, educativas e de controle de riscos e/ou detecção precoce de doenças.

Os problemas apontados como prioritários no PAISM são: o acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, identificação precoce do câncer do colo de útero, doenças sexualmente transmitidas, aborto, patologias sistêmicas crônicas (que aumentariam o risco para a reprodução), regulação da fertilidade, atenção a adolescência (ressaltando o risco de DST e gravidez indesejada), tratamento da esterilidade conjugal e finalmente o acompanhamento às mulheres na menopausa.

No texto do Programa, o Ministério chama para si a responsabilidade de fornecer informação, meios e serviços adequados a atender a toda a população em relação ao planejamento familiar.

O PAISM traz a preocupação com a morbi-mortalidade materna, assim como com a utilização de métodos contraceptivos, propondo uma reflexão sobre a forma e a motivação para utilização desses métodos. Aponta para as dificuldades político-econômicas que levam as famílias a buscarem a redução do número de filhos, assim como para a dificuldade de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde em função da organização deste serviço que resulta em baixa resolutividade e dificuldade de acesso a níveis mais complexos desenvolvidos pelo setor privado.

Propõe o conceito de saúde para além da ausência de doença, não se restringindo apenas à oferta de assistência médica, ao número de postos de saúde ou leitos hospitalares disponíveis, mas envolvendo a intersectorialidade, com ações na área da habitação, emprego, educação, alimentação, saneamento básico, assim como ações preventivas e de educação em saúde.

“O PAISM deve oferecer ações que incidam sobre as diferentes necessidades da mulher além de valorizar o componente educativo e de humanização da atenção e do cuidado”. (Costa, 2004:36)

Costa (2004), fazendo uma reflexão sobre os serviços voltados à saúde da mulher atuais aponta para uma não integralidade da assistência que privilegia os aspectos ligados à reprodução e que incluem, às vezes, a atenção ao câncer ginecológico ou o tratamento da infertilidade, delegando necessidades como a atenção à hipertensão, a violência doméstica, etc, que constituem importantes fatores de morbi-mortalidade feminina, a outros programas específicos onde vão ser atendidas de forma pontual. Segundo a autora, não se verifica ainda

mudanças no modelo e nas práticas de saúde o que evidencia que o princípio de integralidade ainda não esteja implantado efetivamente.

“... sua rota está atravessada por questões de macroestrutura que dificultam o seu avanço como política específica a ser implementada no SUS. Desta forma, constata-se o enfraquecimento da integralidade no cotidiano de atenção às mulheres. No plano do PAISM, enquanto política de atenção integral às mulheres, os anos de 1990 esmaeceram os sentidos da integralidade privilegiados como eixo desta política.” (Costa, 2004:39)

É importante ressaltar a ambigüidade do Programa que, por um lado fala em atenção à mulher em todas as etapas da vida e por outro enfatiza, todo o tempo, ações voltadas para o período reprodutivo. Vale notar, também, que dos treze textos que compõem a bibliografia que serve de suporte ao texto apresentado, nove se referem a estudos e/ou estatísticas populacionais e planejamento familiar.

Para Costa (2004), a atenção à saúde tem se restringido a ações voltadas basicamente para a gestação, parto e puerpério e aquelas que envolvem o aparelho reprodutor. Se por um lado esse favorecimento resulta na ampliação da atenção ao ciclo gestacional, por outro, reforça a fragmentação da atenção prestada.

A proposta de planejamento familiar incluída no PAISM fez com que o Programa provocasse reações contrárias da categoria médica, especialmente dos profissionais ligados a Bemfam, assim como de segmentos sociais que entendiam essa proposta como mais uma ação controlista.

Na verdade o lançamento do Programa ocorreu em um momento delicado. Por um lado o país sofria intensa pressão externa para adoção de uma política explícita de controle demográfico, por outro, a pressão dos diversos movimentos sociais que exigiam ações de saúde reprodutiva bem distintas do controle da natalidade até então oferecido e da igreja que se colocava contra qualquer medida de planejamento familiar que não fossem os meios naturais, ou seja, a abstinência sexual.

O Programa começou a ser redigido em abril de 1983 e teve sua apresentação oficial em Junho do mesmo ano, pelo então Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde, durante uma CPI instaurada para investigar o crescimento populacional. (Osis, 1998; Canesqui, 1984; Costa, 1992; Correa, 1993).

Segundo Osis (1998) o Programa parece ter sido a forma que o governo encontrou para controlar as pressões internas e externas que vinha sofrendo.

“É esse o conceito de assistência integral preconizado pelo meu Ministério: as ações de saúde dirigidas globalmente ao atendimento de todas as necessidades do grupo populacional, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com o sistema de saúde seja utilizado em benefício da proteção integral de sua saúde” (Ministro Waldyr Arcoverde em CPI que investigava problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro, 1984)

Apesar das críticas, o Programa obteve importante apoio de diversos grupos de mulheres que apostavam na sua proposta e lutavam por sua efetiva implantação. Entre os movimentos de apoio à implantação do PAISM, ocorreu em outubro de 1984, quatro meses depois da apresentação do Programa pelo Ministério da Saúde, o Primeiro Encontro Nacional de Saúde da Mulher que produziu o documento conhecido como “Carta de Itapecerica”. (Labra, 1989).

Neste documento, as mulheres denunciavam a crise social, política, econômica e de saúde do país e encaminhavam propostas voltadas a saúde da mulher. Apontavam para a medicalização do corpo da mulher, para a ausência de ações preventivas e educacionais, e criticavam as ações de planejamento familiar baseadas na relação entre controle demográfico e desenvolvimento econômico do país.

O documento traz a exigência de um programa de saúde integral para mulher que envolva todos os ciclos da sua vida, desde a infância até a terceira idade, com as especificidades de cada etapa, levando em conta os agravos advindos da sua inserção no mercado de trabalho ou na execução das tarefas domésticas. Defende a extinção do preconceito no atendimento às homossexuais, índias, negras, prostitutas, presidiárias, deficientes físicas e mentais e menores institucionalizadas. Enfatiza a necessidade do controle popular para a efetiva implantação do PAISM. Ao enfatizar a utilização das AIS⁴³, o PAISM introduz os princípios de universalidade e integralidade na saúde que se farão presentes na discussão da reforma sanitária, na VIII Conferência Nacional de Saúde, tornando-se princípios fundamentais do SUS.

A seguir reproduzimos um quadro elaborado por Costa (2004) para ilustrar as características do PAISM em contraponto ao PSMI.

⁴³A política de Ações Integradas de Saúde - AIS foi iniciada em 1982 visando uma maior articulação entre as instituições, constituindo-se em importante estratégia para o processo de descentralização da saúde. A rede de cuidados básicos de saúde foi criada a partir das AIS que desempenharam um papel importante para o desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização, assim como fortaleceram os níveis subnacionais de governo que surgem como atores fundamentais na construção do sistema de saúde descentralizado. As áreas prioritárias de ação foram a assistência médico-hospitalar e farmacêutica, o desenvolvimento institucional nos setores de controle das doenças transmissíveis, a promoção da saúde da mulher e da criança e as doenças redutíveis por saneamento. (Noronha & Levcovitz, 1994; Canesqui, 1984)

Quadro I - Comparação das Características do PSMI e PAISM

Caracterização	Programa de Saúde Materno-Infantil	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher
Estratégia	Vertical	Horizontal
Cobertura	População feminina em idade reprodutiva	Universal
Gestão	Centralizada	Descentralizada
Planejamento	Risco gravídico-puerperal	Epidemiologia: necessidades e demandas
Ações	Pré-natal, parto puerpério	Todas as necessidades e demandas identificadas
Educação em saúde	Recomendada. Abordagem relacionada aos cuidados com a gestação e o conceito	Oferta obrigatória de práticas educativas sobre corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania.
Abrangência da atenção	Rede básica	Todos os níveis de atenção
Participação social	Não referida	Estimulada

Fonte: MS, Pesquisa Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil, Quo vadis?, 2004, coord. pela autora. Adaptado de Brasil (1984; 1978). In: Costa, 2004:22

4.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN

Através da Portaria MS/GM no. 569 de 2000 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Este Programa 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 SUS.”(Brasil, 2000)

Apresenta como justificativas para sua implantação a necessidade de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento perinatal e a necessidade de responder a demandas de organização técnica para atenção a este segmento da população.

Essa organização técnica enfatiza como prioritária a redução das elevadas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal; a implantação de redes de assistência à gestação de alto risco; a integração da assistência nos níveis ambulatorial básico e especializado, no atendimento pré e inter-hospitalar e o controle dos leitos obstétricos; a determinação de fluxos de referência e contra-referência integrando o atendimento nos níveis ambulatorial básico e especializado, pré-natal, atendimento pré e inter-hospitalar, atendimento hospitalar e controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade da assistência; e a implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos três níveis de governo como instrumento de coordenação da atenção à saúde da gestante e do recém nascido.

O princípio orientador do PHPN é a humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primordial para o acompanhamento adequado ao parto e puerpério.

O Programa apresenta como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos através da ampliação do acesso, incremento da qualidade e da capacidade instalada, assim como sua organização no âmbito do SUS. Visa a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, a ampliação do acesso ao atendimento pré-natal e ao parto, assim como o estabelecimento de critérios para qualificação de consultas e promoção de vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.

O PHPN estabelece como princípios e diretrizes: direito ao atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério; acompanhamento pré-natal adequado de acordo com a Portaria; direito de saber em qual maternidade realizará seu parto e ter acesso a ela no momento do parto; assistência humanizada e segura ao parto e puerpério; e assistência neonatal humanizada e segura ao recém-nascido.

Engloba ainda três componentes que vão determinar os procedimentos adequados à assistência pré-natal como, por exemplo, quantidade, tipo e frequência dos exames laboratoriais, número mínimo de consultas, acompanhamento pós-parto⁴⁴, assim como detalhamento de incentivos financeiros recebidos quando do cumprimento de etapas do programa.

⁴⁴ O Programa estabelece os seguintes critérios mínimos para o acompanhamento da gestante: realização da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, de preferência uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; exames ABO-Rh, HB/HT (na primeira consulta); VDRL, Urina e Glicemia de jejum (na primeira consulta e na trigésima semana de gestação); oferta de testagem anti-HIV nos municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; vacinação antitetânica; atividades educativas; classificação de risco gestacional; acesso garantido à gestante de risco à unidade de referência ambulatorial e/ou hospitalar.

O Componente I do Programa diz respeito ao incentivo à assistência pré-natal visando estimular os estados e municípios ao acompanhamento pré-natal completo e ao cadastramento das gestantes;

O componente II, à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal que visa a criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que favoreçam a organização e regulação da assistência através de protocolos de regulação, da estruturação das Centrais de Regulação e da estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, assim como o financiamento da qualidade da assistência e da capacidade instalada dos hospitais da rede;

O componente III estabelece uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto com o objetivo de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no SIH/SUS através da alteração do valor e da forma de remuneração existente e do pagamento de um adicional para aqueles que cumprirem todo o programa.

Conforme descrito nos princípios gerais do PHPN,

“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.” (Brasil, 2000)

O Programa estabelece os seguintes critérios:

1. Realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação;

2. Garantia de realização dos seguintes procedimentos:

- Mínimo de seis consultas de pré-natal sendo, preferencialmente a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação, as duas subsequentes no segundo trimestre, e as três últimas no terceiro trimestre de gestação;
- Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o parto;
- Exames laboratoriais: ABO-RH; VDRL; urina; glicemia de jejum, hemoglobina / hematócrito (de acordo com rotina pré-estabelecida);
- Oferta de teste HIV nos municípios com mais de 50 mil habitantes;
- Aplicação de vacina antitetânica;
- Atividades educativas;
- Classificação de risco gestacional com garantia de acesso as unidades de referência.

O PHPN conta também com um programa de incentivos financeiros onde o gestor recebe R\$ 10,00 reais por gestante cadastrada, devendo a primeira consulta ser realizada até os 120 dias de idade gestacional. Incentivo de R\$ 40,00 na conclusão do acompanhamento que significa o cumprimento de todas as etapas – número de consultas, exames, imunizações e consulta de puerpério. Foi estabelecido também um sistema de informações próprio – Sis prenatal, que torna obrigatório o registro das informações para obtenção dos incentivos.

Segundo Serruya et al (2004), os critérios do PHPN foram determinados a partir dos pressupostos de que eram “*comprovadamente efetivos e operacionais a curto prazo*”, e da valorização da clínica a partir de procedimentos tecnicamente simples mas de resultados fundamentais. A autora cita um estudo multicêntrico da OMS aonde são recomendadas quatro consultas de pré-natal para cada mulher.

Até o final de 2002 o programa contava com 72% de adesão dos municípios, porém apenas 28% das gestantes com até 120 dias de gestação estavam inscritas. Dos critérios estabelecidos, apenas 22% das mulheres inscritas realizaram as seis consultas, 6% a consulta do puerpério e os exames obrigatórios, 4% foram submetidas ao teste para HIV e receberam a vacina antitetânica e 12% realizaram testagem para sífilis. Esses são resultados gerais cabendo ressaltar que houve grandes variações de acordo com as regiões sendo os melhores indicadores obtidos nas regiões sudeste e sul, e os mais baixos nas regiões norte e nordeste. (Serruya et all, 2004),

Segundo a autora, o desenvolvimento econômico e social da região favorece a implantação do programa, fazendo com que essas regiões apresentem melhores resultados na avaliação do PHPN. A autora apresenta também um dado interessante sobre a queda de 30% no número da primeira para a segunda consulta no pré-natal entendendo essa queda como “*falta de registro do seguimento*” do pré-natal.

Entretanto, entendemos que esse dado não devesse ser minimizado, mas trabalhado no sentido de funcionar como um alerta de alguma coisa que talvez não tenha sido pensada, ou que não esteja efetivamente trazendo os resultados esperados. Entendemos que é exatamente onde o grau de desenvolvimento econômico e social é menor, onde a assistência é precária e, portanto, o índice de mortalidade materna muito maior, onde a gestante “desiste” de retornar a segunda consulta, que deveria se centrar esforços para garantir o acesso e a atenção de qualidade.

A avaliação realizada por Serruya et All (2004) mostra que foi pequena a abrangência do programa, com algo em torno de 20% de mulheres cadastradas, ficando a maioria submetida a uma assistência desarticulada e parcial. Do total de mulheres cadastradas menos de 25% realizou as seis consultas preconizadas e a realização dos exames também não foi alcançada conforme o prescrito.

A assinatura do termo de adesão ao programa ao mesmo tempo em que é considerado um grande desafio, constitui também uma grande conquista do programa uma vez que leva a reorganização da assistência que se dava de forma fragmentada, com baixo índice de acompanhamento pré-natal, altas taxas de cesarianas e altos índices de mortalidade materna. O desconhecimento da rede pelos gestores era freqüente, tendo como referência dados incompletos, sem que essa preocupação fizesse parte da sua agenda política (Almeida, 2002).

Em recente avaliação do programa, constatamos (Almeida, 2002) que os profissionais não referem mudança na assistência anteriormente prestada, exceto pelo número de exames solicitados e pela implantação de novas rotinas. Foram feitas referências a reuniões para estabelecimento das novas rotinas a serem adotadas – número de consultas, exames, etc, porém foi constatado um grande desinteresse por parte dos profissionais principalmente motivado por questões ligadas a baixa remuneração, más condições de trabalho, falta de equipamentos necessários, entre outras.

Em relação as gestantes também não houve referência a mudanças no atendimento exceto pela quantidade de exames solicitados, permanecendo as queixas em relação a rapidez da consulta, a falta de informações e a falta de acompanhante no pré-parto.

Vale ressaltar também que o PHPN não se articula a outros programas como por exemplo a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, o programa de aleitamento materno, ações de saúde reprodutiva, teste do pezinho, entre tantos outros, mantendo a fragmentação da assistência à saúde da mulher no período da gestação, parto e puerpério.

4.4 Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru

O Ministério da Saúde editou, em julho de 2000, a portaria 693 - Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, estabelecendo a implantação do método nas maternidades e unidades de tratamento intensivo neonatais (UTIn) do SUS em todo o país. O objetivo dessa Norma é, por um, lado, implantar o Modelo Canguru nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS e, por outro, introduzir as adaptações necessárias nas Unidades onde esse sistema já esteja implantado, para melhorar sua eficiência e eficácia.

“... estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas a maior humanização do atendimento”. (Brasil, 2000 b)

Esse Programa se destina às gestantes com situações clínicas ou obstétricas de risco para nascimento de bebês com baixo peso, aos recém-nascidos de baixo peso e aos pais que deverão ter contato o mais precocemente com seus filhos recebendo suporte e orientação adequada da equipe de saúde.

A proposta do Método Canguru tem origem em uma maternidade de Bogotá, na Colômbia, onde, em 1979, em função de grandes dificuldades enfrentadas para o atendimento aos bebês prematuros⁴⁵ devido à falta de

⁴⁵ O recém-nascido pré-termo ou prematuro é o bebê que nasce com menos de 37 semanas (259 dias) de gestação, podendo ser um recém-nascido de baixo peso, quando pesar menos de 2500g, ou de muito baixo peso, quando seu peso for inferior a 1500g. Essa categoria pode ainda ser subdividida em três classes quanto ao peso ao nascimento: adequado, pequeno, ou grande para a idade gestacional. (Vaz, 1996) Essas crianças constituem um grupo de risco elevado para diversas

recursos materiais e humanos e a superpopulação das unidades, dois pediatras tomaram a imagem do canguru e seu filhote como exemplo de um possível modelo alternativo de atenção a esses bebês. Esse método estabelecia que o bebê clinicamente estável, necessitando apenas de controle térmico e ponderal, fosse colocado em contato direto com a pele da mãe durante todo o dia. Dessa forma, além de responder à falta de recursos para salvar suas vidas, estes bebês podiam ter alta hospitalar mais cedo, continuando os procedimentos em casa até atingirem a maturidade necessária.

As primeiras avaliações realizadas na Colômbia após dois anos de utilização do método foram positivas estimulando, assim, o seu uso como alternativa de tratamento que promovia a redução da permanência hospitalar, redução do custo e estímulo ao apego entre mãe e bebê. (Vaivre-Douret et al. 1996)

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a implantação do método não tem por objetivo a redução de custos ou a substituição das unidades de terapia intensiva neonatal, nem responder a falta de recursos materiais ou humanos, mas implantar uma forma de atendimento ao prematuro mais humanizada, buscando preservar os vínculos afetivos mãe-bebê, incentivar o aleitamento materno, evitar longos períodos sem estimulação sensorial para o bebê, desenvolver a competência e a confiança dos pais no manuseio do seu bebê mesmo após a alta hospitalar, redução do número de recém-nascidos nas unidades de cuidados intermediários, redução da infecção hospitalar e menor permanência hospitalar.

A Portaria 693 propõe,

doenças e também para óbito, sendo muito suscetíveis a lesões que levem à paralisia cerebral, retardo mental e outros distúrbios. Necessitam de cuidados intensivos sendo, muitas vezes internadas em unidades de tratamento intensivo por longo período de tempo. (Andrade, 1996).

“...uma mudança institucional na busca de atenção a saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. Estabelece uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas a maior humanização do atendimento. As Unidades que já possuem esse sistema de atendimento deverão mantê-lo e adaptá-lo no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia da atenção”.(Brasil,2000b)

A posição canguru consiste em manter o bebê na posição vertical, ligeiramente vestido, em contato pele a pele com o adulto. Para ser considerado como “Método Canguru” é necessário que o contato seja precoce, de forma orientada, por livre escolha da família e com acompanhamento por uma equipe de saúde devidamente treinada. (Brasil, 2000)

A Portaria 693 estabelece recomendações mínimas para um atendimento adequado do recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao manuseio e relacionamento familiar.

Enfatiza, também, a necessidade de mudanças de comportamento e filosofia profissional para que a implantação dessa atenção humanizada não sofra solução de continuidade em nenhuma de suas etapas, assim como a importância do início da atenção adequada ao recém-nascido durante o pré-natal, identificando as gestações de risco e oferecendo a essas mulheres informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

“A adoção dessa estratégia pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família”. (Brasil, 2000 b)

O Método compreende três fases:

- 1ª Etapa: orientação da mãe e da família sobre as condições de saúde do bebê, ressaltando as vantagens do método; livre acesso dos pais à unidade intensiva, acompanhados da equipe de saúde, favorecendo, sempre que possível, o contato com o bebê; orientação para amamentação; assegurar a permanência da puérpera pelo menos nos primeiros cinco dias na unidade hospitalar para que possam ser passadas as informações e orientações necessárias; deverá ser fornecido auxílio transporte, alimentação, espaço para permanência na unidade durante as visitas ao bebê.
- 2ª. Etapa: internação na enfermaria canguru a partir dos seguintes critérios: em relação a mãe, disponibilidade, capacidade de reconhecer situações de risco, conhecimento e habilidade para colocação do bebê na posição canguru; em relação ao bebê, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1250 g, ganho de peso diário acima de 15g.
- 3ª. Etapa: alta hospitalar a partir da avaliação da segurança da mãe e familiares em relação aos cuidados com o bebê, garantia de retorno freqüente à unidade de saúde, peso mínimo de 1500g, sucção exclusiva no peito (sem necessidade de sonda caso seja necessário complementação), condição de recorrer a unidade hospitalar em caso de urgência.

Nessa etapa o bebê será acompanhado no ambulatório de segmento devendo ser realizadas três consultas na primeira semana após a alta, duas na segunda semana, e da terceira semana em diante pelo menos uma consulta até o bebê atingir o peso de 2500g quando então o acompanhamento passa a ser orientado de acordo com as normas gerais de puericultura.

O atendimento ao bebê prematuro tem sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento como a medicina, psicologia, psicanálise, educação, fonoaudiologia, entre tantas outras. Muito se tem escrito sobre as conseqüências da prematuridade sobre o desenvolvimento neuromotor, cognitivo e afetivo do bebê, e sobre os efeitos potencializadores de uma internação prolongada em uma unidade de tratamento intensivo neonatal sobre esses fatores, assim como sobre a constituição dos vínculos afetivos mãe-bebê.

A exclusão da mãe nos cuidados com seu bebê é comum nessas unidades gerando, muitas vezes um sentimento de inadequação e incompetência, podendo reforçar a culpa e a ansiedade freqüentemente observadas nestas mães, dificultando o estabelecimento dos laços afetivos entre ela e seu bebê. Essa exclusão costuma ser baseada em justificativas racionais como, por exemplo, o perigo de infecção, a necessidade de um ambiente mais tranquilo, ou menos populoso que facilite as intervenções de urgência tantas vezes necessárias. No entanto, esse afastamento nos parece estar a serviço de uma racionalidade médica biologizante, hierarquizada a partir do saber e da prática médica, que valoriza a atenção ao corpo físico sem considerar os aspectos subjetivos envolvidos nesse cuidado.

“Vou ter que vestir branco quando sair daqui para meu bebê me reconhecer!!”⁴⁶

⁴⁶ Fragmento de relato de uma mãe de um bebê internado há 2 meses na UTI.

A UTI neonatal é o local onde essa racionalidade se expressa de forma pungente, utilizando equipamentos de última geração, local de rapidez e objetividade, onde um segundo pode fazer a diferença entre vida e morte. Assim, a criança internada na UTIn é vista como um corpo a ser salvo e tudo o que está relacionado a seu desenvolvimento mental, às necessidades emocionais dos pais, à importância do estabelecimento dos vínculos afetivos entre a mãe e o bebê não são valorizados.

A Portaria 693 proposta pelo Ministério da Saúde implica em total reformulação desse atendimento altamente especializado e tecnológico prestado aos bebês prematuros e suas mães, inserindo na sua rotina conceitos e procedimentos que escapam ao saber e a prática médica. Por outro lado, recoloca a mãe no seu lugar de cuidadora, atribuindo a ela funções antes exercidas pela equipe, o que naturalmente resulta em redistribuição não só de tarefas, mas, principalmente, de poder.

A Portaria 693 proposta pelo Ministério da Saúde implica em total reformulação desse atendimento altamente especializado e tecnológico prestado aos bebês prematuros e suas mães, inserindo na sua rotina conceitos e procedimentos que escapam ao saber e a prática médica. Por outro lado, recoloca a mãe no seu lugar de cuidadora, atribuindo a ela funções antes exercidas pela equipe, o que naturalmente resulta em redistribuição não só de tarefas, mas, principalmente, de poder.

Toda essa proposta de modificação na qualidade da atenção ao bebê prematuro não se faz acompanhar, em nenhum momento, de uma reflexão crítica sobre a formação do profissional de saúde, sobre a organização dos processos de trabalho, entre outros fatores. Essas inovações/modificações esbarram com comportamentos fortemente enraizados, baseados em uma postura cientificista, que vê o ato do nascimento como biológico e capaz de produzir patologias que

devem ser cientificamente controladas, inserindo na rotina da assistência conceitos e procedimentos que escapam ao saber e a prática médica.

Dessa forma, toda a organização da rotina, as relações entre os membros da equipe e entre estes e a gestante e sua família, o conceito de cuidado médico, a organização dos processos de trabalho, a forma de gestão entre outros fatores, tudo deverá ser redescrito para poder abrigar esta proposta.

Por outro lado, podemos perceber uma teia discursiva que expressa uma demanda muito mais técnica, originária de situações identificadas pelos técnicos como problema, do que um clamor popular em direção a mudanças, o que redefine toda a questão.

V. USOS E SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO

“...pensar o cuidado como uma categoria reconstrutiva, isto é, como um constructo filosófico que busca refletir, de modo simultaneamente crítico e propositivo, acerca das possibilidades de reorganização das práticas de saúde, orientada pelos valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência”. (Ayres, 2004:16)

A análise das ações citadas no capítulo anterior nos possibilita identificar núcleos de sentidos presentes na noção de humanização. De uma forma geral, podemos afirmar que a proposta de humanização reflete a necessidade de melhoria da qualidade da assistência apontando para a insatisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais, gestores e a sociedade em geral com a atenção prestada na rede pública de saúde.

Assim, “Qualidade da Assistência” pode ser vista como uma categoria geral, ampla, que comporta várias ações com sentidos diversos. A qualidade da assistência é pensada, ou pelo menos assim nos parece pela diversidade das ações propostas, a partir de diferentes abordagens dependendo do aspecto que se pretende priorizar. Tanto nas ações como nos projetos selecionados para o prêmio Humanizausus podemos perceber a existência de diversos sentidos associados à noção de humanização.

Tomamos, então, neste trabalho, a qualidade da assistência como uma imagem objetivo que se pretende alcançar a partir de propostas de ações de humanização que apresentam núcleos de sentidos distintos. Esses núcleos foram identificados como: *humanização enquanto atributo das relações interpessoais; humanização e redução da taxa de mortalidade materna; humanização e otimização de recursos; e humanização e intervenção na organização dos processos de trabalho*. Propomos neste capítulo não só apresentar os núcleos de sentidos identificados como também discuti-los a luz da contribuição de diversos autores.

5.1 Humanização enquanto atributo das Relações Interpessoais

“... o sujeito não é apenas o profissional de boa vontade, tratando com delicadeza seus pacientes. Não é apenas aceitar o alojamento conjunto para a mãe-bebê. Não é simplesmente criar um ambiente favorável numa consulta. É também. Mas, consiste, principalmente, no reconhecimento da humanidade do outro, de sua capacidade de pensar, de interagir, de ter lógica e se manifestar e de expressar intencionalidade. E mais ainda, na cumplicidade, universalidade e solidariedade desse outro em intersubjetividade, seja ele colega, paciente, doente ou familiares”. (Minayo, 2004:19)

As ações que identificamos neste núcleo de sentidos dizem respeito a: comunicação oficial com o usuário a partir de questionários, ouvidorias, rede informatizada; ações de acolhimento ao usuário; criação de grupos de humanização; aprimoramento das relações entre profissionais/usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade; mudanças no atendimento

a partir de princípios de solidariedade, respeito e ética; estabelecimento de diálogo que dê lugar à palavra do usuário e do profissional; estabelecimento de relações de solidariedade entre gestores/profissionais/usuários; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS; garantia dos direitos do Código dos Direitos dos usuários do SUS; mudanças ambientais e comportamentais com vistas a humanização do atendimento.

A necessidade de melhorar a qualidade das relações interpessoais e de valorizar a dimensão subjetiva e social das práticas de saúde produz uma importante reflexão sobre o processo de objetivação do sujeito que se dá a partir da constituição de uma racionalidade médica que transforma a história do sujeito em história da doença, privilegiando o atendimento neutro e impessoal, assim como uma reflexão sobre o processo de medicalização que transforma questões sociais, econômicas e políticas em problemas médicos passíveis de intervenção médica. Essa reflexão nos leva à discussão sobre a comunicação no interior das instituições de saúde que deve ser pensada enquanto processo e não apenas como transmissão de informações.

5.1.1 A Racionalidade Médica e o Processo de Medicalização do Espaço Social

A constituição da medicina, mais especificamente da clínica, data de fins do século XVIII, quando “*o olhar de superfície se torna um olhar de profundidade*” (Foucault, 1994). O olhar médico que abstraía o paciente na medida em que tomava a doença enquanto essência e, portanto, desconsiderava o corpo enquanto sede da doença, vai sendo substituído em fins do século XVIII por um olhar que observa, que pesquisa. Com Bichat, no início do século XIX, a busca da sede da doença enquanto ponto de partida de onde ela se irradia, vai delinear formas patológicas gerais, famílias de doenças que apresentam os mesmos sintomas principais e a mesma evolução.

O surgimento da anátomo-clínica com os estudos de Broussais vai promover a ligação entre causa da doença e sua localização no corpo, perdendo a doença seu caráter de essência, estabelecendo, finalmente, a relação entre os sintomas da doença e a lesão orgânica. (Foucault, 1994).

O nascimento da clínica seria, segundo Camargo Jr. (1992b), representativo do surgimento do primeiro paradigma estável do saber médico, que promove o enquadramento do sofrimento subjetivo do paciente em categorias nosológicas objetivamente determinadas.

Mas o que vai possibilitar essa mudança de objeto da medicina, esse deslocamento da percepção da doença para o corpo do doente? Foucault (1994) faz essa análise mostrando que não é a dissecação de cadáveres que promove essa mudança, mas que a própria dissecação representa a mudança no objeto da medicina na medida em que a doença passa a ser vista como localizada no corpo, com sede em seu interior. Essa passagem vai se dar concomitante a grandes transformações sociais que estão em curso com o Renascimento, quando ocorre a quebra do monopólio do saber pela igreja e se estabelece uma nova visão de homem.

A valorização da razão enquanto propulsora do conhecimento produzido pela experimentação vai caracterizar a ciência enquanto única produtora de verdades.

“É neste momento histórico (fins do século XVIII / início do século XIX) que nasce a clínica. Este registro é importante para que se perceba que as construções simbólicas da medicina moderna encontram-se embasadas nessa episteme, impregnando o imaginário médico até nossos dias com esta visão-de-mundo mecanicista”. (Camargo Jr., 1993:3)

A medicina que se origina então está baseada em uma racionalidade científica, que toma o conhecimento científico como produtor de verdades. Esse conhecimento tem como características a generalização, ou seja, a ciência não se ocupa de casos particulares, ficando tudo que é da ordem da individualidade legado à filosofia, às humanidades; a visão mecanicista, onde predomina o princípio de uma causalidade linear; e o caráter analítico, onde se propõe que o estudo de partes isoladas possa dar o conhecimento sobre o funcionamento do todo.

A medicina vai buscar seu reconhecimento a partir da aproximação com o modelo científico, reconhecido em nossa sociedade como sinônimo de verdade, atendo-se ao discurso biológico e excluindo da sua prática, o que é da ordem dos valores, das crenças, ou seja, o que for subjetivo. Constitui-se, assim, a medicina do corpo, dos sintomas e das lesões.

As descobertas de Pasteur e Koch no século XIX vão reafirmar o rigor do raciocínio mecanicista confirmando a relação linear causa-efeito entre o agente bacteriano e a doença. A teoria microbiana se sobrepõe às concepções que pudessem levar em conta a presença de outros fatores no adoecimento. Na nossa sociedade todos os enunciados formulados como científicos, tornam-se inquestionáveis, já que se inscrevem no registro da universalidade.(Birman, 1997).

A associação da medicina higienista com o Estado em fins do século XVIII / início do século XIX vai promover o início do processo de medicalização do espaço social a partir da intervenção sobre as famílias, os hábitos, os costumes, assim como sobre a própria organização das cidades. A transformação dos sujeitos em cidadãos urbanos contou com a ingerência dos higienistas sobre a família e o espaço social. A salubridade foi o ponto de encontro dos interesses econômicos e políticos do Estado e de legitimação da medicina, promovendo o desenvolvimento da medicina higienista através de técnicas e métodos para lidar com as epidemias que assolavam a população. (Almeida, 1998; Costa, 1989).

A “docilização” do corpo promovida por este processo vai tornar esse corpo objeto e alvo de poder onde a doença vai representar a redução do tempo de trabalho, custos econômicos e subtração da força. A higiene pública vai promover, então, mudanças de comportamento através do biopoder que se instaura, promovendo a medicalização do espaço social. (Foucault, 1986)

Este movimento vai priorizar, em um primeiro momento, a saúde da mulher e da criança, preocupando-se com a altíssima taxa de mortalidade infantil. As mulheres não tinham o hábito de amamentar seus filhos, sendo estes entregues às amas de leite até que pudessem retornar à família. Muitos desses bebês morriam no traslado até a casa das amas, e uma grande quantidade delas não retornava. A morte das crianças nesta época não era pranteada pelos adultos na medida em que elas não tinham significado social, morriam e “viravam anjos”, sendo outras crianças colocadas em seu lugar.

A medicina se torna aliada ao Estado em sua preocupação de reduzir essa mortalidade infantil uma vez que a criança passa a representar o capital humano que garantirá o futuro da nação. Dessa forma, a higiene incide sobre as famílias, sobre o corpo da mulher, que se torna responsável não só pela procriação, mas principalmente pela criação de crianças saudáveis.

Tem início, então, um processo de medicalização das doenças infantis e femininas mais comuns no Brasil, com intenso debate na Academia Imperial de Medicina, por volta de 1846 e especialmente sobre a mortalidade infantil no Rio de Janeiro. Diversos manuais sobre gravidez e parto são escritos e/ou traduzidos, uma vez que as gestantes e os recém nascidos passam a ser considerados grupos de alto risco. (Almeida, 1998; Costa, 1989).

A atitude dos higienistas frente à mortalidade infantil influenciou decisivamente a redefinição da imagem da criança no sistema familiar, assim como o lugar da mulher na sociedade e toda a estrutura familiar. A mulher passa

a ser investida do papel de mãe, protetora dos filhos enquanto que a criança tornava-se objeto de investimento do Estado.

A aliança da medicina com o Estado, ao mesmo tempo em que legitimava o seu saber, dando suporte legal para suas ações, intervinha no espaço social no sentido de promover a proteção social, mas com o objetivo maior de solucionar conflitos sociais gerados, principalmente pela pobreza. (Alencastro, 1997; Almeida, 1998; Costa, 1989; Donzelot, 1986)

O corpo da mulher vai sendo, assim, submetido ao processo de medicalização e seu lugar de “mulher-mãe” reforçado. A medicina incide sobre todos os espaços sociais, traduzindo os mais diversos conflitos, em questões médicas.

O desenvolvimento da tecnologia especialmente no século XX reforça ainda mais o lugar de relevo da medicina na sociedade, promovendo a criação do complexo médico-industrial com a conseqüente mercantilização da medicina.

Essa mercantilização vai proporcionar um paradoxo, uma vez que por um lado incrementa a medicalização do espaço social, criando a demanda por serviços e medicamentos cada vez mais especializados, constituindo uma medicina tecnológica cara, que promove o aumento dos custos e, por outro, resultando na dificuldade de acesso tanto à assistência quanto a medicamentos, principalmente em países como o nosso, marcado por grande desigualdade social.

Percebemos então que a medicina tal qual se constitui atualmente, tem origens em uma racionalidade biologizante, que exclui da sua prática e da sua produção de saber o que é da ordem do subjetivo, o que é da ordem da individualidade.

Segundo Camargo Jr. (2003), os médicos vêm a doença como algo destituído de significado, algo concreto, passível de intervenção. Na anamnese, por exemplo, a subjetividade vai ser submetida a um processo de objetivação devendo os sintomas ser objetivados, definidos enquanto localização, intensidade e forma.

“O passo lógico seguinte, o exame físico, praticamente silencia o sofrimento.... ao final desse processo, como diagnóstico emerge, enfim, a doença, que tem como corolário um tratamento”. (Camargo Jr, 2003:96)

A medicina ao se propor científica e, portanto, se atrelar aos critérios de cientificidade, se afasta do sujeito, da compreensão e acolhimento do seu sofrimento, instituindo uma forma de atenção que objetiva o sujeito, reduzindo-o aos sintomas e lesões que ele apresentar. Por outro lado, o processo de medicalização abstrai ainda mais os sujeitos de sua história, de seu contexto social, político, econômico, buscando tornar a saúde uma questão restrita a esfera médica, invadindo os espaços sociais, ditando regras e impondo normas de conduta.

A constituição desta racionalidade médica contemporânea associada ao processo de medicalização vai definir a forma como as relações interpessoais vão se dar no interior das instituições de saúde. O estudo da relação médico-paciente, iniciado por Balint e levado adiante por diversos outros autores nos dá uma visão sobre as dificuldades implícitas às propostas de humanização que têm como objetivo a mudança nessas relações.

5.1.2 A Relação Médico-Paciente

“Apoiando-se nesses regulamentos, os profissionais poderiam afogar qualquer vestígio de solidariedade que teimasse em aparecer durante a convivência obrigatória a que estão condenados terapeutas e enfermos. Até a imposição de sofrimento ao outro é admissível porque estaria se dando, sempre, em benefício da vítima. Trata-se de um poder incomensurável, trata-se de um poder forte o suficiente para retirar a humanidade do objeto a ser tratado. E o curioso é que essa retirada se daria em nome dessa mesma humanidade subtraída”. (Campos, 1997:243)

No início do século XX, em meio a diversas críticas ao modelo médico vigente, surge na Alemanha uma intensa crítica a essa prática que não atentava para os efeitos da doença sobre o paciente. Groddeck, um médico da época, reconhecido como o precursor da psicossomática, fazia uma enfática crítica à forma fragmentada que caracterizava o ensino da medicina. Na década de 1930, o surgimento do movimento psicossomático tanto na Alemanha quanto nos Estados Unidos, vai propor a inserção no saber médico da compreensão dos fatores emocionais envolvidos no adoecer. Vários estudos enfocando a relação mente-corpo são desenvolvidos no campo da psicofisiologia e da psicanálise buscando demonstrar a influência de estados psíquicos sobre manifestações orgânicas.

Perestrello (1987) traz essa discussão para o Brasil, na década de 1960, chamando a atenção para os aspectos psicológicos envolvidos no adoecer e na importância do médico estar capacitado a reconhecer essa psicodinâmica. Ele

reafirma a crítica ao ensino de uma medicina do corpo, fragmentada em sistemas e aparelhos, que exclui de sua prática o reconhecimento do sujeito que sofre. Ao falar em medicina psicossomática, Perestrello afirma que,

“... a medicina psicossomática não constitui uma especialidade e sim uma atitude – uma concepção que dia a dia ganha terreno a ponto de já se ter afirmado não sem certo exagero que, de futuro, toda a medicina será psicossomática”.
(Perestrello, 1987:51)

Segundo Mello Filho (1979), a medicina psicossomática representa uma atitude e também um campo de pesquisa que deve integrar o saber médico a partir da absorção das suas idéias e descobertas. A proposta é de que toda doença deve ser vista como psicossomática uma vez que incide sobre um corpo provido de psique e que estes são inseparáveis anatômica e funcionalmente.

Na década de 1950/60, Balint, na Inglaterra, chama a atenção para as características da relação médico-paciente e suas conseqüências sobre a eficácia do tratamento. Ele afirma que a relação que se estabelece entre o médico e o seu paciente é fundamentalmente uma relação de desigualdade entre quem detém o saber e, portanto, o poder, e aquele que sofre e que demanda esse saber.

Para Campos (1997) a redução do usuário a condição de objeto como conseqüência da relação que este estabelece entre ele e o profissional de saúde resulta dessa situação de desigualdade, onde os profissionais detêm o poder frente à impotência do paciente. Segundo o autor, a liberdade ilimitada leva à subordinação do outro.

A rotina hospitalar, assim como os métodos semiológicos procuram assegurar essa assepsia da relação onde o sujeito é reduzido à condição de objeto de intervenção. Pitta (2003) ressalta a tendência a infantilizar o paciente a

partir de atitudes paternalistas, como uma das estratégias de poder disciplinar sobre o paciente. A autora ressalta que o paciente deve confiar ao médico suas experiências mais íntimas e pessoais em contraposição à postura “*técnica e ética*” do profissional de não expressar qualquer gesto afetivo em relação ao seu paciente.

Diversos autores afirmam que o encontro entre o usuário e o trabalhador se dá de forma desigual onde, de um lado temos o usuário portador de algo que ele referencia como uma necessidade de saúde, e do outro o trabalhador portador do saber e da prática específicos. A relação que se estabelece é, portanto, uma relação de poder onde o saber se transforma em instrumento de poder sobre quem sofre, quem solicita a intervenção. Essa forma de relação impossibilita a criação de vínculos uma vez que o seu estabelecimento requer a percepção do paciente enquanto sujeito, sujeito de direitos, capaz de participar das decisões acerca do seu tratamento, sujeito dotado de subjetividade.

Balint utiliza os conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência para explicar os movimentos afetivos que ocorrem nesta relação, enfatizando que o paciente tende a transportar seus hábitos afetivos para a relação com o médico que, por sua vez, responderá de acordo com suas próprias vivências afetivas. O autor chama a atenção para a importância da comunicação que se estabelece nesta relação, afirmando que para que essa comunicação ocorra, é necessário que,

“.. o código utilizado pelo emissor seja decifrável pelo receptor; que o meio que se interpõe entre os dois não impeça a circulação da informação e que esta não seja muito deformada por ruídos parasitários”. (Jeammet, 1989:362)

A importância desta relação para Balint fica demarcada na sua famosa afirmação de que *“a droga mais freqüente utilizada na clínica geral é o próprio médico”*. Ele vai afirmar que o modo como o médico institui o tratamento, a relação que vai estabelecer com seu paciente é essencial, tornando necessário se estudar essa “droga” em seus efeitos colaterais, dosagem, etc.

Segundo Balint, as doenças se organizam de forma confusa, como sintomas esparsos que o paciente oferece ao médico. De acordo com suas possibilidades, formação, capacitação, ele vai valorizar determinados sintomas deixando outros de lado, construindo assim sua hipótese diagnóstica e traçando a terapêutica. Se o médico não entende os sintomas apresentados, a tendência do paciente é exacerbá-los.

Balint afirma que o desenvolvimento tecnológico introduz na relação médico-paciente uma grande quantidade de material e instrumentos que se interpõem entre o paciente e seu médico, causando a alienação do médico em relação a seu paciente e deste em relação a seu próprio corpo. A relação médico-paciente se constitui em uma relação entre “saber-sofrer”, onde o sofrimento para o paciente é concreto, incapacitante, enquanto que para o médico, preocupado com o conhecimento da doença, o sofrimento é irrelevante. (Jeammet, 1989)

“Para o paciente, a experiência da doença (sofrimento) é um fato concreto, incapacitante de uma forma que transcende sua capacidade de autocuidado, tornando necessária a intervenção do especialista. Para o médico o sofrimento é irrelevante, e o paciente, fonte de distorções. Sua relação se dá com a doença e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Um canal muito ruim, por sinal, já que introduz “ruídos” em níveis insuportáveis”. (Camargo Jr., 1992a :209)

Vale ressaltar, portanto, que estamos propondo uma discussão sobre humanização na rede pública de saúde, mais especificamente em relação à saúde da mulher e, portanto, não podemos deixar de refletir sobre a diferença cultural que separa o profissional de saúde do seu paciente e suas repercussões. Costa (1989), analisando o atendimento psicoterápico proposto na rede pública vai afirmar que além da consciência da doença de que é portador, o paciente também tem consciência da diferença cultural que o separa do seu médico, que para ele é alguém que,

“... usufrui de mais direitos civis que ele; que pertence a uma classe social superior à sua. Que se veste, fala e se porta de um modo que não é o seu; que ele não escolheu para ser seu médico e vice-versa; a quem ele não tem o direito real de pedir, por exemplo, para ser atendido mais vezes se precisar; a quem ele vê como lhe prestando um favor, quando é bem atendido; que ele teme contrariar, pois sabe que não pode dispensar seus serviços, caso não esteja satisfeito...”.
(1989:31)

Boltanski (1989) chama a atenção para a linguagem técnica utilizada pelo médico que vai reforçar o desencontro entre ele e seu paciente, criando uma barreira lingüística que impede que o paciente compreenda o que se passa com seu próprio corpo e que se estabeleça uma relação de cooperação entre ambos.

Para esse autor as explicações que o médico fornece ao paciente vão se dar de acordo com a classe social deste, variando, inclusive, a entonação da voz. Por outro lado, as explicações que o paciente traz sobre seus sintomas resultam de adaptações do discurso oficial, produzido pela equipe de saúde, e sua própria cultura, numa tentativa de dar sentido à experiência vivida. Essas explicações são vistas, freqüentemente pela equipe, como credice ou ignorância, dificultando, ou até impedindo, a comunicação entre eles.

- *“Acho que eles falam de um jeito pra gente não entender mesmo...”*

- *“Fiquei perdendo água um tempão, ninguém me falou que podia sair aos pouquinhos, aí pensei que era xixi e fiquei com vergonha de falar ... agora meu neném tá na UTI...o médico me chamou a atenção... eu não sabia que tinha que ter vindo logo...”*

(Fragmentos de relatos de parturientes internadas em maternidades de referência para gestação e parto de alto risco)

Entendemos que essa forma de se relacionar com o paciente deve ser vista como resultante não só da formação médica - que coloca novamente em questão a racionalidade médica como principal justificativa para explicá-la, mas principalmente do imaginário social dos profissionais de saúde e da cultura institucional.

Campos (1997) ressalta a importância de se conhecer a forma como o profissional representa sua clientela, conhecer os estereótipos que impossibilitam a distinção da singularidade dos casos e a compreensão da dinâmica do processo saúde / doença / intervenção.

Em pesquisa realizada para confecção de dissertação de mestrado, em um ambulatório de pediatria da rede pública de saúde (Almeida, 1998), analisamos o atendimento prestado a crianças vítimas de violência doméstica em ambulatório, demonstrando como os estereótipos interferem na identificação e no encaminhamento dos casos atendidos pelos pediatras. Evidenciamos como os preconceitos sociais de classe, raça, sexo e até mesmo regionais se constituíam em fatores determinantes para o tipo de encaminhamento dado ao caso.

Certamente que outros fatores também foram identificados como, por exemplo, o sofrimento do profissional e a falta de capacitação para lidar com esta situação.

Os conceitos e propostas da psicossomática e da psicologia médica apontam para aspectos identificados como insatisfatórios na prática médica, aspectos estes vinculados, basicamente, à relação médico-paciente. A forma como a medicina se estrutura, a formação médica fragmentada e fragmentadora do corpo humano, a visão do paciente a partir da sua doença, a objetivação do atendimento, a desconsideração do seu sofrimento, entre tantos outros fatores, podem se traduzir em uma queixa maior que diz respeito ao paciente não ser visto enquanto sujeito, sujeito que sofre, que tem uma história, que deve ter reconhecida sua subjetividade.

O desenvolvimento tecnológico, como apontava Balint, além de promover um enorme distanciamento do sujeito que passa a ser visto a partir de imagens que identificam sua doença, promove também toda uma reorganização do saber e da prática médica. O médico clínico generalista, perde status frente ao especialista que realiza procedimentos altamente complexos, gerando uma hierarquia entre as especialidades, assim como no imaginário social. Assim, da mesma forma como *“remédio bom é aquele que amarga”*, *“médico bom é aquele que pede exames complicados e receita remédios de última geração”*.

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o usuário pressupõe, portanto, modelos de comunicação que vão se estabelecer de forma hegemônica nas instituições. Ayres (2004) sugere que se problematize a comunicação em termos de transmissão versus compartilhamento para que se possa perceber as vicissitudes das interações subjetivas que se estabelecem nos serviços de saúde. Ele faz uma crítica a concepção abstrata de comunicação em que se busca aprimorar os meios de circulação das informações como forma de se melhorar a interação, deixando de compreender esse processo como produtor de subjetividades. O autor critica essa noção de comunicação enquanto

vinculada à troca de informações entre sujeitos isolados afirmando que o ato de se comunicar pressupõe a produção de identidades subjetivas.

Portanto, pensar em uma atuação que produza um novo fazer em saúde requer reconhecer os entraves do processo comunicacional e atuar sobre ele na perspectiva de um processo interacional. Dessa forma, as questões apontadas acima podem ser vistas como alguns dos fatores que dificultam a comunicação, que promovem, segundo Habermas (1987), “*impossibilidades comunicacionais*”.

“Se o ser humano é potencialmente capaz de compreender outro ser humano, porque ambos são dotados de linguagem, o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status podem constituir fortes impeditivos para o diálogo” (Deslandes, 2004:11)

Betts (2003)⁴⁷ afirma que “*humanizar é garantir à palavra sua dignidade ética*”, o que significa apontar para a importância do reconhecimento do outro.

Segundo o autor, o compromisso com quem sofre pode ser motivado por uma compaixão piedosa, pelo utilitarismo, por um espírito científico de investigação ou, ainda, pela solidariedade, sendo que cada uma dessas motivações traz conseqüências em relação à humanização. Segundo o autor, a compaixão piedosa traduz uma relação de poder entre o benfeitor e o assistido, criando o sentimento de dívida e laços de gratidão. No ato de compaixão, aliviemos nossa própria angústia e nos engrandecemos moralmente. Segundo Caponi,

⁴⁷ Betts, J. Considerações sobre o que é humanizar, 2003. Disponível em >www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>

“... o problema da compaixão quando se amplia e passa a fundamentar políticas de assistência, é que ela permanece alheia ao diálogo e exclui a argumentação, pretendendo superar uma necessidade, que muitas vezes é urgente, pela força do imediatismo”. (apud Betts, 2003⁴⁸)

Em relação ao utilitarismo, busca-se o bem de todos a partir da generalização do bem individual. É uma ação paternalista na medida em que se propõe ações que se considera de interesse comum, sem que os interessados participem das escolhas.

A política que se fundamenta no bem-estar geral *“prescinde de argumentos, exclui a palavra e emudece qualquer diálogo”*. (Betts, 2003⁴⁹). A busca da objetividade, da neutralidade, também traz importantes conseqüências para o atendimento. O autor não discute a importância do avanço tecnológico já que ele representa a possibilidade de aliviar o sofrimento e até salvar vidas, mas a sua utilização sem que se leve em conta o sujeito ali presente. Para ele, a motivação que abre a perspectiva de humanização é a solidariedade na medida em que ela traz o reconhecimento do outro enquanto sujeito.

“Como uma relação autêntica com o outro implica um mínimo de alteridade e aceitação da pluralidade humana como algo irreduzível, o laço social humanizante somente se constrói pela mediação da palavra”. (Betts, 2003⁵⁰).

Entendemos aqui a solidariedade não como a capacidade de sermos “bons, generosos, afáveis” *conforme o dicionário define o ato de “humanizar”*, mas, como

⁴⁸ idem

⁴⁹ idem.

⁵⁰ idem.

define Rorty (1997), como a capacidade de reconhecer o outro como parte de um “nós”.

Como vimos, a medicina vista enquanto ciência dita normas e costumes que interferem decisivamente na vida dos sujeitos. O processo de medicalização da sociedade que acaba por colocar a saúde sob a responsabilidade do sujeito, excluindo da reflexão os aspectos econômicos, sociais e políticos, tem levantado importantes debates. Humanizar então seria desmedicalizar a sociedade? Seria a medicina e todo avanço científico necessariamente promotor da desumanização da assistência à saúde?

5.2 Humanização e Redução da Mortalidade Materna

A maioria das ações direcionadas à saúde da mulher apresenta como justificativa principal para sua formulação a necessidade de redução dos altos índices de mortalidade materna no nosso país. Assim compreende-se porque se mantém a ênfase nas ações direcionadas para o ciclo reprodutivo privilegiando o ciclo gravídico-puerperal através da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, a redução da transmissão vertical de DST/AIDS, o controle do número de cesáreas, planejamento familiar e instituição de centros de parto normal.

A preocupação com a mortalidade materna e infantil tem ocupado lugar relevante na agenda das autoridades sanitárias, quer nacionais, quer internacionais. A Organização Mundial da Saúde - OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, estimam que, em todo o mundo, cerca de meio milhão de mulheres na faixa etária entre 15 e 49 anos morrem anualmente por causa das mortes maternas⁵¹, sendo que 99% dessas mortes ocorrem nos países

⁵¹ A OMS define morte materna como morte de uma mulher durante a gestação ou parto, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da

em desenvolvimento. Desse total de mortes, 13% são causadas por aborto, principalmente nos países da América Latina e do Caribe, regiões que detêm o recorde de incidência de abortos de risco.

Estimativas para o ano 2001 apontavam 63,8 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos⁵², números que se assemelham aos registrados nos países mais pobres da América Latina (Almeida, 2002). Segundo dados do IBGE, o aborto representa em nosso país a quinta maior causa de internações na rede pública de saúde e a terceira causa de morte materna.

A taxa de mortalidade materna apresenta uma estreita relação com o desenvolvimento social, econômico e cultural da população, tendendo à progressiva redução na medida em que a região se desenvolve, dando lugar às demais causas de resolução mais complexa.

gravidez, devido a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais. Em função da impossibilidade de se precisar o número de gestações, a mortalidade materna é medida em relação ao número de nascidos vivos. A medida oficial de mortalidade materna segundo a OMS se dá pela razão entre o número de óbitos de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério e o número de nascidos vivos em determinada área e tempo – 1 ano, devendo ser expresso por 100.000 nascidos vivos. A morte materna pode resultar de causas classificadas como diretas, que resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, ou causas indiretas, resultantes de doenças anteriores à gravidez, ou que se desenvolveram durante a gravidez, agravadas pelos seus efeitos fisiológicos.

As causas mais frequentes são aquelas classificadas como diretas, ou seja, são causas passíveis de prevenção com uma boa assistência pré-natal, no parto e puerpério. Entre essas causas diretas, as principais são a hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal (pós-parto) e o aborto.

⁵² A OMS classifica como baixa a taxa de mortalidade por causas maternas inferior a 20 mortes por 100 mil nascidos vivos (NV); média entre 20 a 49 mortes por 100 mil NV; alta entre 50 e 149 (Caso do Brasil); e muito alta acima de 150 mortes por 100 mil NV.

As regiões que apresentam menor grau de desenvolvimento econômico apresentam as mais altas taxas de mortalidade por causa materna. A região norte apresenta o maior coeficiente de morte por causa materna seguida das regiões centro-oeste e nordeste. Por último temos a região sul e finalmente a sudeste. Esses dados confirmam a mortalidade materna como um indicador da desigualdade social do país e da iniquidade da assistência. Vale ressaltar que, enquanto nos países desenvolvidos a mortalidade materna se encontra entre as últimas causas de óbito, no Brasil está entre as dez primeiras.

Diversos estudos apontam o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade da assistência durante todo o ciclo gravídico-puerperal como principais medidas a serem tomadas para combater a elevada taxa de mortalidade materna e a abusiva indicação de cesarianas.

A mortalidade materna se constitui em um indicador de iniquidade, de dificuldade de acesso e ineficácia do serviço de saúde uma vez que uma assistência adequada pode evitar a maioria dos óbitos. Keirse (apud Tanaka,1999) relata no trabalho sobre os Inquéritos Confidenciais Britânicos sobre Mortes Maternas que entre 1988 e 1990, 50% das mortes maternas estavam relacionadas ao baixo padrão de cuidados de saúde.

Tanaka (2000) relaciona a elevada taxa de mortalidade materna com a qualidade da assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal. Cita como exemplo as síndromes hipertensivas que, apesar de serem passíveis de identificação e controle no pré-natal, correspondem a aproximadamente 25% das mortes maternas no Brasil.

O tipo de parto também constitui um dos fatores que contribuem para a mortalidade materna. O parto por cesariana, para Tanaka, expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte. Segundo a autora, não dispomos de dados

nacionais sobre mortalidade materna por via de parto, porém, em pesquisa realizada por ela e Mitsuiki (1999) em 15 municípios, foi verificada uma taxa de mortalidade materna por cesarianas 3,7 vezes maior do que no parto normal.

“Embora considerando que no Brasil algumas cesarianas são feitas em mulheres em estado grave de saúde, o que dificulta que se relacione o óbito ao procedimento cirúrgico, o risco de morte por este procedimento é, mesmo assim, maior do que no parto normal”. (Tanaka, 2000:17)

A associação entre taxa de mortalidade materna e elevado índice de cesarianas no país⁵³ tem sido um importante argumento em favor da humanização do parto, promovendo a valorização do parto normal. No Brasil o Ministério da Saúde tem buscado regular a realização de cesáreas a partir de Portarias onde estabelece, por exemplo, limites para pagamento de cesarianas em relação ao número total de partos por cada unidade hospitalar⁵⁴.

Essa regulamentação, enquanto uma política vertical de controle por parte do Ministério da Saúde acaba por trazer problemas importantes como, por exemplo, a subnotificação do número de cesáreas, uma vez que o excedente acaba sendo registrado como parto normal ou, o que é ainda mais grave, a possibilidade de recusa em atender gestantes de alto risco, ou a demora em se optar por uma cesariana podendo acarretar danos para o bebê e a mãe.

Por outro lado, a qualidade do atendimento pré-natal, assim como o reduzido número de consultas que, na maioria dos casos, quando realizadas, não alcançam sequer o número mínimo recomendado, promove, muitas vezes, a não

⁵³ O Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas com taxas em torno de 30% desde a década de 80. Em 1997 a taxa de cesarianas foi de 39,7% do total de partos realizados, sendo que esse índice não inclui os hospitais particulares e de convênios. A Organização Mundial da Saúde recomenda como parâmetro máximo a taxa de 15%. (Faúndes & Cecatti, 1991)

⁵⁴ Portarias: MS/GM 2.816 de 1998; MS/GM 865 de 1999; MS/GM 466 de 2000; MS/GM 426 de 2001, que estabelecem limites para pagamento de cesarianas em relação ao número total de partos de cada unidade.

identificação de fatores que acabam por favorecer uma situação de risco no parto, tanto para a mulher quanto para o bebê, redundando em indicação de parto cesáreo.

A Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairóbi em 1987 teve como tema principal de discussão a questão da magnitude do problema da mortalidade por causa materna especialmente nos países em desenvolvimento.

Três anos depois, a Organização Panamericana de Saúde - OPAS, durante a 23^a. Conferência Sanitária Panamericana firmou um compromisso com os países das Américas de redução da mortalidade materna em 50% até o final da década de 1990.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, assim como a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, em 1995, foram eventos que chamaram a atenção da comunidade internacional para a importância da redução da mortalidade materna que passa, então, a ser considerada como uma questão de direitos humanos.

Na Conferência Sanitária Panamericana foi recomendada a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna em todos os países signatários do acordo, recomendando-se também a criação dos Comitês de Prevenção da Morte Materna para efetivar essa vigilância.

No Brasil, 27 Comitês Estaduais já estavam estabelecidos em 2001 com a função de identificar e estudar os óbitos maternos, definindo medidas de intervenção quando necessário. Entre seus objetivos está a avaliação da assistência prestada à gestante. Esses Comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil com atuação em saúde materna e perinatal devendo ser interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais.

O Brasil, também signatário desta Resolução assume, em 1994, o combate a mortalidade materna como uma política pública de saúde. A magnitude deste problema tem motivado diversas ações do Ministério da Saúde buscando uma melhoria na atenção à saúde da mulher no período da gestação/parto/puerpério. Portarias, normas, programas tem sido estabelecidos no sentido de garantir um novo modelo de assistência que responda a esse grave problema de saúde pública. As pesquisas mais recentes têm demonstrado, porém, ausência de mudanças significativas nas estatísticas, mostrando em alguns casos até um aumento, o que pode representar um aprimoramento no processo de notificação.

O fato do maior número de partos se realizar em instituições particulares e conveniadas⁵⁵ torna mais complexo definir como uma política pública de saúde pode interferir no modo e na melhoria do funcionamento destas instituições. (Tanaka, 1999). A incorporação das mudanças propostas tem esbarrado em resistências determinadas não só por questões técnicas, mas também, por fatores culturais – tanto dos profissionais quanto dos usuários, assim como questões econômicas, políticas e do próprio sistema de saúde, entre outros fatores. (Almeida, 2002)

A percepção da mortalidade materna, especialmente por parte das usuárias, enquanto um problema de saúde pública, que requer não só uma atuação efetiva do Estado como também da sociedade, é muitas vezes dificultada por questões culturais como, por exemplo, a associação deste evento a uma fatalidade e, mais complicado ainda, a um acidente “divino” na medida em que a morte se dá em função de uma ação nobre da mulher que é dar à luz. Para Tanaka (2000) esses valores precisam ser considerados quando da elaboração de campanhas para redução da mortalidade materna.

⁵⁵ As instituições privadas e conveniadas representam 64,8% das instituições que atendem as gestantes. (Leal & Viacava, 2002)

A mortalidade materna representa o evento mais subnotificado, ou seja, é a morte cuja causa é mais freqüentemente omitida. Além da subnotificação ocorre também o sub-registro do óbito o que também traz importantes conseqüências para o estabelecimento do perfil epidemiológico do país e conseqüentemente para o planejamento de ações de saúde pública.

Nas cidades onde existem os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna os números são mais próximos da realidade, porém há estados em que cerca de 10% dos enterros são realizados sem sequer se ter emitida uma certidão de óbito. Para cada morte materna declarada estima-se que exista uma que não foi, o que nos leva a pensar a taxa declarada como correspondendo a metade da taxa real.

Em 2003 o Ministério da Saúde implantou duas portarias direcionadas ao problema, uma que torna compulsória a notificação de óbitos de mulheres em idade fértil com o objetivo de mapear as mortes maternas e outra que cria a Comissão Nacional de Mortalidade Materna com o objetivo de estabelecer a correlação entre os comitês estaduais, regionais e municipais para garantia do direito das mulheres à saúde.

Recente estudo realizado por pesquisadores da Fiocruz (Leal&Viacava, 2002) nos fornece um panorama da realidade sobre a qual as ações de humanização pretendem incidir. Neste estudo fica demonstrada a desigualdade social, a iniquidade e a dificuldade de acesso a que nos referimos, demonstrando, inclusive, as diferenças regionais em termos da assistência oferecida, o que vem corroborar com a associação feita por diversos autores entre esses fatores e a mortalidade materna.

Os dados levantados pela referida pesquisa revelam uma situação dramática da atenção a gestante no momento do parto e ao recém-nascido,

especialmente aqueles em situação de risco. Como vimos, muitos partos de risco e muitos bebês de risco são passíveis de detecção ainda na gestação evitando desfechos desfavoráveis além de considerável aumento nos custos da assistência.

“Um dos aspectos centrais da “inoportunidade” da atenção que acaba levando ao óbito está relacionado com a peregrinação hospitalar, isto é, ao fato das gestantes em trabalho de parto freqüentemente terem de recorrer a mais de uma instituição antes de serem internadas, contribuindo para que a assistência lhes seja prestada tardiamente” (Hotimsky et all, 2002:1306/1307)

Segundo a pesquisa citada, as maternidades representam apenas 5% do total de estabelecimentos que oferecem internação no país. O maior número de estabelecimentos que atendem ao parto se encontra na região nordeste (32,3%), seguida da região sudeste (28,4%), sul (17,3%), centro-oeste (12,4%) e região norte com o menor índice (9,6%).

Em relação à oferta de berços por região, a região sudeste, especialmente São Paulo e Rio de Janeiro, apresentam uma oferta em torno de 20% do total de leitos, enquanto que na região norte, excetuando o Pará, a oferta de berços é inferior a 1%. A taxa de fecundidade é considerada um indicador importante no estabelecimento da carência ou excesso de oferta de berços. As regiões norte e nordeste onde as taxas de fecundidade são as mais elevadas do país, apresentam a menor oferta de berços por população feminina, em torno de menos de 1%. (Leal & Viacava, 2002)

As instituições financiadas exclusivamente pelo SUS correspondem a 35,4% do total; as instituições particulares que atendem exclusivamente em

caráter privado, geralmente com plano de saúde, 15,5%; e as de financiamento misto, 49,0%. Nas regiões norte e nordeste, mais da metade das instituições tem financiamento exclusivo do SUS. As instituições privadas e conveniadas representam 64,8% das instituições que atendem as gestantes. No norte esse percentual é de 47,2%, no nordeste de 45,1% e no sul e sudeste de 80%. As instituições que atendem exclusivamente pelo SUS são predominantes no interior da região norte e nordeste. (Leal & Viacava, 2002) .

A pesquisa aponta que 24,3% dos hospitais brasileiros não possuem incubadoras, sendo que 35,2% na região norte e 42,4% da região nordeste não dispõem deste equipamento. A região sudeste apresenta 7,2% e a região sul 13,9% dos hospitais sem incubadoras. Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo têm a mais elevada cobertura de incubadoras e o DF não tem nenhuma unidade de atendimento ao parto sem incubadora. Em relação ao berço aquecido, verifica-se uma maior carência nos estabelecimentos, seguindo uma proporção semelhante a das incubadoras de acordo com as regiões. O mesmo se dá em relação ao reanimador pulmonar que está ausente em 69,9% dos estabelecimentos, assim como o respirador/ventilador, importante instrumento para recém-nascidos com risco de vida, que se encontra ausente em 73,6% das unidades.

As regiões norte e nordeste que tem mais de 70% das suas crianças nascendo no interior contam, respectivamente, com 0,4 e 0,1% de hospitais destas áreas com UTIn com mais de 10 leitos. (Leal & Viacava, 2002)

Em todos os itens pesquisados, a carência de recursos físicos e humanos, assim como as desigualdades regionais se repetem, sendo mantidos os melhores padrões nas regiões sul e sudeste com os melhores escores para o Distrito Federal, e os piores índices para as regiões norte e nordeste, apresentando

também grande discrepância entre as capitais, os municípios da região metropolitana e os do interior.

“ ... diante das elevadas taxas de prematuridade do Brasil, a desigualdade na oferta de serviços com este nível de complexidade pode ser vista como um instrumento de manutenção das desigualdades em saúde, que implica em perda de recém-nascidos viáveis nas áreas menos assistidas, aumentando, desta forma, as taxas de mortalidade infantil”.
(Leal & Viacava,2002:19)

Ainda segundo a pesquisa quase um terço dos partos do país ocorre em instituições que não têm obstetras nem anestesistas e mais de dois terços não contam com a presença de pediatras. O percentual de instituições sem obstetra e anestesistas é mais elevado no norte e sem pediatras no nordeste e no sul. O Distrito Federal não tem nenhuma instituição atendendo ao parto sem médico obstetra e anestesista, porém 57,1% não dispõem de pediatras.

Desde 1999 o Ministério da Saúde vem incentivando a capacitação da enfermagem obstétrica para atendimento ao parto normal e o pagamento de procedimento aos pediatras para participação em sala de parto.

A assistência prestada à mulher no momento do parto, além da dificuldade de acesso apontada acima, é também um fator gerador de muita angústia para as mulheres, denotando carência de leitos na rede pública, assim como capacitação inadequada dos profissionais para lidar com este momento tão delicado na vida da mulher.

“.. na hora de fazer aposto que não gritou ...”

“.. pare de dar vexame..”

“.. se continuar gritando vou te deixar aí até de noite..”

“.. parto pra ser bom tem que doer..”

(Fragmentos de relatos de parturientes internadas em maternidades de referência para gestação e parto de alto risco)

As frases citadas acima são freqüentemente ouvidas pelas parturientes na sala de pré-parto, onde as mulheres ainda permanecem sem o direito ao acompanhante, muitas vezes até mesmo meninas menores de idade, retidas no leito em decúbito dorsal, posição já reconhecida como inadequada, submetidas a toques dolorosos sem nenhuma explicação, sem suporte afetivo, sem compreender sequer o que se passa com seu corpo.

“A relação entre profissionais de saúde e pacientes é muitas vezes marcada pela desconfiança, desrespeito e conflito, particularmente em se tratando de pacientes de camadas sócio-econômicas desfavorecidas” (Hotimsky et al, 2002:1307)

O que representa o discurso da humanização frente a essa assistência em que a carência de equipamentos essenciais e de recursos humanos capacitados está presente? Onde o acesso à atenção médica no momento do parto é ainda um fator de angústia para as mulheres. Humanizar seria administrar essa carência?

5.3 Humanização e Otimização de Recursos

“.. métodos de planejamento surgem tão rapidamente quanto sucessivamente fracassam. Então alguém acrescenta um adjetivo – estratégico, ou um slogan – qualidade total, e a vida cotidiana nos serviços prossegue alheia às novidades teóricas” (Campos, 1994:42)

Essa categoria de análise foi estabelecida a partir da constatação de que muitos dos programas aqui apresentados trazem como proposta central a otimização dos recursos – financeiros, físicos e/ou humanos. Em termos de recursos financeiros estão incluídas propostas de controle dos recursos públicos e sua maximização, a eliminação de perdas desnecessárias, a troca de conhecimento e tecnologia entre os hospitais no sentido de reduzir custos administrativos e de produção, a redução do número de recém-natos nas UTIs e a redução do tempo de permanência hospitalar. Em relação aos recursos humanos, incluem-se propostas de educação permanente e de capacitação de multiplicadores, e quanto aos recursos físicos, de modernização dos hospitais, reforma das instalações, aquisição de novos equipamentos e aumento da capacidade instalada.

O discurso dessas ações parece seguir uma lógica empresarial onde a opinião do usuário “cliente” deve ser ouvida, porém ouvida através de instrumentos padronizados aplicados por uma equipe técnica qualificada.

A lógica empresarial a que nos referimos tem por objetivo a satisfação do cliente na medida em que existe uma concorrência que pode oferecer produtos que atendam melhor aos seus interesses. Porém o processo de atenção à saúde não é suscetível a essa lógica por diversas razões. Primeiramente estamos falando de relações interpessoais, de modelos técnico-assistenciais específicos para o atendimento à população onde a padronização de comportamentos não é viável. Como padronizar, por exemplo, a relação médico-paciente?

Podemos apontar também não só a freqüente impossibilidade de escolha por parte do usuário que ocorre à instituição por ser a mais perto de sua residência, ou por ser a que oferece vaga, como também a acomodação do profissional de saúde que, de uma forma geral, não está trabalhando no registro da competitividade, mas adaptado a estrutura onde está inserido reproduzindo, muitas vezes, sua cultura institucional.

“Nos hospitais públicos não é comum existir preocupação constante com a satisfação dos clientes, pois para alguns dirigentes é mais importante ter um bom padrinho no governo à clientela satisfeita. Por outro lado, para o cliente, já foi tão difícil conseguir atendimento no caótico sistema público de assistência que, dificilmente, optará por questionar o atendimento ou procurará outra instituição onde sua expectativa seja atendida pois, certamente, haverá novo processo de espera por atendimento”. (Rebelo, 1995:71)

O Ministério da Saúde, ao propor estas ações voltadas à estrutura física, a ampliação da capacidade instalada, à compra de equipamentos, e a modernização das suas unidades como resposta à demanda por melhoria da qualidade da assistência no SUS, parece imbuído de uma lógica de mercado lançando mão de recursos, muitos dos quais obedecendo uma lógica semelhante a qualidade total para obtenção dos resultados desejados. A freqüente utilização de instrumentos de avaliação da opinião do usuário, o estímulo à produtividade, a premiação com certificados como “Hospital Amigo da Criança”, “Premio Galba Araújo”, “Hospital Humanizado”, “Certificado de Acreditação”, entre outros, são alguns exemplos dessa lógica de qualidade que parece adotada pelo SUS.

Podemos perceber esse movimento também nas ações que buscam otimizar os recursos no sentido de *“ter disponibilidade para aplicação em processos de humanização”* como proposto no Programa de Centros

Colaboradores, os que estabelecem a triagem classificatória para agilizar a porta de entrada das emergências e “evitar as filas fora das unidades”, entre outras.

Segundo Rebelo (1999), a aplicação desses conceitos na saúde deve ser cuidadosa e criteriosa na medida em que se constitui em uma realidade bastante diferente de uma empresa. Por exemplo, em relação aos custos, os profissionais de saúde na sua maioria estão voltados para a atividade assistencial, ao contato com o paciente, não se preocupando com o custo deste atendimento ou se está havendo desperdício de material, sendo rara a preocupação com os aspectos administrativos e financeiros das instituições em que desempenham suas funções.

Por outro lado, o profissional de saúde detém uma grande parcela de autonomia nas suas ações, não estando o exercício de sua profissão atrelado a normas institucionais, ou seja, a aplicação do seu conhecimento e o exercício da prática na atenção ao paciente costumam ser atividades autônomas que vão se dar mais de acordo com o conhecimento do profissional, assim como com a sua maneira de ser e de ver o outro, especialmente o paciente, do que em função de normas gerais.

Segundo a lógica da qualidade total, para que haja um bom funcionamento da instituição, é necessário que seus setores funcionem o mais integradamente possível e que os procedimentos sejam padronizados, sendo necessário o estabelecimento de normas e registros. O objetivo dessas normas é estimular a confiança do usuário no produto consumido, embora sua aplicação não signifique necessariamente que a qualidade será alcançada (Rebelo, 1995).

Entretanto, o Ministério da Saúde tem apresentado uma grande quantidade de ações que visam a padronização da assistência sem atentar para o fato de que a sua implantação não é sinônimo de mudança na assistência. Na verdade, para que haja mudança no modelo de atenção do SUS, faz-se necessário o estabelecimento de uma nova forma de compreender o processo saúde-doença,

assim como no paradigma sanitário, que deve se direcionar para a produção social da saúde, e na prática sanitária que deve redirecionar a atenção médica para a vigilância em saúde. Segundo Mendes,

“.. esse é um longo processo na medida em que incide nos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico”. (1999:234)

Não se pretende questionar aqui a importância das ações voltadas para a otimização dos recursos que vêm, muitas vezes, ao encontro de necessidades reais, constituindo-se em uma possibilidade de lidar com carências e/ou deficiências conhecidas de todos os que participam do sistema público de saúde, quer como usuários, quer como profissionais. O que se pretende é apontar para o fato de que,

“... os serviços de saúde são um tipo de bem ao qual não se aplicam, de modo irrestrito, as leis do mercado. Não se deve esperar que – ao contrário do que ocorre com a maioria dos bens de consumo – o livre jogo entre oferta e procura seja capaz de alocar adequadamente os serviços à população, de modo a atender às aspirações e às necessidades das pessoas”. (Rebello, 1999:130)

As ações apontam também para a importância dos recursos humanos, afirmando a necessidade de uma política de educação continuada que proporcione uma constante capacitação dos profissionais. Entretanto, o próprio Ministério da Saúde denuncia um processo de precariedade das relações de trabalho dos profissionais da rede pública de saúde, processo esse iniciado por suas próprias ações.

O governo Federal estabeleceu na década de 1990 uma política de flexibilização e de precarização das relações de trabalho na saúde afirmando o

modelo estatutário apenas para as funções inerentes ao Estado, funções classificadas como pertencentes a um núcleo estratégico do Estado, não considerando a saúde como pertencente a esse núcleo, mas fazendo parte de funções não exclusivas do Estado.

A partir de então, tem início o processo de flexibilização dos vínculos de trabalho que acabou por ser adotado também pelos estados e municípios, resultando na realidade que hoje constatamos de 40% da mão de obra do setor público de saúde ser constituída por trabalhadores nesta situação.

A precariedade diz respeito a profissionais com vínculo temporário, contratados, terceirizados, que não usufruem os direitos trabalhistas e de proteção social como férias, 13º salário, licença, aposentadoria, direitos esses que trazem segurança ao trabalhador. Essa precariedade do trabalho está ligada à tentativa de flexibilização das leis trabalhistas em resposta à pressão econômica gerada pelo processo de globalização.

O mercado de trabalho brasileiro atual é marcado pelos baixos rendimentos, pelo desemprego crescente e pela informalidade dos vínculos trabalhistas. Essa informalidade está ligada a desigualdade social, a ausência de um marco regulatório global e institucional, como leis trabalhistas, proteção social, etc, e a capacidade de acomodação da atividade informal ao sistema de emprego. A flexibilização da proteção trabalhista em um contexto de desemprego como o que temos vivido vai gerar a precarização das relações de trabalho.

“.. no caso do SUS a precariedade dos vínculos de trabalho no setor público tem algumas particularidades que decorrem da desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorrida na última década e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal” (MS, 2003:5)

Essa relação de trabalho vai estabelecer vínculos que trazem importantes conseqüências para o trabalhador assim como para o processo de trabalho. O trabalhador sente-se inseguro em relação a sua permanência no trabalho podendo, muitas vezes, se calar frente a situações que mereceriam minimamente a expressão da sua indignação em função da necessidade de preservar este vínculo precário. Por outro lado, a forma como ele se vincula ao trabalho, o grau de comprometimento que desenvolve com a instituição, a equipe e os usuários, vai estar fortemente condicionada por esta variável. Além disso, a remuneração diferenciada entre esses profissionais e os estatutários, costuma implicar também em dificuldades nas relações de trabalho.

5.4 Humanização e Organização dos Processos de Trabalho

“... a vida cotidiana e da instituição é bem mais complexa. Os sujeitos não se movem apenas por vontade de poder: eles têm também desejos, medos, acúmulos de experiências que querem demonstrar e testar, saberes que os predeterminam, mas que também os legitimam ... enfim, a percepção desta complexidade do mundo real, a dificuldade de fazê-la encaixar-se nos quadradinhos de um plano, tem obrigado a procura de outros referenciais teóricos”. (Onocko, R. & Amaral, M., 1997:355)

Os fatores priorizados pelas ações citadas que identificamos a esse núcleo de sentidos dizem respeito à reorganização dos serviços para torná-los mais eficazes e humanos; democratização das relações de trabalho; valorização dos profissionais; conhecimento das condições e relações de trabalho dos profissionais para poder melhorá-las; e informatização da área assistencial.

O conceito marxista de processo de trabalho ressalta sua dimensão social e histórica afirmando que seus instrumentos resultam de determinadas relações de classe e do desenvolvimento tecnológico alcançado. Max vê o trabalho não apenas na dimensão operativa enquanto atividade, mas como uma *“práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção”*. (Merhy, 1997:81)

“Em cada situação concreta, o processo histórico determina um modo de trabalhar e, conseqüentemente um padrão determinado de desgaste e de morbi-mortalidade”. (Silva, 2002:3)

O hospital se constitui em um campo extremamente complexo que sofre diversos atravessamentos políticos, econômicos e sociais. A organização do trabalho no hospital apresenta traços da organização Taylorista, sendo marcada por uma rígida hierarquia, composta por vários e imbricados níveis. As chefias se organizam por categorias profissionais e cada categoria busca a preservação e ampliação do seu poder. Os médicos buscam se manter no topo dessa escala e as outras especialidades buscam reduzir essa subordinação e ganhar mais espaço. A enfermagem se subdivide em níveis superior, médio e elementar, ficando o trabalho menos qualificado, a maior exposição aos pacientes, reservado ao último degrau dessa escala.

“O hospital se constitui em um universo peculiar de códigos, condutas e valores. No entanto tudo é regido por regras que

não são necessariamente explícitas. Costumam em geral ser mais subentendidas, deixando, muitas vezes, margem a diferentes percepções e julgamentos”. (Mitre, 2004:19)

Segundo Foucault (1986) essa estratégia de hierarquização mantém a disciplina que dociliza os corpos através de olhares hierarquizados, controlando os espaços. Essa hierarquia se faz presente em toda a organização do hospital, quer nos serviços, delimitando o poder de atuação e o grau de subordinação de cada profissional, quer nos espaços físicos, onde as áreas de trabalho e descanso são delimitadas – quarto dos médicos, estar da enfermagem, etc., assim como o registro de informações – espaços pré-determinados para anotação de cada especialidade no prontuário dos pacientes, quadros de avisos por categorias, etc. O corporativismo também reafirma essa organização hierárquica definindo padrões de comportamento e de linguagem a serem utilizados.

“A organização da assistência ao doente no espaço de cada serviço é dificultada por essa estrutura excessivamente vertical e de múltiplas linhas de poder. Este quadro é agravado pelo avanço das tecnologias em saúde, com o correlato aumento dos especialistas presentes no hospital. (Silva, 2002:86)

Campos (1997) faz uma distinção entre núcleo e campo de saber onde o primeiro diz respeito ao conjunto de saberes e responsabilidades características de cada especialidade, enquanto que campo de saber se refere às competências e responsabilidades comuns a várias especialidades. Assim, o trabalho em equipe, a partir da troca de saberes que propõe, teria como resultado, por um lado a preservação do exercício de núcleos específicos e por outro, o alargamento do campo de saber, aprimorando a qualidade da assistência.

“Dessa forma toda a equipe se insere na resolução do problema, valorizando-se saberes já existentes na equipe, criando-se novas práticas, potencializando a capacidade de resposta a intervenção” (Malta & Merhy, 2002:82)

Porém, o que se verifica é uma justaposição de saberes baseados nos indicadores de saúde / doença, categoria central na construção do saber médico que detém a hegemonia. As diversas categorias desenvolveriam um trabalho em constante competição em contraposição à idéia da interdisciplinaridade. (Silva, 2002; Almeida, 1998).

A forma de desenvolver o trabalho está determinada, por um lado, pela rotina da instituição, mas por outro, é também fortemente marcada por características do próprio trabalhador. Segundo Campos (1997), o autogoverno do trabalhador é amplo em diversas situações. O trabalho em saúde é uma atividade sujeita a constantes imprevistos o que torna necessária a autonomia do profissional.

Por outro lado, a burocratização dos serviços, o descompromisso com a cura e a promoção da saúde, a subordinação dos interesses dos usuários a outros interesses, às vezes apenas financeiros, as disputas de poder, são alguns dos fatores que tem deteriorado a atenção na rede pública, aumentando os custos e apontando para a necessidade de um certo controle institucional.

Campos questiona, então, como articular essa autonomia característica do trabalho do profissional de saúde com um certo controle institucional. Segundo ele, algumas correntes afirmam que a completa autonomia dos hospitais com o estímulo da concorrência associado à ética profissional regularia os interesses dos usuários / profissionais / empresas, apontando a produtividade como mecanismo de controle. Entretanto, essa forma de gerenciamento da saúde tem mostrado que, por um lado não é estabelecido um compromisso com o usuário e, por outro,

promove o aumento da produção de atos lucrativos nem sempre necessários, e a redução de atos necessários, mas não lucrativos. O autor aponta também para a possibilidade que os profissionais tem de burlar as normas e autogerir seu trabalho.

Merhy (1997) lança mão da metáfora de uma “caixa de ferramentas” que seria utilizada pelo trabalhador para realizar o “trabalho vivo”, caixa esta que conteria o “trabalho morto”. Ele vai definir trabalho morto como os produtos utilizados como ferramentas, ou como matéria prima, para o desenvolvimento de um trabalho, mas que resultam de um trabalho humano executado anteriormente. Significaria a cristalização do trabalho vivo anteriormente processado.

O trabalho morto consiste em um conjunto de situações que comandam uma parte da atividade produtiva e criativa do trabalhador, ele já está instituído. Por outro lado, vai denominar “trabalho vivo” como a base de qualquer possibilidade de intervenção no sentido da mudança. O trabalho vivo se refere ao trabalho criativo, autônomo, que ocorre em ato no momento em que ocorre o encontro entre o usuário e o trabalhador, ambos vistos como sujeitos. (Malta & Merhy, 2002)

“.. um componente ruidoso do processo de trabalho, portador de outras lógicas tecnológicas para além do que está sendo capturado como modelo tecnológico de organização do trabalho”. (Merhy, 1997:109)

O autor faz uma comparação entre o modo de produção de uma fábrica e o de um centro de saúde no sentido de chamar a atenção para a especificidade deste último. Na saúde o consumo se dá imediatamente na produção da ação, o que não ocorre com outros produtos. No trabalho da fábrica, o trabalho vivo deve ser capturado pela organização da produção de forma total uma vez que o bom funcionamento da organização não pode conviver com o autogoverno do

trabalhador. Dessa forma, este tipo de organização desenvolve ações que garantam a captura do trabalho vivo colocando o autogoverno a serviço da lógica capitalista pré-definida.

As “ideologias domesticadoras” inculcadas nos trabalhadores, assim como o processo de subjetivação determinado pela dinâmica do trabalho que regula o corpo, os espaços, os tempos e até mesmo o modo de sentir, são estratégias de captura deste trabalho vivo. Esses processos de captura podem ser quebrados pelo surgimento de atores sociais capazes de confrontar o instituído.

Merhy chama a atenção para o fato de que na saúde os processos de trabalho são menos estruturados e a própria natureza tecnológica deste trabalho impede a plena captura do trabalho vivo pelo processo organizacional. A elaboração dos programas e sua implantação podem representar uma tentativa de captura do trabalho vivo, de intervenção inclusive no trabalho morto uma vez que estabelece novas formas de atuação, novos modelos assistenciais.

Alguns autores vão apontar a distância entre o trabalho prescrito, esperado, e o trabalho real, aquele que é efetivamente desempenhado pelo profissional. Pitta (2003) refere a “*tecnologias informais e domésticas*” no desempenho das atividades onde o conhecimento técnico e o saber informal vão se complementar. Para ela, a separação radical entre a concepção e a execução da tarefa produz uma separação perversa entre uma minoria pensante, detentora do conhecimento e uma maioria alienada a quem caberia apenas a execução das tarefas. É na distância entre ambos que se produz o sentido do trabalho,

“... um trabalho de que fazem parte os conflitos, as dúvidas, as paixões, e não um trabalho concebido como uma seqüência de gestos operacionais regidos por uma inteligência desencarnada.... O trabalhador sempre acrescenta algo seu ao trabalho realizado”. (Silva, 2002:18)

Como vimos anteriormente, essa reflexão já se fazia quando do início dos estudos da psicossomática, em que se criticava a subdivisão da medicina, a atuação do médico em especialidades, o que levava a alienação dos resultados de sua própria prática. Campos (1997) vai apontar para o prejuízo que essa organização do trabalho promove tanto para os usuários quanto para os profissionais.

“Concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelados. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável”. (Campos, 1997:235)

Campos (1997) propõe a gestão colegiada de serviços de saúde e o trabalho clínico baseado no vínculo como formas de organização dos serviços onde haveria autonomia e responsabilidade de cada profissional. A gestão colegiada seria uma forma de desalienação do profissional com os projetos institucionais, tornando-os implicados com a instituição e os usuários. O acompanhamento de um determinado número de pacientes por uma equipe de profissionais que seria responsável por eles reforçaria o vínculo com o paciente assegurando a ligação do profissional com o resultado da sua ação, assim como fortalecendo os direitos de cidadania dos pacientes.

“Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são, ao mesmo

tempo, produtores desse mesmo sistema". (Campos, 1997:242).

Rollo (1997) também enfatiza a importância da responsabilização e do estabelecimento de vínculos como fatores a serem enfrentados para se alcançar a transformação do modelo assistencial, porém refere a própria forma de organização do trabalho como propulsora da fragmentação e da impessoalidade dos serviços.

As jornadas de 24 horas de plantão em lugar da prestação diária de serviços, as escalas de enfermagem em que o profissional trabalha 12 horas e descansa 36 ou 60 horas, leva à grande rotatividade de profissionais e ao seu afastamento e, portanto, a não criação de vínculo e a não responsabilização pelo paciente.

Dejours (1999) mostra como o sofrimento psíquico constitui um fator constante no trabalho em saúde e como o profissional pode encontrar saídas para a angústia através da solução de compromisso que se externaliza em atitudes defensivas.

Os trabalhadores produzem estratégias de defesa que os protegem de desequilíbrios emocionais o que nos faz supor que esse distanciamento do paciente pode, também, atuar como um mecanismo de defesa contra o sofrimento que a proximidade com uma realidade social às vezes tão distante daquela do profissional de saúde pode acarretar.

O sofrimento psíquico tem sido apontado por diversos autores como uma categoria central no trabalho dos profissionais de saúde, assim como a ausência de uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho. O cotidiano dos profissionais de saúde costuma ser marcado intensamente pela dor e pelo

convívio com a morte, o que pode levar a sobrecarga de trabalho mental.(Pitta,2003.; Dejours, 1999; Silva:2002).

Como podemos perceber, uma série de fatores estão em pauta quando pensamos a instituição hospitalar em toda sua complexidade e seus atravessamentos, assim como a organização do trabalho em saúde.

Esta organização tem se mostrado rígida, marcada por uma forte estrutura hierárquica, pelo corporativismo, pela utilização de mecanismos de defesa para enfrentar o real do trabalho como descreve Dejours, associada às conseqüências da redução de pessoal, da falta de materiais e equipamentos, da inadequação do espaço físico, excesso de demanda, entre tantos outros fatores, constituindo forte empecilho às propostas de mudança. Segundo Onocko & Amaral (1997), as lições para elaboração de planos se multiplicaram apesar da dificuldade constatada de fazê-los promover mudanças efetivas nas organizações.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Many years ago a Catholic priest Said to me that he could not understand how anyone who did not believe in God could get up in the morning. “What would make them get out of bed?” he asked. I feel a bit the same about politics and the ability to influence change. If we, as health workers, or teachers, or students, or civil servants do not feel that we, and the groups or organizations we belong to, have some power to alter policy that affects our lives, or the lives of those around us, why get up in the morning?

(Walt, G. 1994:10)

Estudar os usos e sentidos das ações de humanização voltadas à saúde da mulher se mostrou uma tarefa mais complexa do que a princípio imagináramos. Utilizando a noção de rede de Latour, buscamos identificar e seguir os movimentos dos vários elementos que compõem essa rede, procurando compreender a dinâmica das suas conexões e enfatizando aqueles que julgamos essenciais para a compreensão dos usos e sentidos do que se apresenta como “humanização da atenção à saúde da mulher”. Mesmo tomando alguns elementos de forma separada para discussão, buscamos não perder de vista suas conexões com a rede que os significa.

As ações citadas serviram de base para nossas reflexões, assim como para evidenciar o jogo político que marca a entrada e/ou saída de determinados problemas na agenda política. Mostraram também que muitas vezes, mesmo quando um determinado problema passa a fazer parte das propostas de política resultando na formulação de uma ação, dependendo dos interesses em jogo e do momento político, elas podem ou não vir a ser implantadas e/ou retiradas da agenda.

O processo de formulação e implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM apresentado neste trabalho inicialmente com o objetivo de apontar uma nova proposta de atenção à saúde da mulher, exemplificou também essa dinâmica de negociação da agenda política que inclui / exclui determinados problemas de acordo com o momento político vigente.

A partir da década de 1970, o processo de democratização da sociedade permitiu o ressurgimento e fortalecimento dos movimentos sociais, entre eles o movimento de mulheres, que passaram a se organizar em diferentes grupos representativos de diferentes demandas, tendo, todos eles, na saúde um foco importante de crítica e de pressão por mudanças. O movimento feminista exerceu uma crítica importante ao processo de medicalização e submissão a que a mulher vinha sendo submetida ao longo dos tempos, passando a exigir para ela um outro lugar social, não mais o de “mulher-mãe”, mas o lugar de “mulher-cidadã”.

O país sofria fortes pressões externas pelo estabelecimento de uma política de planejamento familiar, especialmente pelo Banco Mundial e pela ONU, impregnadas de uma visão neomalthusiana, visão esta fortemente criticada pelo movimento feminista que defendia a noção de saúde reprodutiva, trazendo nela expressa o princípio da integralidade da assistência.

A criação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PAISM, na década de 1980, responde não só a demanda do movimento das mulheres por atenção integral à saúde, mas principalmente a fortes interesses políticos. O final da década de 1970, início da década de 1980 é marcado pelo declínio do governo militar, o fim do “milagre econômico”, dando início ao processo de abertura política em direção a democratização da sociedade. As pressões tanto internas quanto externas no sentido da adoção de medidas oficiais de controle demográfico aumentam, ao mesmo tempo em que a igreja se coloca contra o estabelecimento de ações contraceptivas que não seja o meio natural, ou seja, a abstinência sexual. Em meio a esse jogo de interesses e pressões políticas, a demanda do movimento feminista por uma atenção integral à saúde da mulher parece fornecer ao Ministério da Saúde uma solução estratégica.

Em abril de 1983 o Ministério da Saúde constituiu um Grupo de Trabalho para formular um programa que atendesse às necessidades de saúde das mulheres na forma defendida pelo movimento feminista, necessidades essas que incluíam o planejamento familiar.

Dois meses depois o Ministro da Saúde apresentou o PAISM justamente em uma CPI que, respondendo às pressões citadas investigava a necessidade de ações governamentais em termos populacionais. O texto do programa deu ao Ministério uma margem de manobra política suficiente para, através do discurso, responder a todos os auditórios constituídos. Digo através do discurso porque o programa, na prática, passados vinte anos de sua formulação ainda não se encontra efetivamente implantado.

Diversos estudos têm tentado explicar o que estaria obstaculizando a sua implantação apontando para diversas causas possíveis como a desestruturação dos serviços de saúde, a precariedade da assistência prestada, a resistência dos médicos, a necessidade de mudanças na formação médica, necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, falta de recursos, entre outros. Porém

não desconsiderando esses fatores, entendemos que a constituição do PAISM tenha sido possível em função de atender, em determinado momento, a uma determinada composição de interesses passando, assim, a fazer parte da agenda política.

Entretanto, esses interesses têm se deslocado em direção ao controle e a redução da taxa de mortalidade materna, especialmente após a assinatura, pelo Brasil, de diversos acordos internacionais nesse sentido. Verifica-se, então, a atenção do Ministério da Saúde mais centrada na fase reprodutiva da mulher, voltando a priorizar a atenção ao período gravídico-puerperal, direcionando sua política para ações de humanização com o objetivo de reduzir esses indicadores.

O que a primeira vista pode parecer um retrocesso nas ações representa, na verdade, a entrada de um novo problema na agenda política que, por sua magnitude, passa a constituir um problema de saúde pública. O planejamento familiar ainda se faz presente mas não mais em função das pressões para controle demográfico, mas sim como uma estratégia para evitar gravidez indesejadas, abortos de risco e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade materna.

As ações do Ministério da Saúde voltadas á saúde da mulher se dirigem predominantemente ao pré-natal e ao nascimento, visando, através da edição de normas e técnicas, modificar o atendimento prestado a mulher.

Vários fatores são apontados enquanto geradores da insatisfação com o modelo assistencial voltado a saúde da mulher nesta fase, tanto por parte das usuárias quanto dos profissionais e da instituição, fatores estes que podemos identificar como “desumanos” na medida em que suscitam ações de humanização para modificá-los. A garantia do acesso, de um atendimento acolhedor a partir da percepção do parto como um momento singular na vida da mulher, o respeito aos seus medos, fantasias e a sua dor, a desmedicalização do parto proporcionando

um parto natural com possibilidade de escolhas por parte da mulher em relação a posição, ao acompanhante, etc. são alguns desses fatores.

Entretanto, percebemos nas ações de humanização uma grande preocupação com a diretriz técnica que vai orientar sua execução, sendo essas ações formuladas e implantadas de forma fragmentada, onde para cada “*situação problema*” se apresenta um “*programa solução*”. Assim, estabelece-se uma dicotomia entre a tradição do técnico de formular normas técnicas, e o conjunto das situações que solicitam uma intervenção de outra ordem.

Podemos citar o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento como um exemplo do que estamos afirmando. Quais são as suas diretrizes? Uma leitura atenta do texto vai nos mostrar que, apesar do discurso que reconhece a subjetividade, valoriza o respeito à mulher, enfatiza a importância do acolhimento, o que é efetivamente proposto no programa é uma intervenção técnica na assistência ao pré-natal e ao nascimento a partir do estabelecimento de procedimentos a serem seguidos como número de consultas, exames, etc, e da redescritção técnica dos procedimentos desejáveis na hora do parto, como eliminação da tricotomia, da episeo, entre outros.

O que queremos chamar a atenção é que a identificação dos diversos fatores classificados como “não humanizados” e como responsáveis por um atendimento de má qualidade às mulheres, atendimento esse associado às altas taxas de mortalidade materna, vai produzir como resposta oficial um conjunto de normas que visam a redefinição técnica dos procedimentos estabelecidos, normas essas fragmentadas em diferentes ações que, na maioria das vezes não se articulam, sugerindo assim um sentido da humanização enquanto atributo das técnicas, ou seja, enquanto uma dimensão técnica da organização do trabalho.

Sem pretender questionar a reorientação técnica no sentido da desmedicalização do nascimento em busca de um parto mais natural, nossa

experiência enquanto profissional de saúde atuando em maternidades, inclusive de alto risco, nos chama a atenção para outros fatores importantes que precisam ser considerados no sentido não só da redução da taxa de mortalidade materna, que inquestionavelmente é fundamental, mas também da prestação de uma assistência digna a mulher. Pensamos na questão do preconceito que culpabiliza a mulher, a pobreza e a ignorância pelo número de nascimentos, pelo elevado número de abortos de risco e pela recorrência de gestações de risco em função de uma orientação de planejamento familiar inadequada (ou não orientação), na capacitação dos profissionais para lidar com as questões ligadas à saúde reprodutiva, na qualidade do acompanhamento no pré-natal, que não significa apenas o aumento do número de exames e de consultas, assim como na organização dos processos de trabalho que possam viabilizar um atendimento efetivo e eficaz.

Por outro lado, as propostas de ações de humanização voltadas a redução da mortalidade materna deixam de lado toda uma outra discussão que precisa ser feita caso se queira efetivamente intervir nesta realidade. Nos referimos a questão já apontada no capítulo anterior, da relação entre mortalidade materna e desenvolvimento social, econômico e cultural. Esse dado, associado às desigualdades na oferta de assistência de acordo com a região do país, tem sido deixado de lado como se fosse possível mudar a assistência a partir de intervenções técnicas sobre determinada realidade.

Conforme discutido no capítulo anterior, vários estudos apontam para a associação entre a qualidade da assistência prestada e os índices de mortalidade materna, porém essa qualidade está diretamente ligada ao grau de desenvolvimento social, econômico, político da população. Pensar em redução da mortalidade materna nas regiões mais pobres do país não significa padronizar os atendimentos, estabelecer número de consultas e exames a serem realizados, mas muito antes disso, fazer com que as mulheres cheguem ao pré-natal.

As pesquisas de avaliação do PHPN, por exemplo, mostram um reduzido grau de adesão ao programa, fato que pode ser facilmente percebido nas instituições que atendem ao parto por aqueles que trabalham com essa clientela. Por outro lado, ações de prevenção e promoção de saúde precisariam ser desenvolvidas, especialmente nas áreas mais pobres, o que nos remete ao princípio da integralidade estabelecido pelo SUS.

A OMS alerta para o fato de que os programas de redução da mortalidade materna não podem ser instituídos de forma vertical, como programas isolados, devendo fazer parte de um contexto maior que inclua ações de nutrição, imunização, planejamento familiar, controle de DST/AIDS, entre outras ações de atenção básica. No Brasil o que vemos é uma diversidade de ações desarticuladas entre si onde nem os profissionais, nem os usuários são chamados a participar da sua formulação ou do estabelecimento de estratégias de implantação.

O que constatamos é que apesar das diferenças regionais, da carência de recursos financeiros, materiais e humanos em diversas regiões, conforme apontado na pesquisa citada neste trabalho, diversas ações continuam a ser propostas constituindo-se em “*modelos ideais que pressupõem situações também ideais de implantação*”. (Pinheiro & Luz, 2000)

Essa pesquisa nos forneceu um panorama da realidade sobre a qual as ações de humanização pretendem incidir mostrando um cenário de iniquidades e de desigualdades sociais que precisa ser levado em conta no momento da formulação de propostas de ações.

A grande quantidade de ações propostas reproduz um modelo verticalizado de implantação de políticas onde gestores, profissionais e usuários não participam do processo de formulação e tem sua atuação prejudicada na medida em que, a cada momento surge uma nova proposta a qual precisam se adaptar. Essas

ações, como vimos, são formuladas muitas vezes sem levar em conta a diversidade e as peculiaridades dos contextos da saúde.

A implantação enquanto meio para atingir metas e objetivos precisa necessariamente conhecer o contexto sobre o qual vai incidir e desenvolver estratégias para vencer não só a inércia, mas principalmente a resistência à mudança característica das instituições. (Viana, 1996)

A saúde constitui um campo extremamente complexo, marcado por diversos atravessamentos de ordem política, social, econômica e cultural. As práticas desenvolvidas são marcadas por uma forte hierarquia dos saberes que se organizam em categorias profissionais que vão disputar entre si o “poder” que uma posição mais elevada nessa escala hierárquica representa.

O discurso da interdisciplinaridade, da troca de conhecimentos, da complementaridade dos saberes ainda se constitui em algo alheio à prática médica. Talvez por isso um dos núcleos de sentidos das propostas de ações de humanização identificados diga respeito às relações dos profissionais entre si e deles com os usuários. As propostas de ações apontam para a necessidade de se atuar sobre essas relações buscando, principalmente, o reconhecimento do outro enquanto sujeito.

A discussão sobre as características dessas relações apontam para a objetividade da medicina, sua pretendida associação à ciência e, portanto, ao conhecimento “verdadeiro”, capaz de ser mensurado, quantificado, e que, em consequência, exclui o que é da ordem das individualidades, ou seja, o sujeito. Identificamos essa exclusão como resultante da forma como os serviços se organizam, onde há uma barreira (nem sempre invisível) para o acesso do usuário ao profissional de saúde; pela linguagem hermética com a qual o profissional se comunica com o usuário; pela própria forma de comunicação que se estabelece entre eles onde o que se verifica é, quando muito, um processo de comunicação

unidirecional, de transmissão de informações; pelas diferenças culturais e sociais presentes nessa relação; pelo poder exercido pelo profissional a partir da autonomia do seu trabalho e do saber que lhe é atribuído; enfim, diversos fatores que, por si só, nos levam a pensar em como atuar sobre essa forma já tão estruturada de relação e comunicação, sem que o profissional de saúde participe do debate e das decisões políticas.

A gestão participativa, embora apregoada como ideal, da mesma forma que a interdisciplinaridade, ainda permanece no campo das idéias daqueles que militam por *“um novo fazer em saúde”*⁵⁶, Tanto a proposta da equipe interdisciplinar quanto a gestão participativa, que supõe a troca e a flexibilização de fronteiras de conhecimentos e de poder, se constituem em um corpo estranho no discurso médico que se pauta pela divisão do conhecimento em especialidades com campos de atuação delimitados, e com uma hierarquia bem demarcada no interior das instituições.

A discussão sobre a constituição da racionalidade médica e sobre o processo de medicalização, assim como da relação médico-paciente nos dá uma noção da hegemonia desse modelo assistencial e do quanto ele tem de heterogêneo em relação ao discurso da humanização.

O modelo liberal privatista (Campos et al, 1989) que caracteriza a atenção à saúde no nosso país se faz presente tanto no serviço público quanto privado, sendo responsável pela organização da atenção e por um modelo médico-centrado que vai marcar as relações com os usuários, ou entre os próprios trabalhadores, de forma objetivante, impessoal e descompromissada.

A crítica realizada desde a década de 1930, voltada para as relações que se estabelecem entre profissionais/usuários e entre os próprios profissionais, assim como para a fragmentação do conhecimento que ocorre na medicina

⁵⁶ Expressão essa tomada de empréstimo a autores como Merhy, Campos, Onocko, entre outros.

produzindo as especialidades e as sub-especialidades que reforçam ainda mais esse caráter dessubjetivante característico do atendimento médico atual, se faz ainda presente nos dias de hoje produzindo ações governamentais que se apresentam sob a rubrica da “humanização”.

As propostas, porém, são colocadas em termos de melhoria dos processos de comunicação, e aí novamente uma forma de comunicação que se reduz a troca de informação através da instalação de ouvidorias, de questionários e da informatização; em termos do respeito ao usuário, da garantia de escuta da sua palavra, do atendimento solidário e ético, o que nos provoca um grande estranhamento. Esse atendimento digno, respeitoso, não estaria contido no código de ética de cada profissional? Porque no serviço público se faz necessária a implantação de ações para garantir um direito também já estabelecido no código do usuário?

É interessante notar a resposta dada às propostas de humanização pelos profissionais através dos projetos vencedores do Premio David Capistrano, da Política Nacional de Humanização. Por um lado ações como criação de sistema de referência e contra-referência, criação de equipes de saúde da família, acesso a medicamentos, ações que já estão, ou deveriam estar garantidas pelo SUS. Por outro lado, ações voltadas a atividades lúdicas e de lazer como brinquedotecas, instalação de circuito interno de rádio, comemoração de datas festivas, atividades físicas, atividades educativas para os usuários, conforto, higiene, espaço de circulação social, entre tantos outros.

Qual o sentido dado a humanização nesses projetos? Estariam eles vindo ao encontro das necessidades dos usuários ou estariam a serviço do utilitarismo onde,

“.. suas ações, campanhas e programas partem das certezas de que sempre atuam em nome e pelo bem daqueles a quem pretendem ajudar, sendo que supõe conhecer esse bem de um modo claro e distinto, sem necessidade de consultar antes aos “beneficiados” (Betts, 2003⁵⁷)

Assim sendo, aquilo que se pretende humanizante acabaria por produzir seu contrário na medida em que *“exclui a palavra e emudece qualquer diálogo”*. (Betts, 2003:15)⁵⁸)

Há, portanto, um hiato entre a formulação e a implantação das propostas de ações. Os técnicos formulam propostas de ação enquanto respostas às diversas pressões advindas de diversos campos de interesses, geralmente de forma distanciada dos profissionais que deverão colocá-las em prática e dos usuários que deverão usufruir delas.

Pensar a humanização enquanto otimização de recursos, outro núcleo de sentidos identificado neste estudo, nos parece uma lógica associada à economia de mercado, lógica essa que possibilita a constituição de um complexo médico-industrial que vai reforçar o processo de mercantilização da medicina e a conseqüente medicalização da sociedade. A lógica utilizada na gestão de qualidade, presente em muitos dos programas apresentados, traz uma idéia de sujeito enquanto razão de ser do serviço, idéia esta que não corresponde à realidade, uma vez que desconsidera a lógica econômica, de disputa de poder, de diferentes interesses, da organização do trabalho, da saúde do trabalhador, enfim, de tantos fatores que estão presentes na assistência à saúde na rede pública e que não podem deixar de ser considerados.

⁵⁷ Op. cit.

⁵⁸ Op. cit.

O complexo médico-industrial que se forma pela relação do Estado com as indústrias de equipamentos e insumos médicos vai reforçar essa medicalização através de estratégias que estimulam a procura pela medicina e pelos fármacos como solução para o mal-estar que sabemos, muitas vezes, localizado em outro lugar que não o corpo. Quando o corpo, depositário de situações do estresse cotidiano, pelos mais variados motivos, adoece, a medicina se apresenta como solução. A representação simbólica dos fármacos, reforçada pela mídia, traz a expectativa de conforto moral, de redução da insegurança, da angústia, de preenchimento do vazio existencial, enfim, de um suporte para viver a vida. (Dupuy & Karsenty, 1980)

Os fatores sócio-econômicos que interferem no adoecimento do sujeito são ignorados ficando a população como responsável pela sua própria saúde. A doença resulta em um não cuidado, em não procurar o médico em tempo, na não adesão aos tratamentos propostos. A mulher que tem uma prole numerosa, aquela que só fez uma consulta de pré-natal, a que se encontra infectada com uma DST, estas são comumente repreendidas nos serviços pelos profissionais que, na verdade deveriam acolhê-las e orientá-las, como se fosse apenas sua a responsabilidade por esses eventos, desconsiderando por completo o contexto sócio-político-econômico que produz tais situações.

Entendemos que a otimização dos recursos físicos seja fundamental, mas reafirmamos que não deve estar associada apenas a reformas na estrutura física, ou à compra de equipamentos, mas deve enfatizar também os recursos humanos, sua capacitação, sua vinculação com a rede pública que como vimos se dá de forma precária com aproximadamente 40% dos trabalhadores, assim como a uma reorganização dos processos de trabalho aonde esses fatores seriam um dos componentes do processo.

O que vemos na saúde são disputas constantes em torno de objetivos corporativos onde, na maioria das vezes a preocupação com a saúde da população não se faz presente. Concordamos com Campos (1989) de que a grande adesão de técnicos a essa lógica do bem estar do paciente reduz a capacidade de intervenção na realidade na medida em que desconsidera os outros fatores, podendo representar, inclusive, o interesse na manutenção e reprodução do modelo vigente.

A divisão do trabalho, a fixação do profissional a determinada etapa do trabalho, compromete sua atividade com a realização de determinados procedimentos, ignorando se o objetivo final da intervenção foi alcançado ao mesmo tempo que promovendo sua alienação do processo. Da mesma forma como o modelo produz a objetivação do usuário, excluindo seu sofrimento, suas representações, suas expectativas, enfim, sua subjetividade, produz também a objetivação do trabalhador.

Entendemos que uma atuação que não leve em conta os fatores aqui citados, considerados enquanto uma complexa rede, que pretenda mudanças na atenção a partir da implantação de ações, na maioria das vezes de forma verticalizada, amarrada a incentivos financeiros direcionados à instituição, não será capaz de garantir uma assistência de qualidade que assegure os direitos de cidadania tanto dos profissionais quanto dos usuários. A lógica sobre a qual se deve trabalhar é a do sujeito enquanto cidadão, quer seja o profissional de saúde, quer seja o usuário.

A forma como os processos de trabalho se estruturam e se gerenciam nas instituições de saúde deve ser tomada como central na discussão e nas propostas de reformulação da assistência prestada pelo SUS. A compreensão da dinâmica micropolítica do trabalho nos fornece subsídios importantes para repensarmos as propostas de mudança no modelo assistencial.

O Ministério da Saúde tem respondido aos problemas inseridos na sua agenda política através da formulação de diversas propostas de ações sob a rubrica da “humanização da assistência”. Apesar do quantitativo de ações, o cotidiano das instituições permanece inalterado, a qualidade da assistência permanece alvo de constantes críticas, as taxas de mortalidade materna não apresentam redução significativa, o acesso aos serviços continua difícil, os trabalhadores da saúde continuam insatisfeitos, assim como as ações continuam desarticuladas entre si e com as outras áreas. Como pensar, por exemplo, na redução da mortalidade materna através de uma abordagem restrita a procedimentos e normas técnicas no pré-natal e no parto? Como desconsiderar o contexto político-social-econômico do qual essas mulheres fazem parte, no momento de formular novas propostas?

Agir sobre a assistência visando um novo modelo de atenção à saúde que englobe o reconhecimento do outro enquanto sujeito, o atendimento digno e de qualidade, a garantia do acesso, enfim, todos os fatores apontados nas diversas ações citadas significa refletir sobre a forma como essa assistência se organiza, as relações que se constroem na prática, a dinâmica dos processos de trabalho e suas vicissitudes, a necessidade de recursos tanto físicos, quanto materiais e humanos, promovendo a desconstrução dos saberes e práticas estabelecidos, abrindo espaços de possibilidade para o surgimento do novo.

Durante o desenvolvimento deste trabalho levantamos algumas questões que deixamos propositalmente em aberto na medida em que não tínhamos a pretensão de respondê-las, mas sim de criar inquietações e provocar novas reflexões.

A complexidade da tarefa a que nos referimos no início dessas considerações se deu principalmente pela dificuldade em exercer um olhar crítico sobre o campo no qual militamos, sobre propostas que apresentam soluções para os problemas com os quais nos defrontamos no cotidiano de nossa prática.

Entendemos que defender o SUS implica na difícil tarefa de identificar suas imperfeições, apontar suas vicissitudes, criticar suas ações no sentido de construir subsídios que favoreçam sua efetiva implantação.

A manutenção do processo de formulação de ações de forma verticalizada, fragmentada, sem a participação dos profissionais ou dos usuários, ignorando a importância da gestão participativa onde se possa pactuar as propostas, e o contexto sobre o qual elas vão incidir, tem resultado na não obtenção dos objetivos desejados. A atual crise da saúde que vivenciamos em nosso estado denuncia a distância entre o que as ações propõe e a realidade que os serviços apresentam.

Ao propormos os tais “*modelos ideais*” que pretendem incidir sobre uma realidade que sabemos nada ideal, não estaríamos favorecendo a perpetuação desse modelo de assistência que tanto criticamos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCASTRO, L.F.(Org). **História da Vida Privada no Brasil - Império: A Corte e a Modernidade Nacional**. São Paulo: Companhia das Letras, Vol. 2, 1997.
- ALMEIDA, E.C **"A Humanização que Queremos, a Humanização que Temos"**. Projeto de Qualificação (Doutorado). Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mimeo. 2004.
- _____ 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.
- _____ **Violência Doméstica: Um Desafio para a Formação do Pediatra**. Dissertação (Mestrado), Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1998.
- ALMEIDA, M.F. **Planejamento Familiar: Seis Razões para Ser Contra**. Revista Saúde em Debate 15/16, 1984.
- ARCOVERDE, W.M. **Depoimento a CPI sobre Problemas Vinculados ao Aumento Populacional Brasileiro**. In: Revista Saúde em Debate 15/16: 21-24, 1984.
- AYRES, J.R.C.M. **Humanização da Assistência Hospitalar e o Cuidado como Categoria Reconstitutiva**. IN: Ciência & Saúde Coletiva. Vol.9, no. 1, Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- BAPTISTA, T.W.F. **Políticas de Saúde no Pós-Constituinte. Um Estudo da Política Implementada a Partir da Produção Normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2003.
- BARROS, J.A.C. **Pensando o Processo Saúde e Doença: A Que Responde o Modelo Biomédico**. In: Saúde e Sociedade. V. 11 no. 1 jan-jul/2002.

- BIRMAN, J. **A Clínica, entre Saber e Poder.** In: Physis, Revista de Saúde Coletiva. V.7, no. 1. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro / RELUME DUMARÁ, 1997.
- BOLTANSKY, L. **As Classes Sociais e o Corpo.** 3.ed., Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- CAMARGO Jr. K. R. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org) **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro / ABRASCO, 2003.
- _____ **A Biomedicina.** In: Physis: Revista de Saúde Coletiva: Rio de Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/EDUERJ. Vol. 7 no. 1, 1997.
- _____ **(Ir)Racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica.** In: Physis, Revista de Saúde Coletiva. V.2, no. 1. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/RELUME DUMARÁ, 1992 (a)
- _____ **Paradigmas, Ciência e Saber Médico.** In: Séries: Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: UERJ / IMS, no. 006, agosto, 1992. (b)
- _____ **Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea.** In: Séries: Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no. 065, Outubro, 1993.
- CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida.** Hucitec, 2ª. Edição: São Paulo, 1994.
- _____ Considerações sobre o Processo de Administração e Gerência de Serviços de Saúde. In: CAMPOS, G.W., MERHY, E.E., NUNES, E.D. (Org.) **Planejamento sem Normas.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- _____ Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: IN: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público.** São Paulo: Hucitec, 2ª. Edição, 1997.
- _____ Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre Modos de Gerenciar Trabalho em Equipes de Saúde. IN: MERHY, E.E.,

- ONOCKO, R.(Org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público.** São Paulo:Hucitec, 2ª. Edição, 1997.
- CANESQUI, A.M. **A Saúde da Mulher em Debate.** Revista Saúde em Debate 15/16, 1984.
- CAPRARA, A. FRANCO, A.L.S. **A Relação Paciente-Médico; Para uma Humanização da Prática Médica.** In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 15(3). jul-set. 1999.
- CEBES. **Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher.** In: Revista Saúde em Debate 15/16, 1984.
- CECILIO, L.C.O. Prólogo. IN: MERHY, E.E., CECILIO, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- COSTA, A.M. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil.** Tese de Doutorado. Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. 2004.
- COSTA, A .M. AQUINO, E.L. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: GIFFIN, K. COSTA, S.H. (Org). **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.
- COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar.** Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- _____ **Psicanálise e Contexto Cultural. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias.** 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- CORREA, S. **PAISM: Uma História sem Fim.** Revista Brasileira de Estudos Populacionais. 10 (1/2), 1993.
- DESLANDES, S.F. **Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar.** IN: Ciência & Saúde Coletiva. V.9 n.1, Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- DEJOURS, C. A **Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Saúde e Educação: A Discussão das Relações de Poder na Atenção à Saúde da Mulher.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.3, n.4, 1999.

- DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FAUNDES, A., CECATTI, J.G. **A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação**. Cadernos de Saúde Pública. 7:150-153, 1991.
- FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 6. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- _____ **O Nascimento da Clínica**. 4.ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- _____ **Vigiar e Punir**. 6. ed. , Petrópolis: Vozes, 1988.
- _____ **História da Sexualidade I. A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- GIFFIN, K. Costa, S.H. (Org). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- _____ **O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução. 1992.
- GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4. ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.
- _____ **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.
- HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. L&PM, São PAULO, 1987.
- HIRSCHMAN, A .O ., **A Retórica da Intransigência. Perversidade, Futilidade, Ameaça**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- HOLANDA, A.B. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- HOTIMSKY, S.N. RATTNER, D., VENANCIO, S.I., BOGUS, C.M., MIRANDA, M.M. **O Parto Como Eu Vejo... Ou Como Eu o Desejo? Expectativas de Gestantes, Usuárias do SUS, Acerca do Parto e da Assistência Obstétrica**. Cadernos de Saúde Pública, 18(5), 1303-1311; set-out, Rio de Janeiro, 2002.

- JEAMMET, P., REYNAUD, M. CONSOLI, S. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo: Durban, 1989.
- KUHN, T. A **Estrutura das Revoluções Científicas**. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1991.
- LABRA, M.E. (Org) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes: Abrasco, 1989.
- LATOURET, B. **Jamais Fomos Modernos**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.
- LEAL, M.C., VIACAVA, F. **Maternidades do Brasil**. Revista Radis. Comunicação em Saúde. no.2, Rio de Janeiro: Fiocruz, setembro 2002.
- LEMGRUBER, M.S. **Razão, Pluralismo e Argumentação: A Contribuição de Chaim Perelman**. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, VI (1), Rio de Janeiro, mar/jun 1999.
- LUZ, M.T. **A Arte da Cura Versus a Ciência das Doenças: A História Social da Homeopatia no Brasil (1840-1990)**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.
- _____ **As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80**. In: Guimarães, R., Tavares, R. (Org.) **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80** . Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- _____ **Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - Anos 80**. Physis - Revista de Saúde Coletiva. V. 1, n. 1, Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Relume-Dumará, 1991.
- MACHADO, M.H. (Coord) **Perfil dos Médicos no Brasil: Análise Preliminar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, Vol. VI, 1996.
- MACHADO, R. et All. **A Danção da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTA, D.C., MERHY, E.E. Buscando Novas Modelagens em Saúde: As Contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Pública de Belo Horizonte, 1993-1996. In: **Ministério da Saúde. Experiências Inovadoras no SUS.** Série C. Programas, Projetos e Relatórios. Brasília – DF, 2002.

MATTOS, R.A. **Desenvolvendo e Oferecendo Idéias. Um Estudo sobre a Elaboração de Propostas de Política de Saúde no Âmbito do Banco Mundial.** Tese de Doutorado. IMS/UERJ, 2000.

_____ Integralidade e a Formulação de políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org). **Construção da Integralidade: cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde.** Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2003.

MÉDICI, A.C., AGUIAR, M.A.S. **Planejamento Familiar X Planejamento Governamental.** Revista Saúde em Debate 15/16, 1984.

MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática: Visão Atual.** Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 2ª. Edição, 1979.

_____ et Col. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2ª. Edição, 1999.

MENY, Y. y THOENIG, JC. **Las Políticas Públicas.** Barcelona: Editorial Ariel, S.A., 1992.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política. Um Estudo de Formuladores de Políticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

_____ Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. IN: MERHY, E.E., ONOCKO, R.(Org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público.** São Paulo:Hucitec, 2ª. Edição, 1997.

MERHY, E.E., CECILIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. **Por um Modelo Técnico-Assistencial da política de Saúde em Defesa da Vida: Contribuição para as Conferências de saúde.** CEBES: Saúde em Debate 32, Disponível em: ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/conteud1.html

_____, ONOCKO, R.(Org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público.** São Paulo: Hucitec, 2ª. Edição, 1997.

MINAYO, M.C.S. **Dilemas do Setor Saúde Diante de suas Propostas Humanistas.** IN: Ciência & Saúde Coletiva. V.9 n.1, Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MITRE, R.M.A. **A Experiência da Promoção do Brincar em Hospitais.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, 2004.

NORONHA, J.C., LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: Guimarães, R., Tavares, R. (Org). **Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80.** Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS/UERJ, 1994.

OLIVEIRA, E.M. **O Gênero na Saúde: Auto-Determinação Reprodutiva das Mulheres.** Mandrágora, Ano 4, Unesp, São Paulo, 1997.

OSIS, M.J.D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção.** Dissertação de Mestrado, Campinas: Depto. Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

_____. **Paism: Um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 14/Supl. 1)25-32. 1998.

PERELMAN, C., OLBRECHTS-TYTECA, L. **Tratado da Argumentação. A Nova Retórica** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PERESTRELLO, D. **Trabalhos Escolhidos. Psicologia Médica, Psicossomática, Psicanálise.** Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1987

- PEREZ, J.R.R. Avaliação do Processo de Implementação: Algumas Questões Metodológicas. In: RICO, E.M. (Org). **Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1999.
- PINHEIRO, R., CAMARGO JR, K.R. **Modelos de Atenção à Saúde: Demanda Inventada ou Oferta Renovada? Algumas Considerações sobre Modelos de Intervenção Social em Saúde**. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v.10, n.1, p.101-119. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000.
- PINHEIRO, R., LUZ, M.T. **Modelos Ideiais X Práticas Eficazes: Desencontro entre Gestores e Clientela nos Serviços de Saúde**. Série Estudos em Saúde Coletiva, no 191, Rio de Janeiro:UERJ, IMS, 1999.
- PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado, as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.
- PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.
- PITTA, A. Hospital. **Dor e Morte como Ofício**. São Paulo: Hucitec, 5ª. Edição, 2003.
- RABELO, P. **Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.
- ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher**. Tese de Doutorado. Museu Nacional – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
- ROLLO, A., OLIVEIRA, R.C. É Possível construir Novas Práticas Assistenciais no Hospital Público? IN: MERHY, E.E., ONOCKO, R.(Org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 2ª. Edição, 1997.
- RORTY, R. **Objetivismo, Relativismo e Verdade. Escritos Filosóficos I**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- SANTOS, B.S. **A Crítica da Razão Indolente. Contra o Desperdício da Experiência**. Vol.1, 2ª edição, São Paulo:Cortez, 2000.
- SERRUYA, S.J., LAGO, T.G., CECATTI, J.G. **Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil**. In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 26, no. 7, Rio de Janeiro, Aug.2004.

- SILVA, C.O. **Vida de Hospital: A Produção de Uma Metodologia para o Desenvolvimento da Saúde do Profissional de Saúde.** (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 2002.
- SPINK, M.J. **Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- TANAKA, A .C.A . **Dossiê Mortalidade Materna. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos** (rede saúde). Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html>.2001
- TANAKA, A .C.A . **Mortalidade Materna: Reflexo da Má Qualidade e da Desintegração dos Serviços de Saúde** (entrevista). Jornal da Rede Saúde no 20, maio de 2000.[http://www .redesaude .org. br/jornal/html/jr20;dandretta.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr20;dandretta.html).
- TORNQUIST, C.S. Estudos Feministas 487, 2/2002
- VAIVRE-DOURET et All. **Método e Cuidados Canguru.** Archive Pédiatric n.3, Elsevier, Paris, 1996.
- VIEIRA E.M. **A Medicalização do Corpo Feminino.** Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2002.
- VIANA, A.L.D. **Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas.** Revista de Administração Pública, v.30, n.2. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- MELLO FILHO, J. **Concepção Psicossomática: Visão Atual.** Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 2ª. Edição, 1979.
- _____ et Col. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- VIANA, A.L.D. Enfoques Metodológicos em Políticas Públicas: Novos Referenciais para os Estudos Sobre Políticas Sociais. In: CANESQUI, A.M. (Org). **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997.

- VIANA, A.L.D., DAL POZ, M. (Orgs.). **Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família**. Série Estudos em Saúde Coletiva, no. 163. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.
- VIEIRA, E.M. A Medicalização do Corpo Feminino. In: GIFFIN, K. COSTA, S.H. (Org). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- WALT, G. Health Policy: An Introduction to Process & Power. England: Zed Books, 1994.
- ZAIDHAFT, S. et All. O Estudante de Medicina e a Morte. In: Mello Filho, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Portaria 569 de 1 de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria 693 – Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. 2000 (b)
- Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, 1985.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de Saúde Materno Infantil**. Brasília, 1975.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Premio Humanizatus David Capistrano**. Brasília, 2004.
- World Health Organization. **WHO Programme to Map Best Reproductive Health Practice. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model**. Geneva: World Health Organization; 2002.

Propostas de Ações Voltadas à Saúde da Mulher

- **Lei no. 9.263 de 12 de janeiro de 1996.**

Regula o # 7 do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Justificativa: estabelecer o planejamento familiar como direito de todos e como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal. Estabelece os crimes e as penalidades correspondentes por descumprimento desta lei.

- **Portaria no. 985/GM 5 de agosto de 1999.**

Cria o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do SUS.

Justificativa: redução da mortalidade materna e perinatal, garantia de acesso, necessidade de melhoria da qualidade da assistência no pré-natal e no parto e necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Descreve as atribuições do CPN e define os recursos humanos necessários e a forma de financiamento para suas ações.

- **Portaria no. 888/GM em 12 de julho de 1999.**

Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades Modelo.

Justificativa: prioridade atribuída pelo Ministério da Saúde à saúde da mulher e da criança; necessidade de regulamentar o funcionamento das casas de parto importantes para uma assistência de qualidade e humanizada assim como para a formação de recursos humanos;

estabelecer tabela de procedimentos para seu funcionamento; e integrar iniciativas que visem a melhoria da qualidade da assistência a saúde da mulher e da criança com os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde PSF/PACS.

- **Portaria no. 2080 em 13 de novembro de 2001.**

Apresentação das propostas de adesão ao pacto de redução das taxas de cesáreas.

Justificativa: definição de limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos.

- **Lei no. 10.223 de 15 de maio de 2001.**

Obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência a saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

- **Ato Portaria no. 2104 em 19 de novembro de 2002**

Instituição do Projeto Nascer-Maternidades no âmbito do SUS visando a redução da transmissão vertical do HIV e a redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita.

Justificativa: a possibilidade de redução da transmissão vertical do HIV, hoje uma fonte importante de contaminação em menores de 13 anos, a partir de procedimentos profiláticos antes ou durante o parto; a baixa adesão ao pré-natal e conseqüente baixa de cobertura de testagem; taxa de transmissão vertical de sífilis superior a 70% sendo a cobertura no pré-natal inferior a 10%. Melhorar o atendimento à parturiente / puérpera e fortalecer o PHPN.

Define formas de financiamento.

- **Lei no. 10.516 de 11 de julho de 2002.**

Institui a Carteira nacional de Saúde da Mulher.

Justificativa: relevância da prevenção e controle do câncer ginecológico e de mama. Determinação de cuidados com a confidencialidade dos dados e instituição de forma de financiamento.

- **Ato Portaria no. 179/GM em 29 de janeiro de 2002.**

Definir limite de cesáreas para as unidades federadas que não aderiram a Portaria GM/MS no. 466 de 14 de junho de 2000, que estabelece um pacto entre os gestores para o acompanhamento dos índices de cesáreas.

Justificativa: Elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal associadas a qualidade da assistência pré-natal e ao parto; elevadas taxas de cesáreas no país enquanto fator determinante na morbimortalidade materna e perinatal; processo de adaptação da rede hospitalar aos novos padrões de assistência à gestante e ao parto.

- **Ato Portaria no. 652 em 28 de maio de 2003.**

Instituição da Comissão Nacional de Mortalidade Materna de caráter técnico-consultivo.

Justificativa: Elevadas taxas de mortalidade materna enquanto violação dos direitos humanos das mulheres e grave problema de saúde pública.

- **Lei no. 10.778 de 24 de novembro de 2003.**

Notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

- **Ato Portaria no. 653 em 28 de maio de 2003.**

Estabelece o óbito materno enquanto evento de notificação compulsória.

Justificativa: comprometimento internacional do país com a redução da taxa de mortalidade materna; sub-informação e sub-registro das mortes maternas; importância da identificação dos principais fatores de risco; e a prioridade da redução da taxa de mortalidade materna pelo Ministério da Saúde.

- **Lei no. 10.745 de 9 de outubro de 2003.**

Institui o ano de 2004 como “Ano da Mulher”.

Justificativa: estabelecer condições de igualdade e justiça na inserção da mulher a sociedade.

- **Decreto de 27 de agosto de 2003.**

Institui Grupo de Trabalho Interministerial para promover o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na paternidade consciente e atuante.

Justificativa: visa garantir o acesso ao planejamento familiar para homens e mulheres.

- **Ato Portaria no. 151/GM em 04 de fevereiro de 2004.**

Criação do Grupo de Trabalho para análise e elaboração de propostas para melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal no Brasil.

Justificativa: necessidade de redução das taxas de mortalidade materna e neonatal que se constituem um problema relevante na saúde pública e de elaboração de propostas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal.

Traz como um dos objetivos deste Grupo de Trabalho, no Art.1º. #II revisar e elaborar proposta de reestruturação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

- **Portaria no. 2227/GM em 14 de outubro de 2004.**

Criação do Comitê Técnico para formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB.

Justificativa: necessidade de implantação de uma política de atenção integral a essa população, assim como a necessidade de estudos e de educação permanente dos trabalhadores da saúde no respeito aos direitos humanos e defesa dos direitos de cidadania.

Define formas de financiamento.

- **Decreto no. 5099 de 3 de junho de 2004.**

Regulamenta a Lei no. 10778 de 24 de novembro de 2003.

Institui os serviços de referência sentinela que receberão as notificações compulsórias dos casos de violência contra a mulher.

Justificativa: acordos internacionais em relação a atenção a violência contra a mulher e a necessidade de registro desses casos no âmbito do SUS para subsidiar o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)